



**Politécnico
Castelo Branco**

Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias

Trabalho Final de Curso de Licenciatura em Enfermagem

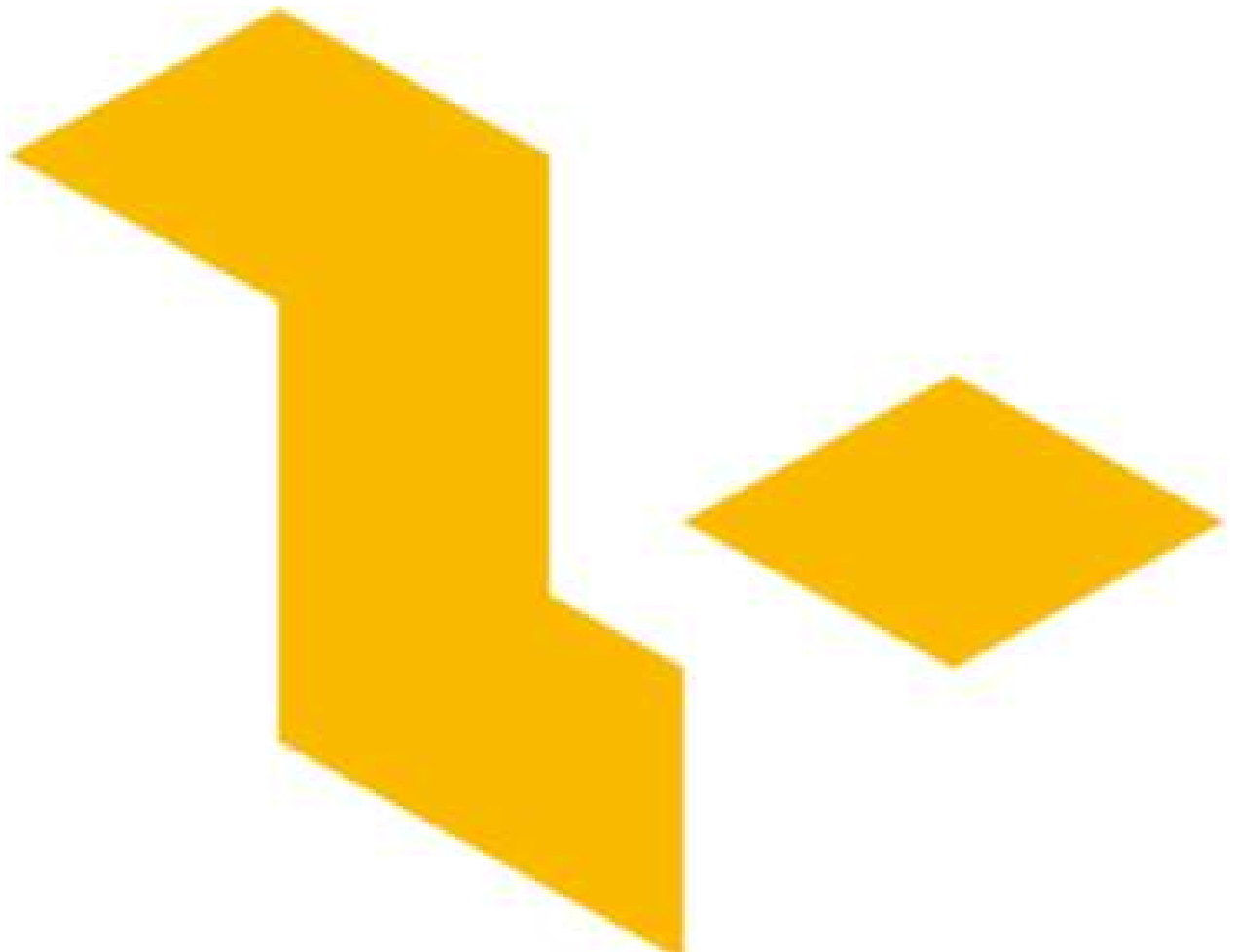
**Educação para a prevenção da gravidez na adolescência:
estratégias eficazes e desafios atuais. Como diferentes países têm
lidado com este problema?**

Hugo Alexandre Matos Diogo

Tatiana Prata Silva Moreira

Data

Junho de 2025





**Politécnico
Castelo Branco**

Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias

Educação para a prevenção da gravidez na adolescência: estratégias eficazes e desafios atuais. Como diferentes países têm lidado com este problema?

Hugo Alexandre Matos Diogo | n^o 42008952

Tatiana Prata Silva Moreira | n^o 20211698

Orientadora

Professora Mestre Cátia Andreia Figueiredo Ladeira

Trabalho de monografia apresentado à Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Licenciado em Enfermagem, realizada sob a orientação científica da Professora Mestre Cátia Andreia Figueiredo Ladeira, do Instituto Politécnico de Castelo Branco.

junho, 2025

Composição do júri

Presidente do júri

Doutora Ângela Sofia Lopes Simões

Professor Adjunto da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco

Arguente

Mestre Bruno Sérgio Ezequiel Gomes

Assistente Convidado da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco

Orientador

Mestre Cátia Andreia Figueiredo Ladeira

Assistente Convidado da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco

Agradecimentos

Este trabalho não seria possível sem o conjunto de pessoas que fazem parte da nossa rede de suporte, que nos acompanharam desde o primeiro dia.

Um agradecimento muito especial:

À nossa professora orientadora, a Sr.^a Professora Mestre Cátia Ladeira pela disponibilidade para dar resposta às nossas solicitações, esclarecimento de dúvidas, pela orientação e apoio que nos proporcionou em todas as etapas de desenvolvimento deste trabalho e todos os momentos em que necessitamos da sua ajuda.

À nossa família por todo o apoio, incentivo, motivação, amor e compreensão pelo tempo que lhes negámos a nossa presença ao longo de todo o processo.

Aos nossos amigos e a todas as pessoas que estiveram sempre ao nosso lado e nos ajudaram a superar esta fase tão importante de trabalho e esforço e que de alguma forma prestaram a sua ajuda e/ou expressaram um voto de sucesso.

A todos, a nossa enorme gratidão, pois tudo isto só foi possível com o vosso contributo.

MUITO OBRIGADA!

Resumo

A gravidez na adolescência representa um desafio de saúde pública global, especialmente em países em desenvolvimento, onde fatores socioculturais e económicos contribuem significativamente para a sua prevalência. Este trabalho tem como objetivo analisar estratégias eficazes na prevenção da gravidez na adolescência, identificando os principais desafios enfrentados, com especial destaque para o papel do enfermeiro e das políticas educativas e de saúde pública.

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, de abordagem qualitativa e carácter descritivo, baseada em artigos científicos publicados entre 2015 e 2025 nas bases LILACS, SciELO e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), com o uso da estratégia PICO. Foram incluídos estudos em língua portuguesa e espanhola que abordassem a assistência do enfermeiro no pré-natal de adolescentes grávidas.

Os resultados indicam que a gravidez precoce está fortemente associada a múltiplos fatores de risco, como o início precoce da vida sexual, baixa escolaridade, desinformação sobre contraceção, violência de género, contexto familiar desestruturado e ausência de programas eficazes de educação sexual. As adolescentes apresentam maior propensão a complicações obstétricas, como anemia, hipertensão gestacional, infeções urinárias, restrição do crescimento intrauterino e depressão perinatal, além de prejuízos sociais como evasão escolar, exclusão social e dependência económica.

O trabalho destaca a importância da atuação do enfermeiro como educador em saúde, especialmente em contextos escolares e comunitários. Modelos de promoção da saúde, como o de Nola Pender, demonstram eficácia na intervenção com adolescentes, estimulando comportamentos de autocuidado, uso de contraceptivos e decisões conscientes sobre sexualidade. A educação sexual nas escolas, bem estruturada e adaptada ao desenvolvimento dos jovens, mostrou reduzir taxas de gravidez e DST.

Em termos comparativos, países como Portugal, com políticas de acesso gratuito a contraceptivos e programas escolares de educação sexual, têm apresentado reduções significativas nos índices de gravidez adolescente. Contudo, persistem desafios, como a resistência cultural e a necessidade de mais formação para profissionais de saúde.

Conclui-se que a prevenção da gravidez na adolescência exige uma abordagem multidimensional que envolva família, escola, serviços de saúde e políticas públicas. O enfermeiro, como agente de mudança, desempenha um papel crucial na educação, aconselhamento e apoio às adolescentes, promovendo a sua saúde sexual, emocional e social.

Palavras-chave

Gravidez na adolescência, Aborto na adolescência, Gravidez, IVG, Enfermeiro na Prevenção da gravidez, Prevenção da gravidez na Adolescência

Abstract

Adolescent pregnancy represents a global public health challenge, especially in developing countries, where sociocultural and economic factors significantly contribute to its prevalence. This study aims to analyze effective strategies for preventing adolescent pregnancy, identifying the main challenges faced, with particular emphasis on the role of nurses and on educational and public health policies.

This is a bibliographic research study with a qualitative and descriptive approach, based on scientific articles published between 2015 and 2025 in the LILACS, SciELO, and Virtual Health Library (VHL) databases, using the PICO strategy. Studies in Portuguese and Spanish that addressed nursing care in the prenatal period of pregnant adolescents were included.

The results indicate that early pregnancy is strongly associated with multiple risk factors, such as early sexual initiation, low educational attainment, lack of information about contraception, gender-based violence, dysfunctional family environments, and the absence of effective sexual education programs. Adolescents are more prone to obstetric complications such as anemia, gestational hypertension, urinary tract infections, intrauterine growth restriction, and perinatal depression, in addition to social consequences such as school dropout, social exclusion, and economic dependence.

The study highlights the importance of the nurse's role as a health educator, especially in school and community settings. Health promotion models, such as Nola Pender's, have proven effective in interventions with adolescents, encouraging self-care behaviors, contraceptive use, and informed decision-making about sexuality. Well-structured sexual education in schools, adapted to youth development, has shown to reduce pregnancy and STI rates.

In comparative terms, countries like Portugal, with policies ensuring free access to contraceptives and school-based sexual education programs, have shown significant reductions in adolescent pregnancy rates. However, challenges remain, such as cultural resistance and the need for more training for healthcare professionals.

It is concluded that preventing adolescent pregnancy requires a multidimensional approach involving families, schools, health services, and public policies. Nurses, as agents of change, play a crucial role in educating, counseling, and supporting adolescents, promoting their sexual, emotional, and social health.

Keywords

Teenage pregnancy, Teenage abortion, Pregnancy, Voluntary Termination of Pregnancy (VTP), Nurse in pregnancy prevention, Teenage pregnancy prevention

Índice Geral

1. Introdução	1
2. Metodologia	4
3. Termos e concepções: gravidez não planeada, IVG e aborto	7
3.1. Métodos contraceptivos e prevenção de DST	9
3.2. Perfil dos adolescentes em risco	12
4. Diferença entre aborto e interrupção voluntária da gravidez	13
4.1. Direitos reprodutivos dos adolescentes	15
4.2. Fatores de risco: sociais, económicos, culturais e familiares	16
4.3. Consequências da gravidez na adolescência	18
4.4. Complicações no desenvolvimento do feto	20
5. Papel do Enfermeiro e Modelos de Educação para Saúde	22
5.1. Educação Sexual nas escolas: teorias e resultados	24
6. Comparação Internacional de Estratégias	29
7. Desafios, Ético-Legais e Boas Práticas	39
8. Discussão de Resultados	46
9. Considerações Finais	48
10. Referências Bibliográficas	51
Anexo I	59
Anexo II	60
Anexo III	61
Anexo IV	62
Anexo V	63
Anexo VI	64
Anexo VII	65
Anexo VIII	66
Anexo IX	67
Anexo X	68
Apêndice A - Cronograma	70
Apêndice B – Quadro síntese dos estudos analisados	71

Índice de figuras

Figura 1 - Modelo de Promoção de Nola Pender.....	59
Figura 2 – Número de IVG por grupo etário da adolescente/mulher.....	60
Figura 3 - Nados vivos de mães adolescentes	61
Figura 4 – Número e proporção de IG por opção da adolescente/mulher - grupo etário e em proporção de nados-vivos por grupo etário da mãe em 2022.....	62
Figura 5 – Histórica de nascidos vivos entre mães adolescentes segundo faixa etária no Brasil, 2010 a 2021.....	63
Figura 6 – Taxa de fecundação em adolescentes entre os 10 e os 19 anos....	64
Figura 7 – Taxas de IVG realizadas por cada 1000 mulheres em cada faixa etária.....	65
Figura 8 – Hospitais inspecionados pela Inspeção-Geral das Atividades em Saúde	66
Figura 9 – Recusas médicas por motivos de consciência.....	67
Figura 10 – Fluxograma de uma IVG.....	68

Índice de Quadros

Quadro 1 – Critérios de inclusão e exclusão	6
Quadro 2 – Apêndice A – Cronograma	70
Quadro 3- Apêndice B - Objetivos e Resultados dos artigos analisados	71

Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos

ANEM - Associação Nacional de Estudantes de Medicina

APS - Atenção Primária à Saúde

APF - Associação para o Planeamento Familiar

Art. - Artigo

CDC - Centros de Controle e Prevenção de Doenças

CNECV - Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida

CRP - Constituição da República Portuguesa

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DST - Doenças Sexualmente Transmissíveis

DIU – Dispositivo intrauterino

DGS – Direção Geral da Saúde

EAP – Academia Europeia de Pediatria

EEECSP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Saúde Pública

FIPF - Federação Internacional de Planeamento Familiar

FPEDSR - Fórum Parlamentar Europeu para os Direitos Sexuais e Reprodutivos

HELLP - Hemólise, Enzimas Hepáticas Elevadas e Plaquetopenia

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

HPV - vírus do papiloma humano

IG – Interrupção da Gravidez

IVG – Interrupção Voluntária da Gravidez

IGAS - Inspeção-Geral das Atividades em Saúde

IPDJ - Instituto Português de Desporto e Juventude

INE – Instituto Nacional de Estatística

MDHC - Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania

MPSNP – Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender

Nº - Número

PAE – Programa de Assistência à Saúde

PEP - Profilaxia Pós-Exposição

PNSE – Programa Nacional de Saúde Escolar

PREP - Profilaxia pré-exposição

PSE – Programa de Saúde Escolar
IPCB – Instituto Politécnico de Castelo Branco
ITU - Infecção do Trato Urinário
IVG - Interrupção Voluntária da Gravidez
ODS - Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OE – Ordem dos Enfermeiros
OMS - Organização Mundial da Saúde
ONGs - Organizações não Governamentais
ONU - Organização das Nações Unidas
UNICEF - Fundo Internacional de Emergência das Nações Unidas para a Infância
RCIU - Restrição do Crescimento Intrauterino
RPM – Ruptura Prematura das Membranas
SIU – Sistema Intrauterino
SNS – Serviço Nacional de Saúde
SSR - Saúde Sexual e Reprodutiva
SUS - Sistema Único de Saúde (Brasil)
UCC – Unidade de cuidados na comunidade
UCP - Universidade Católica Portuguesa
WAS - World Association for Sexual Health
WHO – Organização Mundial de Saúde

1. Introdução

A adolescência, enquanto etapa fulcral da evolução humana, caracteriza-se por intensas modificações físicas, emocionais e sociais que moldam a identidade e a forma como os jovens se relacionam consigo próprios, com os outros e com o mundo que os rodeia (Lopes, 2021).

Neste período de transição e descoberta, surgem inúmeras experiências que, quando não acompanhadas por apoio afetivo, informação acessível e orientação qualificada, podem conduzir a escolhas precipitadas e a consequências duradouras (Oliveira et al., 2023). Uma dessas consequências é a gravidez não planejada em idade precoce, um fenómeno que, para além do impacto físico e psicológico na jovem, impõe desafios éticos, sociais e profissionais a toda a rede de apoio - incluindo os enfermeiros (Patrício et al., 2024).

Em Portugal, embora se observe uma tendência de diminuição da taxa de fecundidade entre adolescentes, persistem importantes desafios no que diz respeito à prevenção eficaz, à equidade no acesso aos cuidados e à promoção da autonomia na tomada de decisão informada. Os dados nacionais e internacionais apontam para fatores de risco como o início precoce da vida sexual, a ausência de educação sexual estruturada, o contexto familiar desorganizado e a perpetuação de tabus culturais, que dificultam a adoção de comportamentos preventivos e de autocuidado (Ribeiro & Rosendo, 2011).

Segundo a OMS, (2022), mais de 12 milhões de meninas entre os 15 e os 19 anos dão à luz todos os anos nos países em desenvolvimento, e pelo menos 10 milhões de adolescentes enfrentam complicações graves durante a gestação ou o parto. No Brasil, dados de 2022 do Ministério da Saúde indicam cerca de 380 mil nascimentos entre adolescentes de 10 a 19 anos, o que representa uma taxa de fecundidade consideravelmente superior à média dos países desenvolvidos. Em contraste, em Portugal e Espanha, onde se têm implementado políticas públicas eficazes de educação sexual e distribuição gratuita de métodos contraceptivos, as taxas de fecundidade entre adolescentes são significativamente mais baixas (7,5% e 6,7%, respetivamente) (UN DESA, 2015).

A gravidez na adolescência representa, hoje, um desafio de saúde pública que transcende fronteiras geográficas e culturais. No entanto, mais do que um número ou estatística, cada caso encerra uma história de vida marcada por vulnerabilidades, silêncios e, muitas vezes, pela ausência de um espaço seguro para decidir e ser ouvida (Libório, 2025).

Neste cenário, o papel do enfermeiro assume uma importância fundamental. Como profissional de proximidade, o enfermeiro não apenas cuida, mas educa, escuta e orienta, promovendo a literacia em saúde e apoiando as adolescentes na construção de decisões informadas, autónomas e responsáveis (Azevedo et al.,

2015). A sua intervenção, baseada em princípios éticos, científicos e humanistas, deve ser sustentada por políticas públicas eficazes, modelos educativos adequados ao desenvolvimento dos jovens e, sobretudo, por uma abordagem sensível à realidade de cada adolescente.

A realização deste estudo fundamenta-se na necessidade urgente de fortalecer o papel dos profissionais de enfermagem, como agentes mediadores entre os adolescentes, a escola, a família e os serviços de saúde. Embora avanços importantes tenham sido alcançados nos últimos anos, muitos adolescentes ainda enfrentam obstáculos significativos no acesso à informação qualificada sobre sexualidade e saúde reprodutiva (WHO, 2014). Entre esses desafios, destacam-se a resistência cultural e institucional à abordagem do tema, bem como barreiras económicas e geográficas que dificultam o uso adequado de métodos contraceptivos.

A análise comparativa entre diferentes países possibilita uma compreensão mais aprofundada dos fatores estruturais que influenciam os indicadores de saúde sexual e reprodutiva, permitindo ainda a proposição de estratégias viáveis e culturalmente adaptadas à realidade de cada contexto. Este trabalho busca também contribuir para o debate científico acerca do papel da enfermagem na promoção da saúde sexual, evidenciando sua relevância na construção de projetos de vida mais saudáveis, autônomos e livres de situações de vulnerabilidade.

Posto isto, como objetivo geral pretendemos compreender e investigar como diferentes países têm lidado com as estratégias e desafios para a prevenção na gravidez da adolescência. Como objetivos específicos delineamos: Caracterizar o perfil de adolescentes em situação de risco para gravidez precoce, identificando os fatores sociais, culturais e familiares envolvidos; analisar o impacto do aconselhamento e do acompanhamento prestado por profissionais de enfermagem na adesão dos adolescentes aos métodos contraceptivos e às consultas de planeamento familiar; comparar as políticas públicas de saúde sexual e reprodutiva vigentes em Portugal, Brasil e Espanha e investigar os principais desafios éticos, legais e profissionais enfrentados pelos enfermeiros no exercício de suas funções nessa área.

Este trabalho foi inicialmente estruturado com um número maior de capítulos, mas após análise e pesquisa, concluiu-se que seria melhor organizar em cinco pontos fulcrais, onde alguns dos capítulos se subdividem.

No primeiro capítulo, abordamos termos e conceções sobre gravidez não planeada, e Interrupção Voluntária de Gravidez (IVG), os métodos contraceptivos e prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e identificamos quais os adolescentes mais propensos a engravidar precocemente e a razão de isso acontecer. No segundo capítulo salientamos as distinções entre o aborto e a IVG, sendo constituído por subcapítulos que mais específicos, nomeadamente o direito de reprodução ou não dos adolescentes, quais os fatores que levam a que uma

adolescente engravide, quais as consequências que essa gravidez tem na família e o impacto na adolescente, e as complicações físicas para a adolescentes bem como para o feto.

No terceiro capítulo, é abordado o enfermeiro; e o seu papel nas escolas, na educação sexual, no Centro de Saúde, e a sua importância numa vertente alargada perante a problemática da gravidez na adolescência. O quarto capítulo, elaboramos uma comparação internacional, com alguns países selecionados, além de Portugal optamos por Espanha, Brasil e com referências a alguns países europeus e da América do Sul; evidenciamos estratégias para prevenir a gravidez na adolescência, DST, IVG, quais as soluções já aplicadas em outros países e com resultados positivos.

No último capítulo, encontramos os desafios relacionados com a ética, a legalidade envolvente no sigilo, na IVG, na adolescente e tomada de decisão para poder realizar IVG, bem como algumas boas práticas por parte do enfermeiro, em relação ao encaminhamento da adolescente aos órgãos competentes para ela decidir e ser elucidada a adolescente sobre as suas alternativas.

Este trabalho foi desenvolvido no âmbito da unidade curricular Estágio VI, do segundo semestre do 4.º ano do curso de Licenciatura em Enfermagem, da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias (ESALD) e Instituto Politécnico de Castelo Branco (IPCB), de referir que o trabalho teve uma projeção desde o segundo semestre, conforme cronograma que se junta no apêndice A.

2. Metodologia

A nível da metodologia utilizada para a elaboração deste trabalho será com recurso a pesquisa de abordagem mista (qualitativo-quantitativa), de carácter descritiva. Iremos realizar a nossa recolha de dados e informação através da revisão narrativa da literatura com recurso a artigos científicos, revistas científicas, livros, dissertações e teses de mestrado, doutoramento bem como o recurso a guias orientadores, pareceres e documentos legislativos em vigor.

Segundo Oliveira, et al., (2023, p. 247), “a revisão narrativa ou dita tradicional, caracteriza-se como sendo uma revisão apropriada para descrever e discutir o desenvolvimento ou o “estado da arte” de um determinado tópico ou assunto, identificado e resumido o que foi publicado anteriormente, sob uma perspectiva teórica ou contextual. Desta forma, a sua principal finalidade é a de fornecer ao leitor sínteses narrativas e compreensivas de estudos e publicações relevantes que abordam a área temática em análise.”

Ainda conforme referido por Oliveira, et al., (2023, p. 247), a revisão narrativa constitui-se como um instrumento útil em termos educativos, uma vez que proporciona uma ampla perspectiva sobre um determinado tópico de revisão, num formato legível, podendo inspirar ideias de pesquisa e identificar lacunas ou inconsistências, auxiliando o investigador a determinar ou a definir questões ou hipóteses de investigação.

As interpretações são diversas, segundo Oliveira, et al., (2023, p. 247), “não é consensual que as revisões narrativas informem sobre o método de pesquisa das referências nem sobre os critérios utilizados na avaliação e na seleção dos trabalhos”. No fundo, trata-se de análises da literatura publicada em livros e em artigos de revistas, impressas ou digitais, baseadas na interpretação e na análise crítica do autor.

