



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

Maternidade na Adolescência

Motherhood on Teenagers

Tese apresentada à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de doutor em Enfermagem na Especialidade de
Enfermagem Avançada

por

Paula Helena Loução Paulo Sarreira Nunes de Oliveira

Instituto Ciências da Saúde

abril de 2017



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

Maternidade na Adolescência

Motherhood on Teenagers

Tese apresentada para obtenção do grau de doutor em Enfermagem
na Especialidade de Enfermagem Avançada

Por Paula Helena Loução Paulo Sarreira Nunes de Oliveira

Sob a orientação da Professora Doutora Maria Manuela Néné Cordeiro

Instituto Ciências da Saúde

abril, 2017

Poema à Mãe

No mais fundo de ti,
eu sei que traí, mãe.

Tudo porque já não sou
o retrato adormecido
no fundo dos teus olhos.

Tudo porque tu ignoras
que há leitos onde o frio não se demora
e noites rumorosas de águas matinais.
Por isso, às vezes, as palavras
que te digo são duras, mãe,
e o nosso amor é infeliz.

Tudo porque perdi as rosas brancas
que apertava junto ao coração
no retrato da moldura.

Se soubesses como ainda amo as rosas,
talvez não enchesses as horas de
pesadelos.

Mas tu esqueceste muita coisa;
esqueceste que as minhas pernas
cresceram, que todo o meu corpo
cresceu, e até o meu coração
ficou enorme, mãe!

Olha — queres ouvir-me? —
às vezes ainda sou o menino
que adormeceu nos teus olhos;

ainda aperto contra o coração
rosas tão brancas
como as que tens na moldura;

ainda oiço a tua voz:

*Era uma vez uma princesa
no meio de um laranjal...*

Mas — tu sabes — a noite é enorme,
e todo o meu corpo cresceu.
Eu saí da moldura,
dei às aves os meus olhos a beber,

Não me esqueci de nada, mãe.
Guardo a tua voz dentro de mim
E deixo-te as rosas.

Boa noite. Eu vou com as aves.

Eugénio de Andrade,
in "Os Amantes Sem Dinheiro"

AGRADECIMENTOS

Muitos caminhos foram necessários para percorrer esta jornada na procura do conhecimento. Precisaria de um espaço inesgotável para registar toda a minha gratidão a todos que de alguma forma contribuíram para esta construção.

À luz mais forte, Deus, que tem vindo a iluminar a minha existência e por ter permitido viver este momento ímpar da minha vida.

À Professora Doutora Maria Manuela Néné, minha orientadora, nenhuma palavra poderá expressar a minha gratidão pelo tempo disponibilizado, sabedoria, pelo incentivo constante no desenvolvimento das minhas potencialidades e pela incomensurável paciência nos momentos em que eu desanimava. Enfim, por todo o tempo que me dedicou no período de realização deste estudo, os meus sinceros agradecimentos e admiração.

À Professora Margarida Vieira pelas contribuições e pela postura em cada momento de partilha, sou muitíssimo grata pela sabedoria partilhada, pela escuta e pela estima.

Ao Professor Sérgio Deodato pelo apoio, competência e simpatia com que acolhe os estudantes nesta Instituição.

Aos meus pais que sempre me fizeram ver que é preciso procurar a força nalgum lugar e lutar, que é preciso superar as dificuldades para ir mais além. São um exemplo de fé, amor e generosidade.

Ao Zé companheiro de todas as horas, pelo seu incessante incentivo, por ter compreendido os meus momentos de angústia e pelo amor incondicional à nossa família.

Ao Zé Maria e ao Francisco, presentes de Deus e luzes na minha vida, pelo apoio e compreensão dos meus momentos divididos entre ser estudante e ser mãe.

Às minhas colegas Aida, Cidália e Fernanda, companheiras nesta jornada, pela cumplicidade, pela escuta e apoio.

À Dr.^a Maria João Carvalho pela revisão do texto.

Às Instituições de Saúde envolvidas pela colaboração e disponibilidade incondicional, em prol da prossecução do trabalho de campo desenvolvido.

A todos os profissionais que aceitaram participar no estudo e, especial aos colegas que colaboraram na aplicação da Escala.

Um particular e muito especial agradecimento a todas as jovens mães que tornaram possível este estudo, pela sua cooperação e generosidade.

RESUMO

Introdução: Embora a maternidade na adolescência constitua um fenómeno onde se constata uma diminuição, continua a verificar-se que as repercussões, quer para a mãe, quer para o bebé têm tendência a ser agravadas, considerando que maioritariamente vêm de conjunturas de risco social, associada a situações de pobreza, baixa escolaridade e com contextos familiares frágeis, carecendo deste modo de um apoio maior e mais específico.

Com este estudo, pretendemos contribuir para o aprofundamento do conhecimento sobre as necessidades das mães adolescentes, identificando os conhecimentos que mais valorizam para o desempenho do papel parental e cooperar na obtenção de ganhos em saúde.

Definimos como objetivos: Identificar quais as necessidades de aprendizagem prioritárias no pós-parto na perspetiva das mães adolescentes; descrever a associação entre as necessidades de aprendizagem no pós-parto, as características sociodemográficas e as características obstétricas das mães; aumentar o conhecimento em enfermagem relativamente às necessidades de conhecimentos das mães adolescentes, no seu autocuidado e nos cuidados ao seu filho; apresentar um modelo prescritivo para as práticas de cuidar na maternidade na adolescência.

Materiais e Métodos: O estudo desenvolveu-se em cinco fases distintas. Primeiro começámos por perceber através da revisão sistemática da literatura, qual o estado da arte e do objeto de estudo; seguiu-se a tradução para o português europeu e a validação cultural para a população portuguesa do instrumento Postpartum Learning Needs (PLN), segundo as linhas orientadoras de Beaton et al., bem como a validação psicométrica do instrumento; sucedeu-se a elaboração de um estudo exploratório e descritivo de natureza quantitativa, recorrendo a 251 mães adolescentes, que foram entrevistados para o preenchimento de um questionário (subescalas), com uma escala de Likert de quatro pontos, referente às necessidades de conhecimentos para o auto cuidado e para cuidarem dos seus bebés; efetuámos, simultaneamente, um estudo exploratório e descritivo de natureza quantitativa, aplicado a 165 enfermeiros de forma a perceber quais as áreas que estas mães mais valorizavam, quanto ao conhecimento para cuidar de si e dos seus bebés; No final procedeu-

se a um estudo correlacional de modo a conhecer qual o comportamento das variáveis de caracterização socioeconómica e demográfica, como a estrutura familiar e o relacionamento do casal e as variáveis de vigilância e de promoção da maternidade, como o acompanhamento, informação e vigilância pré-natal.

Resultados: Apesar da evidente satisfação com as informações e com os cuidados recebidos, as mães referiram que relativamente às necessidades de conhecimentos no autocuidado, os mais valorizados estão relacionados com questões fisiológicas como o cuidado com os lóquios, por outro referem aspetos psicológicos como o relacionamento do casal. Já referentes aos conhecimentos com os cuidados ao bebé, as diferenças estatisticamente encontradas estavam relacionadas com o aprender sobre segurança da criança, desenvolvimento infantil, diagnóstico precoce, doenças da infância e medicação, sendo que 99,4% referiram que a sua maior necessidade estava relacionada com o cuidado com a pele.

Conclusão: A PLN revelou ser um instrumento preditivo na avaliação da priorização de conhecimentos. Podemos, referir que mães adolescentes e enfermeiros não apresentam o mesmo grau de prioridade dos conhecimentos. De facto percebemos que relativamente ao autocuidado, os enfermeiros apresentam uma diferença na perceção dos conhecimentos que são mais valorizados pelas mães. Os resultados encontrados e a pesquisa bibliográfica permitiram delinear um modelo preditivo, com o objetivo de facilitar o desenvolvimento de um conjunto de ações, que se transformem em ganhos de saúde para as mães adolescentes e seus filhos.

Palavras-chave: Adolescentes; Maternidade; Pós-parto; Mães Adolescentes; Aprendizagem; Perceção dos enfermeiros.

ABSTRACT

Introduction: Although teenage motherhood is a phenomenon where there is a decrease, it continues to be seen that the repercussions for both mother and baby tend to be aggravated, considering that they mostly come from social risk situations, Associated with situations of poverty, low levels of schooling and with fragile family situations, thus requiring a greater and more specific support.

With this study, we intend to contribute to the deepening of the knowledge about the needs of adolescent mothers, identifying the knowledge that most value for the performance of the parental role and to cooperate in the achievement of health gains.

We defined as objectives: Identify the priority learning needs in postpartum from the perspective of adolescent mothers; To describe the association between the postpartum learning needs, the sociodemographic characteristics and the obstetric characteristics of the mothers; To increase nursing knowledge regarding adolescent mothers' knowledge needs, their self-care and care of their child; Present a prescriptive model for caring practices in adolescence.

Materials and Methods: The study was developed in five distinct phases. First we begin by perceiving through the systematic review of the literature, which state of art and the object of study; Followed by the translation into European Portuguese and the cultural validation for the Portuguese population of the instrument Postpartum Learning Needs according to the guidelines of Beaton et al., As well as the psychometric validation of the instrument; An exploratory and descriptive quantitative study was carried out, using 251 adolescent mothers, who were interviewed to complete a questionnaire with a four-point Likert scale, referring to the knowledge needs for self-care and To care for their babies; We carried out an exploratory and descriptive study of a quantitative nature applied to 165 nurses in order to perceive which areas they valued most, as to the knowledge that these mothers should have to care for themselves and their babies; In the end, a correlational study was carried out in order to know the behavior of variables of socioeconomic and demographic characterization, such as the family structure and the relationship of the couple

and the variables of surveillance and promotion of maternity, such as monitoring, information and surveillance prenatal.

Results: In spite of the evident satisfaction with the information and care received, the mothers reported that in relation to knowledge needs in self-care, the most valued are related to physiological issues such as caring for lochia, on the other they refer psychological aspects such as relationship of the couple. Regarding the knowledge about baby care, the statistically significant differences were related to learning about child safety, child development, early diagnosis, childhood illness and medication, and 99.4% reported that their greatest need was related with skin care.

Conclusion: PLN has proved to be a predictive tool in the evaluation of prioritization of knowledge. We can say that adolescent mothers and nurses do not have the same priority of knowledge. In fact, we perceive that with respect to self-care nurses present a difference in the perception of the knowledge that is most valued by the mothers. The results found and the bibliographic research allowed the delineation of a predictive model, with the objective of facilitating the development of a set of actions, which become health gains for adolescent mothers and their children.

Keywords: Adolescents; Maternity; Post childbirth; Adolescent Mothers; Learning; Nurses perception.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	22
PARTE I – QUADRO CONCEPTUAL	28
1. – NOTA INTRODUTÓRIA À REVISÃO DA LITERATURA	30
2. – ADOLESCÊNCIA UMA FASE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO	40
2.1. – Desenvolvimento Físico	43
2.2. – Desenvolvimento Psicológico/ Afetivo	44
2.3. – Desenvolvimento Cognitivo	46
3. – PARENTALIDADE UM MOMENTO DE MUDANÇA	48
3.1. – Parentalidade na Adolescência	50
3.1.1. – <i>Maternidade na Adolescência</i>	51
3.1.2. – <i>Contextualização da Problemática</i>	55
3.1.3. – <i>Paternidade na Adolescência</i>	61
4. – SABER EM SAÚDE: A IMPORTÂNCIA DO CONHECIMENTO	68
4.1. – Fatores Influenciadores na Aquisição de Conhecimentos	69
4.2. – Necessidades Maternas e de Autocuidado	73
4.3. – Necessidades Relacionadas com o Cuidado aos Filhos	76
4.4. – As Práticas de Enfermagem no Papel de Educadores em Saúde	78
5. – SÍNTESE	88
PARTE II – PERCURSO METODOLÓGICO E EMPÍRICO	92
1. – MATERIAIS E MÉTODOS	94

1.1. – Desenho do Estudo	94
1.2. – Questões e Objetivos da Investigação	96
1.3. – Hipóteses	97
1.3. - Variáveis	99
1.4. – Tipo de Estudo	101
1.5. – População e Amostra	102
1.6. – Instrumento de Recolha de Dados	103
1.6.1. – Apresentação do Instrumento	106
1.6.2. – A Tradução do Instrumento para o Novo Idioma	108
1.6.3. – Síntese das Versões Traduzidas	109
1.6.4. – Avaliação da Síntese pela Comissão de Especialistas	115
1.6.5. – Avaliação pelo Público-Alvo ou Pré-teste	116
1.6.6. – Versão Final	117
1.7. - Estudo da Fiabilidade do Instrumento	120
1.8. - Considerações Éticas e Legais	123
2. - APRESENTAÇÃO DOS DADOS: RESULTADOS DESCRITIVOS	126
2.1. – Caraterização da Amostra das Mães Adolescentes	128
2.1.1. – Dimensão Educacional e Familiar	129
2.1.2. – Dimensão Económica	131
2.1.3. – Dimensão Obstétrica e de Vigilância	133
2.1.4. – Dimensão Informação e Acompanhamento Profissional	135
2.1.5. – Prioridades na Aprendizagem das Mães Adolescentes	142
2.2. – Avaliar na Perspetiva dos Enfermeiros	143
2.2.1. – Dados e Resultados da Dimensão Etária e Civil	145
2.2.3. – Dimensão Informação e Acompanhamento	148
2.3.– Prioridades na Aprendizagem Atribuída pelos Enfermeiros	150
2.4. – Médias Globais	152

3. - APRESENTAÇÃO DOS DADOS: RESULTADOS INFERENCIAIS	154
3.1.- Diferenças entre as percepções nos cuidados ao bebê	155
3.2. – Diferença de percepção entre as necessidades de aprendizagem das mães adolescentes vs percepção do ensino realizado pelos enfermeiros	157
3.3. – Diferenças de percepção das necessidades das mães adolescentes que planejaram a gravidez relativamente às que não planejaram a gravidez	158
3.4. – Diferenças de percepção entre as necessidades das mães adolescentes com e sem acompanhantes nas consultas	159
3.5. – Diferença entre as necessidades de aprendizagem das mães adolescentes sobre o relacionamento do casal comparativamente com o ensino realizado pelos enfermeiros	160
4. - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	162
5. – MODELO PRESCRITIVO	174
CONCLUSÃO	182
BIBLIOGRAFIA	194
APÊNDICES E ANEXOS	212
Apêndice A - Síntese dos artigos selecionados na RSL	214
Apêndice B - Artigo publicado na revista Journal of Nursing UFPE on line	220
Apêndice C – Consentimento Livre, Informado e Esclarecido (mães adolescentes)	232
Apêndice D – Nota Introdutória (Informação sobre o estudo)	236
Anexo A - Níveis de Evidência Científica segundo a Classificação do Oxford Centre for Evidence-Based Medicine	240
Anexo B – Autorização do autor para a utilização da Postpartum Teaching Questionnaire (PTQ)	244
Anexo C - Postpartum Teaching Questionnaire	248
Anexo D – Parecer da Comissão de Ética da Universidade Católica Portuguesa	256
Anexo E – Autorização da CNPD (Comissão Nacional de Proteção de Dados)	260
Anexo E - Autorização dos Hospitais	266

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Estratégias de revisão, utilizando a matriz PICOS.	32
Quadro 2 - Partos (N.º) por Local de residência da mãe e Grupo etário da mãe; Anual.	56
Quadro 3 - Taxa de nascimentos em mulheres com idade inferior a 20 anos) /100 nados vivos	57
Quadro 4 - Modificações realizadas na etapa de tradução do PLN (Necessidades maternas).	110
Quadro 5 - Modificações realizadas na etapa de tradução do PLN (Necessidades da criança).	111
Quadro 6 - Exemplo da versão original, tradução, retroversão e versão de consenso do PLN (antes do pré-teste, cuidados ao bebé)	113
Quadro 7 – Ex. Versão original, tradução, retroversão e versão de consenso do PLN (antes pré-teste, cuidados maternos)	114
Quadro 8 - Caracterização das mães adolescentes/dimensões/indicadores	127
Quadro 9 - Distribuição da amostra segundo a idade	129
Quadro 10 - Caracterização dos enfermeiros/dimensões/indicadores	144
Quadro 11 - Modelo prescritivo	176
Quadro 12 - Estratégias para os enfermeiros	179

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Diagrama do Modelo de Promoção a Saúde de Nola Pender.	84
Figura 2 - Desenho da investigação	95
Figura 3 - Procedimentos de tradução e validação cultural segundo Beaton et al.	105
Figura 4 - Representação gráfica da PLN	107
Figura 5 - Modelo prescritivo e adoção de comportamentos na assistência às mães adolescentes	175

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Análise fatorial da escala de necessidades de aprendizagem pós-parto	121
Tabela 2 - Análise da consistência interna da escala de necessidades de aprendizagem pós-parto.	122
Tabela 3 - Distribuição dos sujeitos segundo o grau de escolaridade das mães adolescentes.	129
Tabela 4 - Distribuição dos sujeitos segundo o estado civil das mães adolescentes.	130
Tabela 5 - Distribuição das mães adolescentes segundo coabitação.	130
Tabela 6 - Distribuição das mães adolescentes segundo o tipo de acompanhante.	131
Tabela 7 - Distribuição das mães adolescentes segundo a empregabilidade.	131
Tabela 8 - Distribuição das mães adolescentes segundo o rendimento mensal.	132
Tabela 9 - Distribuição das mães adolescentes segundo a percepção da adequação do rendimento.	132
Tabela 10 - Distribuição das mães adolescentes segundo o planejamento da gravidez.	133
Tabela 11 - Distribuição das mães adolescentes segundo o nº de partos.	133
Tabela 12 - Distribuição das mães adolescentes segundo o nº de filhos.	134
Tabela 13 - Distribuição das mães adolescentes segundo a vigilância pré-natal.	134
Tabela 14 - Distribuição das mães adolescentes segundo informação recebida.	135
Tabela 15 - Distribuição das mães adolescentes segundo a forma de informação.	135
Tabela 16 - Distribuição da opinião das mães adolescentes segundo método de ensino mais eficaz.	136
Tabela 17 - Distribuição das mães adolescentes segundo o método de ensino menos eficaz.	136
Tabela 18 - Distribuição das mães adolescentes segundo o tipo de educação pós-parto.	137
Tabela 19 - Distribuição das mães adolescentes segundo o profissional de saúde/informações.	137
Tabela 20 - Distribuição das mães adolescentes e adequação do momento para aprender.	138
Tabela 21 - Distribuição das mães adolescentes segundo a aprendizagem/tempo de hospitalização.	138
Tabela 22 - Distribuição das mães adolescentes relativamente às vantagens do aumento de dias de hospitalização para aprender.	139
Tabela 23 - Distribuição das mães adolescentes e grau de satisfação/cuidados prestados.	139

Tabela 24 - Distribuição das mães adolescentes segundo as estratégias de conhecimentos/bebé.	140
Tabela 25 - Distribuição das mães adolescentes e conhecimentos sobre autocuidado.	140
Tabela 26 - Distribuição das mães adolescentes segundo o grau de conhecimentos nos cuidados ao bebé.	141
Tabela 27 - Distribuição das mães adolescentes e grau de satisfação dos conhecimentos/enfermeiros.	141
Tabela 28 - Medidas descritivas associadas aos itens referentes às necessidades maternas referidas pelas mães adolescentes.	142
Tabela 29 - Medidas descritivas associadas aos itens referentes aos cuidados com o bebé referidas pelas mães adolescentes.	143
Tabela 30 - Distribuição da amostra de enfermeiros segundo o grupo etário.	145
Tabela 31 - Distribuição dos enfermeiros segundo as características académicas/ profissionais e local de atividade profissional.	146
Tabela 32 - Distribuição dos enfermeiros com formação específica	147
Tabela 33 - Distribuição dos enfermeiros segundo a prestação de cuidados	148
Tabela 34 - Distribuição dos enfermeiros segundo o método de ensino às mães no pós-parto	148
Tabela 35 - Distribuição dos enfermeiros segundo o método de ensino mais eficaz	149
Tabela 36 - Distribuição dos enfermeiros segundo o método de ensino menos eficaz	149
Tabela 37 - Distribuição dos enfermeiros e adequação do momento de ensino	150
Tabela 38 – Medidas descritivas associadas aos itens referentes aos conhecimentos sobre o autocuidado nas mães adolescentes	151
Tabela 39 – Medidas descritivas associadas aos itens referentes aos conhecimentos sobre os cuidados ao bebé nas mães adolescentes.	151
Tabela 40 - Análise da medida de tendência central e dispersão da escala.	152
Tabela 41 - Mães adolescentes e enfermeiros e necessidades de aprendizagem/necessidades maternas	155
Tabela 42 - Mães adolescentes e enfermeiros sobre os cuidados com o bebé	156
Tabela 43 - Teste da diferença de médias das perceções de necessidades de aprendizagem entre as mães adolescentes e os enfermeiros.	157
Tabela 44 - Teste de diferença de médias entre as necessidades de aprendizagem das mães que planearam a gravidez comparativamente às que não planearam	159

Tabela 45 – Teste de diferença de médias entre as mães que tiveram acompanhamento/apoio, de familiares durante a gravidez comparativamente às mães que não foram acompanhadas/apoiadas. 159

Tabela 46 - Teste de diferença de médias entre as necessidades de aprendizagem das mães relativamente ao relacionamento do casal comparativamente às percepções dos enfermeiros. 160

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (1995) define “*adolescência*” como o período da vida compreendido entre os 10 a 19 anos de idade, dividida em duas etapas: dos 10 aos 14 e dos 15 aos 19 anos, sendo uma fase de transição entre a infância e a idade adulta marcada por conflitos, determinados por inúmeras transformações, biológicas, psicológicas e sociais (Saito, 2001).

Este é um período onde as decisões importantes são tomadas a partir de pouca experiência, pois esta corresponde a uma fase do desenvolvimento humano onde um complexo processo cognitivo e social, que é aprendido, recíproco, interativo, irreversível e com impulsividade, se liga a características que tendencialmente impulsionam comportamentos de risco (Schoen-Ferreira, 2010). Estas decisões poderão ter consequências para toda a vida, isto porque a transição da infância para a idade adulta está associada a comportamentos relacionados com a atividade sexual, nomeadamente com gravidezes não planeadas (Graça, 2010).

Verifica-se que os adolescentes que não estão interessados ou motivados para a promoção da saúde, ou na participação em iniciativas de prevenção de doenças, estão mais vulneráveis a comportamentos que colocam em risco a sua saúde (Ulibarri et al., 2009).

Conhecemos que a maternidade adolescente continua a ser um problema premente em diversos países desenvolvidos (Oliveira, Moura, Pinheiro & Eduardo, 2008; Silva et al., 2011), sendo estudado como um problema de saúde pública, especialmente pelo facto de levar a riscos no desenvolvimento do bebé, da própria adolescente (Gontijo & Medeiro, 2004), na saúde materno-infantil, bem como pelo impacto social e bem-estar económico de um país (Koniak-Griffin et al., 2003).

Deste modo, a gravidez e maternidade precoce e não planeadas podem acarretar sobrecarga física, psíquica, emocional e social para o desenvolvimento da adolescente, contribuindo positiva ou negativamente para as modificações na sua vida futura, podendo

perpetuar o ciclo de pobreza, a baixa escolaridade e a falta de perspectiva de vida, pois é sobre a mulher que recaem as principais atribuições e responsabilidades com os filhos (Paraguassú et al., 2005).

Num estudo realizado pela *World Health Statistics* em 2008, em que foram avaliados os “*Global Health Indicators*” em 19 países, em mulheres entre os 15 e 19 anos, verificou-se que a taxa de fertilidade por 1000 mulheres foi mais elevada nos USA, seguido pelo Reino Unido, Nova Zelândia e Portugal (French & Cowan, 2009). Por ano, cerca de três quartos de milhão de adolescentes engravidam e metade destas terão os seus filhos e serão mães (Kost, Henshaw & Carlin, 2010).

Embora a gravidez e a maternidade na adolescência sejam uma experiência difícil, que pode sobrepor-se à crise da adolescência, desenrolando-se simultaneamente com o processo de transição para a vida adulta (Bergamaschi, 2008), pode ser desempenhada satisfatoriamente pela mãe adolescente (Oliveira, 2010), sendo descrita como uma transição positiva e um desafio, quer fisiológico, quer psicológico, servindo como fator estabilizador e, simultaneamente, promovendo a responsabilidade e a maturidade (Bock, 2007).

Contudo, na adaptação à maternidade, um dos aspetos considerados relevantes consiste na capacidade de as mães reconhecerem e aceitarem experiências emocionais intensas e mutuamente contraditórias (De Oliveira, Moran & Pederson, 2005), verificando-se a existência de associações importantes entre a qualidade da organização da vinculação e as estratégias de regulação emocional (Mendes et al., 2011), adaptação que pode ser conseguida através de recurso à rede social de apoio em alturas de dificuldade (Silva, 2010).

Por outro lado, é relevante a forma como cada indivíduo, subjetivamente, passa por esta transição, ou seja, a maneira como homens e mulheres se concebem enquanto mães e pais e como se organizam nesta transição, verificando que os seus valores, crenças e expectativas individuais influenciam mutuamente as vivências de cada membro do casal e devem ser compreendidas numa ótica individual, contextualizada, de forma mais ampla na dinâmica familiar e social (Martins, 2011).

As mães adolescentes do sul da Europa, América Latina ou de comunidades emigrantes com esta ascendência são mais vocacionadas a solicitar a ajuda dos elementos da sua rede familiar, do que as mães adolescentes do Norte da Europa ou da América Anglo-saxónica, realidade que parece estar relacionada com as diferenças nas formas habituais de

interação com as famílias de origem, aliada a sentimentos distintos de pertença e solidariedade familiar (Mendes et al., 2011).

Um estudo efetuado por De Vito (2010) refere que as adolescentes mencionaram sentir-se sobrecarregadas e experimentando sentimentos de solidão promovidos pelo seu novo papel maternal, nomeadamente pelo facto de terem poucos conhecimentos sobre como cuidar dos seus filhos, destacando que as classes/cursos existentes de apoio à maternidade não respondem às suas necessidades como mães adolescentes, mas mais dirigidas às mães adultas, o que as leva a sentir-se pouco apoiadas. É, no entanto, relatado que a visita domiciliária efetuada pelas enfermeiras foi promotora de suporte importante na adaptação ao seu papel, nomeadamente porque se sentiram ouvidas, foram encorajadas a elaborar questões sobre as suas dúvidas, facto que influencia positivamente a autoconfiança. Nesta perspetiva, este processo envolve um complexo conjunto de responsabilidades em que os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, poderão ter um papel vital, sendo que o bem-estar da grávida e dos pais adolescentes influencia o desenvolvimento da criança do ponto de vista físico, cognitivo, comportamental e emocional (NCPTP, 2010).

Na continuação da procura de melhor evidência que tente suportar esta problemática, é pertinente continuar a pesquisa, para que se compreenda que indicadores devem estar incluídos no instrumento de avaliação das necessidades de informação e aconselhamento dessas mães, quais as práticas e comportamentos dos enfermeiros no âmbito da educação para a saúde no pós-parto às mães adolescentes e, simultaneamente, quais as necessidades de aprendizagem prioritárias em cuidados de enfermagem no pós-parto das mães adolescentes.

Assim, a nossa questão de partida é: **Quais as necessidades de aprendizagem prioritárias no desempenho do papel maternal das mães adolescentes no pós-parto?**

Definimos, por isso, os seguintes objetivos de estudo:

- Identificar quais as necessidades de aprendizagem prioritárias no pós-parto na perspetiva das mães adolescentes;
 - Descrever a associação entre as necessidades de aprendizagem, as características sociodemográficas e as características obstétricas das mães;
 - Aumentar o conhecimento em enfermagem relativamente às necessidades das mães adolescentes no seu autocuidado e nos cuidados ao seu filho.
-

- Apresentar um modelo prescritivo para as práticas de cuidar na maternidade na adolescência.

Deste modo, pretende-se compreender a relação entre a saúde da adolescente e as necessidades de informação que as mães adolescentes mais valorizam para cuidar de si e dos seus filhos, enquadrada neste significado e experiência do seu novo papel, bem como identificar quais as necessidades de aprendizagem prioritárias no pós-parto a partir da perspectiva dos enfermeiros; investigar as relações entre as variáveis maternas e a maternidade nas suas múltiplas dimensões e especificidades; verificar quais as intervenções que vão ao encontro das suas necessidades como adolescentes e como mães; e explorar o significado destas experiências no sentido de ajudar a desenvolver estratégias, com o intuito de serem criadas estruturas básicas de suporte às adolescentes nas várias etapas, decorrentes deste ciclo de vida e fomentar as condições que proporcionem a sua autonomização.