A escolha do problema de investigação é influenciada pelos interesses do investigador, e a partir daí surge uma questão de investigação, que é formulada de forma interrogativa em relação ao problema, a fim de examinar e analisar para obter novas informações ou aprofundar conhecimentos.

Segundo Fortin (1999, p.100), “O objetivo de um estudo indica o porquê da investigação. É um enunciado declarativo que precisa de orientação da investigação segundo o nível dos conhecimentos estabelecidos no domínio em questão.”

Assim, no que diz respeito à nossa questão inicial, estipulamo-la assim: “Como diferentes países têm lidado com as estratégias e desafios para a prevenção da gravidez na adolescência?”

Assim sendo, a partir desta questão, formulamos o seguinte objetivo geral: Analisar como os países lidam com os desafios quais as suas estratégias para prevenir a gravidez na adolescência.

Como objetivos específicos foram delineados os seguintes: Caracterizar o perfil de adolescentes em situação de risco para gravidez precoce, identificando os fatores sociais, culturais e familiares envolvidos; analisar o impacto do aconselhamento e do acompanhamento prestado por profissionais de enfermagem na adesão dos adolescentes aos métodos contraceptivos e às consultas de planeamento familiar; Comparar as políticas públicas de saúde sexual e reprodutiva vigentes em Portugal, Brasil e Espanha; Investigar os principais desafios éticos, legais e profissionais enfrentados pelos enfermeiros no exercício de suas funções nessa área.

A nossa população alvo, sobre a qual iremos incidir, corresponde a adolescentes dentro da faixa etária dos 10 anos até aos 17 anos e 364 dias, mas esta circunferência etária poderá ser alargada, uma vez que os estudos, os dados e a informação disponível não são somente restritos e exclusivos a este nicho etário, pois os dados recolhidos nem sempre foram discriminados com 17 anos e 364 dias (antes de atingirem os 18 anos).

A pesquisa foi realizada em plataformas digitais (não só com recurso a bases de dados de Portugal como a nível do Brasil, Espanha como a outros países da União Europeia (UE), como: Biblioteca de Conhecimento Online (b-on), Biblioteca Eletrónica Científica Online (SciELO), Google Académico, Repositórios Científicos de Acesso Aberto em Portugal (RCAAP), Repositórios de Universidades e Institutos Politécnicos, com as palavras-chave “gravidez na adolescência”, “gravidez na adolescência e aborto”, “aborto ou IVG na adolescência”, “métodos contraceptivos na adolescência”, “enfermagem no aborto e na IVG”, “estatísticas de gravidezes na adolescência” entre outras. De forma a obter um trabalho mais completo também recorreremos a normas da Direção-Geral de Saúde (DGS), legislação do Diário da República e foi consultada informação em sites credíveis como a Organização Mundial de Saúde/World Health Organization (OMS/WHO), INE e o Serviço Nacional de Saúde 24 (SNS24) entre outros.

A seleção dos documentos e dados estatísticos serão selecionados com base nas datas mais recentes, nomeadamente documentos com data de 2015 a 2025, sempre que possível, selecionados documentos atuais e em vigor.

Relativamente aos critérios de inclusão e exclusão definimos os seguintes:

Quadro 2 - Critérios de inclusão e exclusão

Critérios de Inclusão	Critérios de Exclusão
Artigos/Estudos que analisem a temática da gravidez na adolescência, métodos contraceptivos na adolescência, enfermagem no aborto e na IVG, estatísticas de gravidezes na adolescência;	Artigos/Estudos que não analisem a temática da gravidez na adolescência, métodos contraceptivos na adolescência, enfermagem no aborto e na IVG, estatísticas de gravidezes na adolescência que estejam escritos em outras línguas
Artigos/Estudo desenvolvidos por profissionais de enfermagem, médicos, organismos da saúde;	Artigos/Estudos que incluam pessoas maiores de 18 anos
Artigos/Estudos realizados nos últimos 5 anos;	Artigos/Estudos realizados a mais de 5 anos;
Artigos/Estudos realizados em Portugal e Brasil e escritos em português ou em espanhol;	
Artigos/Estudos que incluam pessoas menores de 18 anos	

Tendo em conta os critérios de inclusão e exclusão e os descritores, a presente revisão narrativa foi difícil alcançar artigos científicos, sendo assim selecionados artigos em que os critérios tiveram de mudar, nomeadamente a data da publicação do artigo, sendo alargada a pesquisa a 10 anos mínimo, para conseguir obter dados estatísticos, bem como para a pesquisa ser mais abrangente. A nível das palavras-chave de pesquisa, não conseguimos obter resultados específicos, uma vez que o resultado não abrangia o que pretendíamos em concreto, pelo que se tiveram que alterar. Acabamos com guias orientadores, pareceres, legislação, artigos científicos que não contemplavam a totalidade do pretendido, e dissertações e mestrados que infelizmente não eram concisos nas nossas buscas objetivas.

3. Termos e concepções: gravidez não planeada, IVG e aborto

A palavra adolescência, deriva do termo em latim *adolescere* que significa "crescer", esta é uma fase em que ocorre a transição de uma vida infantil para a vida adulta, nesta ocorrem transformações físicas, cognitivas, emocionais e sociais marcantes. Embora existam diferentes definições sobre os limites etários em que pode decorrer esta fase, a Associação Internacional para a Saúde dos Adolescentes considera que esta surge geralmente entre os 10 e os 18 anos, no entanto a DGS considera que esta se inicia quando surgem os primeiros sinais da puberdade e que esta só termina quando atingem uma maturidade psicofísica (Domingues, 2020).

Durante esta nova fase, o corpo irá passar por diversas mudanças físicas visíveis, como o desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários e o encerramento das epífises ósseas. Ocorrem alterações hormonais que despertam novas necessidades corporais e emocionais, provocando impulsos, questões internas relativamente à sua identidade. Surge igualmente a maturação psicossocial na transição para a idade adulta, onde o adolescente desenvolve competências sociais, e fortalece o seu pensamento crítico, a sua autonomia e uma linguagem mais elaborada (Lopes, 2021).

Do ponto de vista social, a adolescência caracteriza-se por uma crescente procura de autonomia e fortalecimento dos laços com o seu grupo de pares. Este processo implica uma reconfiguração das relações interpessoais, frequentemente acompanhada por uma progressiva desvalorização da convivência com os pais e pela contestação da sua autoridade. Paralelamente, verifica-se uma intensificação das relações com os amigos, uma apropriação crítica dos valores sociais e familiares, bem como a identificação com novos modelos de referência que iram orientar a construção da identidade do adolescente (Libório, 2025).

Emergem também intensas transformações psicológicas, onde surge um aumento da sua curiosidade, o desejo de obter novas experiências, a presença de pensamentos idealizados ou "mágicos", a necessidade de desafiar normas como busca de autoafirmação e a vivência das paixões com elevada intensidade. Estas características tornam os adolescentes particularmente vulneráveis a decisões impulsivas, o que pode levar a adotar comportamentos prejudiciais e de risco, desde o consumo de drogas, até ao início precoce da vida sexual (Lopes, 2021). Devido a maior suscetibilidade dos jovens a este tipo de comportamentos, é importante que os pais/cuidadores estejam disponíveis e prontos para os ajudar nesta fase desafiante, fornecendo apoio perante os desafios que lhe vão surgindo e que lhe esclareça todas as dúvidas.

Particularmente nas adolescentes, o início da puberdade precoce poderá desencadear um amadurecimento biológico antecipado que, frequentemente não é

acompanhado por um desenvolvimento cognitivo e emocional equivalente. Devido a esta assimetria, esta torna-se mais vulnerável aos comportamentos de risco descritos anteriormente, que poderão acarretar em consequências negativas, como uma gravidez não desejada e o desenvolvimento de uma infecção sexualmente transmissível (Lopes, 2021).

Posto isto, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), considera-se gravidez na adolescência, toda a gravidez que ocorre em jovens com idades compreendidas entre os 10 e os 19 anos à data do parto. Esta condição representa um desafio significativo pois a gravidez, embora constitua um processo fisiológico natural, exige uma série de adaptações físicas, hormonais e emocionais que se tornam particularmente complexas. A idade jovem é um fator de risco, agravado por condições de saúde pré-existentes e por o seu organismo ser imaturo e ainda se encontrar em desenvolvimento (Patrício et al., 2024).

A existência de uma gravidez durante a adolescência impõe exigências acrescidas, nomeadamente o assumir de responsabilidades para as quais a jovem poderá não estar emocionalmente preparada, as alterações biológicas e emocionais próprias desta fase do desenvolvimento, e os desafios sociais e emocionais. Tal processo de desenvolvimento forçado, pode comprometer o seu bem-estar global, afetando negativamente o seu percurso de crescimento pessoal, social e académico. A sobrecarga desta situação constitui, um fator que poderá afetar o equilíbrio emocional da jovem, limitando as perspetivas que a adolescente tinha idealizado para a sua vida futura (Libório, 2025).

A gravidez na adolescência é considerada como uma de alto risco, esta classificação é feita com base numa anamnese, onde se realiza um exame físico, a análise dos exames laboratoriais, avalia-se a sua condição psíquica, e a sua condição social. Os objetivos dos cuidados pré-natais perante este risco gravídico, são: minimizar a mortalidade e morbilidade materna e fetal, permitir que o parto decorra dentro da normalidade e que a criança nasça saudável, proteger a saúde da jovem durante a gravidez, parto e puerpério e assegurar que o recém-nascido tenha as melhores condições para um bom desenvolvimento (Patrício et al., 2024).

3.1. Métodos contraceptivos e prevenção de DST

Ao analisar o processo de desenvolvimento na adolescência, os fatores associados à gravidez nesta fase da vida, assim como os conceitos de IVG e aborto e as suas respectivas diferenças, torna-se fundamentais para compreender quais os métodos contraceptivos, as taxas de adesão a estes pelos adolescentes, bem como a sua relevância destes na prevenção das DST.

De acordo com dados fornecidos pelo Departamento de Assuntos Económicos e Sociais das Nações Unidas, tem-se verificado um aumento progressivo a nível mundial da utilização dos métodos contraceptivos. Este aumento reflete-se numa maior adesão aos métodos classificados como modernos, em detrimento dos métodos tradicionais (UN DESA, 2015).

Os métodos modernos incluem a esterilização (masculina e feminina), dispositivos intrauterinos (hormonal e de cobre), contraceptivos hormonais injetáveis, implantes subcutâneos, anel vaginal, adesivo transdérmico, preservativos (masculinos e femininos), métodos de barreira vaginais e o da amenorreia lactacional e a contraceção de emergência. No que diz respeito aos métodos tradicionais, estes compreendem o método do coito interrompido e os baseados na previsão do período fértil (UN DESA, 2015).

O crescimento da utilização destes métodos, está diretamente relacionado com o investimento em saúde pública e com o papel ativo dos profissionais de saúde na prestação de cuidados relativamente ao planeamento familiar e na sua saúde sexual e reprodutiva (Estalagem, 2018).

A OMS e as Nações Unidas reconhecem que o planeamento familiar é um direito humano fundamental, essencial para a promoção da igualdade de género, autonomia feminina e redução da pobreza (UN DESA, 2015). Assim, o acesso dos adolescentes a serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo o aconselhamento a cuidados contraceptivos devem ser assegurados sem restrições indevidas, pois é nesta fase que se envolvem em comportamentos sexuais experimentais, com possíveis repercussões na saúde sexual e reprodutiva.

Apesar das recomendações internacionais e das atividades desenvolvidas pelos profissionais de saúde e pelos seus educadores, os adolescentes apresentam, em geral, baixos níveis de conhecimento e utilização efetiva dos métodos contraceptivos (Lopes, 2021).

Como mencionado anteriormente, o início da atividade sexual entre os adolescentes ocorre como um ato de experimentação, ou seja, esta ocorre sem que os adolescentes possuam competências adequadas para prevenir uma gravidez indesejada ou infeções sexualmente transmissíveis. Embora o preservativo masculino seja o método mais utilizado na população adolescente na sua primeira

relação sexual, a sua eficácia é inferior à de outros métodos, devido à sua elevada dependência do utilizador (Estalagem, 2018).

Existem diversas barreiras que limitam o acesso da população adolescente à informação e aos métodos contraceptivos, destacando-se aspetos de ordem social, cultural, legal, instituições de saúde e os seus respetivos sistemas (Glória, 2022). Entre os principais obstáculos identificam-se a ausência de confidencialidade nos serviços de saúde, a inexistência de horários de atendimento compatíveis com a rotina dos adolescentes, os custos financeiros associados à aquisição destes, bem como a atuação de alguns profissionais de saúde que, por vezes, revela lacunas formativas ou interfere com base em valores pessoais ou crenças morais (Estalagem, 2018).

Em Portugal, os métodos contraceptivos são disponibilizados gratuitamente nos Cuidados de Saúde Primários (CSP), o que representa uma medida relevante na eliminação da barreira económica. Contudo, apesar desta gratuitidade esta medida não traduz, por si só, em taxas elevadas de utilização por parte dos adolescentes (Glória, 2022; Estalagem, 2018).

Importa ainda salientar que os próprios profissionais de saúde podem, por vezes, constituir uma barreira adicional ao acesso efetivo à contraceção, quando impõem os seus próprios valores pessoais e crenças ao adolescente, aplicando assim medidas desajustadas às necessidades desta população. Entre estas medidas, incluem-se a imposição de exames médicos prévios não fundamentados antes do início da contraceção, ou a difusão de mitos infundados relativamente à sua utilização, este tipo de ações dificultam o acesso eficaz à contraceção (Lopes, 2021).

Neste contexto, a formação contínua e atualizada dos profissionais de saúde é essencial, de modo a garantir que estes possuam as competências técnicas e comunicacionais necessárias para a prestação de cuidados de saúde sexual e reprodutiva, com base na evidência, livres de juízos de valor, centrados nas necessidades, na autonomia e direitos do adolescente (Estalagem, 2018).

A garantia de confidencialidade por parte dos profissionais de saúde é fundamental para promover a confiança dos adolescentes, incentivando-os a partilhar informações pessoais e sensíveis, bem como a procurar aconselhamento e cuidados com a sua saúde. Para os adolescentes, a confidencialidade assume um papel crucial, sendo que a sua violação pode ter consequências significativas, incluindo o afastamento dos serviços de saúde e a recusa em procurar apoio no âmbito da saúde sexual e reprodutiva (Lopes, 2021).

A escolha do método contraceptivo deve resultar de um processo de decisão partilhada, no qual o profissional de saúde apresenta, de forma clara e imparcial, as diferentes opções disponíveis, permitindo ao adolescente selecionar aquela que melhor se adequa às suas necessidades e preferências. É de extrema importância

que todas as alternativas sejam explicadas com transparência, incluindo as respectivas vantagens e limitações.

Existem várias abordagens práticas que podem auxiliar na escolha do método contraceptivo mais adequado para a adolescente. Uma delas, proposta pelos CDC (Centro de Controle e Prevenção de Doenças) baseia-se nos “5 Ps”: número de Parceiros, Práticas sexuais, Proteção contra DST, historial de DST e Prevenção da gravidez. Outra abordagem útil é o modelo GATHER, que inclui os seguintes passos: Cumprimentar, Averiguar (fazer perguntas), Transmitir informações, Ajudar na decisão, Explicar o uso do método escolhido e Reagendar (marcar uma consulta de seguimento) (Todd & Black, 2020).

Uma das estratégias mais conhecidas, é o método “Quick Start” que permite iniciar o método contraceptivo imediatamente após a escolha do mesmo, sem a necessidade de aguardar pela menstruação. Neste é recomendado que se use um método de apoio (como o preservativo) durante os primeiros sete dias. Esta prática é considerada segura, mesmo que não seja possível excluir totalmente uma gravidez (Todd & Black, 2020).

Entre os métodos contraceptivos disponíveis, o preservativo continua a ser o mais escolhido pelos jovens, sendo este o método mais eficaz para a prevenção das DST. De acordo com um estudo (Glória, 2022), que compilou dados de diversos autores com base numa amostra de 62 escolas portuguesas, 94% das raparigas e 91% dos rapazes identificaram o preservativo como o melhor método de barreira, sendo também o mais utilizado na primeira relação sexual.

Quanto às razões apontadas para a não utilização de qualquer método na primeira relação sexual, 55% dos jovens referiram não ter o método disponível no momento, não estarem à espera da situação ou constatar que o preservativo se encontrava danificado. Cerca de 20% consideraram que não era necessário usar proteção por se tratar da primeira vez ou por se acharem demasiado jovens. Já 25% admitiram não saber como utilizar os métodos, sentirem-se inseguros ou simplesmente não gostarem (Glória, 2022).

Quando a toma da pílula hormonal falha ou têm relações sexuais desprotegidas, é à contraceção de emergência que os adolescentes recorrem. Esta crescente utilização pelos adolescentes portugueses, tem gerado um debate quanto ao seu uso reiterado, o que contraria a sua função como recurso de emergência que implicaria a sua utilização apenas em casos extremamente necessários e pontuais (Glória, 2022).

De forma geral, a adesão dos adolescentes aos métodos contraceptivos está fortemente condicionada pelo acesso que têm aos mesmos, pelo grau de conhecimento sobre a sua utilização, pelas circunstâncias em que ocorre a relação sexual e pela capacidade de negociar o uso com o parceiro.

3.2. Perfil dos adolescentes em risco

Para promover comportamentos sexuais seguros entre os adolescentes, é necessário compreender os métodos contraceptivos e os níveis de adesão a estes. No capítulo anterior, verificou-se que esta era relativamente baixa e que em grande parte se devia a algumas barreiras de acesso aos métodos e à informação, o que contribui para um cenário preocupante de gravidezes na adolescência. De modo a aprofundar o conhecimento dos fatores que influenciam esta realidade, este capítulo irá explorar o perfil dos adolescentes mais vulneráveis, identificando os fatores pessoais, familiares e sociais.

O perfil das adolescentes em risco de gravidez precoce é marcado por uma multiplicidade de fatores que se interligam. O planeamento da gravidez, quando existe, é frequentemente ineficaz. O início da atividade sexual tende a ser precoce, e muitas vezes sem o uso correto de métodos contraceptivos, o que leva a gravidezes não planeadas. A falta de informação adequada e de programas educacionais nas escolas, associada a um diálogo familiar ausente ou ineficaz sobre sexualidade, é um fator recorrente (Estalagem, 2018).

O estudo de Oliveira et al. salienta que muitas mães adolescentes apresentam baixos níveis de escolaridade, vivem em contextos familiares desestruturados e enfrentam rejeição social. A violência sexual, principalmente contra raparigas, representa uma das causas mais graves e negligenciadas da gravidez na adolescência. Além disso, existe uma elevada incidência de exposição a relações abusivas e a experiências de negligência ou maus-tratos na infância (Lopes, 2021).

O meio em que vivem influencia substancialmente o risco, zonas com fraco acesso a cuidados de saúde, de ensino de baixa qualidade e fragilidade socioeconómica favorecem a ocorrência de gravidez precoce. Estudos como o de Liu et al. indicam ainda a influência intergeracional, adolescentes cujas mães foram também mães precoces têm maior probabilidade de repetir o padrão (Lopes, 2021).

A ausência de comunicação efetiva sobre saúde sexual e reprodutiva no seio familiar, frequentemente agravada por tabus culturais e ausência de formação parental, contribui para a desinformação das adolescentes. Esta lacuna fomenta decisões não informadas relativamente ao início da vida sexual, ao uso de contraceção e à gestão do risco.

De acordo com os dados do estudo de Oliveira et al, muitas adolescentes referem sentir-se socialmente pressionadas a manter relações afetivo-sexuais como forma de aceitação no grupo de pares. A busca por afeto e validação, em contextos de carência emocional familiar, leva muitas jovens a envolverem-se em relações desiguais, que por vezes resultam em gravidez, abuso emocional ou abandono (Libório, 2025; Patrício et al., 2024).

É necessário considerar, ainda, que o sentimento de invulnerabilidade típico da adolescência pode contribuir para minimizar a percepção dos riscos associados à gravidez precoce. A ausência de sintomas claros, ciclos menstruais irregulares e o medo de revelações familiares atrasam o diagnóstico e o início do acompanhamento clínico, agravando os desfechos obstétricos e psicossociais (Lopes, 2021).

4. Diferença entre aborto e interrupção voluntária da gravidez

Com a análise do perfil das adolescentes em risco de vir a desenvolver uma possível gravidez, é possível determinar os vários fatores que sua influenciam o aparecimento destas situações.

De acordo com este contexto, é essencial abordar as implicações da deteção precoce de uma gravidez na adolescência, incluindo as possíveis decisões que podem ser tomadas. Entre estas, destaca-se a interrupção voluntária da gravidez (IVG), que levanta inúmeras questões clínicas, legais, éticas e sociais. Este capítulo, pretende clarificar a diferença entre aborto e IVG, contextualizando estas práticas a nível de saúde pública em Portugal, com especial atenção às adolescentes.

Define-se aborto como a interrupção da gravidez antes do feto possuir qualquer capacidade que o permita sobreviver no meio extrauterino. Este poderá ser espontâneo, resultando de causas naturais como anomalias genéticas ou complicações da gestação, ou pode ser induzido de forma intencional, por diversos motivos (Fernandes, Sousa, & Passos, 2023).

Por outro lado, a IVG, trata-se de um aborto que é induzido por livre decisão expressa da mulher/adolescente, esta é realizada dentro dos critérios legais estabelecidos. Esta prática, está contemplada no Sistema Nacional de Saúde (SNS) e é considerada segura pois durante todo o processo esta tem direito a um acompanhamento clínico e psicológico. Nestes casos, é preferencialmente recomendado o método farmacológico e somente quando necessário são usadas as técnicas cirúrgicas mais apropriadas à situação (Fernandes, Sousa, & Passos, 2023).

A nível ético, a IVG é uma prática que é baseada no princípio da autodeterminação e autonomia reprodutiva. Onde a jovem poderá tomar a sua decisão de forma livre, consciente e informada, perante esta decisão terá direito a apoio psicológico e a aconselhamento profissional durante todo o processo. Em contrapartida, o aborto realizado ilegalmente, leva a questões éticas complexas, em que muitas jovens são colocadas perante uma escolha forçada entre a

maternidade e procedimentos clandestinos que comprometem a sua saúde e dignidade (Patrício et al., 2024).

Sendo assim, a diferença que é mais marcante entre os dois conceitos, está diretamente relacionada com a legalidade do procedimento. Em Portugal, a IVG é permitida em situações de risco para a saúde da jovem, como o risco de lesões físicas ou psicológicas e duradouras para a sua saúde, anomalias fetais ou gravidez resultante de violação, até às 10 semanas de gestação, desde que esta seja solicitada pela própria e é realizada em unidades de saúde autorizadas (Pires et al., 2015).

Esta só pode ser realizada após uma consulta inicial, seguida de um período de reflexão de pelo menos três dias. Já o aborto ilegal ou clandestino é punido por lei por ser considerado uma violação dos direitos humanos fundamentais. Este tipo, ocorre frequentemente em condições que são inseguras e sem assistência médica, o que potencia os riscos de complicações como por exemplo a infertilidade e até a morte materna (RBEM, 2018).

Em Portugal qualquer jovem com mais 16 anos pode solicitar uma consulta de IVG até à décima semana de gestação, no centro de saúde ou no hospital de residência, se for menor que 16 anos, é necessário que o seu representante legal assine um consentimento conforme autoriza o procedimento. Contudo, o diagnóstico da gravidez na população adolescente tende a ser tardio, devido à desvalorização dos sinais e sintomas, bem como à menor procura dos serviços de saúde. Por essa razão, quando é finalmente detetada, a gravidez já se encontra fora do prazo legal para a realização de uma IVG (Assembleia da República, 2007).

A investigação demonstra que nem todas as gravidezes nesta faixa etária são indesejadas, nestes casos o enfermeiro deve compreender as motivações que estiveram na origem da mesma e assegurar um acompanhamento e apoio contínuo, esclarecendo as suas dúvidas e informar sobre as consequências que poderão decorrer ao longo desta. Contudo quando não é planeada, deve-se assegurar que se encontra informada sobre todas as opções, nomeadamente se deseja prosseguir com a gravidez ou optar por uma IVG (Patrício et al., 2024).

Uma vez que, muitas destas decisões estão associadas a fatores socioculturais e económicos, torna-se imprescindível que educadores e profissionais de saúde compreendam o contexto em que a jovem está inserida. Devem ainda promover alternativas de futuro, reforçar a autoestima da adolescente e ajudá-la a construir um projeto de vida mais amplo.

4.1. Direitos reprodutivos dos adolescentes

Tal como já anteriormente referido neste trabalho, a gravidez na adolescência é considerada um processo complexo e multifacetado, pois este encontra-se associado a determinantes sociais, culturais e individuais, que conseqüentemente irão marcar significativamente o desenrolar da vida da adolescente.

Para além destas profundas alterações na vida pessoal e saúde reprodutiva, este acontecimento é frequentemente associado a desigualdades no acesso à informação, à educação, à educação sexual e a serviços de saúde que, por muitas vezes, não respondem de forma adequada às necessidades específicas dos adolescentes.

Tendo em consideração esta realidade, é importante a utilização de uma abordagem não se baseie somente na dimensão meramente biológica da prevenção, mas também na promoção dos direitos sexuais e reprodutivos como um elemento essencial para um bom desenvolvimento dos adolescentes.

A Declaração da World Association for Sexual Health (WAS) reconhece a sexualidade como parte fundamental do ser humano, que se manifesta através de comportamentos, relações e experiências que resultam da interação de diversos fatores biológicos, sociais, culturais, políticos e económicos. Com base na análise nos artigos definidos nesta declaração, os artigos nº 2, 3, 6, 8, 9, 10 e 12, revelam especial atenção no tema em que este trabalho se enquadra.

Sendo assim, o artigo 2 refere-se ao direito à vida, à liberdade e à segurança da pessoa, ao estabelecer que todas as pessoas têm direito a estes princípios fundamentais e que estes não podem ser ameaçados ou omitidos com base na orientação sexual, nas práticas sexuais consensuais, na identidade ou expressão de género, ou no acesso a cuidados de planeamento familiar.

O artigo 3 aborda o direito à autonomia e à integridade física, ao reconhecer que cada pessoa tem o direito de decidir livremente sobre a sua sexualidade e o seu corpo, nomeadamente com a escolha de comportamentos, práticas, parceiros e relações sexuais, desde que seja respeitado o direito dos outros. A autonomia referida neste artigo pressupõe a obtenção de consentimento livre e informado antes de qualquer exame, tratamento ou intervenção relacionados com a sexualidade.

O artigo 6 foca-se no direito à privacidade da pessoa garantindo a proteção da sua vida sexual, bem como o controlo sobre a divulgação de informações pessoais relacionadas com a sexualidade, sem interferências ou intrusões arbitrárias.

O artigo 9 que diz respeito ao direito à informação cientificamente precisa e compreensível relacionada à sexualidade, saúde sexual e direitos sexuais, não devendo estas ser censuradas, manipuladas ou retidas injustificadamente.

O artigo 10 refere-se ao direito à educação e à educação sexual abrangente, sublinhando a importância de uma educação sexual adequada à idade, baseada em evidência científica, culturalmente apropriada e centrada nos direitos humanos, na igualdade de género e numa abordagem positiva da sexualidade e do prazer.

Por fim, o artigo 12 consagra o direito de decidir se e quando ter filhos, incluindo o número e o espaçamento entre as gravidezes. Este direito implica o acesso a informação, serviços e condições que permitam escolhas livres e responsáveis, nomeadamente em matéria de contraceção, fertilidade, gravidez, interrupção voluntária da gravidez e adoção (WAS, 2014).

4.2. Fatores de risco: sociais, económicos, culturais e familiares

A aplicação dos direitos sexuais e reprodutivos dos adolescentes, constituem uma base essencial para a promoção da saúde, da sua autonomia e para a prevenção da gravidez na adolescência e das DST. Contudo, ainda inúmeros obstáculos de natureza social, económica, cultural e familiar dificultam o seu exercício pleno. Sendo assim, torna-se necessário analisar os fatores de risco que levam a adolescente a ficar grávida e o que a limita de receber os cuidados necessários.

Embora, a gravidez na adolescência possa ocorrer em qualquer estrato social, verifica-se uma maior incidência entre jovens que não têm expectativas ou planos estruturados para o seu futuro. A maioria destas não é planeada e resultam da conjugação de diversos fatores como o insucesso escolar, o uso inadequado de métodos contraceptivos, a falta de literacia em saúde sexual e reprodutiva, bem como uma fraca perceção dos riscos e consequências associados à atividade sexual desprotegida (Lopes, 2021).

Apesar desta ser reconhecida como um problema de saúde pública, a gravidez na adolescência atinge sobretudo países em desenvolvimento, onde persistem práticas culturais que favorecem o casamento e a maternidade em idades muito jovens, muitas vezes em contextos de violação dos direitos humanos (WAS, 2014).

Num estudo realizado no Reino Unido por Wright et al., que comparou diferentes países, analisou o impacto de fatores domésticos e do ambiente familiar no risco de gravidez na adolescência. A nível individual, observou-se que adolescentes sem qualquer ligação religiosa apresentavam maior probabilidade de engravidar, em comparação com aquelas que declaravam ter uma ligação espiritual ou religiosa. Além disso, viver numa família nuclear, ou seja, com ambos os progenitores traduz-se num risco reduzido de gravidez precoce, em contraste com adolescentes que não residiam com ambos os pais (Lopes, 2021).

Do ponto de vista demográfico, jovens que viviam em regiões com fraca dinâmica do mercado de trabalho apresentavam um risco mais elevado de gravidez na adolescência, quando comparadas com aquelas residentes em contextos urbanos. As condições do meio envolvente mostraram também ter um papel determinante, ou seja, quanto maior o valor das habitações e o poder económico estimado do agregado familiar, menor a probabilidade de ocorrência de gravidez na adolescência. Verificou-se que o risco diminuía igualmente quando o principal elemento da família exercia uma profissão qualificada ou diferenciada (Lopes, 2021).

Já a nível do seu contexto familiar, fatores como a história de gravidez na adolescência por parte da mãe, separações conjugais ou novos casamentos foram considerados relevantes. Um estudo canadiano de Liu et al. revelou que o risco de gravidez precoce aumenta significativamente quando a mãe também engravidou durante a adolescência, sendo este risco ainda mais acentuado se a mãe teve mais do que uma gravidez nesse período. Se a mãe optou por prosseguir com a gravidez, a filha tende a fazer o mesmo, contudo, se a mãe recorreu à IVG, a probabilidade de a filha seguir esse caminho é maior, o que reduz a possibilidade de continuidade da gravidez (Lopes, 2021).

Outro fator de destaque é o reduzido nível de literacia sexual entre os adolescentes, frequentemente associado à baixa escolaridade parental. Esta combinação traduz-se numa escassa ou inexistente comunicação familiar sobre saúde sexual e reprodutiva, aumentando o risco de gravidez indesejada. Adicionalmente, situações de abuso sexual, físico ou psicológico, maus-tratos ou negligência durante a infância estão geralmente associadas a contextos de pobreza e também potenciam o risco (Pires et al., 2015).

Em suma, os fatores socioeconómicos e culturais que mais influenciam a ocorrência de gravidez na adolescência incluem a ausência de filiação religiosa, o casamento precoce, antecedentes maternos de gravidez na adolescência, baixos rendimentos, fraco nível de escolaridade, não residir com ambos os pais, e histórias familiares de separação ou divórcio. O risco é tendencialmente superior em meios rurais, quando comparado com contextos urbanos. A estes fatores somam-se ainda os antecedentes de abuso e violência na infância, que podem aumentar de forma significativa a probabilidade de uma adolescente engravidar. Importa ainda referir que as adolescentes grávidas têm maior vulnerabilidade para serem vítimas de violência doméstica (Patrício et al., 2024).

4.3. Consequências da gravidez na adolescência

Ao se proceder à análise dos fatores que podem precipitar o desenvolvimento de uma gravidez na adolescência, averiguou-se que esta está fortemente ligada a condições sociais, económicas, culturais e familiares mais vulneráveis, podendo resultar em algumas repercussões na sua saúde física, emocional e social, que neste capítulo iram ser exploradas com maior detalhe.

A gravidez na adolescência está associada a um risco aumentado de várias complicações maternas, como anemia, distúrbios hipertensivos, rutura prematura de membranas, infeções urinárias e perturbações na sua saúde mental, nomeadamente a depressão perinatal. Estas complicações resultam, em grande parte, da sobreposição entre as necessidades biológicas da adolescente em crescimento e as exigências da gravidez, frequentemente agravadas por um acompanhamento pré-natal inadequado (Lopes, 2021).

A anemia é uma das complicações mais frequentes e resulta da diminuição do número de glóbulos vermelhos ou dos níveis de hemoglobina, a sua presença está associada a riscos acrescidos, como necessidade de transfusão no parto, pré-eclâmpsia, descolamento prematuro da placenta, parto pré-termo e maior probabilidade de cesariana. No caso das adolescentes, o risco de anemia é superior, sobretudo a partir da 26.^a semana, devido ao aumento das necessidades nutricionais próprias do desenvolvimento do feto, e muitas vezes ao menor cumprimento da suplementação e vigilância médica (Lopes, 2021).

No que diz respeito aos distúrbios hipertensivos da gravidez, como a hipertensão gestacional, a pré-eclâmpsia e a eclâmpsia, são também mais prevalentes nas grávidas adolescentes. A hipertensão gestacional surge normalmente após as 20 semanas, e quando associada a proteinúria, pode surgir a pré-eclâmpsia. Em casos mais graves, a pré-eclâmpsia pode evoluir para eclâmpsia caso surjam convulsões ou coma não explicados por outras causas e eventualmente pode aparecer a síndrome de HELLP, uma condição grave com risco significativo de mortalidade (Lopes, 2021).

A rutura prematura das membranas (RPM), especialmente quando ocorre antes das 37 semanas (RPM pré-termo), é mais frequente em adolescentes, sobretudo quando a idade ginecológica é inferior a três anos. A imaturidade do suprimento sanguíneo uterino e cervical pode aumentar a suscetibilidade a infeções, favorecendo a rutura das membranas. Outros fatores associados incluem défices nutricionais, tabagismo, baixo índice de massa corporal, vigilância médica deficiente, início tardio ou irregular dos cuidados pré-natais, baixo nível de instrução e condições socioeconómicas desfavoráveis (Lopes, 2021).

A depressão perinatal também é mais prevalente entre grávidas adolescentes comparativamente às adultas. A probabilidade de desenvolver sintomas depressivos aumenta quando a gravidez não é planeada ou quando existem

antecedentes de depressão, tabagismo, estado civil solteiro, baixo nível socioeconómico e obesidade prévia ou ganho de peso excessivo durante a gravidez. A ideação suicida é mais frequente neste grupo, sobretudo nos primeiros três meses após o parto, exigindo assim uma atenção especial por parte dos profissionais de saúde, sobretudo nos primeiros três meses após o parto (Patrício et al., 2024).

As infeções do trato urinário (ITU) são igualmente comuns durante a gravidez na adolescência, estas podem ser assintomáticas (bacteriúria) ou sintomáticas (cistite e pielonefrite). A ausência de sintomas típicos pode atrasar o diagnóstico e tratamento, favorecendo a progressão para pielonefrite, uma condição que se manifesta com febre, calafrios, vômitos, dor lombar e alterações na análise de urina. Esta infeção implica risco de parto pré-termo, restrição do crescimento fetal e sépsis materna, pelo que o tratamento deve ser iniciado em regime de internamento. Em casos recorrentes, pode ser indicada uma ecografia renal e instituída profilaxia antibiótica até ao parto (Lopes, 2021).

Adicionalmente, surgem dificuldades em manter a relação com o grupo de amigos, em encontrar um espaço seguro onde possa partilhar receios e dúvidas, e em lidar com eventuais mudanças na relação com o namorado. Esta realidade torna-se ainda mais complexa quando inserida em contextos de vulnerabilidade socioeconómica, nos quais o afastamento da família ou o abandono por parte do parceiro são situações infelizmente frequentes, aumentando o risco de sofrimento emocional (Lopes, 2021).

Para além dos cuidados clínicos, é essencial garantir um acompanhamento psicológico e social adequado ao longo de toda a gravidez e também no período após o parto. É importante que as adolescentes grávidas sejam acompanhadas de forma próxima, permitindo uma identificação precoce de possíveis vulnerabilidades de ordem social, económica ou emocional. Este reconhecimento atempado facilita a implementação de medidas de proteção e apoio, tanto para a adolescente como para o seu recém-nascido (Lopes, 2021).

A intervenção de uma equipa multidisciplinar revela-se fundamental, na medida em que permite reduzir o impacto de eventuais complicações e contribui para uma vivência da maternidade mais segura e saudável. Este apoio integrado protege não só a saúde física, mas também o bem-estar psicológico de ambos (Patrício et al., 2024).

4.4. Complicações no desenvolvimento do feto

Mais do que as consequências que uma gravidez precoce pode trazer para a saúde física, psicológica e social da adolescente, é também relevante considerar os efeitos que esta condição poderá ter no desenvolvimento do feto. Nomeadamente a imaturidade fisiológica e os fatores sociais associados à gravidez que aumentam o risco de complicações neonatais, que podem comprometer o seu crescimento, podendo ocorrer a restrição do crescimento intrauterino (RCIU), e comprometer a sua saúde desde os primeiros momentos de vida.

A RCIU é mais comum em nulíparas, cuja característica é frequente neste grupo etário. Esta condição está associada ao nascimento de recém-nascidos com baixo peso e pode ser consequência de diversos fatores. A nível biológico, a imaturidade física da adolescente associada ao aumento insuficiente de peso ao longo da gravidez são causas frequentes. A estes associam-se fatores socioculturais como: condições económicas desfavoráveis, baixo nível de escolaridade e estilos de vida de risco, incluindo o consumo de tabaco, álcool ou substâncias ilícitas (Lopes, 2021).

A suposição de uma RCIU pode surgir durante a avaliação clínica, nomeadamente através da medição da altura uterina. Esta condição só é confirmada através da realização de uma ecografia obstétrica, com análise das biometrias fetais. As recomendações que se fornece à grávida caso esta condição se verifique passam pela recomendação de repouso e que melhore a sua alimentação. Também se procede à pesquisa de eventuais patologias que poderão estar associadas. Em situações mais graves, poderá ter de ser necessário antecipar o parto (Pires et al., 2015).

O parto pré-termo, isto é, aquele que acontece antes das 37 semanas de gestação, é mais comum em adolescentes do que em mulheres adultas. O risco aumenta quanto mais jovem for a idade da grávida, sendo particularmente preocupante nas adolescentes com idade ginecológica inferior a três anos (menos de três anos desde a primeira menstruação) (Lopes, 2021).

Do ponto de vista fisiológico, muitas adolescentes ainda se encontram em fase de crescimento, o que pode originar uma "disputa" por nutrientes entre o organismo da mãe e o do bebé. Mesmo com suplementação adequada, essa competição pode prejudicar o desenvolvimento do feto. Além disso, a imaturidade do aparelho reprodutor, facilita o aparecimento de infeções, que por sua vez levam a um aumento da produção de prostaglandinas, substâncias que podem desencadear o trabalho de parto antes do tempo previsto (Lopes, 2021).

Para além dos efeitos na saúde da mãe e do bebé, a gravidez na adolescência tem também fortes repercussões a nível social. É frequente que as jovens nesta situação abandonem os estudos, o que se traduz num menor nível de escolaridade e, mais tarde, em maiores dificuldades no acesso ao mercado de trabalho. Isto pode

levar a situações de desemprego ou emprego precário, dificuldades económicas, problemas habitacionais, maior dependência de apoios sociais e, em muitos casos, à exclusão social. Além disso, não são raras as situações em que a adolescente enfrenta o afastamento por parte da família ou do pai da criança, o que agrava ainda mais o cenário de vulnerabilidade (Patrício et al., 2024).

A nível escolar, o impacto é significativo, com muitas adolescentes a interromperem a sua formação. Esta quebra nas oportunidades educativas reduz as hipóteses de integração profissional e contribui para a perpetuação do ciclo de pobreza. Paralelamente, surgem sentimentos de isolamento, distanciamento de amigos e familiares e um aumento do risco de desenvolver ansiedade ou depressão (Libório, 2025).

Por fim, importa referir que o estigma social continua a ser uma realidade com grande impacto. Muitas adolescentes relatam sentir-se discriminadas tanto no ambiente escolar como na comunidade, o que contribui para o seu isolamento e dificulta ainda mais o enfrentamento desta etapa tão exigente da vida (Lopes, 2021).

Os profissionais de saúde, em particular os enfermeiros, devem estar atentos a sinais de sofrimento psicológico e encaminhar as jovens para os serviços de apoio mais adequados. A criação de grupos de apoio destinados a grávidas adolescentes pode ser uma medida útil, proporcionando um espaço seguro onde possam partilhar experiências, criar laços e encontrar conforto junto de outras jovens que vivem situações semelhantes (Lopes, 2021).

5. Papel do Enfermeiro e Modelos de Educação para Saúde

Após a análise dos vários conceitos associados à gravidez na adolescência, das suas consequências para a saúde da adolescente e do recém-nascido, bem como dos aspetos legais e clínicos relacionados com a IVG. Torna-se assim essencial refletir sobre o papel do enfermeiro neste contexto e compreender de que modo pode intervir, quer na promoção da educação para a saúde, quer como agente facilitador na prevenção da gravidez na adolescência.

A palavra “saúde” é definida como algo positivo, que exerce um grande impacto na qualidade de vida, tanto a nível individual como da comunidade incluindo as dimensões emocional, social e mental. Contudo este conceito baseia-se em dois pilares essenciais, sendo estes a promoção da saúde e a educação para a saúde (Silva, 2022).

Nesse sentido, torna-se prioritário a intervenção da educação para a saúde, pois é através desta que os profissionais de saúde transformam os seus conhecimentos adquiridos em informações acessíveis e compreensíveis, cujo seu objetivo é fomentar a literacia em saúde da população. Assim, a educação para a saúde, é uma abordagem que visa capacitar as pessoas, para que autonomamente consigam cuidar de si e da comunidade que os envolve (Pereira, P. P., 2023).

Embora existam diversos modelos orientadores para a promoção da saúde, dentro da nossa temática optámos por abordar o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender (MPSNP), pois este demonstra que todo este processo engloba não só o adolescente, mas também a influência dos seus fatores pessoais e do meio envolvente na adoção de comportamentos saudáveis. E porque este preconiza que a mudança dos seus comportamentos através da intervenção do enfermeiro na promoção da saúde é capaz de sustentar e motivar essa mudança (Pender et al., 2015).

Este modelo evidencia que o enfermeiro terá de deter competências culturais e ser sensível à diferença, adaptando a sua prática ao contexto específico do adolescente, reconhecendo os valores, crenças e influências sociais e ambientais que moldam os seus comportamentos (Silva, 2022).

O MPSNP baseia-se no princípio de que os comportamentos promotores de saúde dependem da responsabilidade individual que cada pessoa possui relativamente ao seu bem-estar. Este modelo dá imensa importância aos determinantes comportamentais, bem como às abordagens educativas e à influência do meio ambiente, da comunidade e do seu contexto social e cultural (Silva, 2022).

Este pode ser aplicado tanto individualmente como em grupo, e permite ao enfermeiro planear, intervir e avaliar a sua prática de forma contínua. Neste o papel

dos Enfermeiros está relacionado com as intervenções e estratégias que podem ser utilizadas para promover a mudança desses comportamentos, estimulando o autocuidado e a busca de saúde, este poderá facilitar a compreensão de como intervir e contribuir para a promoção do conhecimento, reflexão e tomadas de decisão no ato de cuidar e agir (Carvalho et al., 2022).

O diagrama de MPSNP divide-se em três categorias (anexo 1). Na primeira são identificadas todas as variáveis que influenciam diretamente a adesão a este tipo de comportamentos, estas poderão ser de origem biológica (idade, índice de massa corporal, estágio de desenvolvimento pubertário, força e agilidade), psicológica (autoestima, motivação e estado de saúde) e socioculturais (raça, etnia, nível de escolaridade e condição socioeconómica). A análise destas é importante para que os enfermeiros, em conjugação com o adolescente determinem o que poderá ser ajustado e como este se encontra recetivo à mudança, e assim influenciar as suas perceções como sua autoeficácia, os benefícios esperados, as barreiras sentidas e os sentimentos associados ao comportamento que se pretende adotar (Alves, 2021).

A sua segunda categoria diz respeito aos sentimentos e conhecimentos que a pessoa tem relativamente aos objetivos que pretende alcançar. Estes incluem a perceção dos benefícios que poderá obter, as barreiras que poderão dificultar a mudança, sejam estas mentais, práticos ou emocionais, a confiança que possui na própria capacidade para adotar determinado comportamento, os sentimentos associados a esse comportamento, bem como as influências interpessoais (família, amigos ou normas sociais) e situacionais a que está exposta (Alves, 2021).

No contexto escolar a análise destes fatores revelou-se extremamente relevante, uma vez que os adolescentes são frequentemente expostos a vários estímulos e modelos de comportamento que nem sempre favorecem a sua saúde ou o seu desenvolvimento. Logo, a implementação deste modelo deverá envolver toda a comunidade escolar e os enfermeiros (Patrício et al., 2024).

A última categoria do MPSNP refere-se à avaliação do resultado dos comportamentos promotores de saúde que foram trabalhados durante toda a intervenção, o objetivo desta é compreender qual foi o grau de compromisso atingido face ao plano definido com base nos fatores mais carenciados. E com isso determinar se tomou a decisão de adotar e manter os comportamentos recomendados (Alves, 2021).

Em suma, este modelo trata-se de um modelo de enfermagem, que oferece um guia que permite a exploração dos diversos processos biopsicossociais que influenciam a adoção de comportamentos de saúde desejáveis. Aos enfermeiros cabe promover a tomada de consciência sobre os comportamentos problemáticos e as preocupações a eles associadas, fornecendo informação pertinente sobre os efeitos que desse comportamento advêm, tanto a curto como a longo prazo.

Posto isto, pode-se concluir que a promoção da saúde e a educação na infância é uma das principais responsabilidades dos enfermeiros, quer nos cuidados de saúde primários, secundários e terciários. O enfermeiro, para além dos cuidados que oferece, exerce uma função educativa, sendo essencial valorizar essa vertente na abordagem da educação sexual no contexto escolar, visto que é um espaço privilegiado para a aprendizagem e o desenvolvimento dos adolescentes.

5.1. Educação Sexual nas escolas: teorias e resultados

Na sequência da análise do papel do enfermeiro na educação para a saúde, bem como da aplicação do MPSNP, é imprescindível compreender como este papel de “educador” é desempenhado em contexto escolar, particularmente na educação sexual e para os afetos. Para tal, iremos abordar ao longo deste capítulo alguns fundamentos teóricos sobre abordagem deste tema nas escolas, os programas e meios desenvolvidos para que a abordagem fosse possível, assim com a intervenção prática do enfermeiro na dinamização de intervenções educativas, na promoção da sua literacia.