De forma a justificar a pertinência da temática, foi efetuada uma revisão de literatura realizada nas bases de dados integradas na *EBSCOhost*[®] (*CINAHL*[®] *PluswithFullText*, *Nursing & Allied Health Collection*, *Cochrane Central Register of Controlled Trials*, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *MedicLatina*, *MEDLINE*[®] *with FullText*, *International Nursing Index*, *Scielo*, e *Lilacs*), e *PUBMED*[®] (*Pubmed*, *Pubmed Central*, *PubMed Health*), bem como nos motores de busca *GOOGLE*[®] e *GOOGLE SCHOLAR*[®]. Verificamos a existência de estudos que corroboram a necessidade que estas mães têm de orientação, educação e suporte no desempenho do seu novo papel (Nóbrega & Bezerra 2010).

Assim, a pertinência de identificar precocemente as necessidades de mães e filhos, de acordo com as características culturais de cada adolescente, será uma forma facilitadora na transição para o novo papel, bem como geradora de confiança e sucesso ao encontrar respostas às necessidades desta população (Maputle, 2006; Resta et al. 2010). Da pesquisa efetuada encontramos a Escala *Postpartum Learning Needs – PLN* (Obeisat et al. 2012), que pretende avaliar a necessidade de informação sobre as áreas mais importantes para incluir no ensino às mães no pós-parto e, posteriormente ajudar os enfermeiros a cuidar de acordo com essas necessidades expressas. Neste contexto, pretendemos efetuar a sua adaptação e validação para a população portuguesa. Ou seja, com os resultados encontrados, esperamos adequar esta escala de avaliação de necessidades das mães adolescentes relativamente ao seu autocuidado e no cuidados ao seu filho, para que esta possa ser utilizada para ampliar os conhecimentos sobre a temática, melhorar o processo de diagnóstico sobre as necessidades

de conhecimentos das mães adolescentes, adequar e humanizar os cuidados no contexto, de puerpério no período hospitalar, bem como na promoção da continuidade de cuidados em contexto de Cuidados de Saúde Primários.

Embora o tema “maternidade na Adolescência” esteja estudado, a literatura científica ainda carece de evidências que contribuam para caracterizar o significado da maternidade para a mãe adolescente, já que a maioria dos estudos está cingida ao paradigma biomédico e ao conceito de risco (Santos, 2003). Face ao exposto, estruturamos a dissertação de doutoramento em duas partes. Iniciamos com a introdução onde descrevemos o interesse pela temática do estudo, contextualizamos a problemática, justificamos a pertinência do estudo e determinamos as questões de investigação que orientaram o estudo, visando a consecução dos objetivos. Na parte I, a que designamos quadro conceptual, integramos o referencial teórico e concetual que sustenta o estudo, que se apresenta dividido em capítulos. No primeiro apresentamos uma nota introdutória com uma revisão da literatura, onde expomos a combinação dos estudos encontrados de forma a identificar e a sumarizar evidências, que permitam avaliar a consistência da problemática, bem como a validade externa dos achados. No segundo capítulo, apresentamos a contextualização da adolescência como fase de desenvolvimento humano, no qual introduzimos o tema, analisamos as alterações de paradigma que temos vindo a assistir nos últimos anos em relação à problemática, descrevendo os mecanismos de adaptação do desenvolvimento físico, cognitivo, psicológico e afetivo; O terceiro capítulo é relativo às questões envolventes à parentalidade no geral e em particular na adolescência, nomeadamente a parentalidade e a maternidade na adolescência; No quarto capítulo, realçamos a importância, a forma e o reflexo que o conhecimento tem sobre o pensamento. Percebendo de que a mudança de pensamento (cognição) pode afetar o comportamento e as crenças, de modo a que ao serem identificados, possam ser alterados e sejam impulsionadores de ganhos em saúde para a mãe, nomeadamente na promoção de comportamentos desejados; O quinto capítulo destaca a importância do enfermeiro no desenvolvimento e aquisição de conhecimentos para o desempenho do papel esperado, neste contexto da maternidade na adolescência. Finalizamos a primeira parte, com uma síntese das temáticas apresentadas.

A parte II apresenta o percurso metodológico e empírico do estudo, o qual optamos por dividir em capítulos. Deste modo, o primeiro capítulo apresenta os materiais e métodos, com o percurso metodológico e empírico desenvolvido. Assim, é apresentado de forma

esquemática o desenho da investigação, seguimos com a apresentação dos objetivos da investigação, colocamos de seguida as hipóteses colocadas, as variáveis, o tipo de estudo, a população e amostra. É também, apresentado o instrumento utilizado e todo o processo desenvolvido na sua validação para a população portuguesa, nomeadamente com o estudo da fiabilidade. Encerramos este primeiro capítulo com a apresentação das considerações éticas e legais. O segundo capítulo apresenta os dados, relativamente aos resultados descritivos do estudo. No terceiro capítulo, estão expostos os dados relativamente aos resultados inferenciais. Apresentamos no quarto capítulo a discussão dos resultados. No quinto capítulo, de modo a dar visibilidade a questões operacionais, abordamos o Modelo prescritivo. Este modelo tem a incumbência de apresentar uma descrição compreensível e sistemática das intervenções de enfermagem, de acordo com as necessidades encontradas. Saliemos também que, com base no modelo apresentado, tentámos defender que as estratégias devem ter em consideração não só as principais necessidades levantadas, mas também o contexto do seu desenvolvimento. Assim, pretende-se que possa guiar o cuidado de Enfermagem e seja promotor de planos, quer ao nível da formação de base e continua dos enfermeiros envolvidos nesta área, quer da organização das instituições, de modo a aproximar os modelos em uso às reais necessidades das mães adolescentes.

Na última parte, apresentamos os aspetos conclusivos da investigação, onde realizamos uma síntese do percurso realizado neste estudo, tecemos considerações acerca do seu interesse, apresentamos os aspetos novos encontrados, as perspetivas emergentes que se podem colocar para investigação e por último as limitações do estudo.

PARTE I – QUADRO CONCEPTUAL

1. – NOTA INTRODUTÓRIA À REVISÃO DA LITERATURA

“ O facto científico é conquistado, construído e verificado”

Gaston Bachelard

A problemática da maternidade na adolescência, embora já retratada, continua a ser um processo complexo, consistindo num problema de saúde pública, capaz de espelhar a atitude e investimento dos programas de saúde em matéria de promoção de saúde, diminuição das iniquidades e no bem-estar das gerações. Têm sido publicados artigos, teses e estudos de referência, demonstrando a sua pertinência, fundamentada pelo facto de que atualmente os períodos de internamento no pós-parto são cada vez mais curtos, as mães estarem mais sózinhas, com menos ajuda da família, e com maior pressão social/educacional e cultural relacionadas com os cuidados e serviços da infância.

Perante a necessidade de identificar os estudos empíricos, analisando e sistematizando os resultados de trabalhos acerca desta temática, foi escolhida a metodologia de revisão sistemática da literatura, pela sua importância na integração desta informação, contribuindo para o enriquecimento do estudo e para desenhar todo o percurso metodológico, baseado em resultados de investigações separadas que podem apresentar resultados contraditórios e/ou coincidentes (Vilelas, 2009).

Sendo um estudo secundário, que tem por objetivo sintetizar estudos primários semelhantes e de boa qualidade, esta é considerada o melhor nível de evidência para tomadas de decisões em questões sobre terapêutica. Neste contexto, são considerados estudos observacionais retrospectivos ou estudos experimentais de recuperação e análise crítica da literatura, que procuram responder a uma pergunta de pesquisa claramente formulada, utilizando métodos sistemáticos e explícitos para recuperar, selecionar e avaliar os resultados de estudos relevantes, reúne e sistematiza os dados dos estudos primários (unidades de análise).

É considerada a evidência científica de maior grandeza, tendo em consideração que é relevante para melhorar a saúde, uma vez que contribui substantivamente para identificar as melhores evidências científicas e incorporá-las na prática dos profissionais nos serviços, no ensino, na gestão e na formulação de políticas de saúde (Takahashi, De-la-Torre-Ugarte-Guanilo & Bertolozzi, 2011).

Esta metodologia realizada foi trabalhada em formato de artigo e publicada numa revista internacional indexada (Apêndice B).

Partindo da análise dos pressupostos teóricos, definiu-se a seguinte questão de partida para a revisão sistemática da literatura: “Quais as necessidades de aprendizagem prioritárias no desempenho do papel maternal das mães adolescentes no pós-parto?”

No sentido de sistematizar o estado do conhecimento sobre as necessidades das mães adolescentes em cuidados de enfermagem, levou-se a efeito uma pesquisa bibliográfica, de acordo com os princípios metodológicos de uma revisão sistemática da literatura com base nas orientações da *Cochrane Database of Systematic Reviews* (CDSR).

Colocada a questão orientadora e de modo a especificar a pesquisa, estabeleceu-se critérios para inclusão/exclusão de estudos na revisão sistemática de literatura.

Assim, como critérios de inclusão apresentamos:

- Mães adolescentes com idade compreendidas entre os 14 e os 19 anos;
- Mães adolescentes em que os filhos sejam recém-nascidos;
- Mães adolescentes saudáveis, com gravidezes de termo;
- Intervenções de enfermagem que envolvam o processo de transição da maternidade na adolescência;
- Resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, relacionados com as necessidades sentidas pelas mães adolescentes;
- Estudos em que pelo menos um dos autores é Enfermeiro;
- Estudos com evidência científica, quantitativos ou qualitativos.

Como critérios de exclusão apresentamos:

- Mães adolescentes institucionalizadas ou portadoras de alterações de saúde impeditivas de cuidarem dos seus filhos;

- Estudos em outras línguas que não o inglês, português, francês ou castelhano (por incapacidade/desconhecimento do investigador para traduzir).

Para a identificação e seleção dos estudos relevantes a incluir na revisão, isolaram-se os conceitos referentes aos participantes, à intervenção e ao desenho dos estudos pretendidos, de modo a definir um conjunto de sinónimos e de termos relacionados que, por interseção, levaria à obtenção da expressão de pesquisa estabilizada.

Desta forma, quer ao nível da elaboração da questão de investigação, como para a definição dos critérios de inclusão e exclusão de Estudos Primários, com efeitos na constituição da amostra, foi utilizado o método PICOS (quadro 1).

Quadro 1 - Estratégias de revisão, utilizando a matriz PICOS.

P	Participants (participantes)	Mães adolescentes Mães adolescente e enfermeiros	Adolescent* AND Nursing Care AND Adolescent* Mother* AND Postnatal Care* AND Health need* AND Newborn* AND Mothers/*education AND Maternal-Child Care,
I	Intervention (intervencões)	Estudos realizados com mães adolescentes, relativos às necessidades em cuidados de enfermagem, durante o puerpério	
C	Comparators (comparações)	Quando existentes	
O	Outcomes (Resultados)	Fatores promotores de uma maternidade positiva	
S	Study design (desenho do estudo)	Estudos de natureza qualitativa e/ou quantitativa	

Utilizando a base de dados para descritores MeSH (*Medical Subject Heading*) e usando as palavras-chave, para além de outros termos e sinónimos relacionados com articulação aos operadores booleanos, foi construída a seguinte sequência que se apresenta: *[Adolescent*and Nursing Care and Adolescent*and Mother* and Postnatal Care* and Health Need* and Newborn* and Mother*/Education*and Maternal-Child Care]*.

Realizou-se a pesquisa dos artigos sobre a temática respeitando os critérios de inclusão e exclusão, nos idiomas de português, inglês e espanhol, em texto integral. O espaço temporal compreendeu janeiro de 2007 e dezembro de 2013 (quadro 5). A pesquisa foi efetuada na plataforma de pesquisa EBSCO, envolvendo as bases de dados CINAHL Plus with

Full Text, MEDLINE with Full Text, Cochrane Database of Systematic Reviews, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive e MedicLatina with Full Text.

Os estudos selecionados foram incluídos na revisão sistemática da literatura mediante os critérios de inclusão e exclusão pré-estabelecidos, os quais compõem um teste de relevância inicial. Na segunda fase de validação da sua relevância foi efetuado o Teste de Relevância Preliminar ou Teste de Relevância I (Pereira & Bachion, 2006), que seguiu as mesmas recomendações do teste de relevância que foi utilizado na seleção dos artigos na íntegra, ou seja, foi elaborado uma lista de questões, que foram respondidas pelo avaliador mediante a afirmação ou negação, tais como: o estudo aborda o tema de interesse para a investigação? O estudo foi publicado no período proposto pelos investigadores, que foi determinado e apresentado na pesquisa de Revisão Sistemática? O estudo foi publicado no idioma selecionado para a investigação, e determinado na pesquisa de Revisão Sistemática?

Destacamos que, quando qualquer destas questões obtivesse uma resposta negativa, o estudo era excluído da revisão. Em seguida, as referências e resumos incluídos na amostra foram submetidos à avaliação de dois investigadores, seguindo o mesmo padrão e de forma independente. Denominado de segundo Teste de Relevância ou designado como II.

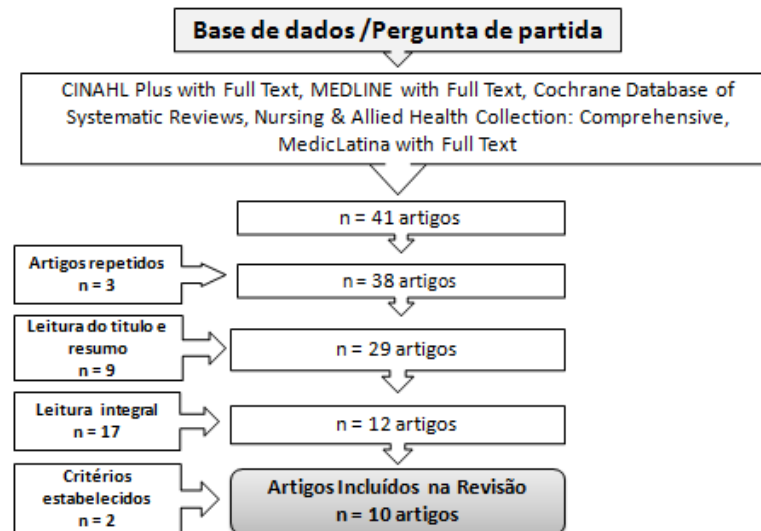
Na análise dos artigos científicos, foram garantidos alguns pontos de observação. Nomeadamente teriam que responder afirmativamente aos seguintes critérios: o objetivo do estudo tem relação com a questão que os investigadores colocaram e que estão a estudar; A metodologia utilizada está suficientemente descrita, para que o estudo possa ser replicado; A metodologia está adequada com os objetivos traçados; A aplicabilidade dos resultados é possível na prática.

Depois desta aferição foi efetuado um quadro (Apêndice A), onde foram incluídos as informações de cada pesquisa, tais como: referência bibliográfica, tipo de estudo, dados de caracterização dos sujeitos, metodologia utilizada e evidência dos resultados.

Como resultado da pesquisa na base de dados, consideramos importante a conservação dos aspetos éticos relacionados com a pesquisa, de acordo com os critérios estabelecidos, sendo indispensável manter a exatidão da fonte, expor de forma clara todo o processo de seleção dos artigos, bem como a apresentação das conclusões, norteadas pela questão de partida, independentemente dos resultados encontrados serem favoráveis ou não em relação ao nosso estudo.

Assim, após os critérios estabelecidos ficou selecionado no final um conjunto de dez artigos, para analisar (figura 3).

Figura 1 - Fluxograma de resultados de pesquisa



Podemos constatar da análise dos dez artigos obtidos que foram diversas as metodologias e o tipo de estudos encontrados. Na maioria, foram estudos conduzidos por uma abordagem qualitativa, que nos parece coerente com o objetivo pretendido, ou seja, identificar quais as necessidades referenciadas pelas mães adolescentes, em cuidados de enfermagem.

De modo a perceber a relevância científica dos estudos apresentados, procedeu-se a sua avaliação quanto ao “Nível de Evidência Científica por Tipo de Estudos”, segundo as recomendações, da “*Oxford Centre for Evidence-based Medicine*” (Anexo A). Verificou-se que cinco correspondem ao nível de evidência 3B, dois dos artigos correspondem ao 2B, dois dos artigos correspondem ao 1A e, por último, um dos artigos corresponde ao nível 1B. Salientamos que os estudos primários que integram esta revisão são, quanto ao desenho, revisão sistemática, fenomenológico, quantitativo, transversal, descritivo, exploratório e qualitativo (Apêndice A).

Os resultados permitem responder às perguntas de investigação atrás definidas; no entanto, apresentam distintos níveis de evidência científica, não podendo ser feita comparação entre os estudos primários incluídos, por estes não serem homogêneos em

termos de amostra, conceito de adesão, métrica e método utilizado para avaliar a adesão, pelo que este estudo não inclui metanálise.

Verificou-se que os resultados da revisão corroboram com o facto de que as necessidades das mães adolescentes, embora continuem a ser uma preocupação, não estão sistematicamente identificadas, constituindo um fenómeno multicausal, podendo ser explicadas pela presença ou ausência de fatores, que determinam a adaptação ao papel maternal, englobando ao autocuidado e o cuidado ao filho.

Após a análise dos documentos, constatou-se que existe uma multiplicidade de fatores, provenientes de diferentes dimensões. Estas dimensões interagem entre si, sendo difícil associar apenas um domínio na interferência das necessidades destas mães. Deste modo, tendo em consideração os resultados de investigação, podemos realçar algumas dimensões encontradas, nomeadamente na adaptação à maternidade, relacionadas com dúvidas e sentimentos de medo e ansiedade nos cuidados ao recém-nascido, no autocuidado, relacionados com cuidados de conforto e de relacionamento afetivo, bem como no suporte e acompanhamento a longo prazo de si e dos seus filhos.

A **adaptação à maternidade** representa a capacidade para superar as tarefas desenvolvimentais da gravidez e puerpério, fundindo-as na capacidade de cuidar e educar uma criança, contribuindo para o seu desenvolvimento harmonioso e também para o seu próprio desenvolvimento pessoal (Keskin & Cam, 2010). No entanto, a adaptação à maternidade não depende unicamente das representações da gravidez e maternidade, uma vez que existem outros fatores intervenientes, que dizem respeito à mulher, ao recém-nascido e ao meio envolvente. Strunk (2008) demonstrou a eficácia dos programas de intervenção nas escolas na promoção da parentalidade. No entanto, Resta (2010) salienta que **a maioria das dúvidas e inseguranças** estavam relacionadas com o cuidado ao recém-nascido, principalmente os cuidados com o coto umbilical, com o primeiro banho, com o sono do bebé e com a amamentação. As mães adolescentes referiram **sentimentos** de medo e ansiedade no processo de resposta às necessidades do recém-nascido, nomeadamente na adaptação e cuidados a prestar.

Por seu lado, Lopes et al. (2010) salientam que a gestação, o parto e o puerpério são eventos interligados, constituindo um processo contínuo de adaptação da mulher ao papel materno, no qual ela necessita utilizar todos os mecanismos inatos ou adquiridos para enfrentar o desafio e ajustar-se ao novo papel.

As mães referem como **necessidade prioritárias** os conhecimentos sobre as complicações no pós-parto, os cuidados com a episiotomia, o reinício da atividade sexual e com o relacionamento conjugal (Obeisat, Gharaibeh & Abu Aishee, 2012). A valorização do suporte social no pós-parto para a promoção da saúde a longo prazo, quer dos adolescentes, quer dos seus filhos, são também considerados pelas mães, necessidades prioritárias (Grassley, 2010).

O **apoio dos profissionais parece ser essencial** na experiência, quer na deteção das necessidades quanto à amamentação, quer do ponto de vista informativo, instrumental ou emocional.

Os estudos efetuados por Hoga (2008) identificam a necessidade de informações e cuidados às adolescentes, o respeito dos seus direitos, incluindo a privacidade, a confidencialidade, o respeito aos valores culturais e as crenças religiosas. Salienta igualmente que as posturas negativas, hegemónicas e prescritivas precisam ser eliminadas das atividades de educação e assistência à saúde realizadas com as adolescentes. Realça que uma melhor qualidade de vida é uma condição essencial para reverter a realidade atual que envolve a maternidade na adolescência.

Os enfermeiros referem como necessidades prioritárias os cuidados com a episiotomia, cuidados com a incisão abdominal, sinais de complicações pós-parto, educação sobre a medicação e sobre as percas vaginais como as cinco principais necessidades de aprendizagem pós-parto prioritárias para as mulheres. Estes resultados podem ser explicados pela preparação tradicional do enfermeiro, que enfatizam o aspeto técnicos dos cuidados prestados a mulheres, dando menos ênfase na abordagem holística dos cuidados (Obeisat, Gharaibeh & Abu Aishee, 2012; Oweis et al., 2012).

O contacto interpessoal entre profissionais e as adolescentes faz com que as necessidades sejam satisfeitas (Nobrega & Bezerra, 2010), no entanto é referido que os cuidados de enfermagem devem ser planeados e direcionados de um modo individualizado, sendo possível a partir dessas ações o estabelecimento de um vínculo mais satisfatório entre ambas as partes, ou seja, que as mães tenham as necessidades específicas satisfeitas, tornando-as participantes ativas do seu próprio cuidado (Maputle 2006; Bergamaschi & Praça, 2008; Hoga, 2008) e os enfermeiros tornam-se reconhecidos pelo seu trabalho (DeVito, 2010).

Portanto, neste contexto, os enfermeiros poderiam facilitar às mães adolescentes cuidados de modo holístico, centrado nas necessidades identificadas para as capacitar neste período crítico das suas vidas (Maputle, 2006; Nóbrega & Bezerra, 2010).

Todos os estudos demonstraram a necessidade que estas mães têm de orientação, educação e suporte no desempenho do seu novo papel. A pertinência de identificar precocemente as necessidades de mães e filhos, de acordo com a sensibilidade referente às características culturais de cada adolescente será facilitadora na transição para o novo papel, bem como geradora de confiança e ganhos em saúde desta população (Bergamaschi, 2008).

Os resultados sobre a associação entre as necessidades de aprendizagem e as características das mulheres no pós-parto realçam a necessidade de mais pesquisas para identificar a relação entre as duas variáveis.

Embora a gravidez na adolescência seja um tema estudado de forma transversal em várias ciências, verificamos que na enfermagem, a maioria dos resultados apontam para a complexidade da experiência vivida no contexto da maternidade na adolescência e o seu significado, como fator de enquadramento das intervenções na transição para a maternidade.

Os resultados encontrados revelam que as necessidades podem ser diversas, como seja a promoção de cuidados ao bebê, acidentes domésticos, bem como o acesso aos cuidados de saúde e emprego. Realçam também que o seu conhecimento promove uma adequação nos programas e suporte fornecido a estas mães de modo a ajudar a promover os seus objetivos e aspirações e, conseqüentemente o bem-estar dos seus filhos. A problemática das intervenções na gravidez na adolescência é atual e constitui um problema social, económico, muitas vezes associada à baixa escolaridade, desemprego ou emprego precário e pobreza.

Neste contexto podemos deduzir que existe um diagnóstico pontual sem sistematização das necessidades globais, não existindo desta forma um diagnóstico sistematizado e coerente com as necessidades destas mães. Conhecendo os fatores e indicadores intervenientes neste processo, cria-se a possibilidade de medir objetivamente essas necessidades. Através da medição quantitativa destas necessidades poder-se-á proceder à negociação de um plano, de acordo com as necessidades encontradas, capacitando a mãe e fornecer essa informação aos enfermeiros de modo a promover a sua segurança e bem-estar.

Estas conclusões são coerentes com a literatura, que contextualizam a maternidade na adolescência com fatores sociais e culturais, que envolvem necessidades no que concerne ao apoio nas atividades de higiene e conforto na mãe e na vigilância de saúde do filho.

A revisão sistemática da literatura efetuada é alvo de algumas limitações. No entanto, queríamos referir que não realizámos uma avaliação da qualidade dos estudos incluídos, motivo pelo qual o Centre for Reviews and Dissemination, não a classifica de “sistemática”, mas apenas de “quasi-sistemática”. Justificamos tal procedimento por presumirmos a qualidade intrínseca e metodológica dos estudos, pelo facto de estarem publicados em bases de dados de referência, por terem sido desenvolvidos por autores credenciados e conceituados para o fazerem e, por terem sido respeitadas as questões de orientação referentes ao Teste de Relevância mencionado. Adicionalmente, utilizámos referências bibliográficas de artigos publicados em revistas científicas com peer review aumentando a credibilidade científica.

2. – ADOLESCÊNCIA UMA FASE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO

Da criança, espera-se que ela seja o futuro; do adulto, espera-se que ele cumpra o passado. E do adolescente, o que se espera? (...) Espera-se talvez, que ele conteste. Que ele não precise estar submetido a uma ordenação. Que ele possa ser aquele que escape da alienação que a transmissão da língua, da cultura, impõe.

Paiva (2008, p. 40)

A palavra “adolescência” tem origem etimologia do Latim “ad” (‘para’) + “olescere” (‘crescer’). Sendo um conceito refletido por diversas correntes do pensamento, nomeadamente pela Filosofia, Psicologia, Ciências Sociais e Biologia, “*adolescência*” significa “*crescer*” “*fazer-se homem/mulher*” ou “*crescer na maturidade*” (Gutton, 2004). É encarada como um período conturbado do crescimento (Houzel, Emmanuelli & Moggio, 2004), encontrando-se definida como uma fase do desenvolvimento humano imbuído de mudanças físicas, biológicas e psicológicas, além dos critérios cronológicos.

Atualmente, a adolescência é conhecida como uma etapa da vida humana, mas nem sempre foi assim compreendida. Segundo Bock (2007), esta só vem a ser introduzida como objeto de estudo científico no século XX. Antes disso, as crianças eram inseridas no mundo do trabalho a partir dos sete anos de idade, poucas estudavam ou então permaneciam um tempo inexpressivo na escola, verificando-se que a cultura social para com as crianças e o seu desenvolvimento não apresentava as características atuais, ou seja, de acordo com a idade cronológica, preparando-as para a vida adulta.

Originada no século XVIII na Revolução Industrial, a adolescência é uma invenção social, emergindo como uma consequência da complexidade das sociedades modernas, industrializadas e, simultaneamente, como resultado dos padrões de mudança na sociedade, passando a ver-se como um período que se compreende entre a maturidade biofisiológica e a maturidade psicossocial (Patias et al., 2011).

No final do século XIX, verificou-se o alargamento do percurso escolar, que teve como objetivo a promoção de mão-de-obra cada vez mais especializada, retirando os jovens do mundo do trabalho para a formação e garantindo o progresso da modernidade (Magro, 2002); no entanto, esta modificação fez com que o indivíduo permanecesse mais tempo na escola retardando a sua inserção e aquisição de competências relacionadas com a condição de adulto (Grossman, 2010). Assim, o mesmo autor reitera que a adolescência passou a ser entendida como período crítico da vida, potencialmente de risco para a sociedade, passando então a ser um objeto de estudo e atenção de várias ciências.

A concepção de adolescência nasce nos Estados Unidos, espalhando-se pelo mundo ocidental, países do leste europeu e centros urbanos do terceiro mundo, resultante do declínio da família como unidade de produção e o êxodo das populações para os centros urbanos, existindo uma apropriação da indústria cultural dos valores e atributos próprios desta fase da vida, contribuindo para criar uma cultura adolescente (Bock, 2007).

Os adolescentes tornaram-se, então, desde o início do século XX, um grupo etário delimitado que vive uma fase em que possuem menores responsabilidades, sendo tutelados pelos pais e/ou Estado (Magro, 2002), ou seja, onde já não se é criança, mas ainda não se é adulto. Incrementou-se, assim, uma nova fase de desenvolvimento com características próprias, solidamente institucionalizada como um período de mudanças, de conflitos, tendo como particularidade o adiamento das responsabilidades adultas. Ao longo desse período, e de forma paralela à organização dos saberes sobre a adolescência, foram criadas instituições de auxílio e vigilância à adolescência, tais como escolas e instituições jurídicas e correcionais, de modo a providenciar o aperfeiçoamento do jovem, através da educação, da promoção da higiene e da ampliação dos direitos sociais (Grossman, 2010).

O século XXI é marcado pelo avanço e desenvolvimento tecnológico e por uma sociedade de consumo, que tem na contemporaneidade a agregação de incertezas e uma infinidade de escolhas a serem realizadas individualmente (Hall, 2005). Estes fatores conduziram a uma diversidade cada vez maior de estilos e identidades, acentuando a complexidade e pluralidade da adolescência (Schoen-Ferreira, 2010). Ou seja, na sociedade atual, a adolescência é concetualizada como um período de transição, durante o qual o jovem terá que encontrar uma identidade, ao mesmo tempo que se prepara para o exercício de funções adultas como a reprodução e a produção laboral (Fonseca, 2012).

Assim, a elaboração de uma abordagem histórica sumária deste conceito permitiu verificar e legitimar o processo a partir dos movimentos históricos, sociais e económicos, possibilitando constatar o carácter abrangente da adolescência (Ávila, 2011).

Embora exista todo um desenvolvimento concetual, será pertinente verificar que, segundo os critérios estabelecidos em 1974, a adolescência passou a ser caracterizada não só como uma fase, mas sobretudo como um processo dinâmico, ao longo do qual o indivíduo enfrenta mudanças extensas e rápidas ao nível bioquímico, fisiológico, anatómico, cognitivo e emocional, que não sucedem noutras fases do ciclo de vida (WHO, 1975), podendo deste modo ser definida como o início da fase adulta.

Esta fase de desenvolvimento do ser humano inicia-se com as transformações fisiológicas da puberdade, encetado com as mudanças corporais e terminando com a inserção social, profissional e económica na sociedade adulta (Formigli, Costa & Porto, 2000). As mudanças biológicas da puberdade são universais e visíveis, modificando as crianças, dando-lhes altura, forma e sexualidade de adultos.

Verifica-se a não existência de consenso quanto à idade específica em que se inicia ou termina a adolescência, essencialmente porque os indivíduos são diferentes, quer em relação aos géneros sexuais, quer em termos de maturação (Teixeira, 2005). Em termos gerais, as alterações fisiológicas ocorrem mais cedo, em termos temporais, nos jovens do sexo feminino, sendo no entanto condicionada por fatores de ordem social e cultural em interação com o desenvolvimento biológico, intelectual e emocional do jovem (Silva, 2010).

Neste período, salientam-se também não apenas as alterações corporais típicas da puberdade, mas igualmente a aceitação por parte dos jovens dessas mesmas alterações, implicando desta forma a mudança da autoimagem corporal e a maturidade sexual alcançada, que, segundo Carvalho, Leal e Sá (2004), estará sujeita às variações da maturação emocional.

À primeira vista, a adolescência apresenta-se vinculada à idade, portanto, referindo-se à biologia, ao estado e à capacidade do corpo (Santos, 2005); no entanto, essas mudanças não transformam, por si só, a pessoa num adulto; são necessárias outras, mais variadas e menos visíveis, para alcançar a verdadeira maturidade (Schoen-Ferreira, 2010).

2.1. – Desenvolvimento Físico

É impossível falar-se de adolescência sem reconhecer que é nela que ocorrem, mais do que em qualquer altura de vida (a par da gravidez), mudanças fisiológicas bruscas. De entre as muitas teorias sobre o início da adolescência, ressalta um ponto em comum, a relevância da puberdade (Teixeira, 2010).

Da reflexão anterior acerca dos conceitos de adolescência concluímos que, apesar de muitas vezes aparecerem como sinónimos, a adolescência e puberdade não são conceitos sobreponíveis. Enquanto a adolescência pode ser tida como um processo psicossociológico que reflete os contextos culturais em que se desenvolve (Adams, 2005), a puberdade é um fenómeno que se distingue pelas mudanças biofisiológicas conducentes à maturidade sexual e reprodutiva do indivíduo, implicando igualmente modificações psicológicas, emocionais e sociais que a tornam *“uma das mais profundas transições do ciclo de vida”* (Susman & Rogol, 2004, p. 15).

Durante a puberdade, que ocorre aproximadamente entre os 11 aos 16 anos de idade, acontecem diversas alterações morfológicas e funcionais que interferem diretamente no desenvolvimento. Considerado um período dinâmico marcado por rápidas alterações no tamanho e na composição corporal, é determinada pelo início da maturação sexual através de um surto a nível das glândulas que se traduz no desenvolvimento do cinturão escapular (parte superior do tórax) nos rapazes, e pelo cinturão pélvico (parte inferior do abdómen) nas raparigas (Fernandes da Fonseca, 2004).

Este processo, embora rápido, habitualmente ocorre ao longo de um período de cinco a seis anos na maioria dos adolescentes (Pedrosa, 2009), envolvendo extensas mudanças físicas e fisiológicas, influenciadas pela interação de fatores genéticos, hormonais, socioeconómicos e nutricionais (Archibald, Graber, & Brooks-Gunn, 2004). Verifica-se que um dos principais fenómenos da puberdade é o pico de crescimento em estatura, acompanhado da maturação biológica (amadurecimento) dos órgãos sexuais e das funções musculares (metabólicas), além de importantes alterações na composição corporal, as quais conferem as diferenças entre os géneros (Ré, Corrêa & Böhme, 2011). Estas alterações são promovidas pelas mudanças que ocorrem no sistema endócrino, com consequências nos níveis hormonais que desencadeiam e regulam outros relacionados com a puberdade, como o aumento da produção de testosterona nos rapazes e de estrogénios nas raparigas (Susman & Rogol, 2004). No entanto, podemos referir o crescimento ósseo e ganho de peso, o aumento

e redistribuição da massa gorda e tecido muscular no organismo, o desenvolvimento dos sistemas respiratório e circulatório, com consequente aumento da força e resistência física, seguida pelo aparecimento dos caracteres sexuais secundários e maturação do sistema reprodutivo, onde estão incluídos as alterações nos órgãos sexuais e o desenvolvimento das mamas, o aparecimento de pelos púbicos, faciais e corporais, e a transformação da voz, sobretudo nos rapazes, como as alterações mais significativas e relevantes.

Embora se tenha vindo a verificar uma diminuição da idade no aparecimento da menarca (Klug & Fonseca, 2006), esta mantém-se como um marco importante no desenvolvimento (Pereira, 2001), estando associado com a puberdade e com as alterações fisiológicas, onde acontecem as mudanças corporais, conferindo à silhueta um aspeto tipicamente feminino e, sobretudo, despertando toda a feminilidade (Nasio, 2011).

Porém, tal não significa que a maturidade reprodutiva tenha sido alcançada, ou seja, a ovulação regular e a plena capacidade reprodutiva podem demorar alguns anos a ser atingidas, apesar de existir alguma probabilidade de a jovem engravidar em qualquer momento após a menarca.

Na década de noventa do século XX, Stattin e Magnusson (1990) publicaram resultados demonstrando que ao atingir a idade adulta, as jovens que mais cedo haviam manifestado sinais de maturidade física tinham, quando comparadas com as de amadurecimento físico mais tardio, maior probabilidade de interagir com pares com comportamento desviante, ter filhos mais precocemente, ter maior número de filhos e de interrupções de gravidez, apresentar menor estatuto socioeconómico e menores habilitações académicas. Mais recentemente, vários trabalhos apontam também no sentido da maior vulnerabilidade das jovens cujo desenvolvimento pubertário é precoce (Graber, Brooks-Gunn & Warren, 2007; Mendle, Turkheimer & Emery, 2007). Ou seja, a maturação física, quando precoce, surge num período de imaturidade cognitiva e social, que pode acarretar o envolvimento em comportamentos de risco sem que a jovem consiga ponderar os efeitos no seu desenvolvimento (Santrock, 2008).

2.2. – Desenvolvimento Psicológico/ Afetivo

Verificamos que a adolescência surge como uma fase contínua, ao qual se designa de *ver* da adolescência, sendo que a nível psicológico surge a maturação espiritual e a

valorização estética do Eu, que possibilitam a aquisição de uma nova noção do seu esquema corporal (Fernandes da Fonseca, 2004).

Percebendo que todo o processo da adolescência, embora contínuo, passa por várias fases, podemos mencionar uma primeira fase denominada como a “instalação da adolescência”, caracterizada pelas transformações corporais, pelo aumento quantitativo da força instintiva e por paradoxos, da necessidade do adolescente fechar-se sobre si próprio, à procura da solidão, passando pela afirmação afetiva e pela sua vivência intensa, até aos comportamentos e afetos contraditórios em relação aos outros, particularmente em relação aos pais (Braconnier & Marcelli, 2000). Os mesmos autores referem uma segunda fase designada de “primeira adolescência”, onde se dá a procura do amigo(a) idealizado(a), do outro Eu confidente, com quem possa partilhar desgostos tristezas, dificuldades, amores, ambições e entusiasmos. O encontro deste(a) amigo(a) vai concorrer com os pais do adolescente, iniciando-se assim o processo dos (des)imagos parentais. Uma terceira fase denominada de “adolescência estabelecida” é considerada quando existe o aparecimento do primeiro amor e a procura de uma relação sexual equivalente. Manifestar-se-á sob duas formas - uma a associação harmoniosa entre o amor, a ternura e a sexualidade; e /ou por tentativas repetitivas em que o amor e a sexualidade estão claramente separados. O “fim da adolescência” representa o momento de consolidação da representação de si próprio enquanto sujeito, tratando assim da fase de formação do caráter do indivíduo. Por último, “a pós-adolescência”, que se dá com a entrada no mundo dos adultos, manifesta-se por orientações, ideias e caráter próprio, mantendo-se no entanto, em certos aspetos, o jovem ligado ao mundo da infância, nomeadamente na dependência económica e na possibilidade de continuação dos estudos (Lino, 2012). Compreender os adolescentes é perceber que estes vivenciam uma fase da vida em que as mudanças ocorrem de forma rápida, tanto a nível físico como a nível emocional, sendo necessário deste modo também a compreensão relativa a aspetos do seu desenvolvimento (Araújo et al., 2011).

Sabe-se atualmente que a maioria dos adolescentes segue um percurso sem dificuldades emocionais ou relacionais relevantes (Shaffer & Kipp, 2007), apresentando elevados níveis de saúde psicológica, concetualizada não apenas como ausência de doença, mas também como presença de bem-estar subjetivo, reconhecimento das próprias capacidades e capacidade de produzir e contribuir ativamente para a sociedade (WHO, 2004).

2.3. – Desenvolvimento Cognitivo

Quanto ao desenvolvimento cognitivo, percebemos que a adolescência é um período no qual as decisões importantes são tomadas a partir de pouca experiência, podendo ter consequências para toda a vida. Assim, ajudar os adolescentes a crescer exige a compreensão não só do que pensam, mas sobretudo do modo como pensam (Sarreira de Oliveira & Cordeiro, 2014).

Assim, o funcionamento intelectual dos adolescentes, cuja abordagem cognitiva está em desenvolvimento, não pode ser tido como um domínio estranho aos reajustes hormonais, ao desenvolvimento afetivo e às condições socioculturais (Carvalho, Leal & Sá, 2004).

Neste âmbito, existem vários estudos e autores, como Freud ou Erikson, que desenvolveram teorias que nos permitem compreender a construção do indivíduo a nível psíquico. No entanto, no contexto da problemática a estudar, iremos dar maior relevo à perspectiva cognitiva de J. Piaget, como impulsionador da psicologia do desenvolvimento, por considerar que a inteligência é algo modificável, ou seja, a criança utiliza a sua inteligência para se adaptar ao meio (Neves, 2014).

Deste modo, verifica-se que intelectualmente a adolescência é caracterizada pela conquista do pensamento formal, denominada de “metacognição”, que permite aos jovens pensar sobre o seu pensamento e efetuar operações reversíveis entre o que é real e o que é possível (Carvalho, Leal & Sá, 2004). Esta nova capacidade, que ocorre ao longo de toda a fase da adolescência, leva o jovem a não se satisfazer com a resolução dos problemas, mas a motivar-se para ocupar um lugar no mundo dos adultos. O raciocínio hipotético-dedutivo, nomeadamente a noção de lei, permite o domínio dos possíveis, permitindo também que o sujeito conceba projetos futuros e grandes ideias. O adolescente torna-se deste modo capaz de construir teorias sobre o mundo, de pensar em termos abstratos, planear as suas ações futuras integradas num projeto e começar a pensar em si como os adultos (Fonseca, 2012). Este desenvolvimento cognitivo é acompanhado pela valorização social e individual da escolarização refletida através da extensão dos anos de escolarização, em que, de forma generalizada e gradual, se constata o aumento da prevalência dos jovens na escola.

Não obstante esta constatação, a *America’s Promise Alliance / NCPTP* (2010) salienta que os pais adolescentes apresentam risco acrescido de abandono escolar e maior probabilidade de uma nova gravidez na adolescência, afetando desde logo o presente e o

futuro nível socioeconómico. No entanto, este impacto na vida dos adolescentes terá que ser relativizado perante a importância que os adolescentes atribuem a estas variáveis na sua vida (Heilborn et al., 2007). Constatamos que, para os adolescentes de classe económica mais baixa em que existe uma preocupação dominante pela sobrevivência, o prolongamento da juventude não parece ser relevante, sendo a escola encarada como uma necessidade provisória até existir acesso ao trabalho, que assegure a subsistência e permita contribuir para o orçamento familiar. Deste modo, ao analisar esta problemática da gravidez adolescente, deve-se enquadrar o percurso de vida dos jovens com os vários fatores influenciadores no processo, nomeadamente a relação dos jovens com a escola, com o trabalho e com a família (Santos et al., 2011).

3. – PARENTALIDADE UM MOMENTO DE MUDANÇA

“A primazia dos primeiros relacionamentos representa então protótipos para os relacionamentos que se seguirão por toda uma vida, particularmente àqueles que abarcam as mais variadas formas de intimidade e afeto.”

Abreu (2005, p. 104)

É na década de noventa do século XX, que começa a surgir a análise da maternidade a partir do ponto de vista das relações sociais de sexo, ou de gênero, construindo-se o conceito de “parentalidade”. Este trata da análise do posicionamento dos atores sociais dos dois sexos, no processo de construção da relação parental.

No entanto, a evolução é marcada por alterações, nomeadamente no conceito de família, verificando-se no século XVIII o surgimento da família Nuclear: Pai, Mãe e Filhos; onde o pai era o provedor e a mãe a cuidadora. Com o crescimento do capitalismo industrial no século XIX, ocorreram mudanças de valores, hábitos e costumes da família nuclear.

Até há pouco tempo nas sociedades tradicionais, a parentalidade só era bem aceite quando a união do casal era reconhecida socialmente com todos os preparativos, permitindo uma reflexão e uma organização prévias desse evento. Atualmente, as aprendizagens inerentes à função parental, foram modificadas. Ou seja, verificamos que o que era essencialmente apreendidas no seio da família foi alterado, tendo em consideração que devido à alteração da sua dimensão, estrutura e proximidade (Graça, 2010), nem sempre é possível.

Assim, o termo “parentalidade”, que abrange ambos os pais, designa o processo através do qual nos tornamos pais do ponto de vista psíquico (Houzel, Emmanuelli & Moggio, 2004), sendo um processo que usa competências construtivas e atitudes para ajudar, apoiar, encorajar e afirmar o desenvolvimento da criança, integrando um conjunto de funções atribuídas aos pais para cuidar e educar os seus filhos (Lopes, 2012).

Este conceito é reforçado e alargado, tendo em conta que é previsto que os pais/cuidadores sejam facilitadores do desenvolvimento dos seus filhos, tanto ao nível físico, psicológico como social, operacionalizado através da prática ou ação de educar, da forma ou processo como os pais/cuidadores cuidam do seu filho, englobando todo um conjunto de tarefas necessárias para este efeito (Council of Europe, 2008; Barroso & Machado, 2011) e sustentada e aquilatada nas diversas culturas.

Assim, os pais têm o compromisso de proporcionar cuidados e atenção regular e personalizada aos seus filhos, através do estabelecimento de uma disciplina assertiva, que realça o seu dever de educar, aplicando uma disciplina compreensiva, compassiva e sem violência. Do ponto de vista emocional, os pais devem promover o desenvolvimento de um ambiente de apreço e reconhecimento, onde o relacionamento, o carinho parental e o envolvimento parental positivo com a criança são variáveis essenciais na parentalidade positiva (Patrício, 2011). Ou seja, os pais, ao perceberem as qualidades e comportamentos positivos da criança, demonstram sensibilidade, carinho e respeito, adquirindo capacidade de resposta adequada às solicitações da criança. Ambos têm de aprender a desenvolver em si as características necessários a um desempenho satisfatório dos papéis de pai e mãe.

Do ponto de vista físico, os pais devem proporcionar e promover um ambiente saudável e organizado, que garanta as condições de segurança e de salubridade necessárias ao desenvolvimento integral da criança. Do ponto de vista familiar, é realçado o dever que estes têm em assegurar o sentimento de pertença e o direito à participação na vida familiar, à relação de proximidade e confiança em que pais e criança devem olhar-se mutuamente como Seres Humanos.

Embora o desafio seja transversal ao desenvolvimento humano, verifica-se que, relativamente ao desenvolvimento e bem-estar, os primeiros três anos da criança são fundamentais (American Academy of Pediatrics (AAP), 2005), sendo que as maiores dificuldades sentidas pelos pais e mães no seu papel parental foram mais relevantes nos primeiros 6 meses de vida da criança (Lopes et al., 2009). No entanto, existem situações que são promotoras de maiores dificuldades, nomeadamente quando têm que cuidar da criança doente, na implementação da técnica da amamentação de acordo com o comportamento do bebé, na falta de experiência para cuidar e na resposta ao choro da criança. Evidencia-se também que os pais e mães de filho único apresentam maiores dificuldades a nível de resposta às necessidades da criança que os pais que têm outros filhos.

Podemos concluir que é importante perceber a origem etimologicamente da palavra “parentalidade”, que designa a qualidade do progenitor (Bléandonu, 2003). No entanto, não deixa de se verificar a importância da compreensão e gestão do comportamento das crianças e o desenvolvimento de competências dos pais para essa qualidade. Sendo, que a compreensão da importância destes fatores vai ajudar na tomada de decisão, permitindo-lhes a construção da confiança na sua própria parentalidade (Fielden & Gallagher, 2008), revelando-se também fundamental para a promoção da capacidade na solução dos problemas. Na prática, constatamos que a promoção das competências parentais previne os maus tratos infantis, aumenta a autoestima e a autoconfiança da criança, facilitando também o seu desenvolvimento (*Centers for Disease Control and Prevention (CDC), 2008*).

Sabemos, também que a formação dessa atitude depende muito da sua própria experiência que os pais tiveram como filhos (Maldonado *et. al*, 1996). Isto é, o modo como o homem e a mulher agirão como pais, varia substancialmente de acordo com a maneira como se deram as interações destes com seus próprios pais ou cuidadores. Esta mesma autora ressalta a importância de se desenvolver a paternidade e a maternidade autonomamente, sem o aprisionamento a receitas ou modelos “ideais”, para que possam, assim, conceber essa experiência como um processo criativo e enriquecedor que muito contribuirá para seu amadurecimento e crescimento pessoal.

3.1. – Parentalidade na Adolescência

Portugal situa-se entre os países da União Europeia com taxas mais altas de nascimentos em mães adolescentes (Silva *et al.*, 2011), em 2016 estava em 12º lugar no número de nascimentos (INE, 2016). Constata-se a relevância da heterogeneidade individual e regional no processo de tomada de decisão subjacente ao prosseguimento da gravidez (Pires, Pereira, Pedrosa & Canavarro, 2013). De facto, é importante integrar o desejo de engravidar na compreensão dos comportamentos contraceptivos das adolescentes. Ou seja, a terceira trajetória mais frequente de decisão de maternidade nesta faixa etária, incluiu jovens que planearam a gravidez, tendo em conta que a maternidade não é apenas um ato biológico reprodutivo, mas um fenómeno social, que torna necessária a compreensão da vida quotidiana das mães adolescentes (Folle & Geib, 2004).

Sabemos que na maioria das adolescentes, a gravidez não foi planeada, mas decorrente de um relacionamento pouco duradouros e de vínculos frágeis com o parceiro, factos que se refletiram na perda do contato com o progenitor durante a gravidez e a não assunção em relação à paternidade. Estes resultados, corroborando com os valores historicamente construídos em que o controlo da contraceção e o cuidado das crianças são atribuídos às mulheres (D'Oro, 2003).

Quanto ao parceiro, para além do descrito anteriormente relativamente às características do relacionamento que estabelecem com as jovens, muitas das vezes, este é também outro adolescente ou um adulto muito jovem, com pouca maturidade, apresentando um perfil semelhante ao da mãe no que concerne à escolaridade, situação profissional e classe social (Carvalho & Carvalho, 2006).

Em síntese, podemos afirmar que não obstante a parentalidade seja vivenciada de forma diferente por cada indivíduo, com efeito, para as mães adolescentes esta é uma experiência bastante absorvente nos primeiros dois anos de vida da criança e, independentemente da classe social, os relacionamentos sociais das mães adolescentes neste período ficam bastante comprometidos. No entanto, nas adolescentes das classes sociais mais favorecidas ou de recursos intermédios e apoiadas pela família recuperam mais rapidamente essas relações sociais. Paralelamente, nas mães adolescentes, oriundas de classes sociais mais desfavorecidas e que não são apoiadas pela família, verifica-se um retorno às suas atividades sociais só quando o filho entra na escola (Fernandes, 2008).

3.1.1. – Maternidade na Adolescência

Perante a temática, que tem tanto de vasto como complexo, e das abordagens conceptuais encontradas, diferenciamos a maternidade sobre três perspetivas: a perspetiva da maternidade como uma manifestação instintiva, a perspetiva da maternidade como uma opção do casal ou da mulher ou a perspetiva da maternidade resultante de uma inevitabilidade, quando esta acontece antes do desenvolvimento e do acesso a métodos de regulação da fecundidade.

Verificamos que na atualidade, e de um modo geral a maternidade è vista como um processo de vida e um investimento formativo e de experiencia, sendo um reflexo das trajetórias de vida das mães, bem como um reflexo dos seus comportamentos e hábitos.

Podemos entender também que se trata de uma fase de desenvolvimento, tendo em consideração que é uma construção de vários processos e componentes onde estão envolvidas questões relacionadas com o autoconceito, com o conceito social e com as dimensões comportamentais. Estas dimensões envolvem uma passagem através de uma série de mudanças de desenvolvimento, que vão sendo alteradas e adaptadas durante a gestação, muito embora seja após o parto que a nova identidade materna seja integrada, havendo necessidade de avaliar as perdas e os ganhos introduzidos e aceitar as mudanças (Pedrosa, 2009; Canavarro, 2012), que pode levar à reformulação da identidade pessoal, da atitude, da emoção e do autoconceito (Mercer, 2004).

Muito embora todos estes processos, verificamos, simultaneamente, que a dimensão social da maternidade está relacionada com um conjunto de expectativas relacionadas com o “ser mãe”, com as experiências sociais e pessoais ligados à maternidade e as interações com os outros, onde se incluem os, membros da família, os colegas e os profissionais de saúde (Mercer, 1985; Zabielski, 1994; Pedrosa, 2009).

Assim, percebemos que a maternidade exige algum esforço por parte das mães, implicando um conjunto de processos, nomeadamente o zelar pela sua proteção e segurança do seu filho(a) ao longo da gravidez e do parto, assegurar a aceitação do seu filho(a) pelas pessoas significativas da família, aprender a relacionar-se com ele (a), assumindo que vai ser mãe de um filho(a) real (Correia, 2005).

Verifica-se, mesmo nos casos em que quando a gravidez é desejada e planeada, nem todas as primigestas experimentam emoções positivas a respeito da sua condição de grávida, aceitando o seu papel de futura mãe (Araújo, Lunardi; Silveira, & Thofehrn, 2011). Se muitas gravidezes correspondem a períodos de felicidade, alegria, confiança e antecipação, que se concretiza na maternidade, outras são caracterizadas por vivências ou acontecimentos de vida que as marcam como períodos difíceis, assustadores e complexos (Carvalho, 2006).

Atualmente, ainda é usual a crença de que a mulher é detentora de um “instinto materno”, que lhe garante um relativo sucesso no desenvolvimento de seu papel de mãe. No entanto, podemos verificar, pela contextualização histórica que o “amor materno” inato, inerente à natureza feminina é relativamente recente na história da humanidade (Maldonado, Dickstein & Nahoum, 1997).

Apesar de depender da contextualização histórica, social e cultural (Graça, 2010), a maternidade reflete o interagir de acordo com as responsabilidades de ser mãe,

interiorizando a expectativa mantida pelos membros da família, amigos e sociedade relativamente aos comportamentos apropriados ou inapropriados no que diz respeito ao papel de grávida e de mãe (ICN, 2011). É frequente a ênfase sobre a maternidade pelo fato de que é a mulher quem pode gerar e amamentar o bebê.

Sendo um percurso que desencadeia mudanças pessoais e interpessoais, desenrola-se à medida que a mulher assume as tarefas maternas e se identifica como mãe daquele filho (Mercer, 1995, 2004; Shin & White-Traut, 2007), decorrendo num contínuo, com início na gravidez e estendendo-se até ao quarto/sexto mês de idade da criança, podendo ir até ao ano de idade (Mercer, 1995; 2006), permitindo-lhe incorporar os comportamentos maternos e sentir-se confortável no papel de mãe (Mercer, 2006).

Verificamos, que desde os anos 70 do século XX que as questões sobre, a transição para a maternidade, têm vindo a ser estudadas. Neste contexto, podemos destacar as principais referências, nomeadamente os trabalhos desenvolvidos por Reva Rubin e Ramona Mercer, que referem que a identidade materna só é alcançada quando a mãe se sente em harmonia com o seu desempenho e em consonância com as suas próprias expectativas como mãe, correspondendo a um complexo processo cognitivo e social, que é aprendido, recíproco, interativo e irreversível. Salientam também que a identidade materna desenvolve-se em três componentes essenciais: a ligação com o filho, o sentir-se competente nos cuidados ao filho e a expressão da satisfação e de prazer no exercício do papel maternal (Nyström & Öhrling, 2004; Mercer, 2006), sendo que o atingir este patamar tanto pode demorar um mês como serem necessários vários meses.

Apesar de alguns autores defenderem que esta fase tem início na infância, pela observação e simulação dos comportamentos com as crianças, verifica-se que, relativamente à transição para a maternidade, para a teoria da Consequência do Papel Maternal, o processo de reformulação da identidade pela incorporação de um novo papel, desenvolve-se em quatro fases: antecipatória, formal, informal e pessoal (Rubin, 1967a; Rubin, 1967b; Mercer, 1981).

Assim, a fase antecipatória corresponde ao período prévio ao desempenho do papel, isto é, corresponde ao período em que a mãe/pai inicia o ajustamento psicológico e social ao papel, através da incorporação das expectativas, bem como o envolvimento e a aprendizagem inerentes ao exercício da maternidade. A mãe e o pai constroem as expectativas, ensaiam, fantasiam e referem-se ao feto já como filho. Nesta fase, são esperados comportamentos,

tais como criar imagens do filho (filho imaginado), antecipar as características que gostaria de possuir como mãe/pai e preparar-se para as alterações no estilo de vida.

A segunda, denominada fase formal, que se inicia com o nascimento e inclui a aprendizagem e desempenho do papel de mãe, caracteriza-se pelo seu restabelecimento físico, conhecimento/vinculação com a criança e aprender a cuidá-la, copiando o comportamento de especialistas e seguindo as suas orientações. Assumindo-se como um projeto a longo prazo, que requer prestação de cuidados, atuações, responsabilidades, afeto e amor que promova no filho um desenvolvimento saudável e harmonioso (Leal, 2005).

A terceira fase, intitulada fase informal, vai emergindo à medida que a mulher desenvolve formas particulares de lidar com o novo papel, usando o juízo crítico sobre os melhores cuidados (Mercer, 2004). Nesta fase, habitualmente, os comportamentos são guiados por fontes formais, nomeadamente os profissionais da saúde, e em conformidade com as expectativas dos outros. Observa-se igualmente a adequação ao estilo de vida particular.

Por último, a fase pessoal corresponde ao período em que mãe/pai cria um estilo próprio no desempenho do papel e assume-o perante os outros. Nesta fase assumir o papel parental, desencadeia uma sensação de harmonia, de confiança e de competência, correspondendo ao momento da integração da identidade materna. Em relação à transição para a maternidade, a identidade materna é alcançada quando a mãe se sente em harmonia com o seu desempenho e em consonância com as suas próprias expectativas como mãe.

Nestas situações, podemos incluir a maternidade na adolescência que, nas últimas décadas, embora se tenha verificado uma diminuição na sua recorrência, verifica-se que nas mães mais novas, nos níveis socioeconómicos mais baixos, e nos grupos associados a determinantes como a pouca escolaridade, a falta de informação, a desagregação familiar e a instabilidade económica (Geraldo et al., 2009), essa diminuição não tem ocorrido. Neste contexto, verificamos que, para a sua ocorrência, podemos encontrar diferentes razões, nomeadamente o desejo de emancipação do contexto familiar para adquirir um novo estatuto, o de mãe e o de adulto, até à representação da maternidade como reforço ou construção ilusório, de um vínculo de união do casal. Esta motivação para a maternidade surge independentemente da classe social, aparecendo de um modo transversal a todas as classes.

Por outro lado, surgem algumas situações em que o exercício da parentalidade é consequência de um percalço de percurso, resultante da não utilização ou utilização inapropriada dos métodos contraceptivos, nomeadamente da pílula.

Muito embora o descrito, existe a necessidade de perceber de que forma e modo é que o fenómeno se apresenta. Assim, de seguida apresentamos a contextualização da problemática, de modo a dar visibilidade ao fenómeno em estudo.

3.1.2. – Contextualização da Problemática

Para perceber a problemática, existe um dado fundamental que deveria conduzir os profissionais de saúde a olharem mais para este fenómeno: o da diminuição da taxa de fecundidade adolescente, quando comparada com a queda da taxa de fecundidade das mulheres adultas. Ou seja, embora as taxas de fecundidade em todas as faixas etárias tenha vindo a diminuir, as adolescentes que levam a gravidez a termo são, na sua maioria, as com menor idade e as mães que social, económica e familiarmente são as mais desprotegidas.