De acordo com a OMS, a sexualidade é uma energia que leva à procura de amor, ternura e intimidade, esta encontra-se presente na maneira de como nos movemos, tocamos e se é tocado. Esta energia influencia o pensamento, as emoções, ações e relações que poderão repercutir-se na sua saúde física e mental e esta poderá ser moldada, de acordo com os seus fatores biológicos, psicológicos, jurídicos, históricos, religiosos e espirituais (OMS, 2015).

A sexualidade é uma componente essencial do ser humano, pois constitui uma das principais bases na construção da identidade pessoal, que é vivida de forma única durante todos o ciclo vital e expressa-se de acordo com a experiência de cada um. A sua vivência é influenciada pela sua cultura, pela educação, pelo seu estado de saúde física e mental, pelos modelos sociais em que está inserida bem como o apoio emocional, tanto familiar como no ambiente escolar (OMS, 2015).

Todos estes fatores anteriormente mencionados, durante a fase da adolescência são experienciadas com alta intensidade, pois é nesta fase que ocorrem mudanças emocionais que estão fortemente associadas às alterações hormonais e ao desenvolvimento psicológico, sendo esta fase marcada pela descoberta do seu corpo e de como este reage, que poderá resultar em algumas atitudes imprudentes e conseqüentemente afetar a sua saúde sexual (OMS, 2015).

Tendo em consideração este contexto e visto que os adolescentes passam a maior parte do seu tempo na escola, este é o local onde surgem as primeiras experiências afetivas, este revela-se ser o espaço ideal para a implementação de programa de saúde sexual. Com base na evidência científica, a implementação destes programas demonstrou inúmeros benefícios tais como, o atraso da primeira

relação sexual, a diminuição da taxa de gravidez na adolescência e dos comportamentos de risco e consequentemente das DST (OMS, 2015).

Em Portugal, foi desenvolvido o Programa Nacional de Saúde Escolar como um recurso orientador das políticas públicas nacionais na promoção da saúde no contexto escolar e nos determinantes de saúde. Este visa a reforçar a literacia em saúde de toda a comunidade escolar, ao capacitar as crianças e os adolescentes a fazerem escolhas informadas para que melhorem o seu bem-estar físico, mental e social (SNS, 2023).

A literacia em saúde refere-se a um conjunto de competências cognitivas e sociais que influenciam a motivação e a capacidade deste em aceder, compreender, interpretar e utilizar informação relevante, com o objetivo de promover, preservar e recuperar a sua saúde. Através da sua consciencialização ativa no desenvolvimento das suas capacidades para compreender, gerir e aplicar os conhecimentos fornecidos na tomada de decisões informadas e responsáveis (SNS, 2023).

Este programa aborda diversos domínios, sendo um destes com foco na área da educação para os afetos e a sexualidade, esta deve ser implementada a toda a comunidade educativa desde o ensino básico até ao ensino secundário. Cujo seu principal objetivo é contribuir para que tomem escolhas responsáveis e conscientes relativamente às suas relações afetivo-sexuais (SNS, 2023).

A sua intervenção foca-se na promoção da sua saúde e no seu bem-estar, ao atuar sobre os seus comportamentos e fatores de risco que os influenciam. Neste contexto é se valorizado, o desenvolvimento de competências sociais e emocionais, bem como a sua literacia em saúde, através da aplicação de metodologias ativas e de projetos educativos que iram apoiar as escolas na formação dos seus alunos (SNS, 2023).

Sendo assim a capacitação das crianças e dos jovens, para a tomada de decisões conscientes é fundamental para a adoção de estilos de vida saudáveis. Contribuindo assim para que estes possam se tornar no futuro pessoas mais confiantes, autónomas e para que estejam preparados para desempenhar um papel ativo na sociedade (OMS, 2015; SNS, 2023).

Logo, pode se afirmar que a Saúde Escolar possui um papel decisivo e fundamental ao promover o acesso à informação, incentivando a práticas diversas e envolvendo toda a comunidade educativa em torno de objetivos comuns.

Como forma de dar resposta a esta e a outras problemáticas da comunidade, foram criadas as Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), através do Decreto de Lei nº 28/2008 de 22 de fevereiro e regulamentadas pelo Despacho n.º 10143/2009 de 16 de abril. Têm como missão prestar cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, dedicando atenção especial a pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, como são os adolescentes. Compete ainda às UCC atuar no domínio da educação para a saúde, da integração

em redes de apoio à família, tendo em vista a obtenção de ganhos em saúde. O mesmo despacho no Artigo 9º, nº. 4, alínea b) estipula que as atividades da carteira de serviços da UCC devem incidir “em programas no âmbito da proteção e promoção de saúde e prevenção da doença na comunidade, tais como o Programa Nacional de Saúde Escolar.” (Domingues, 2020).

A promoção da saúde em meio escolar, é baseada nos princípios da Educação para saúde (EpS) e na metodologia de trabalho por projeto, partindo das necessidades reais da população escolar e desenvolvendo processos de ensino e de aprendizagem que conduzem à melhoria os resultados académicos, contribuindo assim para a elevação do nível de literacia para a saúde e melhorando o estilo de vida da comunidade educativa (Domingues, 2020).

Como forma de facilitação da sua compreensão, os determinantes da saúde têm sido frequentemente agrupados nas seguintes categorias: fixos ou biológicos; sociais e económicos; ambientais; estilos de vida (engloba o comportamento sexual); acesso aos serviços. Sendo certo que todos os determinantes influenciam, de alguma forma, o estado de saúde individual, familiar ou comunitário (Domingues, 2020).

A atuação do enfermeiro reveste-se de um papel preponderante na prevenção de comportamentos de risco, pois, a sua atuação na comunidade escolar, no seio do grupo dos adolescentes torna-se deveras importante. Esta importância, encontra-se legalmente sustentada, através das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública (EEECSP), que estabelece a necessidade de atuação do enfermeiro na comunidade em processos de capacitação de grupos e comunidades, nomeadamente através de parcerias com outras instituições de comunidade em projetos de intervenção comunitária dirigidos a grupos de maior vulnerabilidade (Domingues, 2020).

A Ordem dos Enfermeiros (OE) reforça esta importância, nomeadamente através dos seus Padrões de Qualidade dos cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (Regulamento n.º 348/2015), mais especificamente no descritivo “A Promoção da Saúde”, onde defende que “na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro ajuda os clientes a alcançarem o máximo potencial de saúde”. Nomeadamente através da “criação e o aproveitamento de oportunidades para promover estilos de vida saudáveis”, também da “promoção do potencial de saúde do cliente através da otimização do trabalho adaptativo aos processos de vida, crescimento e desenvolvimento” e através do “fornecimento de informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades pelo grupo/comunidade.” (Domingues, 2020).

A educação sexual, como intervenção de enfermagem, assume um papel fulcral para que a vivência da adolescência seja feita de uma forma saudável levando a

uma vida adulta plena, pois o desenvolvimento de comportamentos promotores de saúde em adolescentes é crítico para aumentar a prevalência de estilos de vida saudáveis não só nos adolescentes, mas também na sociedade em geral (Domingues, 2020).

Segundo (Domingues, 2020), o enfermeiro deve atuar dentro do espaço da turma, ao promover a sua participação ativa, a sua reflexão e a análise de questões. Para tal, o enfermeiro deve ter uma personalidade equilibrada, com boas competências de comunicação e respeito pelos outros e da comunidade educativa e capacidade para reconhecer a necessidade de reencontrar para outros profissionais. Para que estas sessões sejam eficazes, é necessário que se estabeleça um ambiente de confiança, respeito e segurança, preservando a sua intimidade e assim evitar constrangimentos.

Como forma de dar resposta à intervenção desta temática no espaço-turma, o Guia Internacional para a Educação Sexual apresenta algumas ideias-chave que contempla a área da educação para os afetos e sexualidade, que se encontram adaptadas a cada faixa etária e aplicadas neste contexto. Nestas o Enfermeiro tem como principal objetivo sensibilizar os adolescentes para a gravidez na adolescência e a sua prevenção, assim como ajudar a compreender, reconhecer e reduzir o risco de contrair uma DST.

De acordo com este guia, os Enfermeiros na sua intervenção sobre a educação sexual em contexto escolar, deve abordar a gravidez como um processo que é biológico e natural, mas que deve ser planeado. Deve explicar os sinais mais comuns de gravidez, quais os diferentes testes que estão disponíveis nos estabelecimentos de saúde, alertar para os riscos associados ao casamento e à gravidez precoce, como os riscos para a sua saúde e para a sua vida futura (UNESCO et al., 2018).

Apesar do grande objetivo ser a prevenção da gravidez na adolescência, o Enfermeiro deve de as informar, que caso esta ocorra que existem leis e políticas que protegem o direito destas continuarem os seus estudos e o acesso a serviços de saúde pré-natais relevando a sua importância para o desenvolvimento de uma gravidez saudável. E que em caso deseje interromper a gravidez, os CSP possuem meios para referenciar para um local onde esta é possível com todos os cuidados e vigilância adequada (UNESCO et al., 2018).

Quanto às DST, este guia evidencia que o papel do enfermeiro passa por explorar o conhecimento prévio dos adolescentes sobre DST mais comuns, explicar os seus métodos de transmissão, quais as formas mais eficazes de reduzir o risco de contágio a sua transmissão. Também deve promover o desenvolvimento de capacidades de comunicação, para que estes ao lidar com pressões sexuais indesejadas, possam recusar e assim desenvolver práticas sexuais seguras (UNESCO et al., 2018).

Perante um comportamento de risco o enfermeiro deve consciencializar que o único método de confirmar a existência de uma DST é através de testes disponibilizados pelos serviços de saúde e quanto mais cedo o seu diagnóstico, mais facilmente terão acesso ao tratamento adequado (UNESCO et al., 2018).

Em contrapartida, de todos os esforços e recursos mobilizados pelos Enfermeiros para promover uma melhor saúde sexual e reprodutiva entre este grupo etário, nomeadamente a redução das taxas de gravidez na adolescência e de DST, continuam a existir diversas barreiras que dificultam a eficácia dessas intervenções. Entre os principais obstáculos destacam-se a resistência por parte de muitas famílias, influenciadas pela existência de tabus sociais e crenças culturais ou religiosas, a falta de tempo e sobrecarga das unidades de saúde que impossibilita uma abordagem mais aprofundada e a escassez de materiais didáticos e suporte institucional.

6. Comparação Internacional de Estratégias

Na Europa e nomeadamente em Portugal e Espanha são vários os fatores predisponentes à gravidez nas adolescentes, nomeadamente e segundo Martins et al., (2023) estão ligadas “à vulnerabilidade pessoal, contexto familiar, falta de informação na área de saúde sexual e reprodutiva, acesso precário à contraceção, violência ambiental, contexto socioeconómico restrito, religião e contexto cultural.”

No que concerne aos adolescentes Martins et al., (2023) refere que com idades inferiores a “16 ou 17 anos, não têm uma visão de longo prazo das consequências de seu comportamento e são movidos pela experimentação e emoções. Portanto, embora tenham conhecimento cognitivo sobre contraceção e o risco de gravidez, podem optar por ignorar esses aspetos de seu comportamento como uma espécie de negação.”

Portugal sendo um país com IVG desde 2007, e que segundo a DGS, 2022, o número de IVG em adolescentes tem vindo a diminuir em função a medidas aplicadas, intervenções realizadas, bem como o acesso a IVG (Anexo II, Figura 2), bem como o número de nados vivos em adolescentes (Anexo III, Figura 3), pelo que segundo relatórios da DGS e dados do INE, os números apresentados demonstram uma redução do número de dados vivos, bem como a redução nas idades, no ano de 2004 por exemplo ocorreram 3666 nados vivos, em adolescentes entre os 13 e os 18 anos, e passado 20 anos, em 2024 passou para 831 nados vivos, dentro das mesmas idades, existindo uma grande redução, motivado pela intervenção de diversas entidades, políticas aplicadas (INE Portugal, 2024).

Conforme relatório da DGS (2023) a comparação da “proporção de IG por opção da mulher por grupo etário da mulher e a proporção de nados-vivos por grupo etário da mãe poderá existir uma maior probabilidade de uma gravidez terminar em IG nos seguintes grupos etários, menores de 15, de 15 a 19 anos, 20-24 anos, (conforme anexo IV, figura 4).” (p. 19). Fica assim presente que uma gravidez em idades precoces, ou em fases da adolescência ou mesmo no início da vida profissional, pode precipitar a adolescente quer por medo, por questões de educação, de continuidade dos estudos a uma interrupção da gravidez, mesmo que as razões possam ser diferentes de caso a caso, conforme ficou plasmado no relatório da DGS, 2023, o motivo pode ser de diversas razões, ainda mais na vida de uma adolescente que pode ser facilmente influenciável a interromper a gravidez, por uma família, um juiz ou mesmo um médico.

Assim segundo um estudo e em base a Amnistia Internacional (2025, p. 31), “as evidências apontam que os adolescentes e as mulheres procuram “contornar os requisitos de autorização dos pais/esposos para evitar violência antecipada, coerção reprodutiva e desarmonia familiar.” Assim como exemplo e com base num estudo de 2025 “que analisou 712 procedimentos realizados no hospital Nossa

Senhora do Rosário, no Barreiro, em Lisboa, entre 2010 e 2023, a 669 adolescentes até aos 19 anos, registou-se uma tendência decrescente nas interrupções de gravidez até 2021, embora nos últimos dois anos se tenha verificado um aumento. Em 2023, foram realizadas 52 interrupções da gravidez neste estabelecimento de saúde, um número semelhante ao de 2016 (53), mas longe das 82 interrupções de gravidez registadas em 2011. Os procedimentos realizados em adolescentes representaram entre 8,1 e 15% de todas as interrupções voluntárias de gravidez até às 10 semanas. A idade mínima foi de 13 anos e a média de 18 anos. 22,6% das IVG foram realizadas a adolescentes com idade até aos 16 anos. Em termos totais, 88,9% eram solteiras e 68,3% eram estudantes. Entre as que trabalhavam, quase metade (49,1%) estava desempregada. A grande maioria (85,9%) era de nacionalidade portuguesa e, entre os estrangeiros, a maioria era oriunda dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP).“ (p. 31).

Conforme fica presente e segundo a DGS (2023, p. 44), “o acesso universal às consultas de planeamento familiar e a distribuição gratuita de métodos contraceptivos no SNS”. Assim a distribuição “de contraceptivos para disponibilização gratuita no SNS está dependente da lista nacional que continuou progressivamente a ser alargada, no sentido de assegurar a diversidade de métodos e permitir escolhas adaptadas a um maior número de utentes, garantindo a liberdade de escolha e possibilitando maior adesão à utilização” e segundo a orientação DGS 10 de 29.10.2015 – “Disponibilidade de Métodos Contraceptivos”

Sendo do conhecimento geral que, segundo a (DGS, 2023, p. 44), “o acesso de homens e mulheres a contraceção permite reduzir o número de gravidezes indesejadas” quer das adolescentes, que pela idade e inexperiência nem sempre estão abertas a consultas de planeamento familiar, e pela idade nem sempre têm abertura para as consultas no centro de saúde falarem abertamente sobre o assunto.

Esta “disponibilidade continuada dos diferentes meios contraceptivos promove o pleno acesso a este cuidado de saúde. Além disso, os grupos mais frágeis e economicamente mais vulneráveis, como as adolescentes, agregados com maiores dificuldades económicas e sociais poderão ser os que vivenciam algum tipo de constrangimento no momento e que solicitam por exemplo preservativos ou outro meio de contraceptivo.” (DGS, 2023, p. 44).

Sendo uma medida a manter e prolongar, a DGS (2023) enaltece a importância de “por um lado, reforçar os mecanismos que proporcionem um aumento do acesso à contraceção e, por outro, proceder a uma avaliação mais aprofundada das atividades em Planeamento Familiar em Portugal,” uma vez que a consulta com idade entre os 12 e os 13 anos e a consulta entre os 15 e os 18 anos, estas visam avaliar o crescimento, o desenvolvimento, saúde mental e comportamentos de risco, mas que deveriam ser abordadas as questões de relações sexuais nos centros de saúde, que nem sempre são abordados pela tenra idade da adolescente,

ou mesmo pela falta de tempo dos progenitores para acompanharem as adolescentes ao centro de saúde (p. 44).

Segundo a DGS (2024), “em 2023, cerca de 90% das mulheres que realizaram IG por opção escolheram, posteriormente, um método contraceptivo. Do total das mulheres que realizaram IG por opção, 36,2% escolheu um método de longa duração [dispositivo intrauterino (DIU), sistema intrauterino (SIU), implante hormonal subcutâneo ou laqueação de trompas], o que constituiu um aumento relativamente a 2022.” (p. 43). De salientar que a nível de adolescentes, isto nem sempre se verifica, uma vez pela inexperiência da adolescente, pela autorização por parte de tutor ou do poder paternal.

A nível deste tipo de métodos, como refere DGS (2024), “pode traduzir, por um lado, uma dificuldade no acesso a este tipo de contraceção que requer a existência de uma consulta médica, ou, por outro lado, traduzir a escolha da mulher,” (p. 43) uma vez que a mulher/adolescentes tem receio de experimentar outro método contraceptivo mais adequado às suas necessidades. Nem todos os Centros de Saúde estão abertos à colocação de este tipo de dispositivos, bem como os médicos, ou mesmo a colocação, a formação ou a disponibilidade de serem colocados ou o preço dos mesmos.

Há que referir que os métodos de contraceção de emergência, em Portugal, é um assunto pouco falado, e se for solicitado por menores de idade, pode aqui o enfermeiro ter um papel preponderante na explicação ao adolescente sobre contraindicações destes métodos, apesar de ser utilizado o “método de Yuzpe (este método utiliza um anticoncepcional oral combinado), o método com progestativo (a pílula do dia seguinte, contendo levonorgestrel ou acetato de ulipristal, não precisa de receita médica) e o método do DIU, dispositivo de cobre pode ser usado como método de emergência.” (CES, 2018, pp. 4 - 5).

Numa perspetiva ideal, que infelizmente sabemos que não o é, uma vez que os objetivos e o tempo que cada enfermeiro, tem para estar com cada utente, está contabilizado, o que faz que seja necessário atingir determinados índices em vez de se debruçarem sobre as problemáticas que a utente/adolescente tem, ou dúvidas a esclarecer.

Assim segundo a IPDJ (2025, p. 1), “a consulta de planeamento familiar é um excelente recurso através do qual as pessoas jovens podem receber cuidados de saúde e informação que lhes permita fazer escolhas informadas e viver uma sexualidade segura e prazerosa.”

Este direito ao Planeamento Familiar, está segundo IPDJ (2025, p. 2), “é garantido a todos pela Constituição da República Portuguesa, pela Lei nº 3/1984 e reforçado pela Lei nº 120/1999. Esta Lei determina que os métodos contraceptivos sejam fornecidos gratuitamente nos centros de saúde e hospitais públicos. Todas as pessoas têm direito independentemente do estado civil.”

Assim, segundo IPDJ (2025, p. 2), e no que concerne “à garantia de Direitos Humanos no acesso ao Planeamento Familiar, as pessoas jovens devem ver salvaguardados o direito à não discriminação, ao acesso de informação e serviços de qualidade, o direito a tomar decisões informadas, o direito à privacidade e confidencialidade, o direito a estar envolvido/a nas decisões médicas.”

As consultas segundo a IPDJ (2025, p. 1) fomentam a possibilidade de “aceder a métodos contraceptivos gratuitos, planejar uma gravidez, promover um estilo de vida saudável e prevenir as IST.”

Na vertente de educação sexual, tanto em Portugal como em Espanha, com as intervenções dos Ministérios da Saúde e da Educação, segundo a Portaria n.º 196-A/2010 de 9 de abril, onde estão contempladas as áreas de educação sexual que devem ser ministradas, apesar de ser um tema que é pouco abordado pelas escolas. Neste âmbito e segundo Martins et al., (2023, p. 10) o objetivo passa por “diminuir a gravidez não planeada, bem como as IST/HIV, mas também melhorar a qualidade de vida sexual dos jovens. De acordo com Ketting, 21 dos 25 países europeus adotaram um quadro jurídico para a educação sexual.”

De referir que em “muitos países da UE, a educação sexual nas escolas é frequentemente abrangente e totalmente integrada em disciplinas de ensino mais amplas, como cidadania, competências para a vida ou iniciativas de educação para a saúde.” (Martins et al., 2023, p. 10).

A nível de Currículo Escolar em Portugal, a ANEM (2021) refere que a “educação sexual é implementada ao longo de todo o currículo escolar, apesar de não existir nenhum programa oficial, assim é baseada em guidelines que propõem uma abordagem holística, podendo ser aplicadas em qualquer ano escolar por professores, profissionais de saúde e ONGs como a Associação Portuguesa para o Planeamento da Família (APF).” (p. 9).

De avaliar que os conteúdos em si, nem sempre são aplicados, tendo isto a ver com a ausência de um “programa oficial” segundo ANEM (2021), assim “a educação sexual permanece abordada praticamente apenas nas aulas de biologia e educação moral religiosa católica, sendo que a estratégia mais utilizada pelas escolas passa pelo envolvimento destes temas em atividades extracurriculares, especialmente palestras oferecidas por profissionais de saúde e organizações não governamentais.” (p. 9).

Em 2009, segundo a ANEM (2021), “foi aprovada a lei nº 60/2009 que estabelece o regime de aplicação da educação sexual em meio escolar, do 1º ao 12º ano de escolaridade. Assim, define que a educação sexual em meio escolar tem carácter obrigatório e destina-se a todos os alunos que frequentam estabelecimentos de ensino básico e secundário da rede pública ou privada, do território nacional.” (p. 9).

O Ministério da Educação, passado 10 anos desta lei, e em consonância com ANEM (2021), “mostrou que grande parte das escolas não a está a cumprir na totalidade. Neste mesmo relatório foram identificados vários constrangimentos como, por exemplo, a falta de um gabinete de apoio ao aluno em 23% das escolas por falta de recursos humanos (28%), crédito de horas (21%), falta de espaço físico adequado (20%), entre outras.” (p. 9).

Através do relatório conclui-se que existe segundo ANEM (2021) uma maior “sensibilidade por parte das escolas na temática da violência no namoro em comparação com a da mutilação genital feminina, abordada em apenas 18% das escolas, face a 96% das escolas com projetos na área da violência no namoro.” (p. 10).

Conseguiu-se obter através da ANEM (2021) que “Portugal como em muitos outros países, o foco tem sido maioritariamente entregue à componente biológica da educação sexual em detrimento dos aspetos psicológicos e das relações interpessoais, reiterando o viés relacionado com a ênfase dada aos aspetos relacionados com a saúde física. Aliado a isto surge o facto de a maioria das atividades apresentar na generalidade uma abordagem negativa, focando-se principalmente nas potenciais consequências negativas dos comportamentos sexuais como, por exemplo, a gravidez não planeada e as infeções sexualmente transmissíveis, tendo como foco principal a prevenção do risco.” (p. 10).

A nível de intervenções por parte dos nossos organismos, e englobando organizações não-governamentais, assim conforme refere Martins et al., (2023, p. 11) “podem promover iniciativas que podem impactar a vida sexual dos adolescentes e a gravidez não planeada. Uma das histórias de sucesso recentes da Europa em relação à intervenção governamental é o Reino Unido, que conseguiu reduzir as taxas de gravidez na adolescência em 51% (de 1998 a 2014) com uma estratégia nacional direcionada aos adolescentes e seus pais por meio de campanhas de comunicação, fornecendo financiamento para melhorar a educação sexual e de relacionamento (ou seja, nas escolas) e acesso a contraceptivos eficazes.”