Diferentes fatores, segundo Brandão e Heilborn, (2006), contribuíram para dar maior visibilidade ao fenómeno da gravidez na adolescência. Esses fatores e visibilidade prendem-se, com a crescente medicalização da gravidez, maior acesso da população aos serviços públicos de saúde, aumento da proporção e do número de mães jovens, mudanças culturais nas conceções de família e a emergência de crises económicas. Assim, continua-se, a constatar que, apesar de haver cada vez mais recorrência a todos os cuidados pré-natais, as mães adolescentes de estratos sociais mais desfavorecidos não os procuram por não conseguirem ver neles uma ajuda fundamental no processo de adaptação à sua nova condição (DeVito, 2010).

Estes dados, são congruentes com a estatística, ao expor que cerca de 75 a 82% das gravidezes nas adolescentes são consideradas não desejadas e não planeadas. Estes dados, são reflexo de que muito embora, tenha sido reportado que na altura da gravidez existia o uso de contraceção, foi identificado, no entanto, falha e/ou inadequada utilização dos métodos contraceptivos (Pires, Pereira, Pedrosa & Canavarro, 2013). Os autores salientam, também que estas mães têm uma vigilância mais tardia e, portanto, apresentando um maior risco de complicações (Graça, 2010), ocorrendo maioritariamente no contexto de uma

relação de namoro, com duração média de 20 meses e com jovens mais velhos ou até homens adultos (Pires, Pereira, Pedrosa & Canavarro, 2013).

Os dados referentes ao número de jovens que foram mães, com idades compreendidas entre os 10 e os 19 anos, podem ser constatados pela análise do quadro 2. Deste modo, podemos verificar de um modo geral, que o número de adolescentes que foram mães diminuiu.

No entanto, conseguimos também constatar que no grupo das mães mais novas, com idade compreendidas entre os 10 e os 14 anos, não se verificou nenhuma diminuição de 2014 e 2015. Quanto à área geográfica, observamos que a zona onde verificam o maior número de mães adolescentes é a Área Metropolitana de Lisboa (INE, 2016).

Quadro 2 - Partos (N.º) por Local de residência da mãe e Grupo etário da mãe; Anual.

Período de referência dos dados	Local de residência da mãe	Grupo etário da mãe	
		10/14 anos	15/19 anos
2015	Norte	6	535
	Centro	10	401
	Área Metropolitana de Lisboa	15	794
	Alentejo	6	203
	Algarve	2	136
	Região Autónoma dos Açores	5	133
	Região Autónoma da Madeira	0	43
	Total	44	2247
2014	Norte	11	600
	Centro	4	414
	Área Metropolitana de Lisboa	15	898
	Alentejo	7	219
	Algarve	1	121
	Região Autónoma dos Açores	6	136
	Região Autónoma da Madeira	0	66
	Total	44	2455
2013	Norte	11	742
	Centro	12	458
	Área Metropolitana de Lisboa	15	956
	Alentejo	10	237
	Algarve	2	136
	Região Autónoma dos Açores	1	176
	Região Autónoma da Madeira	2	95
	Total	53	2805

Fonte: INE, in <http://www.ine.pt>. Quadro extraído em 06 de Dezembro de 2016.

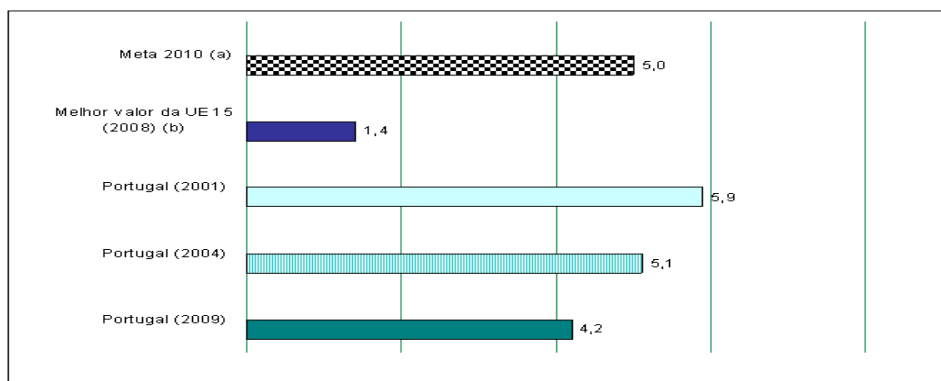
Sabemos também que 35% das mães adolescentes têm uma segunda gravidez, cerca de 25% têm um segundo parto dois anos depois (*National Campaign to Prevent Teen*

Pregnancy [NCPTP], 2010^a), que a média de idade escolhida para engravidar pela primeira vez na área urbana é superior à da média de idade da área rural, bem como a diferença nas habilitações académicas e a atividade profissional. Ou seja, as que apresentam mais conhecimentos, na sua maioria possuem um curso superior e estão inseridas do mundo do trabalho.

Estima-se que metade das gravidezes das adolescentes, surja nos primeiros 6 meses após a primeira relação sexual e 20% no primeiro mês após a primeira relação sexual (Speroff & Darney, 2010), ocorrendo em jovens que vivem em áreas mais pobres, degradadas e que são mais desprotegidas ou mais vulneráveis do ponto de vista psicológico e/ou social (Canavarro & Pereira, 2012).

Esta tendência é verificada pelos dados fornecidos pelo INE e transcritos no quadro 3, que reportam ao CENSOS de 2011, onde podemos verificar que o número de nados vivos em mulheres adolescentes, com idade inferior a 20 anos, por 100 nados vivos tem vindo a decrescer em Portugal Continental. Entre 2001 e 2009, o valor deste indicador diminuiu alcançando a meta estipulada para 2010, ou seja, menos de 5 por 100 nados vivos.

Quadro 3 - Taxa de nascimentos em mulheres com idade inferior a 20 anos) /100 nados vivos



Fonte: PNS 2004-2010, Vol. 1, pág. 54. Holanda, WHO/HFA DB (2010).

Contudo, para a compreensão do fenómeno da maternidade na adolescência, será necessário identificar diferentes argumentos na abordagem da questão para além dos dados estatísticos.

Deste modo, com a evolução do conceito de adolescência, a gravidez e maternidade, neste período de vida, adquiriu sobretudo nos últimos cinquenta anos nas sociedades

desenvolvidas, particularmente nos países ocidentais, o estatuto de problema social e de saúde pública, uma vez que é preciso considerar que houve mudanças sociais significativas. Percebemos que a saúde não é uma preocupação prioritária dos jovens, e que as políticas e iniciativas para prevenção da gravidez na adolescência existentes são frequentemente baseadas na perspectiva dos adultos e referidos como fator desfavorável (Herrman & Nandakumar, 2012).

Este facto, repercute-se, ao sabemos que nesta etapa da vida, a maioria dos atos praticados pelos jovens são efetuados de forma autónoma e sem vigilância dos pais, com as consequências que essa autonomia pode trazer (Correia, 2005). Levando à existência de muitos comportamentos que podem ser considerados de risco. Assim, o CDC (*Center for Disease Control and Prevention*) (Canavarro & Pereira, 2012) identificou alguns desses comportamentos, como sendo particularmente promotores de desenvolvimento de problemas de saúde, destacando entre eles os comportamentos sexuais que contribuem para gravidez involuntária e para o aparecimento de doenças sexualmente transmissíveis (East, Khoo & Reyes, 2006).

Deste modo, esta condição passa a ser vista e vivida como sinónimo de risco e perdas de oportunidades, provocando a interrupção de um processo de desenvolvimento e amadurecimento, no qual o indivíduo realiza diferentes experiências que o irão preparar adequadamente para inserção no universo adulto.

Está identificado de que o risco de gravidez na adolescência cresce de forma significativa à medida que aumenta o número de condições adversas ocorridas durante a infância (Hillis et al., 2004; Luster & Haddow, 2005). Os fatores frequentemente mencionados descrevem situações associadas à presença da vivência de condições adversas no decurso do seu desenvolvimento (Figueiredo, Pacheco & Magarinho, 2004), mais concretamente a transgeracionalidade da gravidez na adolescência (Figueiredo, Pacheco, Costa & Magarinho, 2006; Pires, 2014), a maternidade adolescente da mãe e a ausência do pai, a ausência do pai no agregado familiar na infância (Ellis, Bates, Dodge, Fergusson, Horwood, Pettit & Woodward, 2003), a institucionalização (Figueiredo, 2001), o abuso físico ou sexual a instabilidade e a inadequação ou falta de supervisão familiar (Pereira et al., 2005), o divórcio ou separação parental e, ainda, a separação em relação a um ou ambos os progenitores (Figueiredo et al., 2006).

Além deste fenómeno, ao longo dos tempos, as mães e os pais, em particular as mães, com exercício monoparental foi deixando de ser discriminado e progressivamente considerado como família vulnerável. De acordo com os CENSOS de 2011, o peso dos núcleos familiares monoparentais com filhos de todas as idades no total de núcleos familiares era de 14,9%, e de 22,9% no total dos núcleos familiares com filhos. Sabemos que as principais razões apontadas para esta realidade prendem-se com o aumento do número de mães adolescentes e de divórcios, bem como com a opção de algumas mulheres decidirem assumir sozinhas a responsabilidade de cuidar do filho (Rosa & Chitas, 2010), sendo este fenómeno transversal às mães adolescentes.

Assim, apesar de considerarem as dificuldades dessa decisão, as adolescentes que optam por assumir a maternidade, referem que, nos primeiros cuidados, como amamentar e dar banho, são expressos sentimentos de insegurança e desconhecimento sobre os comportamentos do bebé e sobre as atitudes a serem tomadas (Kreutz & Bosa, 2009; Gontijo & Medeiros, 2008), não sendo necessariamente um acontecimento vivido de forma negativa.

Em sum, de facto, para existir um maior envolvimento e uma ação concreta do desejo demonstrado não basta apenas ter motivação; as competências e a autoconfiança são preponderantes, sendo que as competências vão sendo adquiridas com a prática, e, por sua vez, vão fortalecer a autoconfiança, ou seja, o desenvolvimento da confiança é primordial para que os pais se sintam capazes.

Em termos gerais, pode dizer-se que a maternidade precoce inscreve-se numa lógica de transição antecipada para a vida adulta, ainda que esta possa conduzir ou agravar situações de pobreza, significando para muitas jovens o passaporte para uma afirmação adulta consumada através da conjugalidade e da maternidade e, viabilizada, em muitos casos, pelo estatuto profissional do cônjuge (Pantoja, 2003), o respeito social e oferta de novas possibilidades de reconhecimento, sendo deste modo encarada como fator protetor e vista de um modo positivo (Gontijo & Medeiros, 2004).

Esta transição precoce, à luz do padrão atual, segue um registo tradicional mais característico dos setores sociais menos providos de capitais escolares e profissionais, onde as funções reprodutivas da mulher se sobrepõem muitas vezes às funções profissionais. Porém, outra parte da maternidade precoce surge mais associada a uma lógica de exclusão social, manifestada de uma forma mais evidente, mas não exclusiva, na condição de

monoparentalidade em que, como se viu, predominam as situações de desvinculação paterna (Ferreira, 2008).

Dependendo da idade, estágio de desenvolvimento e suporte durante a gravidez, Sauls (2010) classifica as mães adolescentes em três grupos. O grupo das adolescentes mais precoces, com idade entre os 12 e os 14 anos, adolescentes médios, com idade compreendida entre os 15 e os 16 anos, e as adolescentes tardias com idade entre os 17 e os 19 anos. Esta classificação ajuda a perceber que, perante um filho recém-nascido, a adolescente vivencia processos de amadurecimento caracterizados pela procura de identidade, envolvendo e integrando, não só o seu desenvolvimento físico, como psico-emocional, cognitivo, familiar e social próprios da fase em que se encontra, não conseguindo avaliar com clareza que está a viver uma situação ambígua: é adolescente e, ao mesmo tempo, assume responsabilidades de adulta. No entanto, para as adolescentes amadurecer significa estarem aptas a desempenhar as responsabilidades próprias de um adulto como as tarefas doméstica e o cuidado da criança (Bergamaschi & Praça, 2008).

Assim, podemos inferir da análise da literatura que as mães adolescentes, para além da necessidade de responderem simultaneamente às exigências da adolescência e da maternidade, têm tendência a demonstrar falta de disponibilidade para aprender o papel maternal, são menos responsivas às necessidades da criança (Figueiredo, 2005), mais inseguras no exercício do papel e tendem a confiar mais nos conselhos da própria mãe do que nas recomendações dos profissionais. Quando comparadas com mães mais velhas, possuem expectativas irreais em relação à criança e um autoconceito menos positivo (Pedrosa, 2012).

O desenvolvimento social e económico dos pais adolescentes deve ser considerado aquando da sua avaliação e programação do acompanhamento do programa educacional, bem como da sua inserção e ligação existente à comunidade onde estão inseridos.

Além disso a vivência da gravidez e da maternidade depende do maior ou menor número de recursos internos e externos, refletindo-se na maior possibilidade de sucesso familiar (Figueiredo, 2004), nomeadamente as mães adolescentes com características individuais específicas, como a vinculação segura, recursos psicológicos, conhecimentos e expectativas realistas acerca da maternidade e do bebé, conseguem lidar positivamente com a maternidade, constituindo-se como resilientes. Ou seja, embora as circunstâncias de risco

em que se encontram, apresentem níveis de adaptação e funcionalidade adequados (Carvalho, 2007).

Quando se trata de mães adolescentes, o processo de transição pode ser diferente, tanto na duração como no processo em si. De facto, as mães adolescentes precisam de mais tempo, cerca de seis a dez meses, para atingirem a fase formal (Mercer & Walker, 2006). De forma a contextualizar estas etapas, Mercer, em 1976, descreveu quatro fases na transição para a maternidade em mães adolescentes. A primeira, denominada fase da “terra da fantasia” (*fairyland phase*) que ocorre durante a hospitalização e em que a maternidade surge aos olhos da jovem mãe como algo irreal; a segunda, denominada, fase do “confronto com a realidade” (*reality shock phase*) ocorre durante o primeiro mês após o regresso a casa; a terceira, denominada de fase do dar e receber (*give and take phase*) que ocorre entre o 2.º e 3.º meses pós-parto e que se caracteriza por um crescente reequilíbrio entre a escola, ou trabalho, e as tarefas maternas; e, a quarta, denominada de fase de incorporação do papel maternal (*internalization phase*) que ocorre do 6.º ao 9.º mês após o parto e que se caracteriza por um aumento da autoconfiança e da percepção de competência.

Baseando-nos na teoria sobre maternidade, é possível dizer que as adolescentes, à medida que se vão adaptando à nova condição de ser mãe, superam as dificuldades iniciais, desenvolvem e solidificam o vínculo, o amor e a cumplicidade com o filho, por meio da vivência ao longo dos dias. É, portanto, de modo gradual, que a adolescente constrói a sua conceção de mãe, vivendo à sua maneira e com ritmo próprio no reconhecimento do filho, assumindo as suas responsabilidades e passando a sentir-se mais segura e confiante quanto à capacidade de ser mãe (Bergamaschi & Praça, 2008).

3.1.3.- Paternidade na Adolescência

Embora, averiguemos que a maioria da investigação desenvolvida seja centrada no papel da mãe, das mães e pais adultos, conseguimos perceber que a idade dos pais, ao contrário do que se verificou nas mães, não revela constituir fator influenciador da preparação para o exercício do papel parental, dado não ter sido observada diferença, em termos gerais, ao nível dos conhecimentos, nem das habilidades em função da idade (Cardoso, 2011).

No entanto sabemos que relativamente à paternidade na adolescência, observa-se também uma maior disparidade quanto ao ser pai e ser mãe em classes sociais mais desfavorecidas. Essa disparidade traduz-se na sobrecarga das mães com as tarefas domésticas e com os cuidados à criança, ficando o pai liberto, o que permite que esteja mais disponível para as atividades sociais.

Para além desta disponibilidade, o pai adolescente expressa como implicações positivas advindas da paternidade, como a responsabilidade (Carvalho, Merighi & Jesus, 2010; Nogueira, Martins & Schall, 2011), a promoção do desenvolvimento pessoal devido à realização de tarefas afetivas de maior complexidade (Levandowski, Piccinini & Lopes, 2009), o amadurecimento, a satisfação (Carvalho, Merighi & Jesus, 2010) e o aumento da autonomia (Nogueira, Martins & Schall, 2011). O seu papel perante a gravidez na adolescência não significa, todavia, necessariamente incluir a intenção de ser um pai de modo participativo ou como parceiro determinante (Inácio, 2015).

Assim, no que diz respeito aos sentimentos associados à vivência da paternidade na adolescência, são salientados tanto os sentimentos positivos como negativos, sendo que os sentimentos negativos estão relacionados a uma fase inicial da gravidez (Meincke & Carraro, 2009; Nogueira et al., 2011), à transmissão da notícia aos familiares (Luz & Berni, 2010; Nogueira, Martins & Schall, 2011; Hoga & Reberte, 2009), ao facto de terem de enfrentar o processo de paternidade (Meincke & Carraro, 2009) e à apreensão na procura de segurança no futuro (Carvalho, Merighi & Jesus, 2010). Após o nascimento do filho, o pai adolescente referencia sentimentos positivos, tais como felicidade, orgulho, afeto, carinho e preocupação com a criança (Levandowski, Piccinini & Lopes, 2009). Refere ainda sentimentos ambivalentes, ou seja, se por um lado alguns destes pais mostram-se arrependidos, outros estão satisfeitos pela aquisição da nova responsabilidade (Hoga & Reberte, 2009).

Todavia, constata-se que o desempenho dos múltiplos papéis dos pais deve ser analisado em cada contexto. Esses contextos podem levar a que o envolvimento parental se distinga entre o tempo despendido na interação direta e afetiva com a criança, a realização de atividades que envolvem graus menos intensos de interação, como os trabalhos domésticos, e por último, a assunção da responsabilidade pelo bem-estar e cuidados da criança (Silva, 2006).

Podemos afirmar que mesmo com o aumento no envolvimento paterno ao longo do tempo, este é ainda menor do que o materno. Silva (2009) refere que este fator não

pressupõe que os pais não sejam tão capazes de cuidar do RN como as mães, “ (...) *no entanto, as mães estão naturalmente mais presentes para o RN do que os pais, o que as coloca em maior sintonia e mais conscientes das suas características e necessidades, do que os pais. Daí que as diferenças no envolvimento das mães e pais com o RN se tornem mais evidentes*” (p. 35).

No que toca às atividades de cuidados à criança, muito embora os pais participem cada vez mais em todo o tipo de cuidados, as mães ocupam-se, em geral, mais das atividades funcionais e corporais, como a alimentação, o adormecer, a higiene e o vestuário, enquanto os pais se ocupam geralmente das atividades lúdicas e ocupacionais, como as brincadeiras, os passeios e os jogos (Ramos & Almeida, 2004). Ou seja, Falceto et al. (2008) revela que existe uma percentagem significativa de pais que não colabora nos cuidados aos filhos. Embora existam evidências de que é benéfico, quer para os pais quer para os filhos, o envolvimento destes, na prestação de cuidados, verificamos que nem sempre se verifica. De facto, sabemos, que o fator de muitos dos pais adolescentes não coabitarem, possa ser promotor de um afastamento e desinvestimento no papel paternal. Os resultados que conhecemos, e que se reportam a pais adultos, revelam a existência de diferença entre os pais e as mães, que coabitam, quanto à prestação nos cuidados aos filhos.

Constatamos que de facto, a relação com o pai da criança pode ser um fator de risco ou de proteção para a adaptação à maternidade adolescente. Se a relação romântica com o pai do bebé continua, muitas das vezes com enquadramento conjugal e coabitação, parece existir maior envolvimento paternal com a criança e com as tarefas relativas à prestação de cuidados (Gee, McNerney, Reiter & Leaman, 2007). No entanto, quando a relação romântica termina, a qualidade do relacionamento entre a mãe adolescente e o pai do bebé parece ser igualmente preditora do envolvimento deste no papel paternal e no apoio proporcionado (Gee et al., 2007), verificando-se a diminuição ao longo tempo do seu envolvimento, não só em relação à própria adolescente, quer em relação ao filho (Beers & Hollo, 2009).

Em síntese, podemos dizer que o sucesso da maternidade/paternidade na adolescência, em termos de um desenvolvimento saudável, quer da mãe, quer do bebé, depende do suporte disponível certo, no tempo certo (Wahn et al., 2005), sendo importante promover nestes jovens adolescentes uma perspetiva de vida positiva, avançando no empoderamento e aumentando a sua autoestima.

No entanto, e de forma a ajudar a compreender melhor o processo de transição da adolescência e neste caso em particular, da maternidade na adolescência, sustentamos o nosso estudo na teoria das Transições de Meleis e no Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender (modelo de promoção da saúde aplicado à Enfermagem). Partimos para estes modelos, tendo como pressupostos de que estudar a prática e desenvolver o “saber” e o conhecimento da disciplina sob a ótica do conceito das transições, pode constituir um subsídio para o entendimento e interpretação das interações entre a pessoa, o ambiente e os seus efeitos, reais ou potenciais, sobre a saúde.

Deste modo, a opção por estes modelos teóricos está sustentada, em primeiro lugar pelo foco central da enfermagem, que é ser facilitador na transição, e por outros a promoção de comportamentos saudáveis. Ou seja, a premissa do Modelo das Transições de Meleis, ao verificar-se ter *“(…) potencial para facultar aos profissionais de enfermagem um quadro de referências consistente, capaz de ajudar a identificar estratégias e intervenções de enfermagem dirigidas a pessoas em transição(…)”* (Abreu, 2008, pg. 45), bem como no Modelo de Promoção da Saúde proposto por Nola Pender. Onde a promoção de comportamentos saudáveis é o resultado comportamental desejado, onde cada *“(…) pessoa tem características e experiências individuais únicas, que vão afetar o seu comportamento”* (Ferreira, 2014, pg. 15), e que comportamentos saudáveis devem resultar numa melhoria da saúde, da capacidade funcional e numa maior qualidade de vida através de todos os estádios de desenvolvimento.

Embora existam, duas Teorias como referencial teórico da disciplina de enfermagem, para o enquadramento deste estudo, iniciamos por fazer uma abordagem ao Modelo das Transições de Meleis. Quanto ao enquadramento do Modelo da Promoção da Saúde, de Nola Pender, deixamos para o capítulo seguinte, o seu enquadramento na temática em estudo.

O Modelo das Transições de Meleis refere que a transição é assumida como área de atenção dos enfermeiros quando interfere com a saúde, ou quando as respostas à transição são manifestadas através de comportamentos relacionados com a saúde. Assim, quando se vivencia situações de desequilíbrio e *stress*, existe necessidade de adaptação. Essa adaptação processa-se quando com o indivíduo consegue mobilizar recursos para encarar os problemas, de modo a resolver de forma adequada a transição que está a ocorrer. Essa transição é geradora de mudança, e faz com o indivíduo se desenvolva globalmente, não só psicologicamente, como a nível de organização, perspetiva, atuação e capacidade individuais.

Ou seja, a transição é indicadora de uma mudança no estado de saúde, nos papéis relacionais, expectativas ou habilidades (Meleis, 2010). Para existir essa transição, a autora refere que, a pessoa precisa de incorporar um novo conhecimento, altere o seu comportamento e as definições de si própria no contexto social.

Tendo em consideração que os enfermeiros lidam com pessoas que se encontram a experienciar transições, a antecipar transições e/ou a completar o seu processo (Meleis, 2010), é fundamental a compreensão dos problemas que as pessoas desenvolvem à medida que se movimentam juntas através da vida. Isto porque, a transição exige que a pessoa se envolva no processo de resolver o acontecimento ou não acontecimento e que integre um novo conhecimento, de modo a alterar o seu comportamento e as definições de si própria no contexto social.

Neste contexto, a teoria de médio alcance das transições de Meleis explora os vários tipos de transições, propriedades universais da transição, condições inibidoras ou condições facilitadoras da transição, indicadores de transições saudáveis e estratégias terapêuticas de enfermagem.

Assim, inicialmente Meleis refere que os profissionais são confrontados com três tipos de transições: a desenvolvimental, a situacional e a de saúde doença. Posteriormente emergiu um quarto tipo de transição, a que Meleis designou de organizacional (Meleis, 2007).

Deste modo, as transições desenvolvimentais são aquelas que compreendem os processos de maturação desde o nascimento até à morte; a transição situacional consta de eventos, esperados ou não, que desencadeiam alterações e levam a pessoa a enfrentar e a adaptar-se à nova situação que desencadeou a mudança; a transição de saúde-doença inclui as mudanças biopsicossociais e espirituais que influenciam a adaptação do indivíduo ao ambiente. Por último, a transição organizacional está relacionada com o contexto social, político, económico e ainda com as mudanças na estrutura e na dinâmica da organização.

A autora salienta também que existem duas transições desenvolvimentais importantes que podem estar associadas com problemas de saúde, que são a transição da infância para a adolescência e a transição da idade adulta para a terceira idade. Em qualquer das fases, a pessoa precisa de mobilizar as suas internas e externas para enfrentar, superar e adaptar-se às mudanças que se instalam (Meleis, 2007). É durante as transições que existe a perda de ligações, de suportes sociais e até mudanças dos objetivos da família, ou seja, para

Meleis a transição remete para uma mudança significativa na vida. Estes contextos são aquelas que a enfermagem antecipa, avalia, diagnostica, lida e ajuda os outros a lidarem, promovendo um nível máximo de autonomia e bem-estar.

Meleis (2010), no entanto, salienta que o processo da transição é influenciado por várias condições, tais como os significados, as expectativas, níveis de conhecimento e habilidades, ambiente, níveis de planejamento e bem-estar emocional e físico. Ou seja, o modo como os seres humanos respondem às transições, a forma como o ambiente afeta essas respostas, o significado que as pessoas atribuem ao processo de transição e as estratégias e estrutura física, cognitiva e emocional que possuem para responder são questões fundamentais para a enfermagem (Meleis, 2007).

Constatamos desta forma, que a compreensão da perspectiva de quem experiencia a transição e a identificação das necessidades para o cuidado, são os pressupostos básicos que devem acompanhar as estratégias de cuidado realizadas pelo enfermeiro a uma pessoa em transição (Meleis, 2010).

Assim, a teoria das Transições de Meleis serve-nos de referência, tendo em consideração que a mãe adolescente encontra-se numa situação de dupla transição: desenvolvimental e a situacional.

Deste modo, se por um lado, a adolescência, mesmo ocorrendo em circunstâncias normais é considerada, por si só, um momento de crise. Por outro, a mãe adolescente encontra-se numa transição desenvolvimental, porque está numa fase onde ocorrem alterações e transformações físicas e se lhe impõe a construção da identidade. Já a transição situacional, decorrente do processo de maternidade, ocorre porque as mães adolescentes, têm de enfrentar mudanças impostas e inesperadas, que exige a definição ou redefinição do repertório de papéis com vista não só à adaptação ao papel materno, dentro da família e da sociedade, bem como na alteração que poderá sofrer com a alteração na socialização interpares, escolares e de projetos de vida.

Nesta perspectiva, a enfermagem pode atuar no período anterior à transição esperada, preparando a jovem para a mudança de papéis, bem como atuar na prevenção dos efeitos negativos sobre o indivíduo. No entanto, é exigido ao enfermeiro sensibilidade para identificar as necessidades sentidas e os conhecimentos sobre a transição, de modo a Cuidar da adolescente que vivencia o processo de transição para o papel maternal (Machado, 2004),

ajudando as pessoas a alcançarem transições saudáveis ao longo do seu ciclo vital (Meleis, 2007), bem como fornecer estratégias e recursos.

Tendo presente os resultados de Sink (2009), que refere que os profissionais de saúde são uma das principais fontes de informação, podemos salientar que inserida no contexto de vivência da grávida, o enfermeiro poderá ajudar na reconstrução das percepções sobre a maternidade, bem como na promoção de um crescimento que a parentalidade precoce poderá fornecer. Assim, o enfermeiro deve valorizar as habilidades e competências da adolescente e sensibilizar para prestar cuidados à criança efetiva e eficazmente.

Sabemos, também que os resultados em termos de saúde são influenciados pelas competências relevantes para uma transição, bem como pelo nível de conhecimentos. Assim, podemos referir que os conhecimentos e as competências podem revelar-se insuficientes para enfrentar os desafios colocados pela situação. Por outro lado, as habilidades e competências utilizadas para lidar com situações e acontecimentos anteriores às transições podem ter que sofrer alterações Meleis (2007).

Como referido anteriormente, quanto ao Modelo de Nola Pender, está apresentado no capítulo seguinte, tendo em consideração a contextualização concetual.

4. – SABER EM SAÚDE: A IMPORTÂNCIA DO CONHECIMENTO

“ (...) todo o saber parte das situações e, ao mesmo tempo, vai beber a fontes de conhecimentos que a levam a esclarecer as constatações feitas a partir das situações. Discernir as preocupações..., as dificuldades encontradas pelas pessoas que precisam de cuidados.”