Assim ainda segundo Martins et al., (2023, p. 11) “vários países europeus oferecem contraceptivos gratuitos, como contraceptivos orais combinados, para menores, incluindo Portugal, Eslovénia, Espanha, Bélgica, Holanda e França. Outros países, como Alemanha, subsidiam contraceptivos, enquanto em muitos países os menores têm que pagar pela contraceção, tornando isso uma barreira importante à adesão.”

Com a intervenção da Academia Europeia de Pediatria (EAP), e segundo Martins et al., (2023) o “Programa de Assistência à Saúde (PAE) é promover todas as intervenções que garantam o bem-estar de mães adolescentes e seus filhos em diferentes níveis.”

A nível de sugestão e recomendações Martins et al., (2023, p. 12) enfatiza as seguintes observações que devem ser tidas em conta, nomeadamente “defender o acesso gratuito à contraceção para adolescentes, treinar pessoal para transmitir educação sexual precisa e planeamento familiar nas escolas, liberalizar o acesso gratuito ao aborto seguro” que não existe em todos os países ainda.

Na vertente de indicações para os profissionais de saúde, é salientado por Martins et al., (2023, p. 12) que estes profissionais adquirissem e mantivessem “conhecimentos, bem como atitudes e competências de comunicação adequadas no aconselhamento e prestação de cuidados de saúde relacionados com a SSR entre adolescentes,” para ambos os sexos, “enfatizando a questão da confidencialidade, defender o fácil acesso a cuidados de saúde adequados aos jovens, incluindo o chamado planeamento familiar.” Adquirir pelo profissional “habilidades para dar suporte a adolescentes grávidas durante a gravidez;” informar “as adolescentes grávidas sobre escolhas relacionadas à gravidez, incluindo opções,” se “continuar com a gravidez” dando recomendações de como “criar a criança, se considerar o aborto ou dar a criança para adoção, fornecer informações relevantes de forma básica, precisa e adequada ao desenvolvimento, envolvendo o paciente no processo de tomada de decisão e respeitando sua formação e valores culturais e espirituais” sempre que exequível, “envolver o parceiro masculino e os pais/cuidadores em todas as decisões.”

Estas consultas são de acesso a qualquer utente que necessite e de forma gratuita, esta segundo o IPDJ (2025, p. 1) esta “disponível no âmbito do SNS (através de centros de saúde, hospitais e maternidades), os serviços de SSR para jovens/adolescentes devem ter as seguintes características,” nomeadamente, os profissionais devem ter “empatia e utilização de uma linguagem acessível,” deve existir “abertura para que sejam retiradas dúvidas e abordados receios, desmistificação de ideias erradas sobre a sexualidade, disponibilização de uma vasta gama de métodos contraceptivos, nomeadamente de longa duração, promoção de competências assertivas, como por exemplo sobre a negociação da colocação do preservativo.”

Assim, segundo IPDJ (2025, p. 2), e no que concerne “à garantia de Direitos Humanos no acesso ao Planeamento Familiar, as pessoas jovens devem ver salvaguardados o direito à não discriminação, ao acesso de informação e serviços de qualidade, o direito a tomar decisões informadas, o direito à privacidade e confidencialidade, o direito a estar envolvido(a) nas decisões médicas;”

Este direito ao Planeamento Familiar, está segundo IPDJ (2025, p. 2), “é garantido a todos pela Constituição da República Portuguesa (CRP), pela Lei nº 3/1984 e reforçado pela Lei nº 120/1999. Esta Lei determina que os métodos contraceptivos sejam fornecidos gratuitamente nos centros de saúde e hospitais públicos. Todas as pessoas têm direito independentemente do estado civil.”

No Brasil, o Ministério da Saúde (2025), implementou a “Semana Nacional de Prevenção da Gravidez na Adolescência - Prevenção da Gravidez na adolescência, promovendo a saúde e garantindo direitos”. (p. 1).

Neste âmbito, tem emanado todos os anos recomendações, em função da evolução e prevenção de gravidezes na adolescência, uma vez que o nível de pobreza, o risco de doenças sexualmente transmissíveis, a baixa escolaridade, e tenta implementar as “boas práticas da atenção integral às/aos adolescentes no âmbito da saúde sexual e saúde reprodutiva.” (p. 2).

Segundo Honório et al., (2024), e “segundo a OMS, a nível mundial ainda se tem uma negligência no registo de dados acerca de gestações de meninas de 10 a 14 anos.” Mas “para a faixa etária de 15 a 19 anos, estima-se que, em 2019, em países de baixa e média renda como o Brasil, ocorreram cerca de 21 milhões de gestações a cada ano, sendo que se estima que em torno de 50% destas gestações foram definidas como indesejadas e resultaram em cerca de 12 milhões de nascimentos (p. 5).

Assim, e em base ao Anexo VIII, Figura 8, em função aos números elevados, existe uma queda a partir de 2015, devido as medidas que foram sendo aplicadas, apesar de os números serem altos existe uma queda, e de 2015 para 2021 existe uma diminuição de 200.000 mil nascimentos, pelo que segundo Honório et al., (2024), “justifica a necessidade de um olhar especial para esse público e prevenção de gravidez indesejada” (p. 5).

Segundo o Ministério da Saúde (03/2023), e “em relação a gestações de 10 a 14 anos, acolhimento de meninas em situação de violência sexual e garantia do aborto legal por parte dos profissionais. Além disso, de modo coletivo, tais ações são essenciais para o alcance dos ODS, também conhecidos como Agenda 2030, relacionados à saúde materna e neonatal. Ressalta-se que a principal estratégia de prevenção é a educação sexual integrada e compreensiva, que promova o comportamento sexual responsável, o respeito pelo(a) outro(a) e a proteção contra a gravidez indesejada e inoportuna. É importante considerar, ainda, a prevenção de infeções sexualmente transmissíveis, entre elas o HIV e a sífilis, bem como a defesa contra violências e abusos, especialmente no seio familiar” (p. 18).

Assim evidencia-se segundo o Ministério da Saúde, (2025), na nota técnica, “garantir o acesso aos serviços” nomeadamente “identificando os/as adolescentes em situação de vulnerabilidade, para promoção de acolhimento e oferta de cuidado individualizado, de acordo com suas necessidades e demandas de saúde, com ênfase na saúde sexual e na saúde reprodutiva,” sendo como fatores de “vulnerabilidade a situação de rua, o cumprimento de medidas socioeducativas, o uso prejudicial de álcool e outras drogas, a convivência com algum tipo de deficiência, a rutura do vínculo escolar” (p. 2).

Estas ações, segundo o documento analisado podem “ser realizadas pela equipe de Saúde da Família (eSF), com atuação central dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), e em parceria com a Equipe Multiprofissional (eMulti)” (p. 2).

Em geral, existe a “abordagem dos Projetos de Vida, facilitar informações para auxiliar nas escolhas e decisões das/dos adolescentes, incluindo os adolescentes e jovens do gênero masculino” (p. 3).

O Ministério da Saúde (2025) em colaboração com o Programa Saúde na Escola (PSE) de forma a serem aplicadas nas escolas e abordarem temas sobre a “saúde sexual e saúde reprodutiva, sobre a importância da prevenção da gravidez não intencional na adolescência, incluir os temas sobre violência, uso prejudicial de drogas, comportamentos de risco para IST (fornecer informações sobre a PREP (é usada antes da exposição ao HIV para evitar a infecção, sendo um tratamento contínuo e preventivo) e a PEP (utilizada após a exposição ao HIV, funcionando como uma medida de emergência para evitar a infecção), as quais são estratégias de prevenção ao HIV, utilizadas para reduzir o risco de infecção pelo vírus), inclusão escolar” (p. 3).

Como em Portugal, o Brasil implementou a “Vacinação contra o HPV desde 2014 e outros imunizantes” (p. 3).

A nível de métodos contraceptivos, é indicada a consulta com médico ou enfermeiro, de forma a obterem informação e esclarecimento, “para a prevenção de IST e a escolha do método contraceptivo de maneira compartilhada entre a (o) adolescente e sua parceria, com base no acesso às ações e serviços de saúde na Atenção Primária à Saúde (APS),”(p. 4) acaba por ser uma invulgar opção, uma vez que o Brasil não aprovou a IVG mas quer implementar a “contraceção de emergência (pílula isolada de Levonorgestrel 1,5mg, dose única; ou dispositivo Intrauterino de Cobre (DIU), assegurar o acesso à contraceção de emergência, que deve ser administrada em até 120 horas (5 dias) após a relação sexual desprotegida ou a violência sexual” (p. 4).

São medidas que foram sendo postas em prática pelo Ministério da Saúde do Brasil, 2023, já nesta altura eram levantados determinados pontos na prevenção da gravidez na adolescência, como por exemplo “Fortalecer competências dos profissionais da educação e da saúde sobre a educação integral em sexualidade; ampliar o acesso de adolescentes aos serviços da APS; realizar o atendimento de adolescentes nas unidades de APS, mesmo sem a presença dos responsáveis; orientar sobre planejamento familiar, desenvolver ações para meninos e meninas adolescentes, possibilitar a conversa em grupos; abordando temas como: responsabilização dos meninos na prevenção da gravidez; consentimento; consequências de uma gestação na adolescência, métodos contraceptivos; dupla proteção; importância de conhecer o seu corpo; respeitar suas vontades, afetividade e projetos de vida” (pp. 4 e 5)

A OMS menciona que grande parte das pessoas iniciam a “vida sexual entre os 15 e os 19 anos, sendo os rapazes os mais precoces” segundo ONU (2012) e “nos países de baixo rendimento, a atividade sexual das adolescentes está, com frequência, associada a casamentos precoces ou é resultado de coerções por parte de homens mais velhos.”

Assim sendo ONU (2012), os “dados estatísticos indicam que 60 milhões de mulheres, hoje em dia, entre os 20 e os 24 anos, casaram-se antes dos 18 anos. O continente africano lidera, assim como é número um na lista dos países que recorrem menos ao uso de preservativos.”

Esta entrada na vida sexual e segundo a ONU (2012) “a falta de acesso à educação ou à informação, desconhecimento sobre doenças como HIV/Sida, ausência de métodos contraceptivos ou do uso de preservativos e ainda as gravidezes em adolescentes ou idades mais precoces são fatores que contribuem para complicações nas gravidezes e durante o parto, e que podem levar à mortalidade da mãe e do bebê.”

De referir que já a OMS como a ONU (2012) e que ainda se encontra atual, veio promover a prevenção de “seis medidas para tentar reduzir estes riscos e proteger as mães e grávidas adolescentes,” nomeadamente em “reduzir os casamentos com jovens de menos de 18 anos, reduzir as gravidezes antes dos 20 anos, aumentar o uso de métodos contraceptivos, reduzir relações sexuais fruto de coerção, reduzir abortos inseguros e aumentar a assistência pré-natal, durante o parto e pós-parto.”

Segundo o Ministério da Saúde (03/2023), “prevenir a gravidez e a morbimortalidade relacionada à gravidez na adolescência é fundamental para promover a saúde das mulheres, em médio e longo prazos” (p. 18).

Ainda conforme referido pelo Ministério da Saúde (03/2023), “existem diversas estratégias que podem ser adotadas para enfrentar o fenómeno da gravidez na adolescência e seus impactos biopsicossociais,” devem assim integrar um “suporte social” e claro este suporte social deve ser disponibilizado “às jovens gestantes para que, caso a gestação prossiga, possam continuar com sua trajetória educativa” (p. 18).

Assim e segundo a Amnistia Internacional (2025) uma das medidas que poderia diminuir adolescentes grávidas seria, “Revogar o atual limite gestacional ou, no mínimo, alargar o limite de 10 semanas de gestação para a IVG, a fim de aumentar o acesso aos serviços de aborto por opção da pessoa grávida e reduzir os atrasos e a necessidade de as pessoas se deslocarem a Espanha para abortar,” veio também propor que fosse “revogada a exigência de um período de reflexão obrigatório e revogar a exigência de dois médicos diferentes para efetuar uma interrupção voluntária da gravidez, revogar a exigência de autorização do responsável legal para o acesso ao aborto para menores,” ambas conforme consta na Lei n.º 16/2007, de 17 de abril (p. 34).

Vem sugerir que fosse eliminado que as adolescentes/mulheres “que procuram abortar não sejam sujeitas a aconselhamento obrigatório ou tendencioso sobre o aborto, nos termos da Portaria n.º 741 (artigo 16.º), e garantir que o aconselhamento pré-aborto seja voluntário, confidencial, imparcial, não diretivo, acessível a todos e prestado por pessoal qualificado.” (Amnistia Internacional, 2025, p. 34).

A Amnistia Internacional (2025) indica que fosse garantida a “disponibilidade de acesso a cuidados numa série de contextos (por exemplo, contextos formais de cuidados de saúde; centros de cuidados de saúde primários, secundários e terciários; clínicas móveis; e de teleconsultas de saúde) e de prestadores com formação adequada para assegurar o acesso a cuidados de aborto e à interrupção voluntária da gravidez, particularmente em contextos remotos e rurais, incluindo na região dos Açores” (P. 34).

Quanto a profissionais mais especificamente aos médicos vem a Amnistia Internacional (2025), alertar que deveria ser expandida “a formação dos estudantes de medicina e dos profissionais de saúde em matéria de aborto, IVG e de cuidados pós-aborto e de tratamento do aborto espontâneo de uma forma compassiva e ética. Isto deve incluir formação sobre os determinantes sociais e a necessidade médica do aborto e sobre cuidados éticos e adequados. A formação dos prestadores de cuidados de saúde deve também abranger a legislação e as políticas relevantes relacionadas com o aborto, a IVG e os direitos de todas as pessoas que podem engravidar” (p. 35).

7. Desafios, Ético-Legais e Boas Práticas

Ao analisar a comparação internacional de estratégias e desafios na enfermagem, torna-se imprescindível considerar também os aspetos ético-legais e as boas práticas que orientam a atuação profissional em diferentes contextos.

No âmbito legal e de forma a conhecer a história de Portugal, temos de abordar questões de fundo, nomeadamente o aborto em Portugal e das diversas alterações que foram surgindo quer para a mulher portuguesa ou mesmo para a adolescente e gravidezes precoces. O início da legislação com a Lei nº 6/1984 de 11 de maio, onde consta expressamente nos seus artigos 139º, 140º e 141º, de forma a punir o aborto, na possibilidade de este ser realizado de forma ilícita ou praticado fora do âmbito que a lei o permitia. Deixando assim exposto sob o artigo 140º as possibilidades de efetuar um aborto, ou a interrupção do mesmo, onde era explícito que o aborto ou a interrupção teria de ser realizado, caso, a mulher pode-se vir a sofrer danos irreversíveis no seu corpo ou para a sua saúde física ou psíquica, tanto na mulher ou na adolescente, assim como poderia ser feito nas primeiras 12 semanas de gravidez, e no caso de mulher/adolescente sofresse de violação; ou na possibilidade de ser comprovado que o nascituro viesse a sofrer de forma incurável, de grave doença ou malformações, poderia assim ser interrompido nas primeiras 16 semanas de gravidez (Decreto-Lei nº 48/1995).

Era já falado nesta altura do consentimento, segundo o artigo 141º, na eventualidade de “a mulher grávida ser menor de 16 anos, ou inimputável, o consentimento, conforme os casos, deve ser prestado respetiva e sucessivamente pelo marido capaz não separado, pelo representante legal, por ascendente ou descendente capaz e, na sua falta, por quaisquer parentes da linha colateral,” e na ausência destes, pode o médico caso entenda que o aborto careça de urgência, deve este decidir em consciência e face a situação, socorrendo-se, sempre que possível, do parecer de outro ou outros médicos, devendo, em qualquer dos casos, a menção de tais circunstâncias constar de atestado médico, deixando a lei em 1984, a possibilidade do aborto, claro que só nos casos previsto, na malformação, no perigo para a saúde da grávida ou do feto (Decreto-Lei nº 48/1995).

Em 2007, com o referendo realizado em Portugal foi criada a Lei nº 16/2007, de 17 de abril, veio alterar o artigo 142º do Código Penal e possibilitar a Interrupção Voluntária da Gravidez, e dizemos IVG porque é discriminado no referido artigo no nº 1 alínea e) e nº 3, em que possibilita a interrupção até às 10 semanas, não podendo exceder 10 semanas, mesmo para menores, desde que nunca contemplados por outras possibilidades, como violação ou malformação, como previsto nas restantes alíneas. Assim sendo, a lei prevê que grávidas com idade inferior a 16 anos, o consentimento é prestado pelo representante legal, mas se a adolescente “grávida menor de 16 anos tiver o discernimento necessário para se opor à decisão do representante legal, o consentimento é judicialmente suprido,” aqui e em casos concretos a adolescente, após avaliação, pode esta, continuar

com a gravidez por opção própria e com aval judicial, em conformidade a decisão que a mesma tomou (Decreto-Lei nº 48/1995).

De modo semelhante com a Europa, e no âmbito legal europeu, estamos parcialmente equiparados em determinados parâmetros. Optamos por escolher a Espanha a nível europeu, e optamos por um país da América do Sul, com língua portuguesa e com uma realidade social e económica diferente. Esta escolha prende-se por não existir ainda IVG no Brasil.

De forma diferente e com realidades dispares o Brasil ainda tem um longo caminho a nível da IVG. No caso dos nossos vizinhos espanhóis e segundo a Lei Orgânica nº 2/2010, segundo o seu artigo 14, é permitido a interrupção da gravidez nas 14 semanas de gestação, a pedido da mulher. O prazo da interrupção poderá ser alargado, aqui sim com questões mais específicas, conforme legislação portuguesa também estabelece, o risco para a saúde da grávida, malformações, entre outros critérios, o que se equipara a legislação portuguesa e podendo assim interromper a gravidez, sendo aumentado o número de semanas.

Na Lei Orgânica nº 2/2010, vem estabelecer no artigo 13º bis. Idade, que pode a partir dos 16 anos, por vontade própria e sem consentimento de ninguém nem dos seus representantes, decidir executar uma interrupção da sua própria gravidez. Esta situação não irá acontecer nos casos com idade inferior, no caso de menores de 16 anos, terão de ser sempre com aprovação, com consentimento de um representante legal, ou pelo Estado, segundo a lei orgânica.

Segundo dados do INE Espanha, 2023, (Anexo VI, Figura 6), a taxa de fecundação diminui nas faixas etárias entre os 10 e os 14 anos e dos 15 aos 19 anos, sendo um objetivo identificado em diversos países, incluindo em Espanha, mas nas faixas etárias dos 15 aos 19 anos, apesar de estarem a reduzir nos últimos anos, ainda existe um número significativo, em que cada 1000 adolescentes/mulheres houve uma redução de 12 para 4 fecundações.

Tendo sido publicado pelo Ministério da Sanidad, 2023, (Anexo VII, Figura 7), e apesar de não existirem dados por faixa etárias, é apresentado adolescentes com menos de 19 anos (estão englobados mulheres com 18 e 19 anos, apesar de não serem adolescentes) é notório que apesar da lei da IVG ter sido aprovada em 2010, em Espanha, o número de interrupções tem-se mantido sem grandes oscilações, pelo que por cada 1000 mulheres/adolescentes com idade inferior a 19 anos, tem havido cerca de 8 interrupções de gravidez, com as complicações físicas e psicológicas que possam existir para a adolescente, e para a família.

Destacamos ainda alguns exemplos a nível europeu, onde temos diversos países que sustentam e aprovaram a IVG a nível geral, tanto para mulheres com idade superior a 18 anos, ou menores de idade, salvaguardando-se as questão da autorização legal, sendo que os “Países Baixos, mantêm uma IVG como idade gestacional limite às 24 semanas” sendo uma das leis mais permissivas a nível da IVG e da Europa, conforme iremos ver existem outros países a nível mundial que

tem datas similares, segundo a Amnistia Internacional (2025) “seguidos da Islândia, com 22 semanas” (p. 15) “a Suécia, Dinamarca e Noruega, com uma idade gestacional limite de 18 semanas, a Áustria, com uma idade gestacional de 16 semanas.” Temos assim à “Espanha, França e a Roménia com o limite gestacional de 14 semanas” (CNECV, 2022, pp. 6-7).

Com um limite de 12 semanas para a IVG, sendo este o limite que engloba um grande número de países “onde se incluem Bulgária, Chipre, Croácia, Dinamarca, Eslováquia, Estónia, Grécia, Hungria, Irlanda, Itália, Letónia, Lituânia, Noruega e República Checa, Áustria, Bélgica, Alemanha, Finlândia, Luxemburgo, Irlanda do Norte, São Marino e Suíça” (Amnistia Internacional, 2025, p. 15).

Apenas sete países têm como limite de 10 semanas para executar uma IVG, neste caso Portugal, Croácia, Montenegro, Sérvia, a Bósnia-Herzegovina, a Eslovénia e a Turquia (CNECV, 2022, pp. 6-7 e Amnistia Internacional, 2025, p. 15).

Temos assim segundo a Amnistia Internacional (2025) em que “parte do Reino Unido (Inglaterra, Escócia e País de Gales) não prevê a interrupção da gravidez por opção da pessoa grávida, mas antes por motivos sociais até às 24 semanas” (p. 15).

Assim a Amnistia Internacional (2025) refere que “o impacto negativo dos limites gestacionais no acesso a cuidados de saúde de qualidade foi reconhecido pela OMS. Os limites gestacionais podem negar o acesso aos serviços às pessoas que precisam de abortar, afetando desproporcionalmente as pessoas de origens mais pobres e/ou marginalizadas” (p. 15).

Sendo que numa análise mais detalhada, e segundo a Amnistia Internacional (2025), “no Atlas das Políticas Europeias de Aborto publicado em 2021, Portugal ocupava o 17.º lugar. Esta análise, realizada pelo Fórum Parlamentar Europeu para os Direitos Sexuais e Reprodutivos (FPEDSR) e pela Federação Internacional de Planeamento Familiar (FIPF), comparou e classificou 52 países e territórios europeus, em termos de legislação, acesso aos serviços, prestação e qualidade dos cuidados de saúde e da informação disponível (incluindo online)” (p. 21).

Em contraste e de forma a verificar outras perspetivas, escolhemos o Brasil. A nível de legislação e de forma direta, este país não permite a IVG, não da forma como nos a conhecemos, em que a mulher por opção própria ou adolescente com autorização possa fazer a interrupção da gravidez dentro de um determinado prazo. Assim o Código Penal Brasileiro, nos seus artigos do número 123º até ao 128º, estipula que o aborto não é permitido, aplicando assim fortes penas, quer com autorização da gestante ou mesmo com a colaboração do médico. O aborto é assim permitido se existir uma violação, tendo a gestante que consentir e querer realizar o aborto, bem como se estiver ou houver risco de vida da gestante ou fetos anencefália (Decreto-Lei nº 2,848/1940).

Foram recentemente criadas duas “portarias, nº 2.282/2020 e nº 2.561/2020 (esta já revogada), de conteúdo similar, modificando os procedimentos de justificação e autorização da interrupção da gravidez” (Frade, 2024).

Assim segundo a portaria nº 2,282/2020 está regulamentado “um processo de quatro fases para a aprovação da interrupção: i) Termo de Relato Circunstanciado, realizado pela própria gestante perante dois profissionais de saúde. Conterá: local, dia e hora aproximada do fato, tipo e forma de violência, (art. 2); ii) Parecer Técnico do médico responsável após anamnese, exame físico geral, exame ginecológico, avaliação do exame ultrassonográfico e demais exames (art. 3º); iii) assinatura da gestante, ou de seu representante legal, do Termo de Responsabilidade (art. 4º); iv) assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” (Frade, 2024).

De forma a diminuir o número de gravidezes nas adolescentes, o Brasil aprovou em 2019 a Lei nº 13.798 de 3 de janeiro, onde consagra a semana nacional de prevenção da gravidez na adolescência, no seu artigo 8º-A, “com o objetivo de disseminar informação sobre medidas preventivas e educativas que contribuam para a redução da incidência da gravidez na adolescência” (Lei nº 13.798/2019).

Sendo uma medida implantada para diminuir as gravidezes na adolescência, que sortiu efeito, o Ministério da Saúde (2025) reportou “que entre 2011 e 2021, foram registados 127.022 nascimentos vivos de meninas entre 10 e 14 anos, tendo representado uma redução de 18.9% para 11.9% na última década, segundo MDHC (2024) uma vez que em 2020, foram 380 mil partos de mães com idade até 19 anos de idade. O Ministério da Saúde (2025) “em relação à saúde reprodutiva de adolescentes, o número de partos, no Brasil, em 2023, em meninas de 15 a 19 anos foi de 289.093 e em meninas de 10 a 14 anos foi de 13.932,” uma vez que relações sexuais com adolescentes com idade igual ou inferior a 14 anos é considerado crime, e equiparado a violação de vulnerabilidade ou qualquer prática sexual com estas faixas etárias.

Em contraste com o Brasil, temos alguns países como a Argentina que permite a interrupção até a 14ª semana de gestação ou a Colômbia que vai até a 24ª semana de gestação, em que permite a IVG por decisão da mulher/adolescente.

De todos os países abordados, pudemos concluir que ao nível dos países da Europa, na sua grande maioria, a IVG, independentemente do número de semanas que cada país é permissivo para IVG, esta é exequível de ser realizável, dentro do número de semanas por opção da adolescente com consentimento próprio ou mesmo com autorização de um tutor ou responsável, quer em mulheres maiores de idade. No Brasil bem como em outros países, da América do Sul (nomeadamente o Peru, Bolívia, Chile), a IVG não é permitida, apenas é permitido a interrupção dentro das situações já previstas (violação, risco de vida da gestante ou mesmo malformações do feto). Apesar de o Brasil ser um país em que tenta reduzir o número de gravidezes na adolescência, implementando segundo o Ministério da Saúde (2025) e bem a “Semana Nacional de Prevenção da Gravidez

na Adolescência - “Prevenção da Gravidez na adolescência, promovendo a saúde e garantindo direitos” esta intervenção ainda não teve os resultados desejados, existiu uma diminuição, mas não foi suficiente, pelo que mantém estas iniciativas.

O enfermeiro tem ao seu dispor, na eventualidade de não concordar com a IVG em adolescentes ou mesmo em gestantes com idade superior a 18 anos, por questões religiosas, pessoais, ou por não concordar com o procedimento em causa, com a regulamentação nº 344/2017, em que no seu art. 4º é bem explícito, “O direito à objeção de consciência é exercido face a uma ordem ou prescrição concreta, cuja intervenção de Enfermagem a desenvolver esteja em oposição com as convicções filosóficas, éticas, morais ou religiosas do enfermeiro e perante a qual é manifestada a recusa para a sua concretização fundamentada em razões de consciência.” Bem como está contemplado na CRP, no n.º 6 do artigo 41.º, consagra o seguinte para a liberdade de consciência, de religião e de culto: “é garantido, nos termos da lei, o direito à objeção de consciência,” segundo a Amnistia Internacional (2025, p. 25). O referido regulamento também menciona o procedimento a realizar e a forma de comunicar esta intenção (Regulamento nº 344/2017).

Assim e pela Amnistia Internacional (2025), “recusas médicas por motivos de consciência em prestar cuidados de aborto por parte dos profissionais de saúde não ponham em causa o cumprimento da legislação sobre a interrupção voluntária da gravidez.” Deve “o Governo deve assegurar que as recusas de realização destes procedimentos médicos não resultam em atrasos ou na negação de cuidados às pessoas grávidas que procuram os serviços de saúde para fazer um aborto legal” (p. 26).

Segundo dados da IGAS e partilhados com a Amnistia Internacional (2025), “a distribuição de recusas médicas por motivos de consciência nos 38 estabelecimentos de saúde oficiais analisados é a seguinte: um total de 832 profissionais de saúde declararam ser “objetores de consciência”. Destes 832 profissionais, 533 são médicos e **299 são enfermeiros.**” (p. 27). No entanto, segundo a IGAS e a Amnistia Internacional (2025), em 38 dos estabelecimentos, 533 médicos “manifestaram expressamente” recusa em efetuar abortos por motivos de consciência, o que representaria cerca de 71,3% dos especialistas nesta especialidade no SNS. De referir ainda que os dados da IGAS não incluem o número daqueles que se recusam a realizar procedimentos relativos à interrupção da gravidez em seis hospitais (p. 27), conforme Anexo IX, Figura 9.

O mesmo é refletido no art. 113º do Decreto-Lei 104/1998 (com as respetivas atualizações). Levanta-se sim a questão do dever de sigilo e o dever de informação, numa questão de uma adolescente, que não queira realizar IVG, deve o enfermeiro informar não só os representantes legais, ou deve também informar a adolescente? Assim, se for seguido o art. 105º, este refere que deve ser informado o indivíduo (adolescente) e a família ou representante, bem como o “direito da pessoa ao consentimento informado” devendo respeitar o dever de sigilo, conforme

mencionado no art. 106º, estando sempre dependente da idade da menor, bem como do representante da mesma, em que caso exista sigilo por uma menor de 17 anos, mas que esteja emancipada, ou mesmo por vontade própria, poderá existir o sigilo por parte do enfermeiro ou outro profissional de saúde (Decreto-Lei 104/1998, CNECV, 2025).

A questão da confidencialidade ou do consentimento informado está interligada, dependendo da perspectiva que se queira adotar. Na confidencialidade e no caso de adolescentes com 16 anos ou mais, a questão de confidencialidade a pedido da adolescente terá de ser respeitada, tanto numa IVG, ou no caso de não querer interromper a gravidez, o enfermeiro deverá informar, e garantir que a informação é percebida pela adolescente, que a mesma percebeu os riscos, uma vez que a lei permite estas situações, e o consentimento informado seja obrigatório.

No caso de menores de 16 anos, levantam-se diversas questões, neste âmbito, da confidencialidade bem como do consentimento informado. Não iremos levantar todas as questões relacionadas com o enfermeiro, adolescente menor ou mesmo dos representantes legais, uma vez que dependendo da decisão que é tomada, tanto a confidencialidade pode ter que ser alterada, quer no âmbito de ser menor de 16 anos, ou maior de 16 anos, com representação parental/tutor/instituição, a confidencialidade muda em consonância, da pessoa/entidade que esteja presente, e da vontade da menor, ou mesmo não existindo a concordância de ambos os pais da menor, pudemos estar perante uma situação que terá de ser decidida por uma ordem judicial quanto ao bem comum da menor, e da interrupção da gravidez (CNECV, 2022).

Em relação ao consentimento informado, em todas as situações este deve estar presente e ser praticado pelo profissional de saúde, pelo enfermeiro (CNECV, 2022).

De salientar que o enfermeiro ou profissional de saúde que opte por ser objeto de consciência, não querendo intervir, pode sempre encaminhar as utentes para locais adequados para prosseguirem com a IVG, temos segundo a Direção Geral de Saúde, 2025, a nível nacional 44 locais distribuídos pelo país e ilhas onde a mulher pode por opção própria interromper a gravidez.

Segundo a Amnistia Internacional (2025), “em dezembro de 2024, a Inspeção-Geral das Atividades em Saúde (IGAS) partilhou os resultados destas inspeções com a Amnistia Internacional. Dos 44 estabelecimentos públicos oficiais e reconhecidos para a realização de uma IVG, 38 foram inspecionados, todos localizados em Portugal Continental” (p. 9).

Assim e segundo os dados da Amnistia Internacional (2025) “dos 38 hospitais inspecionados, 27 indicaram que realizam todos os procedimentos relacionados com a interrupção da gravidez, incluindo a IVG até às dez semanas de gestação” (p. 9).

Mas do que é mencionado e divulgado, e segundo a Amnistia Internacional (2025), “sete só efetuam interrupções da gravidez em situações de perigo de vida ou de lesões graves para a pessoa grávida, casos de malformações ou quando a gravidez resulta de um crime contra a liberdade e autodeterminação sexual e quatro hospitais, apesar de constarem na lista de estabelecimentos oficiais para a realização de IVG da Direção-Geral de Saúde, não efetuam qualquer procedimento relacionado com o aborto” (p. 9).

Apesar de estar protocolada a consulta prévia o mais rapidamente possível e segundo a Amnistia Internacional (2025) “à primeira consulta de IVG, 10 hospitais encaminham os doentes para um CS ou outros estabelecimentos oficiais, enquanto 28 realizam a primeira consulta.” O mesmo não se verificou, nomeadamente, “entre 2020 e 2022, destes 28, seis ultrapassaram o prazo de cinco dias estabelecido por lei para a primeira consulta e dez não dispõem de informação sobre os tempos médios de espera,” claro que esta ausência de informação “impossibilita avaliar se estes cumprem ou não os prazos legais” (p. 9).

Esta informação, e apesar de haver efetivamente segundo a Direção Geral de Saúde (2025), a nível nacional 44 locais para a realização da IVG, é assim demonstrado que o funcionamento dos mesmos não será o mais correto, o que impossibilita que as adolescentes/mulheres se quiserem recorrer a estes locais, irão sofrer com a indisponibilidade do serviço, da existência de profissionais de saúde que por direito não querem realizar IVG, o que provoca uma procura de aborto em outros locais, ou mesmo com as pessoas erradas.

A nível de informação, caso a adolescente necessite de informação de como proceder, pode o enfermeiro informar sobre a IVG e como deve prosseguir.

Segundo a DGS, (2007) e a APF (2025), o primeiro passo é a consulta prévia, sendo em hospital ou remetida para Centro de Saúde. (Anexo X, Figura 10). Após esta consulta, é obrigatório a gestante ter três dias de reflexão. A IVG é realizada por um dos métodos previstos em consonância com a adolescente/mulher e o médico. Ambos os métodos podem ser feitos em regime de ambulatório, o aborto cirúrgico (passa por aspiração do conteúdo uterino); o aborto medicamentoso (utilizado o Mifepristone e o Misoprostol), seguindo os protocolos estabelecidos para o efeito. Por fim, é marcada uma terceira consulta médica, para avaliar se a IVG foi bem realizada e para acompanhamento subsequente. (Anexo X, Figura 10)

Todo o procedimento deve ser feito por enfermeiro que não opte como objeto de consciência.

8. Discussão de Resultados

A presente revisão narrativa da literatura permitiu reunir evidência científica sobre o papel do enfermeiro na prevenção da gravidez na adolescência, com especial enfoque nas estratégias educativas e nos desafios associados à promoção da saúde sexual e reprodutiva junto dos jovens. A análise integral dos estudos, que procurou responder à questão de investigação “Como diferentes países têm lidado com as estratégias e desafios para a prevenção da gravidez na adolescência?”, encontra-se sistematizada no Quadro 2 — Quadro Síntese dos Estudos Analisados — disponível para consulta no Apêndice B.

Para responder à questão de investigação, verificou-se que, no contexto europeu, países como Portugal e Espanha têm adotado uma abordagem centrada na prevenção da gravidez na adolescência, através da integração da educação sexual nos planos curriculares e da disponibilização de métodos contraceptivos nos CSP. No entanto, o acesso efetivo a todos os métodos não é totalmente assegurado, uma vez que a escolha da adolescente continua condicionada pela disponibilidade de profissionais com formação específica para determinados procedimentos, como a colocação de implantes subcutâneos. Ainda assim, métodos como a pílula contraceptiva e o preservativo encontram-se acessíveis, desde que seja agendada uma consulta de planeamento familiar.

Verificou-se também que a IVG a nível europeu se encontra disponível na maioria dos países, mas com uma particular diferença nas idades gestacionais permitidas legalmente para a realização da interrupção da gravidez, contudo não existe restrição a esta com regras específicas, ou critérios específicos, desde que a mulher opte por interromper poderá fazê-lo.

O mesmo já não acontece com o Brasil, uma vez que a IVG não é permitida, sendo esta considerada segundo critérios específicos, da sua legislação, apesar e conforme acontece como noutros países da América do Sul, que a IVG já é permitida. A nível da sua intervenção na prevenção, este tem adotado diversas políticas para prevenir a gravidez na adolescente, quer com a semana da prevenção da gravidez na adolescência, onde são enaltecidas formas de prevenção, quer na educação sexual, quer na intervenção da violação, ainda é evidente pelos dados recolhidos do Brasil, este ainda terá de percorrer um longo caminho para conseguir melhores resultados na sua prevenção, pois apesar dos seus números terem diminuído estes ainda se mantêm longe do desejável.

Os documentos selecionados para esta revisão incluem relatórios institucionais, guias orientadores, artigos científicos e teses académicas. Ainda que nem todos os dados refletidos no Apêndice B incidam exclusivamente sobre adolescentes, muitos

dos estudos englobam esta faixa etária, embora também incluam mulheres com mais de 18 anos, o que condicionou parcialmente a delimitação etária pretendida. Apesar desta limitação, os objetivos definidos no presente trabalho foram, em grande parte, alcançados; alguns foram integralmente cumpridos, enquanto outros exigiram adaptação da informação disponível à questão de investigação delineada.

Relativamente aos dados sobre IVG por faixa etária, constatou-se que nem sempre é possível obter informação desagregada de forma precisa, uma vez que os registos estatísticos tendem a agrupar, por padrão, adolescentes de 18 e 19 anos, o que limita a análise específica da população-alvo deste estudo. Ainda assim, tal limitação não inviabilizou a resposta à questão de investigação. Nos documentos analisados, o papel do enfermeiro é consistentemente reconhecido como central no acompanhamento da adolescente em contexto de saúde sexual e reprodutiva. Contudo, é frequentemente salientada a carência de formação específica nesta área, sendo esta lacuna muitas vezes atribuída à ausência de investimento formativo, o que pode comprometer a capacidade do enfermeiro em intervir com segurança, empatia e competência em situações sensíveis, ou na orientação da adolescente no processo de tomada de decisão.

Posto isto, constatamos que o enfermeiro é um elemento necessário nas escolas, de forma a poder ajustar a informação sobre prevenção de gravidezes e de DST, e que por parte das escolas, ainda não é muito solicitada a presença deste, bem como intervir ou realizar aulas de ensino aos adolescentes. Está previsto em portaria, que os alunos devem adquirir determinados conhecimentos, e estas matérias estão divididas por outros professores, não concluímos, ou pelo menos não observamos que não sejam corretamente lecionadas, mas que poderiam ter uma vertente mais prática e uma presença de um enfermeiro que pudesse elucidar de forma adequada as idades dos adolescentes.

Apesar das dificuldades existentes inicialmente, pela informação estar muito dispersa, e os estudos em parte serem muitos deles vagos, e alguns já publicados há muitos anos, foi possível responder aos nossos objetivos. A nível de relatórios e legislação existindo relatórios recentes sobre a IVG nas adolescentes, obtivemos informação pertinente para concluir que ainda há muito a fazer sobre educação sexual nos adolescentes, por exemplo, que a questão das 10 semanas para a realização da IVG poderá não ser suficiente, e que devia ser alargada. Outro exemplo, são as adolescentes apesar de correrem riscos a nível de DST muitas acabam por não ter os conhecimentos ou meios para evitar, ou culturalmente não é falado no seio da família, o que as leva a desejarem experimentar, resultando numa gravidez indesejada. Depois as soluções são escassas, um aborto, para evitar complicações para a adolescente ou para o feto, mas caso a adolescente acabe por ter a criança, faltam apoios, não só económicos como psicológicos, para a adolescente poder criar o seu filho.

9. Considerações Finais

A gravidez na adolescência continua a ser um desafio relevante de saúde pública em todo o mundo, mas mais especificamente nos países analisados dos quais poderemos falar em concreto, mas com impactos profundos não só na saúde física e mental, mas também nos âmbitos sociais, educacional e económico (OMS, 2023).

Este estudo permitiu compreender que se trata de um fenómeno multifatorial, influenciado por diversos aspetos, nomeadamente a falta de informação adequada, o início precoce da vida sexual, baixos níveis de escolaridade, contextos familiares instáveis, situações de violência de género e uma fraca articulação entre escola, família e os serviços de saúde.

A comparação entre os contextos de Portugal, Brasil e Espanha evidenciou realidades diferentes, mas complementares, que podem ser utilizados os pontos fortes de cada país para melhor combaterem a gravidez na adolescência entre outras intervenções que podem ser utilizadas.

Portugal e Espanha demonstram avanços nas políticas públicas voltadas para a saúde sexual e reprodutiva, com iniciativas como a educação sexual nas escolas e a disponibilização gratuita de métodos contraceptivos. Já o Brasil ainda enfrenta obstáculos relevantes, tanto de ordem estrutural quanto cultural.

No entanto, salientamos que, em todos os cenários analisados, destaca-se a necessidade de melhorar a literacia em saúde e de ultrapassar barreiras sociais que comprometem a autonomia das adolescentes, bem como o impedimento de voluntariamente e sem qualquer requisito específico possam interromper uma gravidez (Amnistia Internacional, 2025).

O estudo também destacou o papel fundamental do enfermeiro na prevenção da gravidez precoce. A sua atuação junto das escolas e das comunidades, apoiada por modelos educativos como o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, permite uma intervenção próxima, contínua e baseada em evidência científica.

Para além de educador, o enfermeiro atua como conselheiro, facilitador do acesso aos serviços e agente de empoderamento dos jovens. O seu contributo é essencial na promoção de comportamentos seguros, como o uso consistente de contraceptivos, na sua vasta variedade, bem como de adequar o método contraceptivo ao adolescente que o solicita, fazendo uma avaliação correta para aferir qual o método mais indicado, e na capacitação dos adolescentes para fazerem escolhas conscientes e responsáveis sobre a sua sexualidade (UN DESA, 2015).

Verificou-se ainda que a educação sexual, quando abordada de forma estruturada, fundamentada e livre de preconceitos, tem um impacto direto na redução das taxas de gravidez e infeções sexualmente transmissíveis. No entanto,

a eficácia desta abordagem depende da formação contínua dos profissionais envolvidos, da formação adquirida ou disponibilizada pelas entidades, pelo que o profissional muitas das vezes tem de procurar a formação para poderem evoluir nos seus conhecimentos e do envolvimento ativo das famílias e da implementação de políticas públicas estáveis, coerentes e culturalmente adequadas (OMS, 2023).

Com base nos resultados obtidos, conclui-se que a prevenção da gravidez na adolescência requer uma resposta integrada, intersectorial e centrada nas necessidades dos adolescentes. Fortalecer a intervenção dos enfermeiros, envolver as famílias, consolidar a educação sexual nas escolas e garantir o acesso equitativo aos cuidados de saúde são pilares fundamentais de uma estratégia eficaz. O compromisso político, institucional e profissional é decisivo para assegurar que todas as adolescentes possam construir um futuro saudável, autónomo e pleno (OMS, 2023).

Para esta revisão narrativa da literatura e após muita procura foi difícil encontrar informação específica, a nível de dados estatísticos, uma vez que os mesmos estão muito dispersos, bem como o que existe em concreto não são passíveis de balizar, de restringir em idades específicas, por exemplo os dados estatísticos de adolescentes, e se for para balizar entre os 11 anos até aos 17 anos, muitas das vezes os números obtidos acabam por englobar as idades de 18 e 19 anos, o que se torna frustrante não se encontrar dados concretos (UN DESA, 2015).

Quanto à pesquisa de estudos dentro dos nossos objetivos, foi difícil encontrar temas semelhantes, uma vez que os temas abordados não se debruçam sobre prevenção em concreto, mas sim em evitar a gravidez, e caso exista como resolver a mesma, existe informação sobre prevenção, mas não muito concreta nos vários artigos, essa informação está plasmada em pareceres ou guias orientadores elaborados por organismos públicos.

No decorrer do mês de junho, a Amnistia Internacional (2025) elaborou um relatório sobre a IVG e onde englobava as adolescentes e a IVG, onde demonstra que Portugal ainda não está preparado a nível de estruturas para se adaptar a IVG bem como as necessidades das adolescentes, e no que diz respeito a uma gravidez na adolescência não existem muitos recursos para ajudar as adolescentes, são pouco abrangentes.

O estudo poderia ser mais alargado, a uma investigação de proximidade das grávidas, tentando saber quais as dificuldades que sentiram, e os apoios que tiveram, bem como saber a opinião no caso de acesso a métodos contraceptivos e no de querer optar por uma IVG se houve um bom encaminhamento, ou não até ao apoio por parte dos profissionais de saúde, (se houve empatia pela adolescente).

Apesar de alguns entraves no estudo, conseguimos atingir quase todos os nossos objetivos, existindo alguns objetivos mais alargados e que aí sim não foram completamente atingidos, uma vez que no início do trabalho, na sua elaboração

inicial foram idealizados alguns objetivos que sofreram alterações, devido à falta de informação ou por não termos tempo suficiente para o que inicialmente delineamos.

Durante os nossos estágios em contexto comunitário, pudemos verificar que nem sempre foi possível observar tudo, no entanto foi possível obter muitas experiências positivas do mesmo. Durante este, verificou-se que o tempo em que tínhamos disponível para exercer uma intervenção mais aprofundada e adequada, era muito limitado e escasso. Este tempo revelava-se limitado devido ao facto da maior parte do tempo ser dedicado aos registos na plataforma, devido à grande importância que davam a registos corretamente feitos que convertiam para bons indicadores de saúde e conseqüentemente para verificação dos ganhos em saúde. Devido a esta situação concluímos que o enfermeiro não consegue falar sobre todos os métodos contraceptivos disponíveis com o objetivo pretendido.

Verificou-se também que, regularmente, a utente manifestava a vontade de colocar, por exemplo, um implante, ao qual respondiam que não era possível devido à abertura do médico para o colocar, não porque o mesmo não estaria disponível no centro de saúde.

Posto isto, os métodos que eram mais frequentemente fornecidos eram a pílula, o anel vaginal e os preservativos masculino e feminino. Devido à escassez de enfermeiros e a sobrecarga de trabalho ser elevada, era evidente que o tempo dispensado a conversar com as adolescentes era muito reduzido, e os métodos contraceptivos eram entregues, sem perguntar pela adaptação positiva (ou não) ao método em questão.

Como reflexão final, e no sentido de ampliar futuras investigações, propomos a realização de estudos que integrem não apenas a vertente preventiva da gravidez na adolescência, mas também o acompanhamento das adolescentes grávidas e o impacto das intervenções de enfermagem nesse processo. Adicionalmente, seria importante explorar metodologias inovadoras, como a simulação realista ou educativa, que permitam às adolescentes experienciar, de forma controlada e reflexiva, as implicações de uma gravidez não planeada e das DST. Esta abordagem, ao promover a empatia e a consciência de risco, poderá potenciar a adoção informada e precoce de comportamentos preventivos, nomeadamente o uso adequado de métodos contraceptivos.