Collière (2003, p. 134)

A saúde e a aprendizagem estão intimamente relacionadas e a interação entre elas é evidente em todas as idades, desde a infância à velhice. Foi demonstrado um elo forte entre literacia, nível de educação e nível de saúde, sendo que a literacia em saúde é o elo que liga a educação a resultados na saúde (*Canadian Council on Learning, 2007*).

O conceito de literacia em saúde realça a necessidade de educação para a saúde em contexto escolar (Bernhardt, Brownfield & Parker, 2005), constituindo-se atualmente como resultado da promoção da saúde (Nutbeam, 2000), considerado como um pressuposto fundamental para o exercício ativo, participado e ampliado da cidadania em saúde dos indivíduos, grupos e comunidades. Podemos deste modo definir literacia em saúde como a capacidade que os indivíduos têm para obter, processar e entender informação básica em saúde e serviços disponíveis para tomar decisões de saúde apropriadas (Selden *et al.*, 2000). É constituída por dois elementos, as tarefas (*tasks*) e as competências (*skills*) (Nutbeam, 2009). A literacia baseada nas tarefas reporta-se à evolução que o indivíduo consegue realizar tarefas importantes, como ler um texto básico ou escrever frases simples. Já a literacia que se baseia em competências centra-se no nível de conhecimento e aptidões que os indivíduos devem possuir para realizar tais tarefas.

Referindo-se ao processo de aprendizagem planeada e à atividade intencional, esta deve ser centrada nas disposições e capacidades individuais e de grupo, influenciando formas de pensar, clarificando valores, ajudando a mudar atitudes e crenças, facilitando a aquisição de competências e produzindo mudanças de comportamento e estilos de vida (Rodrigues, Pereira & Barroso, 2005). Neste sentido, e quando situada no domínio da saúde, a literacia

implica a obtenção de um nível de conhecimento, aptidões pessoais e confiança para agir no melhoramento da saúde pessoal e da comunidade, mudando estilos de vida pessoais e condições de vida (OMS, 1998), significando mais do que ser capaz de ler panfletos e fazer apontamentos; implica melhorar o acesso das pessoas à informação sobre saúde, promovendo a capacidade para a usar de forma efetiva (Loureiro et. al, 2012).

Do ponto de vista da promoção da saúde, verifica-se que um elevado nível educativo indica conhecimento, habilidade, detenção de valores e de normas comportamentais que facilitam a aquisição de informação básica sobre saúde (Martins, 2011). A escolaridade tem um papel importante na distinção entre os indivíduos, “ (...) pois é um recurso que condiciona a saúde, ou seja os indivíduos com níveis de escolaridade mais altos aderem melhor a medidas de prevenção da doença e promoção da saúde e corrigem com maior frequência os seus hábitos e estilos de vida menos saudáveis” (Vitém, 2008, p. 14). Contudo, não podemos ignorar os resultados de alguns estudos de onde se constata que 40% da população, embora saiba ler, tem dificuldade em compreender o conteúdo da informação transmitida (Nunes & Rego, 2002).

Deste modo, os baixos níveis de instrução alcançados pelas mães adolescentes não permitem antecipar carreiras escolares promissoras, e, em termos de futuro, é duvidoso acreditar que a continuidade dos estudos seja uma alternativa viável para a maior parte delas. Poder-se-á no entanto verificar que, na sua maioria, estas adolescentes poderão ter como desfecho depois da maternidade o regresso à escola, a (re)inserção no mercado de trabalho ou a condição de não ativa (doméstica) (Ferreira, 2008).

Ao abranger o aperfeiçoamento das habilidades do indivíduo, o que leva ao desenvolvimento de estratégias, podemos afirmar que, para estas mães, existe uma forte possibilidade do não aumento de qualidade de vida, tendo em conta que a pouca escolaridade não promove essa possibilidade.

4.1. – Fatores Influenciadores na Aquisição de Conhecimentos

Percebendo que o conhecimento é definido “como um conteúdo específico do pensamento” (CIPE®, Versão Beta, 2000, p. 49), a aprendizagem corresponde à mudança no comportamento de uma pessoa através da aquisição de um novo conhecimento ou de uma nova competência (Nealand, 1992; Redman, 2003). Aprender implica mudar para um novo

patamar, que tende a persistir até que nova aprendizagem o altere. Os novos modos de pensar, as novas habilidades e as novas atitudes aprendidas podem promover novos desempenhos ou desempenhos mais eficientes (Redman, 2003). Percebemos também que estas ideias são corroboradas pelas diretrizes emanadas nas conferências internacionais de promoção da saúde (Otawa, Adelaide, Sundsvall, Bogotá, Jacarta), onde as atividades de promoção da saúde passaram a ser amplamente estimuladas, sendo compreendidas como o estímulo à utilização das habilidades e conhecimentos das pessoas, a adoção de estilo de vida saudável, a mudança de comportamento, o lazer, e a prática de atividade física (Fonseca, 2000).

Deste modo, e tendo em conta que a aprendizagem contempla a aprendizagem cognitiva (*cognitive learning*) e a aprendizagem de habilidades (*skill learning*), percebemos que a primeira se refere à aquisição de capacidades para a resolução de problemas, estando associada à inteligência e ao pensamento consciente, e a segunda refere-se à aquisição de domínio em atividades práticas, estando associada ao treino, à prática e ao exercício (ICN, 2010).

Assim, a aquisição de conhecimentos deriva da integração da nova informação nas estruturas cognitivas, conduzindo a uma transformação qualitativa e quantitativa em quem aprende; contudo, a disponibilidade para aprender, o estímulo, o reforço e a resposta são os elementos básicos para o processo de integração das novas informações (Redman, 2003). Outro dos aspetos implícitos neste cenário é de que a sociedade exerce um enorme papel de educação no que se refere à dimensão emocional de cada um de nós (Carvalho, 2006).

Verificamos também que a construção do conhecimento de cada indivíduo faz-se com base na afetividade, implicando que essa mesma construção vá depender, não só das emoções mas também das expectativas, podendo ajudar ou dificultar no cuidado, e o seu conhecimento poderá auxiliar a amenizar estados de ansiedade, medo e angústia (Waldow, 2008). É, por isso, muito importante a relação que se estabelece entre os educandos e entre estes e o educador para o sucesso de qualquer programa educativo (Carvalho, 2006).

Sobre esta matéria, a *Nursing Outcomes Classification* (NOC) refere que o conhecimento remete, tanto para a compreensão de determinada informação, como para a capacidade de mobilizar as informações necessárias à manutenção e ao restabelecimento da saúde (Moorhead, Johnon & Maas, 2008).

Este conceito reporta-nos a outro de grande utilidade, o conceito de habilidade, que constitui um indicador de qualidade do desempenho, na medida em que podem ser aperfeiçoadas pelo treino, podendo vir a ser realizadas com elevado nível de mestria, correspondendo a uma ação ou tarefa que tem um determinado objetivo (Schmidt & Wrisberg, 2001), sendo que o seu desenvolvimento faz aumentar o poder de decisão e negociação do adolescente podendo ser promotor do autocuidado, bem como das atitudes positivas relacionadas com a sua saúde e bem-estar.

Os conceitos de habilidade e de capacidade, apesar de possuírem traços comuns, são distintos. Para Bandura (2006), habilidade (*ability*) significa a qualidade de quem é hábil e de quem tem competência no fazer, referindo-se ao nível atual de desenvolvimento, o que traduz a noção do que se é capaz de fazer no presente. Já o conceito de capacidade (*capability*) traduz a faculdade ou potencial de desenvolvimento, sendo, por isso, mais orientado para o futuro, podendo constituir um indicador da capacidade para responder a situações específicas ou para desempenhar determinada tarefa, seja esta física ou cognitiva.

Assim, em qualquer nível de saúde, o ser humano deve ser visto como agente do processo e estar no centro das ações, que devem ser baseadas nas suas necessidades, com proteção pela sua integridade e diversidade, voltadas para o desenvolvimento da consciência crítica e da autonomia (Grugel et al., 2008). Esta consciencialização é considerada uma propriedade chave do todo o processo, na medida em que está relacionada com a perceção, o conhecimento e o reconhecimento da experiência de transição. Ou seja, quando lidamos com situações similares, este grau de consciencialização reflete-se no grau de coerência entre o que se sabe sobre o processo, as respostas e as perceções dos indivíduos.

Neste processo, verifica-se que o acesso à informação e à formação é importante para a promoção de maiores coeficientes de autonomia, ou seja, o mais importante é a capacidade de utilizar os conhecimentos de forma crítica e ser utilizada na tomada de decisão. Podemos referir que a necessidade de informação emerge quando alguém se apercebe que, para tomar uma dada decisão, presente ou futura, não tem suficientes conhecimentos. Neste contexto, a procura de informação traduz o reconhecimento de que o que sabe não é adequado/suficiente para superar a incerteza e concretizar com confiança uma dada ação. Esta constatação é verificada ao percebermos que as mulheres com nível educacional mais elevado procuram mais ativamente a informação, através de fontes de informação formais, como livros, ou internet e peritos, mais concretamente os profissionais de saúde, médicos e enfermeiros, o que pode refletir-se num nível superior de

conhecimento. As mulheres de nível educacional mais baixo privilegiam como fontes de informação os amigos e a família (Reich, 2005). No entanto, para além da transmissão de conhecimento será necessário um conjunto de apoios para uma mudança de atitudes, nomeadamente trabalhar as convicções pessoais, as crenças e os valores individuais (Carvalho, 2006).

Na literatura, está descrito que a manutenção da incerteza se, por um lado, aumenta o risco de decisão, por outro lado, pode estimular comportamentos ativos de procura de informação. No entanto, a perceção subjetiva da urgência da necessidade de informação vai influenciar o momento da respetiva satisfação que pode ser imediata ou adiada para um momento posterior. Assim, o comportamento de procura de informação deverá ser entendido como a ação, que decorre da perceção da necessidade de informação, visando identificar o conteúdo que satisfaça essa necessidade percebida (Cardoso, 2011). Reconhecemos também que o conhecimento é uma das condições necessárias mas não suficientes para que ocorra a prática e, por isso, assume ser necessário inserir a atitude entre o conhecimento e a prática, indicando que, para além do conhecimento adquirido, as atitudes terão também de ser mudadas para que se possa processar a adoção de novos comportamentos saudáveis (Carvalho & Carvalho, 2006).

Neste contexto de abordagem educativa na maternidade na adolescência, percebemos a intensa relação com as cartas da promoção da saúde, principalmente com a de Ottawa. Podemos verificar esta correlação nos cinco campos de ação da promoção da saúde propostos, destacando-se os de maior atuação, como a criação de ambientes favoráveis à saúde, os temas de saúde ambiental e de desenvolvimento humano, os quais não podem estar separados. Estes campos de ação de desenvolvimento são promotores da melhoria da qualidade de vida e saúde.

Entendemos que promover um ambiente saudável, é compreender o adolescente como sujeito no seu ambiente físico, social, económico ou político e as relações com as redes de suporte social (Grugel, 2008), sendo que o processo de atividades deve ser efetuado para que promovam o desenvolvimento humano e que preserve ou intensifique o bem-estar, visando o aumento da capacidade dos indivíduos para controlar a sua saúde, no sentido de a melhorar (OE, 2010). Neste âmbito, interessam-nos especialmente os adolescentes, pois, em termos do seu desenvolvimento biofísico e psicossocial, estes enfrentam períodos considerados críticos, caracterizados por transições e mudanças significativas no contexto de vida, em que os problemas relacionados com o bem-estar têm profundo reflexo na vida

adulta (OMS, 2001). Esta preocupação reflete-se por ser um grupo que apresenta reduzida interação com o sistema de saúde, evidenciando contudo um potencial de intervenção elevado, visto que, ao fazerem uso das tecnologias de informação como a internet, esta poderá ser uma fonte privilegiada de informação e acesso à saúde (Loureiro et. al, 2012).

Aferimos, contudo, que a média de idade escolhida para engravidar, as habilitações académicas e a atividade profissional, associados ao processo de autoformação, permite às adolescentes aumentar os conhecimentos e desenvolver as capacidades maternas. Analisando neste contexto a variável “idade”, conclui-se que esta influencia o conhecimento, ou seja, as adolescentes que demonstram mais conhecimentos e capacidades têm uma média de idade superior das que não demonstram conhecimentos (Couto, 2003). Verificou-se também que as mães que participam nas decisões acerca das suas necessidades educacionais têm maior envolvimento e retêm maior informação (Obeisat et al., 2012); por outro lado salienta-se que, em relação ao abandono escolar, é precipitado afirmar que a gravidez e maternidade na adolescência estaria na sua origem já que, segundo um estudo de Figueró (2002), parte das gestantes e mães adolescentes já haviam abandonado a escola previamente à gravidez.

4.2. – Necessidades Maternas e de Autocuidado

Podemos definir necessidades de aprendizagem maternas, como o conjunto de informações relacionadas com os conhecimentos e/ou as habilidades que as mães precisam para assegurarem, com mestria, os cuidados ao filho. Estas estão relacionadas com a escolarização, com o estado de saúde física e mental, com a autoconfiança, com a autonomia, com as possibilidades de ter substituto quando precisa se ausentar e com a possibilidade de contar com a ajuda da família e da comunidade em momentos de crise (Gutierrez & Minayo, 2011). Já a ação do autocuidado, é referida como um fenómeno ativo, voluntário e intencional, que representa as atividades desempenhadas pelos indivíduos, de forma deliberada, para a manutenção da sua vida, saúde e bem-estar, que envolve a tomada de decisão. Para existir a capacidade de autocuidado, é necessário que a mãe adolescente tenha adquirido e mobilizado a capacidade para o seu desempenho. Neste contexto, será também relevante que a mãe adolescente reconheça as suas necessidades e/ou a sua incapacidade de execução, desencadeando a necessidade de autocuidado.

Conforme o estudo realizado por Folle & Geib, (2004) a partir da análise das representações sociais de adolescentes primíparas sobre o cuidado materno ao recém-nascido no âmbito domiciliário, foi evidenciando que o cuidado materno é um exercício conflituoso, ora representando o *status* de ser adulta e responsável, ora denotando a insegurança, a não preparação e a infantilidade, que afetam o cuidado ao recém-nascido (Melo & Schermann, 2012).

Durante a gravidez, as adolescentes percebem e conduzem a sua gestação de forma diferente relativamente a outros grupos etários, muitas das vezes pelo fato da gravidez não ter sido planejada, nem desejada. A detecção habitualmente mais tardia da gravidez e a sua maior necessidade de tempo para tomadas de decisão complexas, quando comparados com as mães adultas (Needle & Walker, 2008; Pires, Pereira, Pedrosa & Canavarro, 2013), compromete negativamente o envolvimento na gravidez e nos cuidados pré-natais. Este fator é constatado pelo desejo expresso da gravidez e de ser mãe, bem como pelo número de consultas efetuadas, que são em geral em menor número neste grupo de grávidas (Metello et al., 2008).

Todavia, as adolescentes definem as suas necessidades de apoio durante o parto de formas diferentes, ou seja, as que têm idades compreendidas entre 12-14 anos de idade esperam que os enfermeiros as tratem com respeito, dando ênfase ao apoio emocional e informativo. As adolescentes com idades entre 15 e 16 anos de idade apresentavam maior preocupação com o apoio dos enfermeiros em relação às informações sobre o seu desenvolvimento físico, bem como as medidas de analgesia. Mencionaram, relativamente ao apoio emocional, que este fosse expresso pelo respeito, aprovação e afirmação. Quanto às necessidades das mães adolescentes, com idades entre 17 e 19 anos, as suas maiores necessidades eram mais centradas no controlo da dor e na demonstração de respeito (Sauls, 2010). O desenvolvimento das práticas do autocuidado é um processo pelo qual as atividades são aprendidas e que, conseqüentemente, são determinadas pelas crenças, hábitos, costumes e práticas culturais do grupo, ao qual pertence o indivíduo que as executa.

Verificamos que a adaptação materna depende da apropriação do seu novo papel, ou seja, relativamente ao comportamento, podem ser observadas três fases: comportamentos dependentes, comportamento dependentes/independentes e comportamentos interdependentes. A fase de dependente ou de incorporação decorre durante as primeiras 24 a 48 horas, em que as adolescentes dão ênfase à satisfação das suas necessidades básicas, confiando nas mães para a satisfação das necessidades de conforto,

repouso, proximidade e alimentação, encontrando-se com entusiasmo, comunicativas e desejam relatar a experiência do parto. A fase dependente/independente ou de posse inicia-se no segundo ou terceiro dia de puerpério, e dura entre dez dias a várias semanas. Nesta fase, as mães dão ênfase aos cuidados do bebê e competências maternas, desejam assumir a responsabilidade, mantêm a necessidade de orientação e aceitação pelos outros, ambicionam aprender e praticar, sendo o período ideal para a promoção de cuidados e tarefas relacionadas com o bem-estar da mãe e do RN; é a fase de tratamento dos desconfortos físicos e alterações emocionais, possibilitando a experiência onde existe probabilidade de existir surtos de labilidade emocional. A fase interdependente ou de desprendimento centra-se no movimento de evolução da família como unidade, com interação entre os membros, reafirmação do relacionamento com o companheiro, a retoma da intimidade sexual e resolução dos papéis individuais (Lowdermilk & Perry, 2008).

Nas primeiras semanas posteriores ao parto, é frequente a preocupação com o surgimento de dificuldades na mulher a nível psicossocial, que se reflete pelo surgimento de fadiga, alterações emocionais/psicológicas, falta de disponibilidade para o autocuidado, bem como na sua relação com os outros, nomeadamente com o filho, com o cônjuge e com a família de origem (Santos, 2011). Esta fadiga está inerente a um conjunto de fatores que habitualmente surgem, nomeadamente, os dias que antecedem o parto são habitualmente desgastantes, devido aos desconfortos físicos do final da gravidez e à expectativa do parto e ao trabalho de parto.

Convém ainda salientar que o período reduzido de internamento na maternidade, a privação do sono e do repouso decorrentes dos desconfortos físicos do puerpério, a preocupação em assumir as responsabilidades nos cuidados ao RN, a necessidade de adaptação aos novos ritmos, a ansiedade relativa ao seu bem-estar, o reassumir das atividades domésticas em simultâneo com os cuidados ao RN, e por fim as solicitações sociais constantes, são fatores muito stressantes que conduzem a fadiga intensa.

Deste modo, torna-se importante a sensibilização da mulher para estas questões, nomeadamente na promoção do repouso, na importância de retomar as atividades diárias habituais de forma gradual e na solicitação de apoio a familiares e amigos nas suas novas funções.

4.3. – Necessidades Relacionadas com o Cuidado aos Filhos

A maternidade pressupõe uma maior visibilidade nos primeiros anos de vida da criança, dado o nível de dependência e o conjunto de cuidados que são necessários ao seu crescimento e desenvolvimento harmoniosos (Mendes, 2002), requerendo que mais do que ter um filho se deseje ser mãe (Leal, 2005). Os cuidados maternos estabelecidos nos primeiros anos de vida são essenciais para assegurar a saúde mental dos filhos, sendo que, quando essas relações são favoráveis, o bebê amplia a capacidade de estabelecer relacionamentos saudáveis e desenvolver sentimentos (Winnicott, 2006). Collière salienta que *“(...) são os cuidados que encorajam, que permitem adquirir segurança, que favorecem a renovação e a integração da experiência, para que haja aquisição”* (2003, p. 182), indispensáveis para a fortalecimento de sentimentos. Assim, o papel da mãe é visto como o da provedora de cuidados e responsável por oferecer os meios para que a criança possa ter um desenvolvimento e um crescimento saudáveis (Gutierrez & Minayo, 2011). Verifica-se que a pressão emocional a que estas mães estão sujeitas diminui a sua tolerância às exigências do bebê, assim como a menor instrução que possuem torna-as menos aptas a interpretar as mensagens que lhes são enviadas pelos filhos e a verbalizar os seus sentimentos para com os mesmos (Carlos, Pires, Cabrita, Alves, Araújo & Bentes, 2007).

A interação que a mãe adolescente estabelece com o seu bebê tem características específicas, entre as quais, podemos salientar as dificuldades em apreendê-lo como uma entidade distinta de si, com comportamentos e necessidades próprias, o que leva ao estabelecimento de uma relação mais dirigida ao plano da fantasia do que da realidade. Em comparação com as mães adultas, assiste-se, por parte das mães adolescentes, a um menor número de ações contingentes às necessidades do filho, oferecendo-lhes menos atividades de estimulação, pouca comunicação e um maior número de comportamentos de indiferença relativamente aos seus pedidos (Santos, 2010). Este fator deve-se ao facto de as adolescentes se encontrarem numa fase centrada em si, sendo conturbada a construção e consolidação do vínculo entre elas e o bebê, existindo conflito entre o ser mãe e ser adolescente impedindo muitas vezes a adaptação às necessidades da criança (Levandowski, Piccinini & Lopes, 2008).

Deste modo, é importante desenvolver nas adolescentes grávidas as habilidades biopsicossociais para que sejam capazes de auxiliar de forma adequada no processo de desenvolvimento de seu bebê (Melo & Schermann, 2012), pois, além de sentir o carinho, a criança necessita de um potencial de cuidados a serem tomados, tais como: um sono

tranquilo, alimentação adequada, cuidados de higiene entre outros (Motta, Ribeiro, Pedro & Coelho, 2004)

É consensual que no processo social atual, têm existido grandes e profundas alterações a nível científico e técnico, verificadas sobretudo durante as últimas décadas. No passado ser pai ou ser mãe era natural, era intrínseco ao próprio ser humano, onde a formação para a paternidade e para a maternidade era a própria família (Cardoso, 2011). Atualmente, a insegurança dos pais e o receio da sua nova missão faz com que muitos procurem superar esta dificuldade participando em ações de formação, tais como: curso de puericultura; curso de preparação para o aleitamento e preparação para o parto/parentalidade.

Verificamos que estas formações desenvolvem nos pais oportunidades de aprendizagem, que farão a diferença ao longo da vida da criança, pois o papel parental poderá ser uma tarefa difícil, principalmente para as mães adolescentes, nomeadamente quando existe compromisso nos comportamentos de saúde, como hábitos alimentares nocivos, hábitos tabágicos, ingestão excessiva de álcool, consumo de drogas, práticas sexuais desprotegidas, infeções sexualmente transmitidas (IST) e dificuldade em assegurar um sistema de suporte efetivo. Assim, é importante identificar estes fatores, pois podem ser preditores de menor probabilidade de procura assistência pré-natal no início da gestação, menor probabilidade de vigilância adequada bem como maior probabilidade de parto pré-termo (Cardoso, 2011).

Observa-se que relativamente ao facto das adolescentes já terem tido uma gravidez anterior, não significa que possuam todos os conhecimentos necessários para cuidar do filho recém-nascido; no entanto, tal contribui significativamente para que apresentem um maior número de conhecimentos necessários ao cuidado do recém-nascido, aumentando consequentemente a capacidade de prevenção de riscos para a saúde (Azevedo, 2009). No estudo efetuado por DeVito (2010), as adolescentes verbalizaram o facto de terem poucos conhecimentos sobre como cuidar dos seus filhos, referindo que as classes/cursos existentes de apoio à maternidade não respondem às suas necessidades como mães adolescentes, mas que mais dirigidas às mães adultas, fazendo evidenciar sentimentos de falta de apoio. Opinião divergente foi dada aquando da visita domiciliária efetuada pelos enfermeiros que as levaram a sentir-se mais apoiadas, concretizando que, neste contexto, sentiram que as necessidades expressas eram satisfeitas e que nomeadamente eram encorajadas a elaborar questões sobre as suas dúvidas, o que fez aumentar a sua confiança. Por outro lado, as

dúvidas e dificuldades relacionadas com a amamentação são habitualmente frequentes no início do puerpério. Normalmente surgem ainda no internamento, o que é um fator positivo, uma vez que se pode intervir precocemente, pois no domicílio não têm o apoio profissional que tinham na maternidade. Estas dúvidas e dificuldades aplicam-se também no cuidado ao RN, nomeadamente a inexperiência em cuidar de crianças pode despoletar dificuldades na prestação de cuidados de higiene e conforto (Graça, 2003).

A proximidade de uma pessoa significativa com experiência em cuidar de RN, com quem a puérpera tenha uma relação de confiança, será importante para facilitar a adaptação à maternidade, permitindo que esta se sinta mais segura das suas capacidades.

Salientamos que, embora seja durante o período pré-natal que o processo de adaptação à parentalidade é iniciado, verificamos nas mães adolescentes que mesmo existindo o desejo, a procura e a receção de informações sobre como cuidar dos seus bebés a partir de múltiplas fontes, estas não querem concentrar em problemas potenciais de cuidados ao bebé (SinK, 2009). Esta situação, leva a que os enfermeiros estabeleçam estratégias de ação e compreensão, relacionadas com o modo como é que estas mães precisam de apoio e ajuda a nível da prevenção e promoção de saúde.

4.4 - As Práticas de Enfermagem no Papel de Educadores em Saúde

Não se considera que ocorra transição apenas porque a pessoa viveu uma mudança esporádica, mas sim quando ocorra uma integração dessa mudança com repercussões na vida da pessoa. É neste processo que a enfermagem poderá intervir, ou seja, ajudar a pessoa no processo de transição, na passagem de um estado, condição ou lugar tendo por premissa o seu bem-estar. Na atualidade o conceito de transição assume relevada importância na consolidação do estatuto da enfermagem na abordagem às pessoas que vivem processos de transição, sendo de realçar a importância de compreender a pessoa e a forma como experiencia essa transição tendo como objetivo ajudá-la.

Sabemos, que a educação em saúde é um campo multifacetado, para o qual convergem diversas conceções, das áreas tanto da educação, quanto da saúde, as quais espelham diferentes compreensões do mundo, demarcadas por distintas posições político filosóficas sobre o homem e a sociedade (Souza, Wegner & Gorini, 2007). Conforme a literatura, a educação em saúde é um processo de ensino/aprendizagem que visa a

promoção da saúde, sendo que o profissional é o principal mediador para a sua ocorrência. Destaca-se que o mesmo deve ser um educador preparado para propor estratégias, no intuito de oferecer caminhos que possibilitem transformações nas pessoas/comunidades (Oliveira, 2005).

Quando se fala sobre educação em saúde, pode-se depreender que sejam necessárias diversas ações que possibilitem que o bem-estar seja preservado. Na enfermagem, o objetivo é construir e formar uma consciência de que, hábitos saudáveis podem promover uma melhor qualidade de vida, e conseqüentemente conservar um bom estado de saúde.

Assim, a enfermagem atua em educação em saúde como ponte para promoção da saúde individual, sendo que o processo de cuidar está subentendido na compreensão da educação em saúde. Assim, o papel do enfermeiro assegurando a individualidade, humanização e respeito por cada indivíduo envolvido no processo é, além de essencial, um facilitador nas tomadas de decisões.

No entanto, o conceito de educação em saúde sobrepõe-se ao conceito de promoção da saúde, como uma abrangência mais ampla de um processo que envolve a participação de toda a população no contexto de sua vida cotidiana e não apenas das pessoas em risco de adoecer. Essa noção está baseada no conceito de saúde ampliado, considerado como um estado positivo e dinâmico de procura de bem-estar, que integra os aspetos físicos e mentais (ausência de doença), ambiental (ajustamento ao ambiente), pessoal/emocional (autorrealização pessoal e afetiva) e sócioecológico, que remete para o comprometimento com a igualdade social e com a preservação da natureza (Pereira, 2003).

Deste modo, a promoção da saúde, a enfermagem constitui-se como um recurso, sendo que a finalidade dos cuidados é a promoção e manutenção da saúde, nomeadamente no reforço e desenvolvimento da família e dos seus membros, recorrendo a processos de educação (Kérouac et al., 1995). Efetivamente, todo o trabalho terá que ser pautado pela motivação e empenho de prestar cuidados de enfermagem de excelência, com o intuito de melhorar a qualidade de vida, mantendo sempre presente de que é “ (...) *indispensável saber quem é o outro que está nos meus cuidados, quais as suas capacidades e limites de crescimento e, sobretudo, preciso saber como posso ajudá-lo a crescer e a realizar-se, o que só é possível conhecendo as suas necessidades, as suas necessidades específicas*” (Vieira, 2009, p. 115).

Assim, verifica-se que o principal papel de qualquer educador é criar condições necessárias para que o indivíduo saudável ou doente possa desenvolver o máximo de capacidades e competência individuais (Gaspar, 2013), deixando de ser um prescritor para tornar-se um recurso e um elemento de ajuda (Fernandes, 2010) no alcance do bem-estar. Já o conhecimento é entendido como o foco de atenção dos enfermeiros, referindo o conteúdo específico do pensamento, baseado na sabedoria adquirida, na informação ou nas aptidões aprendidas, bem como no conhecimento e no reconhecimento da informação (ICN, 2010). Neste contexto, os resultados das intervenções maternas incluem os efeitos sobre o processo nas várias dimensões da maternidade, tais como a auto-perceção, a satisfação, a competência, o *stress* ou o humor. Já os efeitos das intervenções referentes às dimensões comportamentais da maternidade, como a interação mãe/filho estão relacionados com a interpretação dos sinais do bebé, o conhecimento e as competências com os cuidados e com o desenvolvimento do bebé, ou de promoção de um ambiente de desenvolvimento afetivo e cognitivo apropriado (Gardner & Deatricks, 2006). Assim, as intervenções de enfermagem vão influenciar o sistema familiar (Hanson, 2005), nomeadamente através de mediar, advogar, facilitar e motivar, recorrendo à negociação para a construção do plano de cuidados, de modo a proporcionar o conhecimento das necessidades e conseqüentemente na promoção da adequação dos programas e suporte fornecidos a estas mães, de modo a ajudar a desenvolver os seus objetivos e aspirações e, conseqüentemente, o bem-estar dos seus filhos (Maputle, 2006; Resta et al., 2010).

Este postulado é reforçado no Código Deontológico no Artigo 83 alínea a), ao salientar que o enfermeiro no respeito pelo direito ao cuidado tem o dever *de “(...) coresponsabilizar-se pelo atendimento do indivíduo em tempo útil, de forma a não haver atraso no diagnóstico da doença e respetivo tratamento”* (CDE in Nunes, Amaral & Gonçalves, 2005, p. 105). Este aspeto é importante após a tomada de decisão, devendo o enfermeiro identificar as necessidades de cuidados e prescrever as intervenções de enfermagem de forma a evitar riscos, detetar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais identificados. Deste modo, as intervenções derivam da aplicação das atividades de diagnóstico visando a identificação de problemas e têm um papel de extrema importância para a construção de um plano de cuidados.

Percebendo que a anamnese é definida como a primeira fase de um processo, na qual a colheita de dados permite ao profissional de saúde identificar problemas, determinar diagnósticos, planear e implementar a sua assistência (Alves, 2009), será a partir desse

momento que o enfermeiro é capaz de definir diagnósticos de enfermagem, estabelecer prioridades e avaliar a evolução do indivíduo, estando apto para, juntamente com a equipa multidisciplinar, planear as intervenções necessárias o seu bem-estar.

No entanto, o processo de cuidar em enfermagem torna-se mais completo e abrangente, através do planeamento ainda mais individualizado e holístico, mantendo o conhecimento científico como âncora deste cuidado, sendo a sistematização dos dados da mãe adolescente um processo importante, seja no internamento ou na consulta de enfermagem, pois leva à identificação de problemas, à determinação do diagnóstico, ao planeamento e à implementação da assistência adequada às necessidades encontradas (Santos, Veiga & Andrade, 2011).

Sabemos que, independentemente da idade da mãe, o papel do profissional de saúde é acompanhar uma mulher grávida através de um dos eventos mais marcantes da sua vida. Neste contexto, os profissionais têm o privilégio e a responsabilidade de assegurar uma experiência materna positiva, sendo que os enfermeiros podem promover um impacto positivo nesta vivência através da promoção e educação sobre nutrição, informação sobre as fases de desenvolvimento e crescimento do feto, as fases e o processo de trabalho de parto, a utilização de modelos de apoio, na promoção o envolvimento da família e amigos e defendendo programas de apoio após o nascimento (Magness, 2012). Assim, e tendo em consideração que a transição para a maternidade verifica-se nos dois primeiros anos da criança, Gardner e Deatrck (2006), salientam que as intervenções de enfermagem podem auxiliar nessa transição. Ou seja, os enfermeiros podem incorporar estratégias para promover a maternidade eficaz e satisfatória durante os primeiros anos de vida de uma criança.

No entanto, as mães adolescentes são em geral uma população tradicionalmente associada a um seguimento pré-natal tardio e irregular, relacionado com fatores anteriormente referidos, bem como o fator de muitas vezes desconhecem estarem grávidas, pelo receio que têm em comunicar aos seus familiares e pela própria dinâmica da família (Carvacho, Mello, Morais & Silva, 2008; Metello et al., 2008), tornando o apoio e suporte nesta fase, difíceis de avaliar e de implementar.

Deste modo, e tendo em conta as condicionantes na orientação e vigilância, o internamento, que atualmente é em média de 48h, representa uma oportunidade importante para os enfermeiros acederem às necessidades físicas e psicossociais destas

mães, bem como perceber qual a acessibilidade aos recursos da comunidade, ensinando e encorajando-as a utilizá-los, podendo deste modo fomentar a existência de experiências positivas, benéficas e de longa duração entre os profissionais de saúde e as mães adolescentes (Sauls & Grassley, 2011; Peterson et al., 2012).

Sabemos, contudo, que a perspectiva dos enfermeiros relativamente à gravidez e maternidade na adolescência é definida pelo contexto cultural e pessoal, tendo em conta que esta é influenciada pelas atitudes que são moldadas pelas experiências pessoais, educacionais e profissionais, bem como pela sua identificação política e social (Cassata & Dallas, 2005).

Carecendo de uma reflexão mais holística e humanizada, o cuidar na gravidez e maternidade na adolescência necessita de uma abordagem pautada pelas possibilidades de compreensão das origens e possíveis causas do fenómeno o que leva a pensar numa nova abordagem em saúde, bem como ao estabelecimento de interação entre o enfermeiro e a comunidade. Esta forma de abordagem parte de uma nítida convicção de que os cuidados em saúde estão diretamente relacionados com formas pelas quais o enfermeiro percebe e age sobre a realidade em que vive, sendo que a experiência da gravidez e da maternidade na adolescência requer um olhar atento (Oliveira, 2008). Neste contexto, é exigida aos profissionais uma abordagem de apoio positivo, baseada nos pontos fortes e no potencial dos pais para a promoção da saúde e do desenvolvimento da criança (Heaman et al., 2005), reforçando permanentemente as suas competências parentais, levando a que desenvolvam a orientação e instrução, com o intuito de definirem objetivos motivadores para os seus filhos, relativamente à sua autonomia e responsabilização (Long et al., 2001; Norr *et al.*, 2003; Howard & Brooks-Gunn, 2009; Patrício, 2011).

Esta ideia é reforçada em pais pela primeira vez, ou seja, os enfermeiros devem direcionar o planeamento e as intervenções para o desenvolvimento de competências do desempenho do seu papel, para a capacitação da compreensão e para a otimização das potencialidades da criança em cada fase de desenvolvimento (Lopes, 2009).

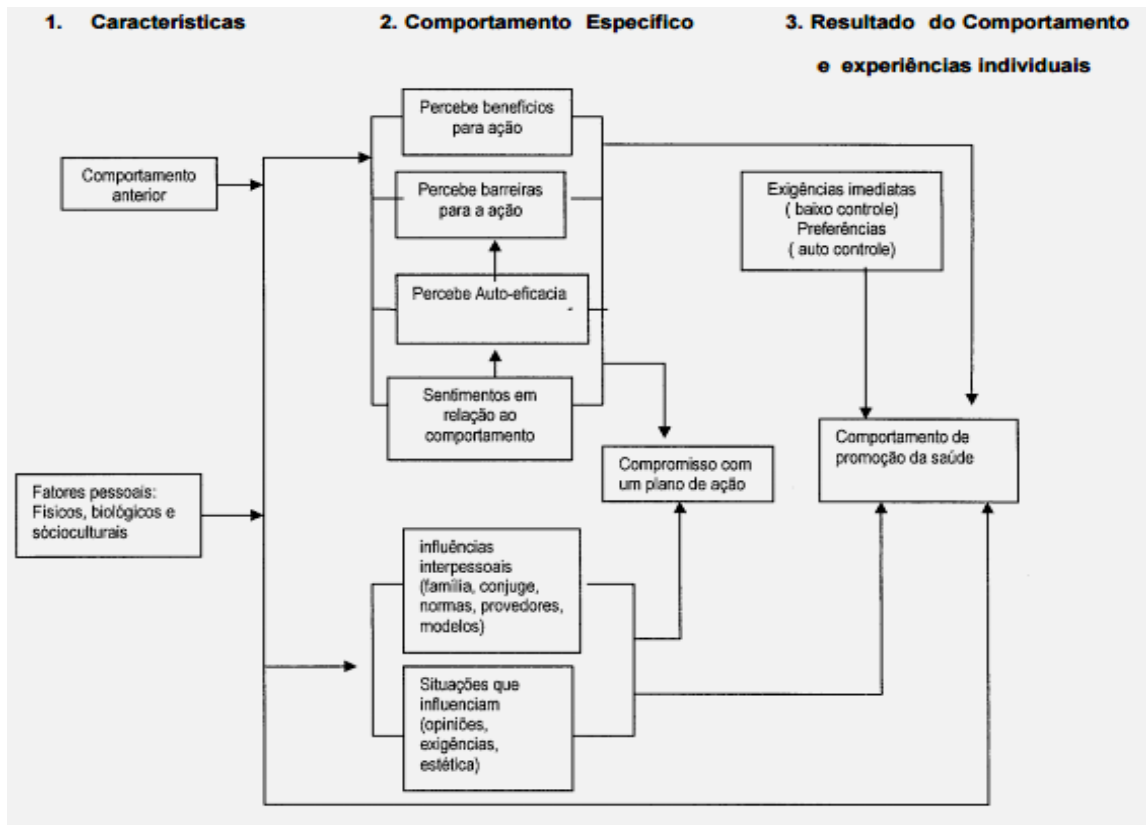
Existem descrições que associam a atitude e a perspectiva dos enfermeiros em relação à gravidez e maternidade na adolescente como fator determinante, nomeadamente na experiência de parto em que o papel do enfermeiro é referido como crucial, pois a adolescente pode sentir-se angustiada e com medo quando se aproxima o nascimento e amamentação, sendo frequente, os enfermeiros não terem conhecimento adequado para

cuidar nestas situações (Sauls & Grassley, 2011). Para colmatar estas situações, existem algumas estratégias descritas para o trabalho com as adolescentes grávidas, que passam pela comunicação de maneira imparcial, a manifestação de interesse na adolescente como um indivíduo, a promoção do envolvimento da família, do uso contínuo visual e linguagem corporal de modo a demonstrar que está a prestar a atenção ao que está a ouvir, o concentrar-se na esperança, metas e resolução de problemas, a seleção de recursos visuais, frases curtas, incluindo fotos e gráficos coloridos para tornar o conteúdo mais atraente, o planeamento de atividades interativas, a utilização de jogos que são mais eficazes para a aprendizagem, com utilização de exemplos para ilustrar cada ponto de informação (o que aumenta a compreensão e memória do conceito), e a utilização do grupo de pares para capacitar e incentivar a aprendizagem ativa (Standifird, 2005; Broussard & Broussard, 2010). O programa *Adolescent Support Model* (Sauls & Grassley, 2011) é um exemplo específico de guia orientador das necessidades das adolescentes ao longo do processo de gravidez, onde são promovidos comportamentos de apoio singular e adequados à idade das adolescentes.

No desenvolvimento da sua prática, ao nível da satisfação das necessidades básicas e da promoção da saúde do indivíduo, os enfermeiros devem alicerçar as suas ações em pressupostos teóricos que a fundamentem.

Ou seja, as teorias orientam a prática da educação, uma vez que conferem uma visão aprofundada sobre os fenómenos permitindo a reflexão, análise e discussão sobre os mesmos (Rodrigues, Pereira & Barroso, 2005). Deste modo, os enfermeiros podem ajustar os cuidados de modo a facilitar e desenvolver confiança (Sauls & Grassley, 2011). Entre os modelos e teorias de enfermagem que possam ser aplicados para desenvolver cuidados de enfermagem no âmbito da promoção da saúde, podemos citar o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender. Este Modelo fornece uma estrutura simples e clara, em que o enfermeiro pode realizar cuidados de forma individual, ou reunindo as pessoas em grupo, permitindo o planeamento, intervenção e avaliação das suas ações, pelo estudo da inter-relação das características e experiências individuais, pelos sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento que se quer alcançar e, por último, pelo comportamento de promoção da saúde desejável (figura 1).

Figura 1 - Diagrama do Modelo de Promoção a Saúde de Nola Pender.



Fonte: Traduzido de *Health Promotion in Nursing Practice*. Victor, Lopes & Ximenes, 2005, p. 237.

No entanto, as motivações e as teorias de aprendizagem proporcionam a base necessária para planejar e ter sucesso no ensino, nomeadamente verifica-se que os pais ficam motivados se forem ajudados a estabelecer metas, expressando *feedback*¹ claro do que fizeram bem e fornecendo elogios eficazes (Redman, 2003). Surgindo, deste modo, como proposta para integrar a enfermagem na ciência do comportamento, identificando os fatores que influenciam comportamentos saudáveis, além de ser um guia para explorar o complexo processo biopsicossocial que motiva os indivíduos para comportamentos promotores de saúde (Pender, Murdaugh & Parsons, 2002), respondendo ao grupo e problemática subjacente à gravidez e maternidade na adolescência, dando contributos de uma perspetiva holística, da psicologia social e da teoria da aprendizagem.

¹ O *feedback* verbal ou não verbal é uma resposta ao remetente que pode indicar se o significado da mensagem foi recebido. Como a comunicação é um processo de mão dupla, o enfermeiro dá o *feedback* e busca o retorno dos pacientes para validar a compreensão das mensagens enviadas (Potter, Perry & Elkin, 2012, p. 9)

Para a clarificação do Modelo, podemos salientar que, relativamente aos grandes conceitos, o de saúde é visto sob os aspetos individual, familiar e comunitário, com ênfase na melhoria do bem-estar, no desenvolvimento das capacidades e não como ausência de doenças.

A autora refere que este conceito deve ser estudado durante todo o processo de desenvolvimento do ser humano, levando em consideração a idade, a raça e a cultura, numa perspectiva holística (Pender, Murdaugh & Parsons, 2002). Quanto ao conceito de ambiente, este deve ser compreendido como resultado das relações entre indivíduo e o acesso existente aos recursos de saúde, sociais e económicos, referindo que esta relação é promotora de um ambiente saudável. O conceito de pessoa é definido como aquele em que o indivíduo é capaz de tomar decisões, resolver problemas, realçando o potencial que cada um tem para mudar o seu comportamento em saúde (Pender, Murdaugh & Parsons, 2002). Já o conceito enfermagem surge intimamente relacionado às intervenções e estratégias que o enfermeiro deve dispor para o comportamento de promoção da saúde, sendo que uma das principais intervenções de enfermagem prende-se com o estímulo para o autocuidado (Pender, Murdaugh & Parsons, 2002).

Podemos referir que as decisões relativas ao estilo de vida são determinadas pelo conhecimento, a vontade e pelas condições de vida, sendo que o conhecimento e a vontade são fatores internos do indivíduo, e as condições promotoras para alcançar essa qualidade de vida são denominados como fatores externos (Tobón, 2003), verificando-se que, quando os estes dois fatores interagem favoravelmente, é alcançada uma boa qualidade de vida.

Percebemos que as questões internas, ou fatores pessoais, são determinantes para o autocuidado, verificando que, para a formação destes fatores pessoais, estão envolvidas questões relacionadas com o conhecimento e a vontade, que determinam em grande medida a adoção de práticas saudáveis. O conhecimento está relacionado com a prática de decisões informadas e opções saudáveis em detrimento de práticas nocivas para a saúde, enquanto a vontade está relacionada com o percurso de vida, com os valores, com as crenças, com a aprendizagem e com as motivações que cada um tem.

É importante mencionar que existe uma relação entre o Modelo proposto por Pender e os estilos de vida saudáveis, em relação às decisões para modificar comportamentos de risco a adotar estilos de vida saudáveis. Pender, sugeriu que os fatores individuais cognitivos e de percepção são modificados por condições situacionais, pessoais e

interpessoais, bem como pela cultura. Ou seja, a prática educativa em saúde é uma ferramenta importante para a estimulação dos princípios que regem a noção de autocuidado. Assim, é por meio dela que se procura uma vida saudável, estimula os indivíduos a adquirir consciência crítica para rever conceitos e valores, bem como propondo caminhos alternativos (Souza, Wegner & Gorini, 2007).

Podemos, também referir que a educação é uma prática que está sujeita à organização da sociedade, e deve ter condições para criar um espaço de intervenção nessa realidade.

Através da educação, o enfermeiro desempenha um papel que tem um significado amplo nas relações entre, a saúde, a educação e a sociedade, que consiste em partilhar o conhecimento técnico específico, nos vários contextos, seja individual, em grupo ou em comunidade (Waldow, 2009).

No entanto, será relevante que para propormos mudanças, precisamos de perceber a sua necessidade, assim é determinante a compreensão das modificações que acontecem.

Na verdade, recebemos a todo o momento informações que atingem os nossos órgãos dos sentidos, levando no entanto a que essas informações precisem de ser selecionadas, de acordo com o seu grau de importância, para que possam completar o que já foi apreendido. A esta conjuntura denominamos de percepção.

Assim, o termo percepção vem do latim *perceptio, ōnis*, que significa, ato, efeito ou faculdade de perceber, tomada de conhecimento sensorial de objetos ou de acontecimentos exteriores.

Deste modo, a percepção pode ser entendida como o processo de organizar, selecionar e perceber o que nos é transmitido, através de estímulos dados pelo meio ambiente.

Todavia, o processo de percepção tem início no processo de observação seletiva e com o prestar atenção. Existem vários fatores que influenciam a atenção e que se encontram agrupados em duas categorias: fatores externos, próprios do meio ambiente, e os fatores internos, próprios do nosso organismo (Tojal, 2011).

A percepção sobre a importância do conhecimento, é o reflexo da experiência individual que cada um vivencia, relativamente ao processo de formação e conhecimento. Se por um lado, a percepção se define como um processo de selecionar, organizar e interpretar

os estímulos oferecidos pelo meio ambiente, por outro lado, o conhecimento apresenta-se como sendo a aplicação ou lembrança de matérias, conceitos, teorias, princípios e nomes, que foram aprendidos anteriormente, levando a um processo de transformação individual que acarreta a tripla dimensão, nomeadamente a dimensão do saber, no qual se inclui o conhecimento; do saber fazer, que diz respeito às capacidades e competências; e do saber ser, que integra as atitudes (Alcoforado et al, 2011).

Todavia, à medida que adquirimos novas informações, a percepção altera-se. Assim, a experiência de cada indivíduo, bem como a sua interferência com o mundo exterior, tem interferência na percepção, uma vez que esta tem por base um processo complexo de cognição e conhecimento.

Assim, quando falamos em percepção e conhecimento, fazemos referência a um processo complexo que implica uma retrospeção da experiência vivenciada por cada um, relativamente a este processo de aquisição de conhecimentos, competências e formação de atitudes. Sendo que este vai sendo construído ao longo da vida, envolvendo um conjunto de competências, vivências e atitudes.

Em suma, a construção da percepção sobre o conhecimento é variável de indivíduo para indivíduo, tendo em consideração que esta baseia-se, não só na experiência, objetivos e motivação individual, bem como do percurso formativo ou de informação, e das características pessoais em situação de aprendizagem.

Neste contexto entendemos que o cuidar, está relacionado com a intenção de promover o bem-estar, oferecer apoio e minimizar os riscos, e conseqüentemente diminuir a vulnerabilidade (Waldow, 2008). Em suma, podemos salientar que o enfermeiro que desempenha atividades educativas deve ampliar a sua *praxis* para além da reprodução das informações recebidas, devendo também estimular o estabelecimento de relações que possam levar a soluções que respondam às necessidades dos indivíduos, famílias e comunidades. No entanto essa percepção deve existir, como fonte de inquietação e reflexão sobre a prática do cuidar.

5. – SÍNTESE

O enquadramento que apresentamos, e que orientou a construção deste documento realça a importância das características desenvolvimentais dos adolescentes no processo de transição para a maternidade. Isto é, realça as fases de desenvolvimento físico, emocional e social dos adolescentes, a relação que estabelecem numa interações mutua entre o contexto em que vivem, as relações interpessoais e intrapessoais, bem como o contexto histórico. Apuramos, que estes fatores são importantes e modeladores nas mudanças neste ciclo de vida. Deste modo, as características nas quais os indivíduos se desenvolvem, bem como a diversidade de recursos individuais, os contextos históricos, sociais, culturais e até religiosos têm sido objeto de estudo das diversas áreas científicas e até de estratégias políticas. Destes, têm emergido evidências relevantes quando nos debruçamos sobre o estudo da gravidez e maternidade na adolescência.

Quanto à parentalidade, é importante ressaltar que ser mãe e pai é uma tarefa complexa e que leva a desenvolver muitas questões sobre o melhor modo de realizá-la. Inúmeras ideias têm sido frequentemente divulgadas, que enfocam a parentalidade como uma co-construção entre pais e filhos, que abordam a maternidade e a paternidade em contextos específicos, como a adolescência, bem como, sobre o desenvolvimento das relações de apego e afeto estabelecidas entre os diversos intervenientes neste processo. Assim, entendemos que na construção da parentalidade, tem que ser considerada a história dos próprios pais desde antes da concepção, os seus desafios perante as situações esperadas e não esperadas, o apoio da rede familiar e as características de desenvolvimento, num processo dinâmico e bidirecional.

Percebemos que a abordagem á parentalidade é bastante diversa o que denota existir uma variedade de fundamentos teóricos, metodológicos e clínicos para perceber esta temática, o que lhe confere um carácter amplo e variado. Além disso, percebemos a relevância em aproximar as questões teóricas sobre a parentalidade da prática clínica dos profissionais envolvidos, transcendendo a simples constatação e trazendo considerações

importantes sobre as possibilidades de intervenção junto das mães adolescentes. Neste contexto de parentalidade na adolescência, verificamos que o papel paternal embora seja referido pelos pais como importante, observamos que na sua maioria este é pouco presente quer na vida da criança quer na vida da mãe adolescente. Assim, poderá ser pouco frequente a implicação e recurso nesta transição. Argumentação que nos levou a focar esta investigação nas questões da maternidade em particular.

Quanto ao conhecimento e as suas implicações neste contexto de cuidados, tivemos como princípio de que, os indivíduos com mais e melhores conhecimentos tendem a gerir de uma forma mais assertiva para a sua saúde e conseqüentemente melhorar a sua qualidade de vida. Deste modo, o conhecimento deve refletir-se como fator determinante em saúde, devendo ser encarado num contexto de promoção de saúde de uma forma ampla.

Neste contexto da maternidade na adolescência, concluímos que deve persistir a preocupação em adaptar os planos ou programas de saúde, medidas que permitam prevenir complicações, que sejam promotores do desenvolvimento pessoal, e que leve cada jovem a pensar e agir de forma a aumentar o controlo sobre a sua saúde. Ou seja, a saúde deve ser entendida de uma forma positiva, dando especial realce aos recursos pessoais e sociais de cada jovem, demonstrando que deve possuir um papel ativo, atribuindo-lhes mais controlo sobre as condições que afetam a sua saúde.

Quanto aos cuidados de enfermagem, percebemos que os primeiros 6 meses são determinantes para a manutenção da satisfação das necessidades das mães quer dos filhos. Sabemos no entanto que a tendência atual para a alta precoce, faz com que estes fatores se tornem relevantes, tendo em consideração que na sua maioria estas mães não frequentou ou frequentou tardiamente, as consultas e apoios de vigilância de saúde materna. Assim, as informações importantes têm que ser fornecidas num curto espaço de tempo no período pós-parto, sendo que os enfermeiros devem estar sensibilizados e oferecer às adolescentes, as estratégias pessoais e de encaminhamento para os recursos da saúde existentes de forma a ser promovida uma melhor e mais adequada adaptação a esta fase de transição.

Realçamos, dos achados que as mães adolescentes valorizam a relação de proximidade que estabeleceram com os enfermeiros. Deste modo, percebemos ser imprescindível que os enfermeiros assumam o seu papel, enquanto educadora em saúde, desenvolvendo um diálogo de suporte, tornando as mães melhor informadas e preparando-

as para cuidar de si e do seu bebê, apresentando deste modo menor probabilidade de complicações.

Assim, percebemos que é primordial dotar as mães adolescentes de conhecimentos, que lhes permitam uma melhor aprendizagem, ampliando os seus conhecimentos e desenvolvendo competências que lhe facultem tomar medidas mais assertivas.

PARTE II – PERCURSO METODOLÓGICO E EMPÍRICO

1. – MATERIAIS E MÉTODOS

Embora saibamos que toda a informação que não é sentida como necessária não é tomada em consideração, verificamos ao consultar a bibliografia existente sobre o tema, que os estudos sistemáticos sobre as preocupações parentais de um grupo de pais são pouco frequentes.

Com este estudo, pretendemos contribuir para o aprofundamento do conhecimento sobre as intervenções de enfermagem facilitadoras da adaptação ao papel da mãe adolescente, e cooperar na obtenção de ganhos em saúde. Pensamos ainda, que toda a investigação nesta área irá promover uma melhoria nas condições de prevenção, atendimento e acompanhamento destas jovens.

1.1. – Desenho do Estudo

A metodologia desempenha uma função fundamental na investigação, englobando um conjunto de técnicas metodológicas, onde cada uma apresenta características particulares e específicas, que em certos casos, podem ser complementares. Neste trabalho, demos prioridade às técnicas de pesquisa quantitativa, o que constitui uma modalidade de investigação cada vez mais utilizada no das ciências de enfermagem e das ciências sociais.

De formas a clarificar o desenho do estudo, apresentamos esquematicamente o percurso metodológico e empírico (figura 2).

A primeira etapa começa por apresentar os resultados da recolha dos contributos teóricos acerca da temática, analisando as metodologias, os resultados e as implicações dos estudos de investigação realizados, através da revisão sistemática da literatura.

A segunda etapa apresenta a validação da escala selecionada, tendo em consideração que embora nalgumas investigações se opte pela construção de novos

instrumentos, existem evidências que reportam o facto de que o processo de adaptação de um instrumento já existente, específico para a população-alvo, possui vantagens consideráveis (Borsa, Damásio & Bandeira, 2012), ou seja, ao adaptar-se um instrumento, tal proporciona ao investigador a comparação dos dados obtidos em amostras diferentes noutros contextos, permitindo uma maior equidade na avaliação, uma vez que se trata de uma mesma medida que avalia o constructo a partir de uma perspetiva teórica e metodológica idêntica (Gudmundsson, 2009). Assim, será apresentada todos os procedimentos metodológicos, bem como avaliação dos resultados encontrados resultantes da sua aplicação.

Figura 2 - Desenho da investigação



O estudo pretende, também, explorar e determinar a existência de relações entre as variáveis em estudo e descrever essas relações, bem como determinar a natureza da força e da direção das relações (Polit, Beck & Hungler, 2006). Assim, a terceira etapa apresenta as hipóteses que testamos de forma a servirem de instrumentos de trabalho teórico. Ou seja, do seu levantamento e estudo puderam ser inferidos novos contributos para o melhor conhecimento e prática da problemática envolvente. Por fim, expomos o modelo prescritivo

onde as propostas resultantes deste modelo são sempre potenciais, ou seja, são os resultados com maior probabilidade de ocorrerem atendendo a determinadas combinações de atributos, pelo que o uso destes dados pode ser utilizado na adoção de comportamentos na assistência às mães adolescentes.

Deste modo, assume-se como **finalidade**: contribuir para a promoção da transição saudável para a maternidade, através do conhecimento que as mães adolescentes mais valorizam para cuidar de si e dos seus filhos. Tendo em consideração, que ao avaliar esses conhecimentos, podemos proceder à caracterização e a definição de um perfil de cliente dos cuidados de enfermagem centrado não só na preparação para a maternidade, como no acompanhamento destas mães pós alta hospitalar.

1.2. – Questões e Objetivos da Investigação

Dado que nos propusemos estudar as necessidades de conhecimentos que as mães adolescentes mais valorizavam, e na sequência das considerações efetuadas, anteriormente no enquadramento teórico, para a orientação do nosso trabalho, elaboramos algumas questões de investigação:

1. Para cuidar dos seus filhos, quais os conhecimentos que as mães adolescentes mais valorizam?
2. Para a promoção do autocuidado, quais os conhecimentos que as mães adolescentes mais valorizam?
3. Quanto às necessidades referidas pelas mães adolescentes, qual a perceção que os enfermeiros apresentam?
4. Qual a influência das variáveis socio demográficas, sociais e económicas, nas necessidades referidas pelas mães adolescentes?
5. Para a promoção de uma transição saudável, quais as intervenções de enfermagem que podemos implementar?

Neste contexto, definimos os seguintes objetivos:

- Identificar quais as necessidades de aprendizagem prioritárias no pós-parto na perspetiva das mães adolescentes;
 - Descrever a associação entre as necessidades de aprendizagem no pós-parto, as características sociodemográficas e as características obstétricas das mães;
-

- Aumentar o conhecimento em enfermagem relativamente às necessidades de conhecimentos das mães adolescentes, no seu autocuidado e nos cuidados ao seu filho;
- Apresentar um modelo prescritivo que oriente as práticas de cuidar na maternidade na adolescência e potencie uma transição saudável.

1.3. – Hipóteses

A formulação de hipóteses constitui um elemento importante no conhecimento científico, pelo que se torna imprescindível a sua formulação. Os seus resultados advêm de diversas fontes, combinando quer o problema quer o objetivo, numa explicação, tendo em consideração os resultados em estudo (Hill & Hill, 2012). Salientamos, que as hipóteses podem ter origem na observação, em resultados de outras pesquisas, de teorias e da intuição do investigador, verificando-se ser comum atribuir a um único acontecimento a condição de causador de outro. Deste modo, supomos, que as variáveis escolhidas neste estudo podem ser relevantes para explicar o fenómeno em questão.