10. Referências Bibliográficas

Alves, R. É. A. (2021). *Cuidar para a promoção da saúde: Intervenções de enfermagem na maximização do potencial de crescimento e desenvolvimento infantil e juvenil* [Relatório de estágio de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Repositório Comum. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/entities/publication/3e9b58bd-8482-403f-871c-b1d6d49adc3b>

Assembleia da República. (2007). Interrupção voluntária da gravidez: Legislação e trabalho comparado (Temas, n.º 24). Divisão de Informação Legislativa e Parlamentar, Direcção de Serviços de Documentação, Informação e Comunicação. Disponível em: https://ficheiros.parlamento.pt/DILP/Dossiers_informacao/IVG-TrabalhosComparados/IVG-TrabalhosComparados.pdf?utm

Amnistia Internacional. (2025). Uma Opção sem Escolha – Relatório sobre A Interrupção Voluntária da Gravidez em Portugal. Disponível em: https://www.amnistia.pt/wp-content/uploads/2025/06/AI_Relatorio_PT_IVG.pdf

ANEM (Associação Nacional de Estudantes de Medicina), 2021. Guia Prático de Educação para a Sexualidade. Disponível em: https://apf.pt/wp-content/uploads/2023/09/guia_pratico_de_edsex_-_final.pdf

Azevedo, A., Cardoso, R., & Lopes, S. (2015). *Adolescência e saúde sexual: desafios e perspetivas*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Associação para o Planeamento da Família, 2025. Etapas do processo de IVG. Disponível em: <https://apf.pt/informacao-tematica/aborto-e-interruptao-da-gravidez/etapas-no-processo-de-ivg/>

Carvalho, S. M. dos, Pereira, A. M., & Gomes, R. F. (2022). Atuação do enfermeiro na promoção da saúde no contexto escolar: Um olhar sobre a prática de enfermagem. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 15(5), e10345. <https://doi.org/10.25248/reas.e10345.2022>

Comissão de Ética para a Saúde – ARS/LVT. CES. (2018). Parecer sobre Contraceção em idade pediátrica – Fornecimento sem consentimento de pais/tutores. Disponível em: https://www.arslvt.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/5/2020/08/Contrace_o_em_idade_pedi_trica___Fornecimento_sem_consentimento_de_paistutores..pdf

Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida. (2025). Parecer 133/CNECV/2025 Sobre Objeção de Consciência por parte de profissionais de saúde. Disponível em: <https://www.cnecv.pt/pt/deliberacoes/pareceres/parecer-133-cnecv-2025-sobre-objecao-de-consciencia>

Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida. (2022). Recomendação nº 3 do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida. Disponível em:

https://www.cnecev.pt/pt/deliberacoes/recomendacoes/recomendacao-sobre-o-processo-de?download_document=9722&token=38a210ce406cffcefc9d12a012cd4d8

Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida. (2022). Parecer 119/CNECV/2022 Sobre Interrupção Voluntária da Gravidez, Disponível em: <https://www.cnecev.pt/pt/deliberacoes/pareceres/parecer-119-cnecev-2022-ivg>

Decreto-Lei 104/98, Ordem dos Enfermeiros e Respectivo Estatuto. (1998) Diário da República n.º 93/1998, Série I-A de 1998-04-21. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/decreto-lei/1998-70937797>

Decreto-Lei nº 2,848, Código Penal, (1940). Presidência da República. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/legislacao/91614/codigo-penal-decreto-lei-2848-40>

Decreto-Lei nº 48/95, Código Penal do Ministério da Justiça, (1995). Diário da República n.º 63/1995, Série I-A de 1995-03-15, Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/decreto-lei/1995-34437675>

Direcção-Geral da Saúde, 2007, Circular Normativa: Interrupção Medicamentosa da Gravidez, Disponível em: https://www.spdc.pt/files/legix/11268_3.pdf

Direcção-Geral da Saúde (DGS). (2015). Referencial de educação para a saúde – Educação sexual em meio escolar. Lisboa: Ministério da Saúde. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-p%C3%A1ginas-antigas/sa%C3%BAde-escolar-consulte-o-referencial-de-educa%C3%A7%C3%A3o-para-a-sa%C3%BAde/>

Direcção-Geral da Saúde, DGS, 2022. Relatório de Análise Preliminar dos Registos das Interrupções da Gravidez 2018-2021. Disponível em: <https://www.infamilia.org/wp-content/uploads/2023/02/Relatorio-DGS-de-analise-dos-registos-das-interruptoes-da-gravidez-2018-2021.pdf>

Direcção-Geral da Saúde, DGS, 2023. Relatório de Análise dos Registos das Interrupções da Gravidez |2022. Disponível em: https://www.spdc.pt/images/Relatorio_de_IG_2022_2.pdf

Direcção-Geral da Saúde, DGS, 2024. Relatório de Análise dos Registos das Interrupções da Gravidez 2023. Disponível em: https://spdc.pt/images/IVG_2023.pdf

Direcção Geral de Saúde, 2025, Estabelecimentos de saúde oficiais e oficialmente reconhecidos para realização da interrupção da gravidez por opção da mulher. Disponível em: <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/informacao-publico-lista-aborto-2025-pdf.aspx>

Domingues, L. S. O. M. P. (2020). *Sexualidade saudável na adolescência: Intervenção de enfermagem comunitária* [Relatório de estágio de mestrado,

Universidade Católica Portuguesa]. Universidade Católica Portuguesa. Disponível em: <https://repositorio.ucp.pt/entities/publication/6c7dab8a-95c2-403c-8856-bbf095537da4>

Estalagem, M. (2018). *Comportamentos sexuais e utilização de contraceção em adolescentes: Um estudo nacional*. Revista Educação e Saúde, 10(1), 91–105. Disponível em: <https://repositorio.ulisboa.pt/handle/10451/41828>

Fernandes, K. S., Sousa, E. de, & Passos, M. A. N. (2023). O aborto na vida das adolescentes e mulheres: Uma revisão da literatura. Revista JRG de Estudos Acadêmicos, 6(13), 2127–2136. Disponível em: <https://www.revistajrg.com/index.php/jrg/article/view/802>

FORTIN, Marie-Fabienne. *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência, 1999.

Frade, Júlia. (2024). Direitos reprodutivos no Brasil e Espanha: Aborto em perspectiva comparada. Revista dos Estudantes de Direito da Universidade de Brasília; 24.^a edição. Disponível em: <https://www.even3.com.br/anais/chbdc/819686-direitos-reprodutivos-no-brasil-e-espanha--aborto-em-perspectiva-comparada/> e em: <https://periodicos.unb.br/index.php/redunb/article/view/53868/41533>

Glória, F. (2022). *Comportamentos sexuais dos adolescentes portugueses: Revisão integrativa da literatura [Monografia de Licenciatura, Universidade Atlântica]*. Disponível em: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://repositorio-cientifico.essatla.pt/bitstream/20.500.12253/1442/1/FG%20-%20Comportamentos%20Sexuais%20dos%20Adolescentes%20Portugueses%20-%20Revis%C3%A3o%20Integrativa_12_07_2022.pdf

Honório, B. S., Reis, C. P. S., Rosa, D. C., Silva, M. M. B., T'émotte. N. L., Pereira. R. M. S., Castro, R. B. C., Purcina, V. C., (2024, Janeiro, 18) Dificuldades de enfermeiras ao atender o pré-natal de adolescentes, Revista Caribeña de Ciências Sociales, Miami, V13 nº 9, p. 01-18. Disponível em: <https://revistacaribena.com/ojs/index.php/rccs/article/view/4280/3026>

Instituto Português de Desporto e Juventude, IPDJ. 2025. A consulta de planeamento familiar. Disponível em: <https://ipdj.gov.pt/consulta-de-planeamento-familiar>

INE Espanha, 2023, disponível em: https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=66268#_tabs-grafico

INE Portugal, 2024, disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_pesquisa&frm_acciao=PESQUISAR&frm_show_page_num=1&frm_modos_pesquisa=PESQUISA_SIMPLES&frm_texto=nascimentos&frm_modos_texto=MODO_TEXTO_ALL&frm_data_ini=&fr

m_data_fim=&frm_tema=QUALQUER_TEMA&frm_area=o_ine_area_Destaques&xlang=pt

Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. (04/03/2010), BOE-A-2010-3514. Disponível em: <https://www.boe.es/eli/es/lo/2010/03/03/2/con>

Liborio, R. R. de O. (2025). Os filhos em questão: Consequências da alienação parental na adolescência. *Revista Contemporânea*, 5(5), 1–21 Disponível em: <https://ojs.revistacontemporanea.com/ojs/index.php/home/article/view/8025/5618>

Lopes, J. A. (2021). *Gravidez na adolescência: Fatores de risco e complicações materno-fetais* [Dissertação de mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto]. Universidade do Porto Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/134578?mode=full>

Lopes, S. (2021). *Transformações na adolescência e comportamento de risco*. Coimbra: Edições Saúde e Sociedade. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/332840014_Comportamentos_de_risco_na_adolescencia_Revisao_sistemica_de_estudos_empiricos

Martins, V. M., Karara, N., Dembinski, L., Guillarmod, M. J., Mazur, A., Hadjipanayis, A., Michaud, P. A., (2023). Gravidez na adolescência: uma questão importante para pediatras e prestadores de cuidados primários — um documento de posicionamento da Academia Europeia de Pediatria, Volume 11 – 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/fped.2023.1119500>

Ministério da Saúde do Brasil, 2023. Secretaria de Atenção Primária à Saúde - Departamento de Gestão do Cuidado Integral. Semana Nacional de Prevenção da Gravidez na Adolescência. Nota Técnica Nº 4/2023-CACRIAD/CGIRAS/DGCI/SAPS/MS. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-do-adolescente/publicacoes/semana-nacional-de-prevencao-da-gravidez-na-adolescencia>

Ministério da Saúde. 02/2023. Saúde dos Adolescentes - Gravidez na adolescência: saiba os riscos para mães e bebês e os métodos contraceptivos disponíveis no SUS. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/fevereiro/gravidez-na-adolescencia-saiba-os-riscos-para-maes-e-bebes-e-os-metodos-contraceptivos-disponiveis-no-sus>

Ministério da Saúde, 2025. Secretaria de Atenção Primária à Saúde - Departamento de Gestão do Cuidado Integral - Coordenação-Geral de Atenção à Saúde das Crianças, Adolescentes e Jovens Coordenação de Atenção à Saúde dos Adolescentes e Jovens. Nota Técnica Nº 2/2025-COSAJ/CGCRIAJ/DGCI/SAPS/MS. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2025/nota-tecnica-no-2-2025-cosaj-cgcriaj-dgci-saps-ms>

Ministério da Saúde, 03/2023. Boletim epidemiológico - Saúde da mulher brasileira: uma perspectiva integrada entre vigilância e atenção à saúde. Brasília. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2023/saude-da-mulher-brasileira-uma-perspectiva-integrada-entre-vigilancia-e-atencao-a-saude-numero-especial-mar.2023/view>

Ministerio de Sanidad, 2023, Interrupções Voluntarias da Gravidez, Disponível em: <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/embarazo/home.htm>

Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania (MDHC), 2024, Gravidez na adolescência: 380 mil partos foram realizados por mães com até 19 anos somente em 2020 no Brasil. Disponível em: <https://agenciagov.ebc.com.br/noticias/202401/protecao-lei-brasileira-visa-prevenir-gravidez-na-adolescencia-no-pais-somente-em-2020-380-mil-partos-foram-realizados-por-maes-com-ate-19-anos>

Oliveira, T., Gonçalves, L., & Patrício, M. (2023). Educação sexual e gravidez adolescente: da teoria à prática. *Revista de Enfermagem Comunitária*, 41(1), 45–59.

Organização Mundial da Saúde. (2015). Saúde sexual, direitos humanos e a lei (Série de Saúde Sexual, Direitos Humanos e Lei). Genebra: OMS. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/175556/9786586232363-por.pdf?sequence=8&isAllowed=y>

Organização Mundial da Saúde (OMS). (2022). Adolescent pregnancy: Key facts. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>

ONU News (2012, Janeiro, 18). OMS quer proteger adolescentes de gravidezes e casamentos precoces. Disponível em: <https://news.un.org/pt/story/2012/01/1395681>

Patrício, P. B. de S., Silva, L. G. da, & Lopes Júnior, H. M. P. (2024). Gravidez na adolescência, riscos e desafios encontrados pela enfermagem. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, 10(9), 1799–1806. Disponível em: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/15568>

Pereira, P. P. (2023). Sexualidade saudável na adolescência: intervenção de enfermagem comunitária [Dissertação de mestrado, Universidade Católica Portuguesa]. Repositório de Teses da UCP. Disponível em: <https://repositorio.ucp.pt/entities/publication/8e0fe37a-dd13-4d26-bae0-a4b4f4653adc>

Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2015). Modelo de promoção da saúde: Teoria e aplicação na prática de enfermagem. Pearson.

Pires, R., Pereira, J., Araújo Pedrosa, A., Vilar, D., Vicente, L., & Canavarro, M. C. (2015). Contributo de fatores individuais, sociais e ambientais para a decisão de

prosseguir uma gravidez não planeada na adolescência: Um estudo caracterizador da realidade portuguesa. *Análise Psicológica*, 33(1), 19–38. Disponível em: <https://estudogeral.uc.pt/handle/10316/47009>

RBEM – Revista Brasileira de Enfermagem Materno-Infantil. (2018). Gravidez precoce: Assistência, direitos e desafios na adolescência. *Revista Brasileira de Enfermagem Materno-Infantil*, 16(1), 40–58. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/f5P8rpqsgn5VDjkDJ74jWnR/?format=pdf&lang=pt>

Regulamento nº 344/2017 da Entidades Administrativas independentes e Administração autónoma - Ordem dos Enfermeiros (2017) Diário da República n.º 122/2017, Série II de 2017-06-27, páginas 12943 – 12944. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/344-2017-107571559>

Ribeiro, F., & Rosendo, C. (2011). Saúde sexual e reprodutiva na adolescência: manual para profissionais de saúde. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_sexual_saude_reprodutiva.pdf

Serviço Nacional de Saúde. (n.d.). Saúde escolar. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/sns-saude-mais/saude-escolar-2/>

Silva, M. A. G. da, Couto, S. I. da S., Marques, M. J. S., Lopes, L. G. F., & Santos, L. M. F. (2022). Papel da enfermagem na educação sexual de adolescentes. *Research, Society and Development*, 11(2), e3951125585. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/25585>

Silva, D. (2022). Promoção da saúde em meio escolar: Papel do enfermeiro e modelos de intervenção. Universidade Católica Portuguesa. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.14/36714>

Todd, N., & Black, A. (2020). Contraception for adolescents. *Journal of Clinical Research in Pediatric Endocrinology*, 12(Suppl 1), 28–40. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32041390/>

World Association for Sexual Health (WAS). (2014). WAS Declaration on Sexual Rights. Disponível em: <https://www.worldsexualhealth.net/was-declaration-on-sexual-rights>

United Nations, Department of Economic and Social Affairs, (UN DESA) Population Division. (2015). Trends in contraceptive use worldwide 2015 (ST/ESA/SER.A/349). United Nations. Disponível em: <https://digitallibrary.un.org/record/3921988?ln=en&v=pdf>

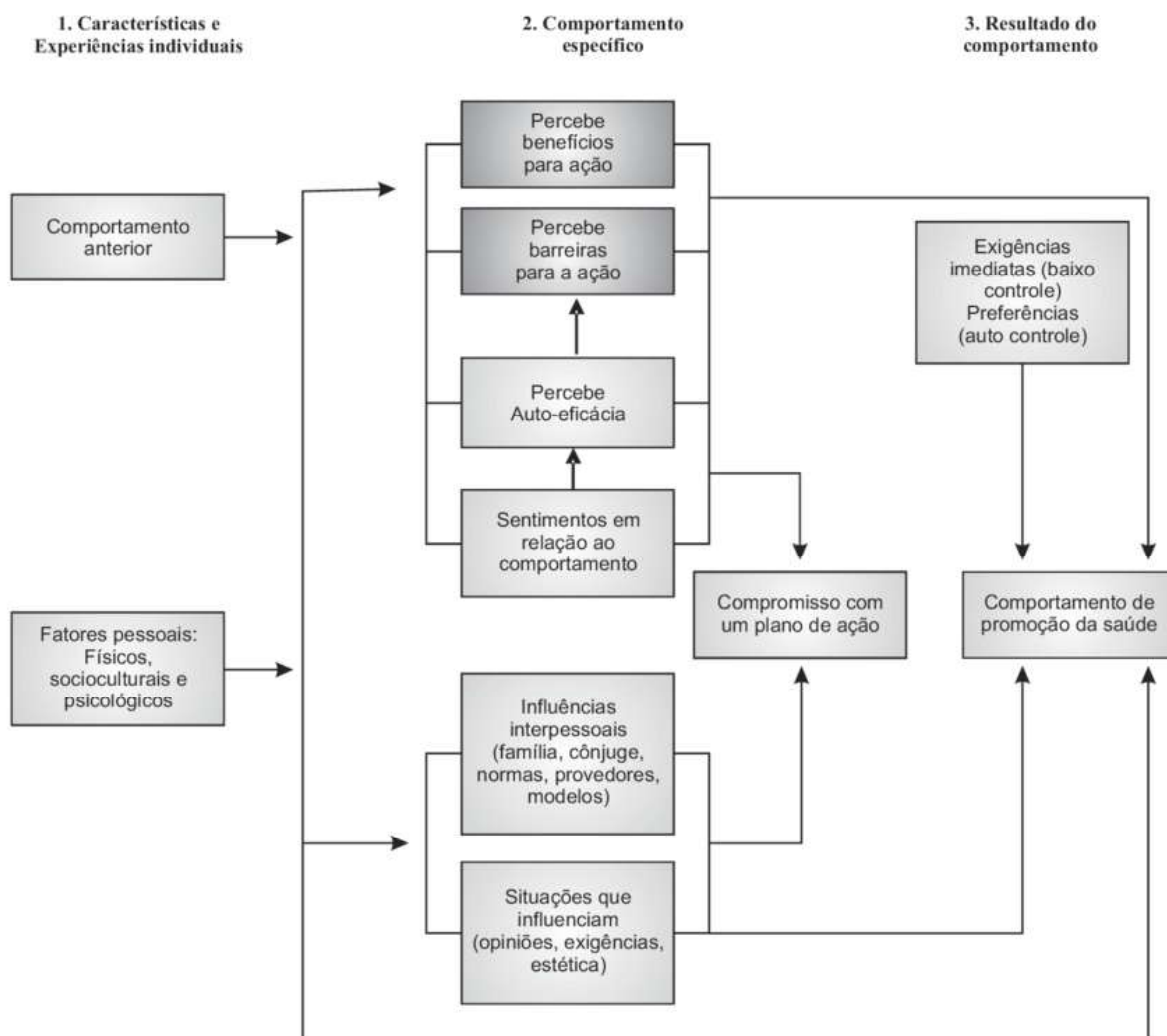
United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO), Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), United Nations Population Fund (UNFPA), United Nations Children’s Fund (UNICEF), United Nations Entity for Gender Equality and the Empowerment of Women (UN Women), & World Health Organization (WHO). (2018). International Technical Guidance on

Sexuality Education: An Evidence Informed Approach (Revised ed.). UNESCO.
<https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000260770>

Anexos

Anexo I

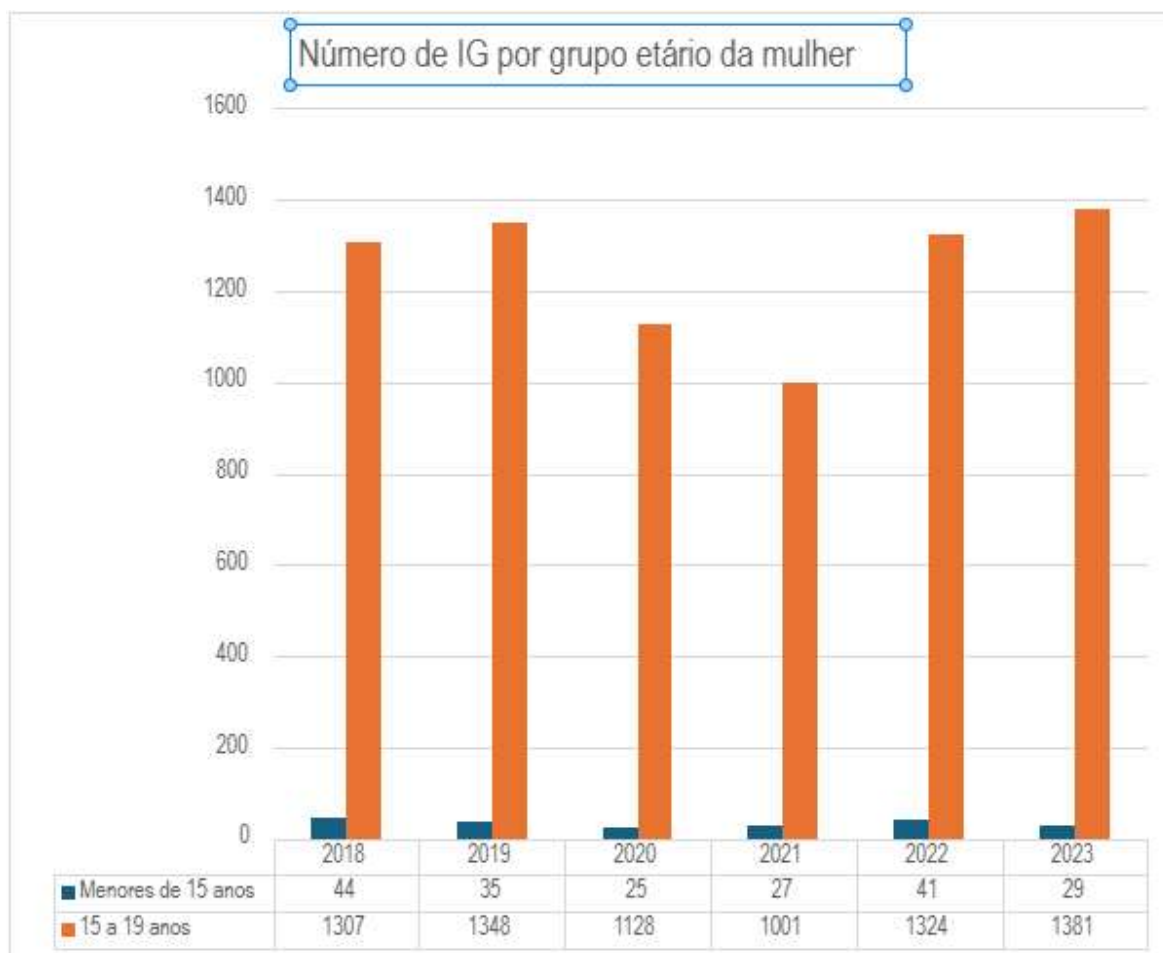
Figura 1 - Modelo de Promoção de Nola Pender



(Alves, 2021)