Todavia, ao tratar-se de uma técnica para se fazer inferência estatística, a hipótese é uma suposição formulada a respeito dos parâmetros de uma distribuição de probabilidade de uma ou mais populações, e que o seu resultado auxilia na demonstração de que a relação se repete regularmente, podendo existir a comparação dos resultados obtidos entre os grupos a quem se aplicou a escala, por grau de importância atribuído aos conhecimentos. Ou seja, a partir de um teste de hipóteses, realizado com os dados amostrais, pode-se inferir sobre a população.

Contudo, especialmente nas ciências sociais tende-se a acentuar a multiplicidade de condições, que reunidas, tornam provável a ocorrência de determinado fenómeno (Gil, 2002). Deste modo, a hipótese é uma proposição antecipatória à comprovação de uma realidade existencial, ou seja, é uma espécie de pressuposto que antecede a constatação dos fatos. Por isso, se diz também que, as hipóteses de trabalho são formulações provisórias do que se procura conhecer, representando as possibilidades de respostas para o problema ou assunto da pesquisa (Trujillo, 1982; Vilelas, 2009).

Neste tipo de investigação em que existe uma multiplicidade de condições, não podemos definir uma só hipótese, e por isso levantámos várias hipóteses, comprovadas

posteriormente com a finalidade de testar as relações existentes entre as várias variáveis. A decisão de definir hipóteses de trabalho foi bastante ponderada, devido ao desejo inicial de apresentar apenas um trabalho descritivo e exploratório. Contudo, o contacto prolongado com a temática e a necessidade de melhorar o conhecimento empírico do objeto em estudo, levaram-nos à formulação de hipóteses de trabalho que, muito embora não esgotem as possibilidades de análise, confere-lhe uma dimensão mais quantitativa e consistente do ponto de vista da análise estatística.

Assim, na nossa investigação, esta opção foi fundamentada, no facto de sabermos que estas questões de investigação provêm, das reflexões originadas pela revisão bibliográfica, que foi importante, pois permitiu-nos realizar uma atualização dos conhecimentos relativos a esta temática.

Neste sentido, colocámos as seguintes questões que nos pareceram importantes para perceber a problemática.

Assim as nossas questões são:

- Haverá influência da gravidez planeada na necessidade de conhecimentos referidos pelas mães adolescentes?
- Haverá influência quando existe acompanhamento e apoio dos familiares na necessidade de conhecimentos referidos pelas mães adolescentes?
- Haverá relação entre o grau de importância atribuída, pelos enfermeiros e pelas mães adolescentes, relativamente às necessidades de conhecimentos sobre o relacionamento do casal?
- Qual a perceção que os enfermeiros têm sobre a necessidade de conhecimento das mães adolescentes, para o autocuidado e para cuidar dos seus filhos?

Neste contexto, considerando, então a H_0 a hipótese nula, e H_1 a hipótese alternativa a ser testada (complementar de H_0). O teste pode levar a aceitação ou rejeição de H_0 que corresponde, respetivamente à negação ou afirmação de H_1 .

Pretendeu-se, deste modo relacionar algumas variáveis sociais e de acompanhamento, com o grau de importância que as mães adolescentes atribuíram às necessidades de aprendizagem, bem como compará-las e relacioná-las com o grau de

importância que os enfermeiros lhe atribuíam. Deste modo, delinearam-se as seguintes hipóteses:

- **H1** – As mães têm mais necessidades de aprendizagem comparativamente às percepções dos enfermeiros;
- **H2** – A gravidez planeada gera menos necessidades de aprendizagem comparativamente à gravidez não planeada;
- **H3** – As mães que tiveram acompanhamento/apoio, de familiares durante a gravidez têm menos necessidades de aprendizagem comparativamente às mães que não foram acompanhadas/apoiadas;
- **H4** - As mães têm mais necessidades de aprendizagem sobre o relacionamento do casal comparativamente às percepções dos enfermeiros.

1.3. - Variáveis

Um estudo científico, independentemente do seu tipo, contém variáveis, que estão inseridas nos objetivos e/ou nas hipóteses. Entendemos por variáveis todos os aspetos, propriedades, características individuais ou fatores, mensuráveis ou potencialmente mensuráveis, que pode assumir diferentes valores ou diferentes aspetos e que através de um estudo e dos diferentes valores que assumem, puderam testar a relação expressa numa proposta (Köche, 2011).

Dependendo do tipo de relação que expressa, a variável pode ser classificada, em variável independente ou dependente (Tuckman, 1972; Vilelas, 2009). Assim, a variável independente é aquela que é fator determinante para que ocorra um determinado resultado, sendo a condição ou a causa para um determinado efeito ou consequência. Numa pesquisa experimental a variável independente, é aquela que é manipulada pelo investigador, para ver que influência exerce sobre um possível resultado. Como variável dependente, entende-se que é aquele fator ou propriedade que é resultado, consequência ou resposta de algo que foi provocado.

Nesta situação podemos então referir que, a **variável dependente** é a necessidade de conhecimentos das mães adolescentes no pós-parto, sendo aquela que o investigador tem interesse em compreender, explicar e prever.

Esta variável é como que a consequência de uma multiplicidade de indicadores para medirem a variável dependente, que neste estudo são os seguintes:

- Variáveis de caracterização socioeconómica e demográfica: a estrutura familiar, o relacionamento do casal.
- Variáveis de vigilância e de promoção da maternidade: acompanhamento, informação e vigilância pré-natal.

A variável dependente não é manipulada, mas é o efeito observado como resultado da manipulação da variável independente. Contudo, uma vez que não sendo um estudo experimental, mas sim correlacional, não houve lugar a manipulação da variável independente. Deste modo, falamos apenas de relações entre variáveis dependentes.

No nosso estudo, considerando como variável de seleção, o seguinte requisito, mães adolescentes.

De forma a clarificar as variáveis envolvidas, iremos seguidamente apresentar alguns conceitos. Assim, percebendo que a família é um *“(...) sistema, à semelhança de um organismo vivo e por isso deve ser analisada como um todo onde cada membro é o que é por si mesmo e pelas relações que estabelece com os outros. Os membros procuram definir para si e para os outros membros da família significados, o poder, a formação e distribuição de afetos”* (Dias, 2006, pg. 148), entendemos por **estrutura familiar** a forma como esta se organiza, bem como são desenvolvidas as relações dos seus elementos entre si. Ou seja, todas as famílias são fundadas através de uma estrutura de relações entre os vários membros da família, sendo que esta organização é específica e única de cada família. Deste modo, a estrutura familiar compõe-se de um conjunto de indivíduos com condições, socialmente aprovada e em posições, socialmente reconhecidas, e com uma interação regular e recorrente.

Por **relacionamento do casal**, consideramos todo o relacionamento amoroso e/ou sexual com uma outra pessoa, que possua algum grau de estabilidade. Podem ser considerados relacionamentos de casal os namoros, noivados e casamentos, bem como relacionamentos mais informais como casamentos não oficiais ou namoros sem compromisso (Wachelke, Andrade, Cruz, Faggiani & Natividade, 2004).

Quanto às variáveis de promoção da maternidade, entendemos por **acompanhamento, informação e vigilância pré-natal**, o acolhimento da mulher/casal, a

oferta de respostas e de apoio aos sentimentos de medo, de dúvidas, de angústias, de fantasias ou, simplesmente, a satisfação da curiosidade sobre as transformações do seu corpo (Martins, 2011), sendo que as consultas pré-natais apresentam uma vertente educativa, informativa e formativa, em que a enfermeira é simultaneamente a “educadora”, a “formadora” e a “supervisora” da aprendizagem (Cunha, 2015).

1.4. – Tipo de Estudo

A metodologia deve ser escolhida em função dos objetivos de investigação, dos resultados esperados e do tipo de análise, que se deseja efetuar (Hill & Hill, 2012).

No sentido de responder aos objetivos e hipóteses formuladas, optou-se por um estudo de caráter quantitativo, exploratório, descritivo, transversal e correlacional, uma vez que se pretendeu descrever uma determinada população ou fenómeno e estabelecer relações entre variáveis, num determinado momento, sem interferência do investigador.

Com ele pretendemos precisar a natureza de uma situação, tal como ela existe no momento do estudo. As pesquisas descritivas, para Gil (1995), têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenómeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis.

No entanto verificamos que o estudo também é correlacional, tendo em consideração que ao existirem conhecimentos sobre o fenómeno, a investigação foi orientada para a descoberta de relações possíveis entre os fatores ou variáveis. Ou seja, o seu objetivo é quantificar, através de provas estatísticas, a relação entre duas ou mais variáveis, não procurando no entanto, estabelecer uma relação causa-efeito. Deste modo, consideramos esta investigação de nível II, pois comporta a compreensão da situação em estudo, sendo utilizadas análises estatísticas que permitam determinar possíveis relações entre conceitos (Hill & Hill, 2012).

Ou seja, induz a criação de hipóteses com base em medidas de associação. A correlação entre duas variáveis é uma condição necessária, mas não suficiente para concluir, que entre ambas existe causalidade. Indica a direção das relações e o grau entre as variáveis, sendo que a sua utilidade está em saber como se pode comportar uma variável conhecendo o comportamento da outra. São úteis sobretudo para a formação de hipóteses. Assim, os estudos correlacionais permitem estudar relações complexas entre as variáveis, são muito

eficientes e eficazes para colher uma grande quantidade de dados a respeito de um problema.

Todavia, queremos realçar que embora o termo *variável seja* dos mais utilizados na linguagem de investigação, o seu objetivo é o de conferir maior precisão aos enunciados científicos, sejam eles hipóteses, teorias, leis, princípios ou generalizações. Assim, o conceito de variável refere-se a tudo aquilo que pode assumir diferentes valores ou diferentes aspetos, segundo a particularidade dos casos ou as circunstâncias onde são avaliados (Gil, 2002).

1.5. – População e Amostra

Relativamente ao cálculo da amostra, embora apresentando algumas reservas quanto aos resultados, sabemos também que teoricamente está descrito que o número mínimo absoluto de participantes seja de 100 indivíduos, estando descrito que idealmente, 200 participantes darão uma dimensão sem reservas quanto aos resultados encontrados (Moreira, 2004).

A amostra deste estudo foi formado por 10% do total do número de mães registadas no ano de 2014 (INE, 2015), ou seja, a amostra é constituída 251 mães adolescentes.

Para a amostra das mães adolescentes, tivemos como critério de inclusão, de acordo com os objetivos do estudo: a idade (até aos 19 anos) e/ou ausência de anomalias fetais.

Conhecendo as dificuldades inerentes à constituição da amostra das mães adolescentes, optamos pela Área Metropolitana de Lisboa, por verificarmos ser a Região de Saúde em Portugal Continental que apresentava maior taxa de nascimentos em mães adolescentes (INE, 2013).

Assim, procedemos o contacto com as instituições hospitalares, desta área geográfica de modo a solicitar a sua participação e autorização para a realização do estudo. As instituições foram informadas do objetivo e finalidade do estudo, tendo sido apresentado o instrumento de recolha de dados.

Em seguida iremos apresentar o instrumento que utilizar para validar os nossos objetivos.

1.6. – Instrumento de Recolha de Dados

Medir significa atribuir valores a características ou atributos de um objeto, segundo regras que assegurem a validade e a confiabilidade dos resultados da medida (Braga & Cruz, 2006), subentendendo uma teoria que defina a importância dos constructos a serem avaliados.

Sabemos, também que o processo de medida é entendido pelo modo como enumeramos situações que são observáveis, levando a que depois sejam resumidas a descrições ou modelos compactos, pressupondo que representem a regularidade significativa nas entidades observadas (Judd & McLeland, 1995). Assim, o modelo construído é, então, denominado escala ou variável, sendo que o atributo significativo é designado como o constructo.

Assim, o conceito de variável refere-se a tudo aquilo que pode assumir diferentes valores ou diferentes aspetos, segundo os casos particulares ou as circunstâncias (Gil, 2002). Medir ou avaliar, consiste em regras que identifiquem as escalas com as entidades, de forma a representarem os constructos com significado teórico.

Desta forma, o nosso constructo será operacionalizado em variáveis observáveis e mensuráveis, passível de ser avaliado através de uma Escala resultante da pesquisa efetuada na Revisão Sistemática da Literatura.

Com a intenção de, posteriormente continuar o estudo, decidimos utilizar um instrumento de auto preenchimento para avaliar as necessidades de conhecimentos entre a população de mães adolescentes. Este fator foi importante para a decisão na sua utilização em detrimento da construção de um novo instrumento, por verificarmos que a utilização de um instrumento já existente, adaptado e validado culturalmente é o mais recomendado devido à operacionalização desse processo (Beaton, Bombardier, Guillemin & Ferraz, 2000; Maher & Latimer & Costa, 2007). Existem diferentes métodos para a realização da adaptação cultural do instrumento; no entanto para fazer a adaptação transcultural de uma escala, a literatura internacional apresenta os procedimentos mais recomendados, de modo a se obter uma nova versão da escala, que seja equivalente à versão original (Guillemin, Bombardier & Beaton, 2000).

A adaptação transcultural do *Postpartum Learning Needs* – PLN (Anexo C) para uso num novo país, e/ou língua requer uma metodologia única, a fim de alcançar uma equivalência entre a fonte original e os idiomas alvo (Beaton et al., 1998). É reconhecido de

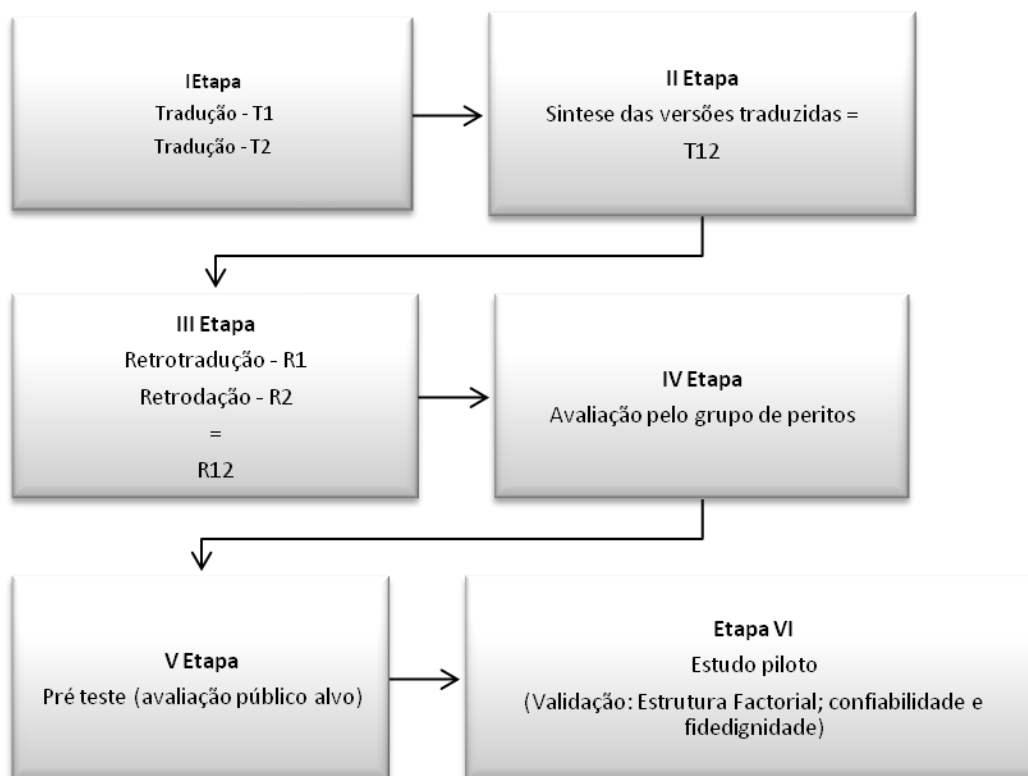
que o instrumento não deve ser só traduzido linguisticamente, como também culturalmente, de modo a que se mantenha a sua validade. Com este processo, conseguimos garantir que a descrição do fenómeno de saúde comporta-se do mesmo modo independentemente dos países ou da avaliação dos resultados.

A escolha deste instrumento para medir as necessidades de aprendizagem prioritárias no pós-parto fundamentou-se nas suas propriedades de medida, como a consistência interna, que apresentou um valor de confiabilidade de Alfa de Cronbach das subescalas materna e infantil foi de 0,86 e 0,93, respetivamente para a amostra mãe e 0,92 e 0,93 respetivamente para a amostra de enfermeira, o que permitiu evidenciar a adequação da escala para aplicar à população alvo. Salientamos, também o facto de que até o momento da realização do presente trabalho, nenhum instrumento de auto preenchimento para a validação da priorização na necessidade de conhecimentos das mães adolescentes foi validado para a população portuguesa.

Assim, a finalidade é traduzir e analisar as potencialidades da utilização da PLN como instrumento de medida, para avaliação do grau de importância que as mães adolescentes atribuem aos conhecimentos relacionados com o autocuidado e com os cuidados ao seu bebé, em Portugal.

Salientamos, que ao adaptar um instrumento, o pesquisador é capaz de comparar dados obtidos em diferentes amostras, de diferentes contextos, permitindo uma maior equidade na avaliação, uma vez que se trata de uma mesma medida, que avalia o constructo a partir de uma mesma perspetiva teórica e metodológica. Por outro lado, a utilização de instrumentos adaptados permite uma maior capacidade de generalização, permitindo também a investigação de diferenças entre uma população diversificada (Borsa, 2012).

Figura 3 - Procedimentos de tradução e validação cultural segundo Beaton et al.



Este tipo de estudo pretende definir o constructo ou comportamento a ser medido, elaborando ou validando um instrumento confiável que possa ser utilizado por outros pesquisadores (Lobiondo & Haber, 2001). Em suma, o estudo pretende verificar as propriedades psicométricas da PLN para validação e aplicação em Portugal.

Deste modo foi utilizada como orientação metodológica, o protocolo proposto por Beaton (Beaton, Bombardier, Guillemin & Ferraz, 2000), onde está descrita a proposta para a adaptação de instrumentos a partir de seis etapas: (1) tradução do instrumento do idioma de origem para o idioma alvo, (2) síntese das versões traduzidas, (3) retrotradução, (4) avaliação da síntese por peritos, (5) avaliação do instrumento pelo público-alvo, e (6) estudo piloto com validação fatorial (quadro 4).

Será relevante também referir que iremos apresentar, na etapa VI, a confirmação se de facto, o instrumento mantém a estabilidade estrutural quando comparado ao original. Trata-se da avaliação da estrutura fatorial do instrumento, a qual é realizada a partir de procedimentos estatísticos como análises fatoriais exploratórias e confirmatórias.

Seguidamente é apresentado o instrumento que irá ser processado metodologicamente, de modo a contextualizar o processo.

1.6.1. – Apresentação do Instrumento

A Postpartum Learning Needs (Obeisat, 2012) apresentava-se escrita em inglês, e é constituída por 51 itens constituída por 23 itens relacionadas com as necessidades maternas e 28 itens relacionados com as necessidades do bebé.

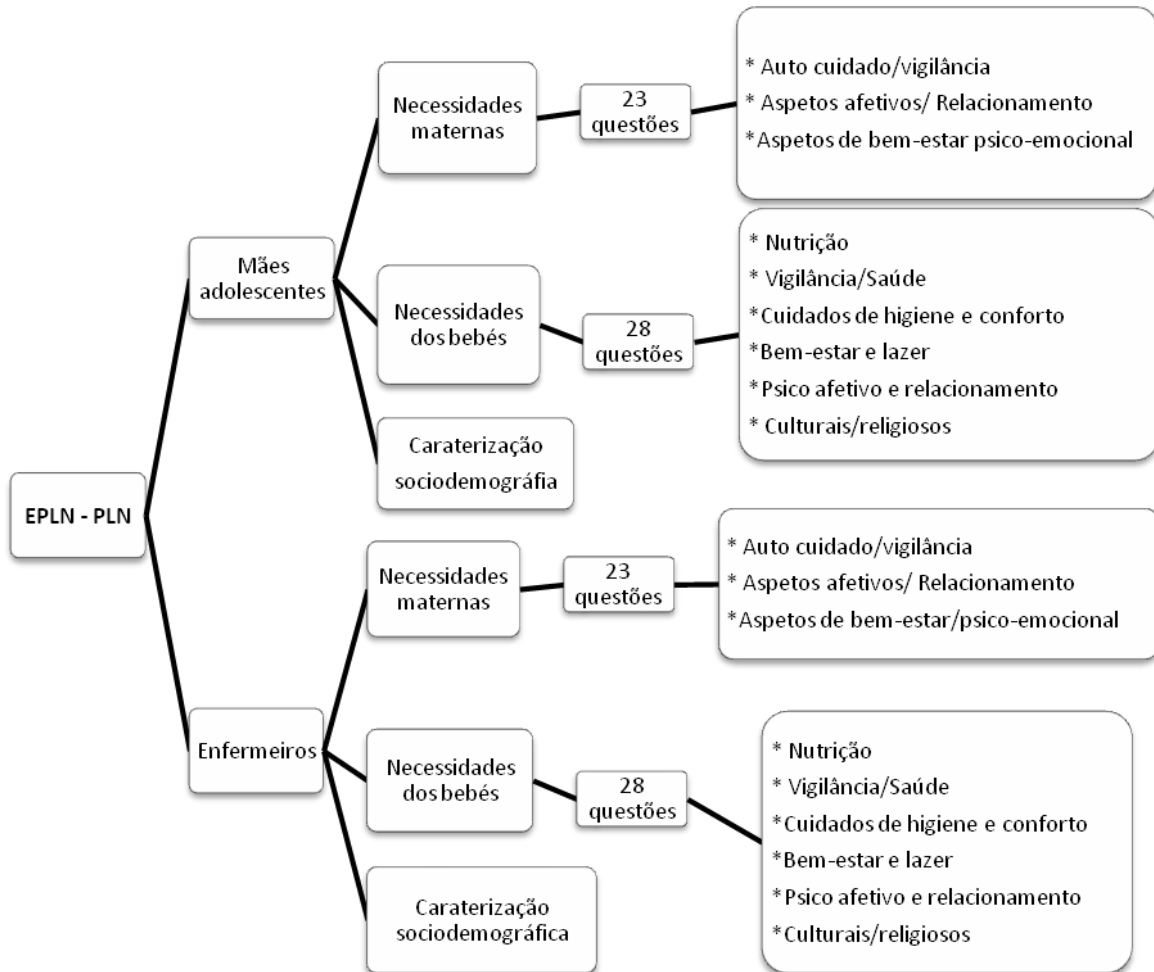
A escala está elaborada de modo a ser utilizada em duas amostras distintas: uma para ser aplicada às mães e outro para ser aplicada aos enfermeiros.

A escala é composta por duas subescalas, que está organizado em três partes: uma primeira parte referente à caracterização da amostra; a primeira e segunda subescala estão organizadas, de modo a fornecer informações relacionadas com a opinião das mães e dos enfermeiros sobre os conhecimentos que acham mais importantes para cuidar do bebé e para o autocuidado, respetivamente (figura 4).

Podemos verificar que nas duas amostras, é exibida uma primeira parte, onde é efetuada a caracterização sociodemográfica, de modo a conseguimos perceber o comportamento de algumas variáveis que se prendem com características socioeconómicas, familiares e de apoio durante a gravidez e maternidade. Estas podem ser relevantes para o acompanhamento destas mães, nomeadamente a idade, estado civil, coabitação, situação económica (emprego, rendimento mensal), planeamento da gravidez, acompanhamento familiar durante a gravidez, grau de parentesco desse acompanhante, vigilância da gravidez, informações relacionada com a preparação para maternidade, grau de importância atribuída a essa informação, grau de satisfação com o acompanhamento e duração do internamento no puerpério, auto percepção dos conhecimentos necessários para o autocuidado e para cuidar do bebé, profissional e grau de satisfação sobre os cuidados e informações fornecidas.

Nas subescalas, é pedido que para cada item, fosse indicado que assinalasse de acordo com o grau de frequência de concordância com as afirmações descritas, com opções de resposta numa escala de Likert, de 4 pontos que varia de *Not all important; Not important; Important e Very Important*, o grau de importância tendo em conta a experiência auto percebida da mãe.

Figura 4 - Representação gráfica da PLN



A primeira subescala é composta por 23 questões relacionadas com as necessidades de conhecimento sobre autocuidado e vigilância, sobre aspectos afetivos e de relacionamento e aspectos relacionados com bem-estar e psico-emocional, nomeadamente nos cuidados com a episiotomia e com a sutura abdominal, cuidados com as mamas, cuidados de higiene, lóquios, próximo período menstrual, métodos contraceptivos e planeamento familiar, funcionamento vesical e intestinal, algias e auto medicação, nutrição e exercício físico e consultas de revisão. No ponto de vista afetivo, questiona-se sobre a importância de conhecimentos sobre alterações de humor, relacionamento afetivo, reinício da atividade sexual, cansaço e fadiga, organização e estratégias de gestão do tempo.

Na segunda subescala, estão colocadas 28 questões relacionadas com as necessidades de conhecimentos sobre cuidados ao bebé. Nomeadamente aspectos

relacionados com a nutrição, designadamente com a amamentação e a alimentação, cuidados com a pele, banho e mudança da fralda, cuidados ao coto umbilical, doenças das crianças, “teste do pezinho” ou diagnóstico precoce, avaliação da febre, medicação, procura de ajuda médica e vacinação, circuncisão, crescimento e desenvolvimento infantil, choro, vestuário, atividades ao ar livre, segurança da criança e escolha dos brinquedos, relacionamento e rivalidade entre irmãos, adequação das tradições às necessidades dos bebés.

Os enfermeiros foram convidados a responder de acordo com a sua experiência, conhecimento e sensibilidade, às mesmas questões colocadas às mães, sobre o autocuidado materno, bem como sobre as necessidades de conhecimentos na prestação de cuidados ao bebé. Estes resultados permitem comparar o grau de concordância entre as duas amostras.

O instrumento foi escolhido não só pelas boas propriedades psicométricas, mas sobretudo, por sua simplicidade e aparente melhor adequação à faixa etária da população do estudo, o que pôde ser percebido durante a visita ao campo para conhecimento da população-alvo. Os conceitos apreendidos foram considerados pertinentes à nossa cultura (equivalência conceitual), e seus itens foram considerados adequados quanto à sua capacidade de representar tais conceitos na população em que pretendemos utilizá-lo (equivalência de itens).

Feita a exposição da escala e das variáveis a avaliar, iremos em seguida apresentar o processo metodológico utilizado, iniciando com a apresentação do processo de tradução para português.

1.6.2. – A Tradução do Instrumento para o Novo Idioma

A adaptação cultural do PLN para população portuguesa foi baseada nas linhas orientadoras proposta por Beaton et al. (1998), constituída de seis estádios documentados por meio de um relatório escrito.

O processo foi iniciado por dois tradutores de língua estrangeira, que tinham o português como língua mãe e apresentavam fluência na língua inglesa, sendo que um dos tradutores deve apresentar familiaridade com o constructo avaliado, enquanto um segundo tradutor não deve estar ciente dos objetivos da tradução (T1 & T2). Tal característica permite que o processo de tradução considere as especificidades do idioma para o qual o

instrumento se destina, possibilitando uma maior adequação cultural do processo de adaptação (Borsa et al., 2012).

Esta opção permite segundo o mesmo autor conseguir que a adaptação oriunda do primeiro tradutor tenda a fornecer maior semelhança científica do instrumento, proporcionando possivelmente maior equivalência a partir de uma perspectiva psicométrica. Já a adaptação oriunda do segundo tradutor apresentaria menor probabilidade de desvios, em termo de significado dos itens. Por estar menos influenciado pelo objetivo acadêmico da tradução, o segundo tradutor tenderia a oferecer uma versão que melhor reflita a linguagem utilizada pela população-alvo.

1.6.3. – Síntese das Versões Traduzidas

Após o processo de tradução do instrumento da língua original para o idioma alvo, o pesquisador deve possuir, pelo menos, duas versões do instrumento traduzido. Nesta fase, inicia-se o processo de síntese das versões (Borsa et al., 2012).

Foram produzidas as versões T1 e T2 do PLN, que foram analisadas por comparação entre si e em relação à versão original, pelos tradutores e pesquisadores.

A avaliação das diferentes traduções de um instrumento foi feita para cada item em particular. Ao longo desse processo, foi avaliado as equivalências entre as versões traduzidas e o instrumento original em quatro diferentes áreas: em primeiro lugar a equivalência semântica, que pretende avaliar se as palavras apresentam o mesmo significado, se o item apresenta mais do que uma interpretação e se existem erros gramaticais na tradução; depois, a equivalência idiomática, referente à avaliação dos itens quanto à adaptação da tradução por uma expressão equivalente e que não mude o significado cultural do item; e, por último, a equivalência experiencial referente a observar se determinado item do instrumento é aplicável na nova cultura (Quadro 4 e 5).