Anexo II

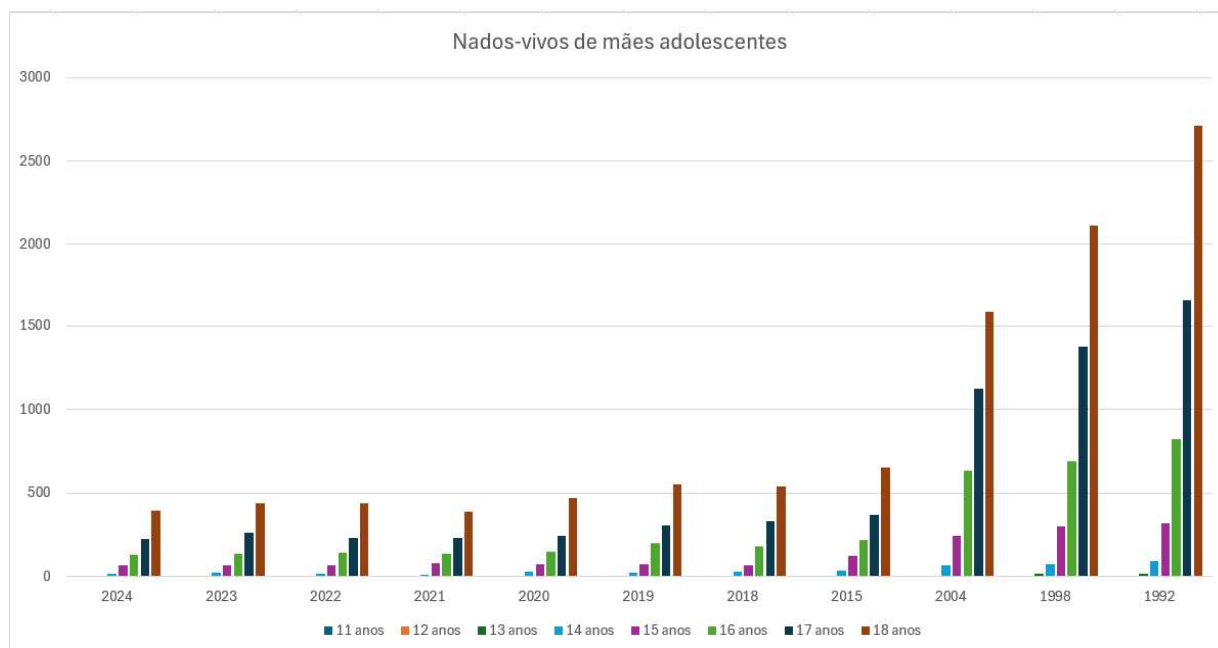
Figura 2 – Número de IVG por grupo etário da adolescente/mulher



(DGS, 2022, DGS, 2023 e DGS, 2024)

Anexo III

Figura 3 - Nados vivos de mães adolescentes



(INE, 2025)

Anexo IV

Figura 4 – Número e proporção de IG por opção da adolescente/mulher - grupo etário e em proporção de nados-vivos por grupo etário da mãe em 2022

Número e proporção de IG pelo motivo “Por opção da mulher” por grupo etário da mulher e número e proporção de nados-vivos por grupo etário da mãe | 2022

Grupo etário	IG por opção da mulher		Nados-Vivos (NV) ¹	
	N	%	N	%
< 15 anos ²	41	0,3	21	0,0
15-19 anos	1324	8,3	1570	1,9
20-24 anos	4013	25,3	8173	9,8

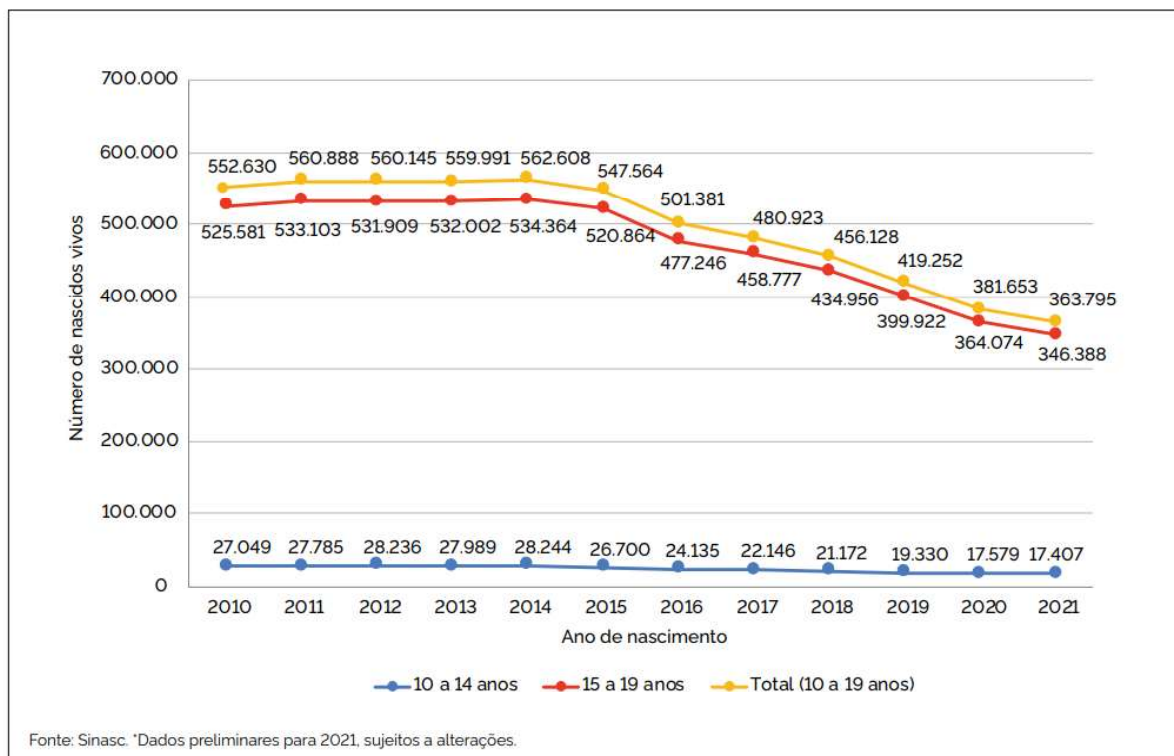
1Fonte dos nados-vivos (NV) por idade da mãe: INE,

2 Para o grupo <15 considerou-se apenas as idades 13 e 14 anos, por não existirem registos em idade inferior.

Fonte: DGS Autoria: DSIA/DSSRIJ-DGS

Anexo V

Figura 5 – Histórica de nascidos vivos entre mães adolescentes segundo faixa etária no Brasil, 2010 a 2021.



(Ministério da Saúde, 03/2023, p. 15)

Anexo VI

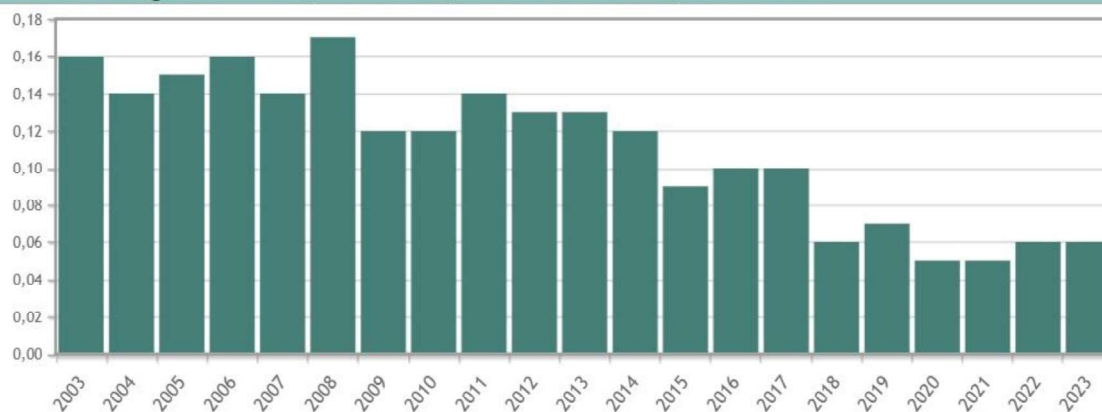
Figura 6 – Taxa de fecundação em adolescentes entre os 10 e os 19 anos

Tasa de fecundidad de las adolescentes (entre 10 y 14 años y entre 15 y 19 años) por cada 1.000 mujeres de ese grupo de edad

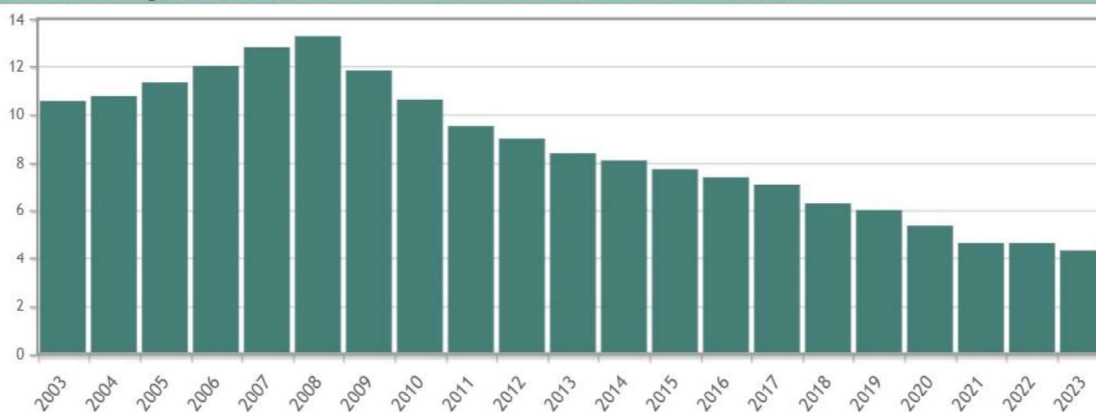
Tasas de Fecundidad por CCAA, según nacionalidad (española/extranjera) y grupo de edad de la madre

Unidades: Nacimientos por 1.000 mujeres

Indicadores Demográficos Básicos, Total Nacional, Ambas nacionalidades, De 10 a 14 años



Indicadores Demográficos Básicos, Total Nacional, Ambas nacionalidades, De 15 a 19 años



(INE Espanha, 2023)

Anexo VII

Figura 7 – Taxas de IVG realizadas por cada 1000 mulheres em cada faixa etária

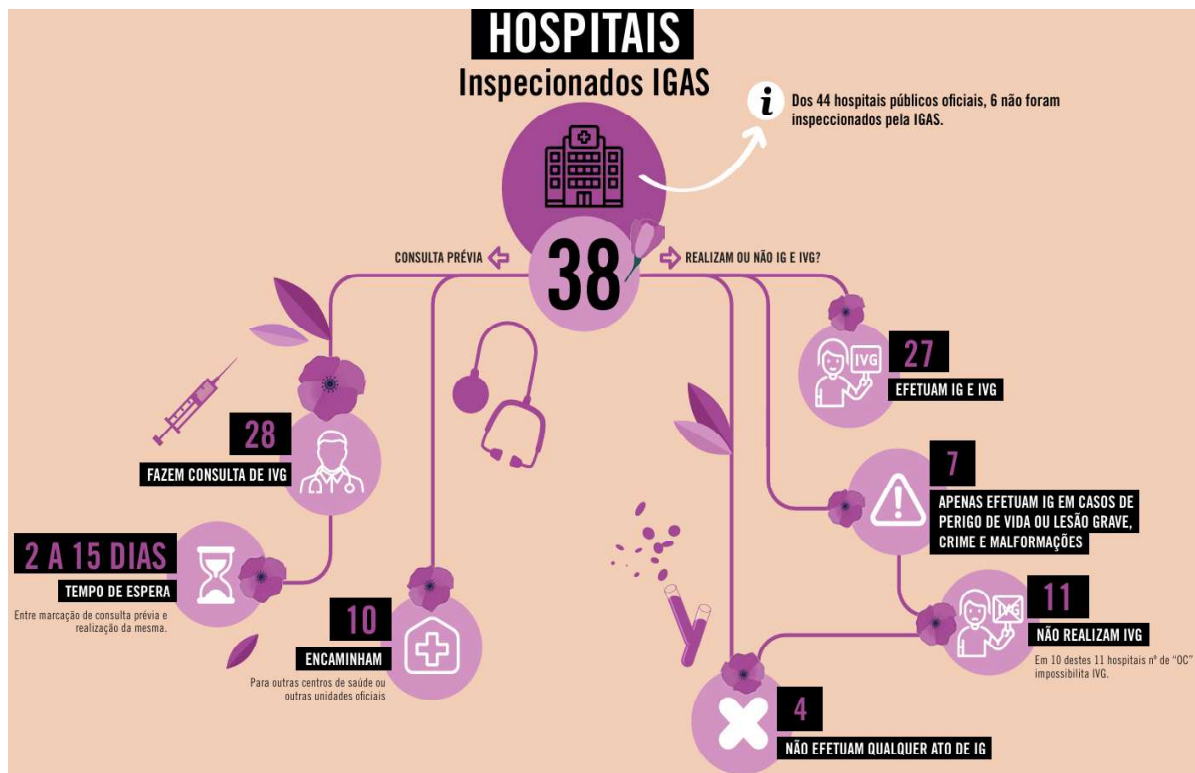
Taxas por 1.000 mulheres em cada faixa etária.

Ano	19 anos ou menos	20 - 24 anos
2023	9.14	20.28
2022	8,54	18.32
2021	7,90	16.09
2020	7,41	15,81
2019	9.19	18,71
2018	8,96	18,59
2017	8,84	17.42
2016	8,97	16,72
2015	9,38	16,67
2014	9,92	16,56

(Ministério da Sanidad, 2023)

Anexo VIII

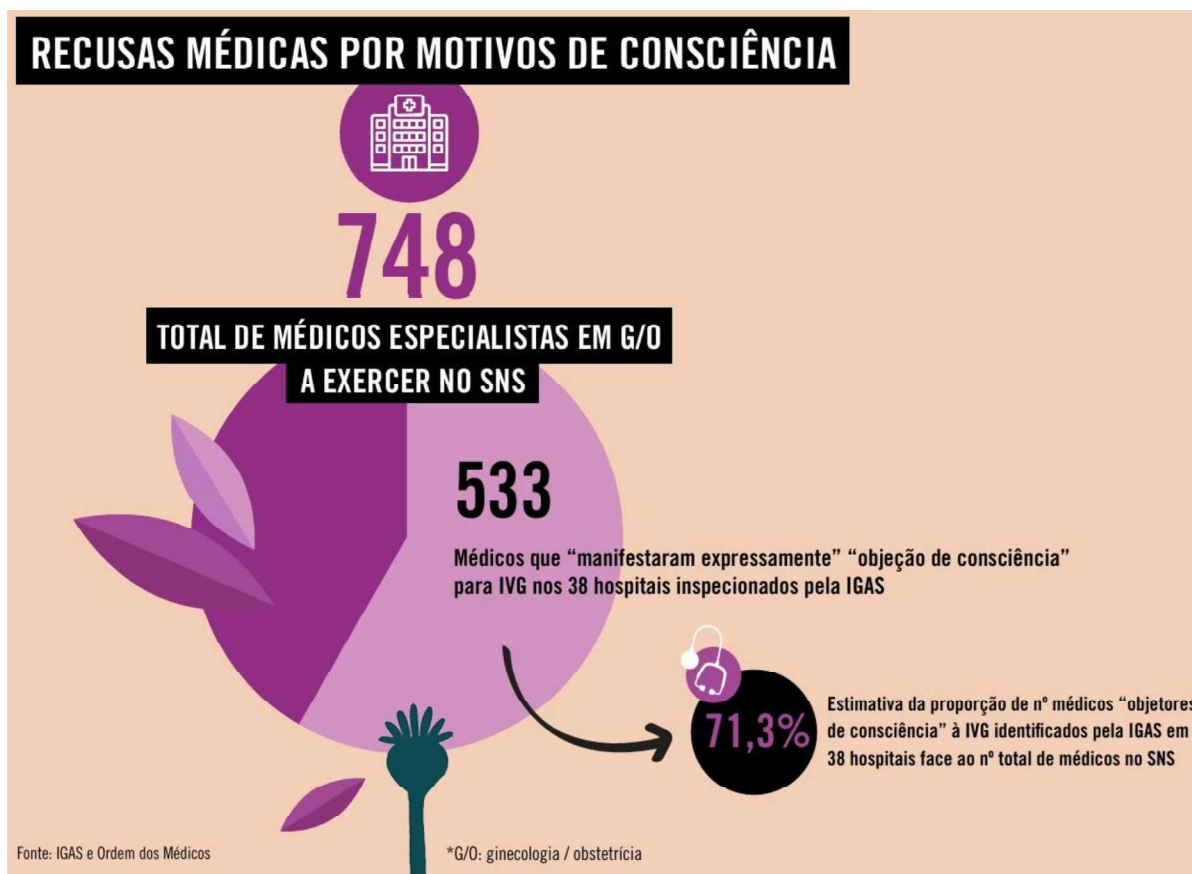
Figura 8 – Hospitais inspecionados pela Inspeção-Geral das Atividades em Saúde



(Amnistia Internacional 2025, p. 9)

Anexo IX

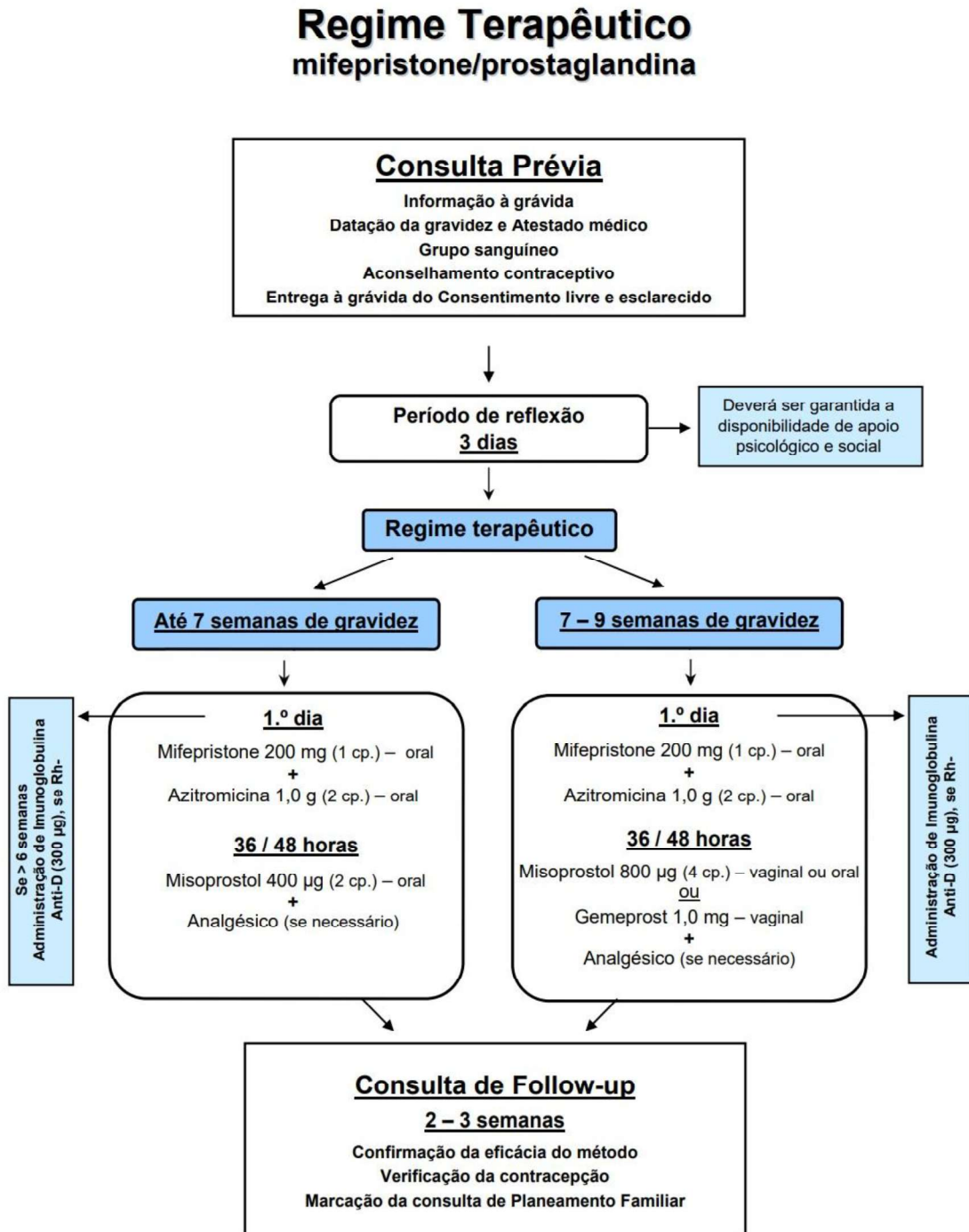
Figura 9 – Recusas médicas por motivos de consciência



(Amnistia Internacional 2025, p. 27)

Anexo X

Figura 10 – Fluxograma de uma IVG



(DGS, 2007)

Apêndices

Apêndice A - Cronograma

Meses Semanas Dias	Março			Abril			Maio			Junho			Julho		
	6ª 31 a 4	7ª 7 a 11	8ª 14 a 18	9ª 21 a 25	10ª 28 a 2	11ª 5 a 9	12ª 12 a 16	13ª 19 a 23	14ª 26 a 30	15ª 2 a 6	16ª 9 a 13	17ª 16 a 20	18ª 23 a 27	19ª 30 a 4	7 a 11
Definição dos capítulos do Trabalho Final															
1. Introdução															
2. Metodologia															
3. Termos e conceções: gravidez não planeada, IVG e aborto															
4. Diferença entre aborto e interrupção voluntária da gravidez															
5. Papel do Enfermeiro e Modelos de Educação para Saúde															
6. Comparação Internacional de Estratégias															
7. Desafios, Ético-Legais e Boas Práticas															
8. Discussão de Resultados															
9. Considerações Finais															
Revisão do trabalho															
Entrega do trabalho															

Apêndice B – Quadro síntese dos estudos analisados

Número	Autor/Título	Tipo de metodologia	Objetivo	Conteúdo	Resultados
1	Amnistia Internacional Portugal (2025) - Uma Opção Sem Escolha	Relatório de direitos humanos e políticas públicas	Analisar obstáculos no acesso à IVG em Portugal e propor recomendações	Relato de dificuldades no acesso à IVG por regiões, classes sociais e populações vulneráveis, com dados e testemunhos	Recomendações para despenalizar, alargar o prazo legal, combater desigualdades regionais e regular a objeção de consciência
2	Ana Raquel Estalagem (2018) - Educação Sexual na Adolescência em Portugal	Revisão da literatura e análise de dados nacionais e internacionais	Avaliar a eficácia da educação sexual nas escolas portuguesas	Avaliar a eficácia da educação sexual nas escolas portuguesas	A educação sexual em Portugal aumentou o uso de contraceção e atrasou o início da vida sexual, mas há lacunas no conhecimento sobre ISTs.
3	CNECV (2022) - Recomendação sobre o consentimento informado em menores	Recomendação jurídico-ética	Estabelecer diretrizes éticas para o consentimento informado de menores	Estabelecer diretrizes éticas para o consentimento informado de menores	Sugere-se o envolvimento do menor e ponderação do seu interesse superior, com orientação legal clara

Número	Autor/Título	Tipo de metodologia	Objetivo	Conteúdo	Resultados
4	Comissão de Ética para a Saúde (2017) - Parecer sobre contraceção em idade pediátrica	Parecer ético jurídico	Analisar a possibilidade ética de fornecer contraceção a menores sem consentimento parental	Discussão ética sobre autonomia progressiva, confidencialidade e melhores práticas clínicas	Defende-se a deliberação clínica individual e o acesso ético a contraceção por menores capazes
5	DGS (2022) - Relatório de IG 2018-2021	Análise preliminar estatística oficial	Avaliar a evolução dos registos de IVG entre 2018 e 2021	Avaliar a evolução dos registos de IVG entre 2018 e 2021	Tendência geral de diminuição entre 2011 e 2021; adesão elevada a métodos contraceptivos após IG
6	DGS (2023) - Relatório de IG 2022	Análise estatística oficial	Monitorizar os dados nacionais sobre IVG no ano de 2022	Monitorizar os dados nacionais sobre IVG no ano de 2022	Aumento de 15% nas IVG face a 2021; maioria realizadas em contexto público com método medicamentoso