Quadro 4 - Modificações realizadas na etapa de tradução do PLN (Necessidades maternas).

Versão original	T 1 e T 2	Versão T 12
Episiotomy care	T1- Cuidados com a episiotomia T2- Cuidados com a área genital lavagens, mudanças de pensos, ...)	Episiotomia/ cuidados com a área genital (lavagem, mudanças de pensos, ...)
Abdominal incision care	T1- Cuidados com os pontos na barriga T2- Cuidados com a incisão/sutura abdominal	Cuidados com os pontos na barriga
Vaginal discharge (Lochia)	T1- Perdas hemáticas vaginais (lóquios). T2- Perdas de sangue vaginais (lóquios)	Perdas de sangue vaginais (lóquios)
Bowel Function (constipation/hemorrhoids)	T1- Funcionamento do intestino (Prisão de ventre/ Hemorroidal) T2- Funcionamento intestinal (obstipação/ hemorróidas).	Funcionamento do intestino (prisão de ventre / hemorróidas).
Bladder function	T1- Funcionamento da bexiga T2- Funcionamento vesical.	Funcionamento da bexiga
Nutrition	T1- Dieta apropriada após o nascimento do bebé T2.- Nutrição/ Alimentação	Dieta apropriada após o nascimento do bebé
After birth pains	T1- Dores pélvicas e/ou na incisão da episiotomia no pós-parto T2- Dores no pós-parto	Dores no pós-parto
Medications	T1- Toma de Medicação T2- Medicação	Toma de Medicação após o parto
Resumption of bathing	T1- Reinício dos cuidados de higiene e conforto T2- Retoma do banho	Retoma do banho
Postpartum fatigue	T1- Fadiga pós-parto T2- Cansaço pós-parto	Cansaço após o parto
Relationship with husband	T1- Relacionamento com o marido T2- Relacionamento com o companheiro	Relacionamento com o companheiro/marido
How to be good mother at home	T1- Retoma da vida diária T2- Como ser uma boa mãe em casa	Como ser uma boa mãe em casa
Family planning methods	T1- Métodos do planeamento familiar T2- Planeamento familiar/ métodos contraceptivos	Planeamento familiar/ métodos contraceptivos
Intercourse/sexual changes	T1- Reinício da atividade sexual T2- Alterações no relacionamento sexual	Alterações no relacionamento sexual
Postpartum cultural practices	T1- Práticas culturais pós-parto T2- Práticas culturais no puerpério	Práticas culturais após o parto
Follow up postpartum care	T1- Acompanhamento no pós-parto T2- Consulta de revisão do parto	Consulta de revisão de parto

T1= Versão em português referente ao primeiro tradutor; T2= Versão em português referente ao segundo tradutor; T12= Versão de síntese em português.

Quadro 5 - Modificações realizadas na etapa de tradução do PLN (Necessidades da criança).

Versão original	T1 e T2	Versão T12
Breast feeding	T1- Amamentação T2- Aleitamento materno	Aleitamento materno
Bottle feeding	T1- Horário das mamadas T2- Aleitamento com biberão	Aleitamento com biberão
Burping	T1- Arrostar T2- Eructação/ arrotos	Arrotos
Bathing	T1- Banho do bebé T2- Banho	Banho do bebé
Skin care	T1- Cuidados a ter com a pele do bebé T2- Cuidados com a pele	Cuidados a ter com a pele do bebé.
Cord care	T1- Cuidados a ter com o cordão umbilical T2- Cuidados com o coto umbilical	Cuidados a ter com o cordão umbilical
Taking infant's temperature	T1- Como observar a temperatura a um recém-nascido T2- Medir a temperatura	Medir a temperatura
Infant crying	T1- Choro do bebé T2- Choro da criança	Choro do bebé
Taking infant out side	T1- Cuidados a ter com o bebé quando sair para passear T2- Passeios ao ar livre	Cuidados a ter com o bebé quando sair para passear
Choosing toys for infant	T1- Escolha dos brinquedos infantis T2- Escolha de brinquedos para o bebé	Escolha de brinquedos para o bebé
What to do when having Visitors	T1- Melhor procedimento quando se recebe visitas, após o nascimento do bebé T2- O que fazer quando visitam o bebé	O que fazer quando visitam o bebé
Sibling rivalry	T1- Rivalidade entre os irmãos T2- Rivalidade/ ciúmes entre irmãos	Rivalidade/ ciúmes entre irmãos
When to call the physician about illness	T1- Quando se deve telefonar ao pediatra sobre as doenças T2- Quando ligar para o pediatra	Quando ligar para o pediatra
Infant immunization	T1- Sistema imunitário do bebé T2- Imunização/ vacinação infantil	Imunização/ vacinação infantil

T1 = Versão em português referente ao primeiro tradutor; T2 = Versão em português referente ao segundo tradutor;
T12 = Versão de síntese em português.

Em caso negativo, substituir por algum item equivalente e por último a equivalência conceptual, ou seja a averiguação se determinado termo ou expressão, mesmo que traduzido adequadamente, avalia o mesmo aspeto em diferentes culturas.

No PLN a aplicar aos profissionais de saúde, nomeadamente nos enfermeiros, não se verificou nenhuma dificuldade, pois ambos tinham terminologia conceptual. Tendo em consideração o modelo metodológico adaptado, a versão T 12 foi traduzida para o idioma original em inglês (retrotradução) por dois tradutores, que não aqueles que realizaram a primeira tradução, com língua mãe inglesa e fluência na língua portuguesa. Os quadros que seguidamente, apresentamos descrevem os resultados encontrados no processo de tradução, referente a cada uma das variáveis (quadro 6 e 7). Podemos também constatar que todas as variáveis foram aceites como importantes e adequadas ao objetivo do estudo.

A escolha da versão a utilizar T 12, é constituída por uma única versão do instrumento, composta por itens traduzidos por mais de um tradutor. Esta versão foi obtida por meio de *“consenso entre os juízes e, em momento algum, por imposição”* (Borsa, Damásio & Bandeira, 2012, p. 425).

Ambos tinham como língua materna o inglês, com fluência na língua portuguesa e residentes em Portugal (um com formação em enfermagem e outro sem formação profissional na área da saúde). Os tradutores responsáveis pela retrotradução não tinham conhecimento da versão original em inglês. Para efetuar esta etapa foram selecionados de cada tradução em português (T1 e T2) os itens que melhor pareciam corresponder ao objetivo definido inicialmente, isto é, que preservassem as equivalências semântica (as palavras têm o mesmo significado?), idiomática (existe equivalência de gírias e expressões coloquiais?), concetuais (existe homogeneidade de conceitos entre as culturas?) e que apresentassem vocabulário simples e direto.

Essas versões e retroversão foram apreciadas pelos autores, através da comparação com o texto original para correção de discrepâncias e elaboração de uma versão de consenso (VC).

Alguns itens da versão de consenso foram compostos por uma combinação de termos dos itens das duas versões (quadro 7 e 8).

De forma a prosseguir com o processo, passamos à Etapa III, onde cada uma das traduções foi, então, retrotraduzida de forma independente por dois tradutores bilingue diferentes, dando lugar à versão R1 e R2.

Quadro 6 - Exemplo da versão original, tradução, retroversão e versão de consenso do PLN (antes do pré-teste, cuidados ao bebê)

Versão original	T1 e T2	Retroversão	Versão Consenso
Breast feeding	T1- Amamentação T2- Aleitamento materno	R1 Breast-feeding R2 Breastfeeding	Aleitamento materno
Bottle feeding	T1- Horário das mamadas T2- Aleitamento com biberão	R1- Schedule of feedings R2 Feeding with bottle	Aleitamento com biberão
Burping	T1- Arrostar T2- Eructação/ arrotos	R1 Burp R2 Belching / burping	Arrotos
Bathing	T1- Banho do bebê T2- Banho	R1 Baby bath R2 Bath	Banho do bebê
Skin care	T1- Cuidados a ter com a pele do bebê T2- Cuidados com a pele	R1 Caring for the baby's skin R2 Skin Care	Cuidados a ter com a pele do bebê
Cord care	T1- Cuidados a ter com o cordão umbilical T2- Cuidados com o coto umbilical	R1 Taking care of the umbilical cord R2 Care umbilical stump	Cuidados a ter com o cordão umbilical
Taking infant's temperature	T1- Como observar a temperatura a um recém-nascido T2- Medir a temperatura	R1 How to observe the temperature of a newborn R2 Measure the temperature	Medir a temperatura
Infant crying	T1- Choro do bebê T2- Choro da criança	R1 Crying baby R2 Child crying	Choro do bebê
Taking infant out side	T1- Cuidados a ter com o bebê quando sair para passear T2- Passeios ao ar livre	R1 Caring for the baby when out for a stroll R2 Outdoor Tours	Cuidados a ter com o bebê quando sair para passear
Choosing toys for infant	T1- Escolha dos brinquedos infantis T2- Escolha de brinquedos para o bebê	R1 Choice of children's toys R2 Choose toys for baby	Escolha de brinquedos para o bebê
What to do when having Visitors	T1- Melhor procedimento quando se recebe visitas, após o nascimento do bebê T2- O que fazer quando visitam o bebê	R1 Best procedure when it receives visits after the birth of baby R2 What to do when visiting the baby	O que fazer quando visitam o bebê
Sibling rivalry	T1- Rivalidade entre os irmãos T2- Rivalidade/ ciúmes entre irmãos	R1 Sibling rivalry R2 Rivalry / jealousy between siblings	Rivalidade/ ciúmes entre irmãos
When to call the physician about illness	T1- Quando se deve telefonar ao pediatra sobre as doenças T2- Quando ligar para o pediatra	R1 When to call the pediatrician on diseases R2 When you call the pediatrician	Quando ligar para o pediatra
Infant Immunization	T1- Sistema imunitário do bebê T2- Imunização/ vacinação infantil	R1 immune system of the baby R2 Immunization / child vaccination	Imunização/ vacinação infantil

Quadro 7 – Ex. Versão original, tradução, retroversão e versão de consenso do PLN (antes pré-teste, cuidados maternos)

Versão Original	T 1 e T 2	Retroversão	Versão Consenso (VC)
Episiotomy care	T1- Cuidados com a episiotomia T2- Cuidados com a área genital lavagens, mudanças de pensos	R1 - Care episiotomy R2 - Care washing the genital area, dressing changes	Episiotomia/ cuidados com a área genital (lavagem, mudanças de pensos, ...)
Abdominal incision care	T1- Cuidados com os pontos na barriga T2- Cuidados com a incisão/sutura abdominal	R1 - Care points in belly R2 - Caring for the incision / abdominal suture	Cuidados com os pontos na barriga
Vaginal discharge (Lochia)	T1- Perdas hemáticas vaginais (lóquios). T2- Perdas de sangue vaginais (lóquios)	R1 - Vaginal blood loss (lochia). R2 - Vaginal blood loss (lochia)	Perdas de sangue vaginais (lóquios)
Bowel Function (constipation/ hemorrhoids)	T1- Funcionamento do intestino (Prisão de ventre/ Hemorroidal) T2- Funcionamento intestinal (obstipação/ hemorróidas).	R1 - Bowel operation (Constipation / Hemorrhoids) R2 - Bowel function (constipation / hemorrhoids).	Funcionamento do intestino (prisão de ventre/hemorróidas).
Bladder function	T1- Funcionamento da bexiga T2- Funcionamento vesical	R1 - Bladder function R2 - Bladder operation.	Funcionamento da bexiga
Nutrition	T1- Dieta apropriada após o nascimento do bebê T2.- Nutrição/ Alimentação	R1 - Proper diet after the birth of baby R2 - Nutrition / Food	Dieta apropriada após o nascimento do bebê
After birth pains	T1- Algias pélvicas e/ou na incisão da episiotomia no pós-parto T2- Dores no pós-parto	R1 - Pelvic pains and / or incision of an episiotomy postpartum R2 - Pain in the postpartum	Dores no pós-parto
Medications	T1- Toma de Medicação T2- Medicação	R1 - Take Medication R2 - Medication	Toma de medicação após o parto
Resumption of bathing	T1- Reinício dos cuidados de higiene e conforto T2- Retoma do banho	R1 - Home of hygiene and comfort R2 - Bath Resume	Retoma do banho
Postpartum fatigue	T1- Fadiga pós-parto T2- Cansaço pós-parto	R1 - Postpartum fatigue R2 - Postpartum fatigue	Cansaço após o parto
Relationship with husband	T1- Relacionamento com o marido T2- Relacionamento com o companheiro	R1 - Relationship with her husband R2 - Relationship with fellow	Relacionamento com o companheiro/marido
How to be good mother at home	T1- Retoma da vida diária T2- Como ser uma boa mãe em casa	R1 - Resumes daily life R2 - How to be a good mother at home	Como ser uma boa mãe em casa
Family planning	T1- Métodos do planeamento	R1 - Methods of family	Planeamento familiar/

methods	familiar T2- Planeamento familiar/ métodos contraceptivos	planning R2 - Family planning / contraception	métodos contraceptivos
Intercourse/sexual changes	T1- Reinício da atividade sexual T2- Alterações no relacionamento sexual	R1 - Resumption of sexual activity R2 - Changes in sexual relationships	Alterações no relacionamento sexual
Postpartum cultural practices	T1- Práticas culturais pós-parto T2- Práticas culturais no puerpério	R1 - Postpartum cultural practices R2 - Cultural practices postpartum	Práticas culturais após o parto
Follow up postpartum care	T1- Acompanhamento no pós-parto T2- Consulta de revisão do parto	R1 - Monitoring postpartum R2 - Labor review consultation	Consulta de revisão de parto

Após o consenso e concluída esta etapa, a primeira versão do instrumento encontra-se finalizada e preparada para a próxima etapa, a avaliação do instrumento pelo público-alvo.

1.6.4. – Avaliação da Síntese pela Comissão de Especialistas

Após a síntese da versão traduzida, a mesma deve ser apreciada por um conjunto de especialistas na área, com conhecimento específico acerca do constructo avaliado pelo instrumento.

Deste modo, o painel de peritos foi composto por três enfermeiros especialistas e mestres em Saúde Materna e Obstetrícia, dois deles doutorandos em enfermagem e com mais de 15 anos na área da obstetrícia e um enfermeiro especialidade e mestre em Saúde Infantil e Pediatria, também com mais de 15 anos na área da obstetrícia. Estes peritos avaliaram aspetos ainda não contemplados, tais como a estrutura, o *layout*, as instruções do instrumento, a abrangência e adequação das expressões contidas nos itens. Foram analisadas questões relacionadas com a terminologia e expressões utilizadas, relativamente à possibilidade de poderem ser generalizados para diferentes contextos e populações, concretamente se as expressões são adequadas à população, se a disposição das questões e o tamanho do instrumento são adequadas relativamente às informações que pretendemos. Por consenso foi retirada a variável relacionada com a “*circuncisão*”, por se verificar que esta prática não corresponde a uma realidade religiosa e cultural portuguesa.

1.6.5. – Avaliação pelo Público-Alvo ou Pré-teste

Antes de confirmar que um novo instrumento está pronto para aplicação, deve ser realizado, incondicionalmente, um pré-teste ou estudo piloto. Assim, seguiu-se a aplicação da versão portuguesa a cada uma das amostras por conveniência de 39 mães adolescentes no puerpério e a 39 enfermeiros, sendo que a entrevista foi feita face-a-face. Este processo refere-se a uma aplicação prévia do instrumento numa pequena amostra que reflita as características da amostra/população alvo (Gudmundsson, 2009).

Esta etapa do processo teve como por objetivo verificar se os itens, as instruções e a escala de resposta eram compreensíveis para o público-alvo. Ou seja, este procedimento pretende, entre outros, investigar se as instruções são claras, se os termos presentes nos itens estão adequados e se as expressões utilizadas correspondem àquelas utilizadas pelo grupo.

Como estamos a utilizar um instrumento auto descritivo, destinado a avaliar os comportamentos das mães adolescentes e dos enfermeiros, foi necessário que o instrumento fosse aplicado a um grupo de mães adolescentes e enfermeiros, de modo a que estes pudessem confirmar a clareza dos itens, ou de que forma as expressões são representativas do vocabulário comumente utilizado pelo grupo.

Nesse sentido, entendemos como essencial que esse instrumento possa ser avaliado por mães adolescentes com diferentes idades (dentro da faixa etária a que o instrumento se destina), bem como residentes em diferentes localidades, já que uma vez validado, o instrumento poderá ser aplicado a mães adolescentes neste ciclo de vida, em Portugal. Salientamos que embora a escala seja traduzida, retrotraduzida e discutida entre profissionais especialistas na área em questão, não existe nada que seja mais real e humano que a percepção do próprio sujeito frente ao objeto de estudo. O pré-teste sendo realizado com a população específica para a qual será validada a escala, a mesma fornece subsídios a partir das experiências vivenciadas pelo próprio sujeito e permite um olhar que vai muito além daquele que está apenas observando.

Deste modo, procura-se saber se o poder de resposta e de interpretação confere o instrumento de capacidade para detetar alterações capazes de serem interpretadas. A avaliação da relação do tempo, dos recursos e dos esforços para o preenchimento do *PLN* será outra característica para estimarmos aplicabilidade do instrumento.

Por último, teve-se em atenção a “usabilidade” (Almeida & Freire, 2008) do instrumento, tendo em conta o esforço associado aos participantes, nomeadamente em relação ao tempo consumido e os custos associados.

Procuramos no momento de aplicação da escala, que os possíveis viéses de resposta fossem minimizados. Se, por um lado, o facto da escala ter sido aplicado na sua maioria pelo investigador, evitando o viés de interpretação de algumas variáveis em estudo, as características da amostra das mães adolescentes, pelo fator de idade associado (variável de confundimento), seria de todo impossível de minimizar.

Apresentamos no capítulo seguinte, a versão final do PLN que resultou do pré-teste e da reorganização das questões.

1.6.6. – Versão Final

A informação foi conseguida através da entrega pessoal da PLN aos sujeitos da amostra.

Nos casos em que se verificou a existência de alguma impossibilidade por parte dos sujeitos da amostra em responder de forma autónoma, quer por iliteracia, quer por impossibilidade física e anímica, as informações foram conseguidas através do preenchimento pela investigadora. Neste caso, as perguntas já estão decididas anteriormente, no PLN, sendo que o investigador apenas lê as perguntas e escreve as respostas dos sujeitos, sem acrescentar nenhuma nova pergunta, durante a entrevista.

Uma vantagem deste método oral é que a taxa de respostas dos sujeitos é mais alta. Gostaria de referir que estas amostras são transversais ao longo do estudo.

Deste modo, seguidamente é apresentado a EPLN-PLN final.

EPLN-PLN (Escala Postpartum Learning Needs)

De acordo com o nível/ grau de importância que lhe atribui no seu conhecimento, assinale com um X o grau de concordância que lhe atribui: NI= Nada Importante; PI= Pouco Importante; I= Importante e MI= Muito Importante.

PLN (ESCALA POSTPARTUM LEARNING NEEDS)		NI	PI	I	MI
Necessidades Maternas					
Saber acerca do seguinte:					
1.	Cuidados com a "costura" no períneo e/ou na parede vaginal				
2.	Cuidados com a "costura" abdominal (em caso de cesariana)				
3.	Cuidados com a higiene vaginal				
4.	Perdas de sangue depois do parto (Lóquios)				
5.	Próximo período menstrual				
6.	Funcionamento intestinal ("prisão de ventre", hemorroidas)				
7.	Funcionamento vesical (dificuldade em urinar por dor ou ardor)				
8.	Nutrição/ Alimentação (o que comer enquanto dá de mamar)				
9.	Exercício físico (Recuperação física pós-parto)				
10.	Dores depois do parto				
11.	O que deve ou pode tomar de medicamentos				
12.	Complicações no pós-parto/puerpério				
13.	Alterações de humor no pós-parto/puerpério (Ex: muita tristeza)				
14.	Cuidados com as mamas após o parto				
15.	Tomar banho				
16.	Cansaço/ Fadiga pós-parto				
17.	Relacionamento com o companheiro				
18.	Estratégias a adotar para ser uma "boa mãe" em casa/ domicílio				
19.	Organização do tempo				
20.	Planeamento familiar/Métodos contraceptivos				
21.	Alterações no relacionamento sexual/Retorno da atividade sexual				
22.	Realização de práticas relacionadas com a tradição				
23.	Acompanhamento pós-parto/ Consulta de revisão de parto				

Cara mãe, identifique outros cuidados acerca dos quais gostaria de ser informada/ aprender, e que não estão mencionados:

1- _____

2- _____

3- _____

EPLN-PLN (Escala Postpartum Learning Needs) (Cont.)

De acordo com o nível/ grau de importância que lhe atribui no seu conhecimento, assinale com um X o grau de concordância que lhe atribui: NI= Nada Importante; PI= Pouco Importante; I= Importante e MI= Muito Importante.

PLN (ESCALA POSTPARTUM LEARNING NEEDS) NECESSIDADES DOS FILHOS	NI	PI	I	MI
SABER ACERCADO SEGUINTE:				
1. ALIMENTAÇÃO DA CRIANÇA:				
A. ALEITAMENTO MATERNO/AMAMENTAÇÃO				
B. ALIMENTAÇÃO ARTIFICIAL COM BIBERÃO				
2. ELIMINAÇÃO INFANTIL (RELACIONADO COM AS FEZES E COM A URINA)				
3. ARROTAR				
4. BANHO				
5. MUDANÇA DA FRALDA				
6. CUIDADOS COM A PELE				
7. CUIDADOS AO COTO UMBILICAL				
8. POSIÇÃO NA CAMA (DEITAR DE LADO OU DE COSTAS)				
9. DOENÇAS DAS CRIANÇAS				
10. AVALIAÇÃO/MEDIÇÃO DA TEMPERATURA (FEBRE)				
11. ICTERICÍADO BEBÊ (BEBÊ AMARELO)				
12. SEGURANÇA DA CRIANÇA				
13. TESTE DO PEZINHO				
14. CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA				
15. CHORO				
16. MEDICAÇÃO				
17. VESTUÁRIO DA CRIANÇA				
18. PASSEAR O BEBÊ				
19. ESCOLHADOS BRINQUEDOS PARA O BEBÊ				
20. ESCOLHADO NOME DO BEBÊ				
21. O QUE FAZER QUANDO VÊM VISITAR O BEBÊ				
22. SONO DO BEBÊ				
23. RELAÇÃO COM OS IRMÃOS (RIVALIDADES/ CIÚMES ENTRE IRMÃOS)				
24. SABER QUANDO RECORRER AO MÉDICO EM CASO DE DOENÇA DO FILHO				
25. VACINAÇÃO INFANTIL				
26. REALIZAÇÃO DE PRÁTICAS NO BEBÊ, RELACIONADAS COM A TRADIÇÃO				

Cara mãe, identifique outros cuidados acerca dos quais gostaria de ser informada/ aprender, e que não estão mencionados:

- 1- _____
- 2- _____
- 3- _____

1.7. - Estudo da Fiabilidade do Instrumento

Para estudar a fiabilidade dos instrumentos aplicados, procedemos à avaliação da sua consistência interna, através do coeficiente *alpha de Cronbach* e da correlação entre os itens, calculando o coeficiente de correlação item-total.

Pelo facto deste estudo implicar a validação transcultural de um instrumento de medida é "(...) *fundamental que a amostra seja suficientemente grande de forma a garantir que numa segunda análise se mantenham os mesmos fatores*" (Almeida & Freire, 2008, p. 120). Entendendo que o mínimo de respostas válidas (N) é obtido pela fórmula $N = 5 \times K$ (se $K > 15$), em que K é o número de questões do instrumento (Pestana & Gageiro, 2005), e sabendo que a versão original do instrumento integra 23 questões relacionadas com o autocuidado e 27 relacionadas com as necessidades de conhecimentos para cuidar do bebé, necessitávamos de 251, correspondendo a cinco respostas por item, de acordo com o referencial teórico (Hill & Hill, 2002; DeVellis, 2003; Moreira, 2004; Vilelas, 2009).

Para a segunda parte da PLN, referente à aplicação na amostra nos enfermeiros, tivemos em considerações as mesmas recomendações metodológicas acima referidas, tendo sido aplicada a 165 enfermeiros. De realçar que, esta numero de participantes teve em consideração que o instrumento de medição já tinha passado pela avaliação dos nossos peritos (enfermeiros), que nos deu a garantia de que a sua opinião possa ser representativa.

Relativamente aos enfermeiros, a amostra não probabilística intencional, uma vez que procuramos que os enfermeiros participantes fossem os que tinham maior contacto com este tipo de população e que reunissem melhor conhecimento sobre a temática das mães adolescentes (Vilelas, 2009).

Podemos também salientar que as características da heterogeneidade das amostras será um fator de enriquecimento do estudo, tendo em consideração que as mães adolescentes e os enfermeiros foram recrutados nos serviços de obstetrícia e puerpério.

Validade de construto

De seguida apresentamos os dados de validação da escala. Deste modo, foi efetuada a análise fatorial exploratória à escala PLN (tabela 1), pelo método de análise de componentes principais, com rotação varimax; aplicado o método de Kaiser, foi identificada

uma estrutura fatorial com 1 domínio (valores próprios ≥ 1.00 e saturação o item no fator $\geq .35$).

Na primeira solução fatorial encontrada, verificou-se que esta estrutura fatorial era pouco clara, uma vez que existiam itens saturando com valor baixo. Perante esta estrutura fatorial, consideramos que os itens “*próximo período menstrual*” e “*O que deve ou pode tomar de medicamentos*” deviam ser retirados deste instrumento, uma vez que a sua formulação teórica alterava as qualidades psicométricas do instrumento.

Tabela 1 - Análise fatorial da escala de necessidades de aprendizagem pós-parto

Indicadores de avaliação	Necessidades de aprendizagem pós-parto
Funcionamento vesical	0,768
Cuidados com a episiorrafia	0,728
Cuidados com sutura/incisão abdominal	0,728
Labilidade emocional	0,661
Nutrição/Alimentação	0,660
Cuidados com as mamas	0,658
Sinais e sintomas de complicações pós-parto	0,655
Planeamento familiar/ Contraceção	0,642
Sexualidade (Intercorrências/ alterações sexuais)	0,630
Automedicação	0,630
Lóquios	0,606
Funcionamento intestinal	0,562
Tomar banho	0,547
Cuidados perineais	0,545
Cansaço/ Fadiga pós-parto	0,509
Estratégias a adotar na satisfação da maternidade em casa	0,441
Relacionamento casal	0,421
Gestão de tempo	0,354
Exercício Físico /recuperação pós-parto	0,327
Raiz Própria	7.14
Variância Explicada	35.68%

Através da análise, confirmamos a existência unidimensional, cujo total da variância explicada é de 35,68% (Tabela 1).

O passo seguinte consistiu na aplicação do teste de Keiser-Meyer-Olkin (KMO) para determinar a adequação da amostra e determinar a possibilidade de efetuar a análise fatorial. Verificamos, então que o KMO é 0.81 situando-se num intervalo de variância adequada (Friel, 2003). Por sua vez, a saturação do item no fator varia entre um Máximo de 0,77 na afirmação “*Funcionamento vesical*” e um mínimo de 0,33 na afirmação “*Exercício Físico, para recuperação pós-parto*”.

Confiabilidade

De forma a percebermos se a variabilidade nas respostas dependia da diferença de opinião dos inquiridos, minimizando a possibilidade de erro aleatório, começámos por testar a fidelidade da escala, através da análise da sua consistência interna, resultando um coeficiente alfa de Cronbach. Este método serve para calcular o grau de homogeneidade ou semelhança dos diversos itens ou questões de uma mesma escala. Sabendo que o valor do coeficiente alfa pode variar de 0 a 1,0, e que uma consistência interna adequada situa-se entre 0,75 e 0,85, pois este valor indica que as questões são semelhantes ou homogêneas sem serem redundantes.

Tabela 2 - Análise da consistência interna da escala de necessidades de aprendizagem pós-parto.

Coeficiente de consistência interna (Alpha de Cronbach)	Nosso Estudo (N=251, mães; N= 166, enfermeiros)		Estudo do autor (N= 400, mães; N= 77, enfermeiros)	
	Necessidades Maternas	Necessidades dos filhos	Necessidades Maternas	Necessidades dos filhos
Versão das mães	0,89	0,81	0,86	0,93
Versão dos enfermeiros	0,83	0,82	0,92	0,93

Dos resultados encontrámos um valor de *Alpha de Cronbach* superior a $\alpha = 0,81$ na escala global que, de acordo com Pestana e Gageiro (2008), se pode considerar uma boa consistência interna por se situar entre 0,80 e 0,90. Em comparação com os resultados

obtidos no estudo conduzido pelos autores o valor de *Alpha* no nosso estudo é ligeiramente inferior.

De acordo com os resultados obtidos, podemos dizer que a versão portuguesa do PLN mostrou ser uma medida fidedigna e válida para a avaliação da priorização na necessidade de conhecimentos das mães adolescentes, considerando os valores razoáveis da consistência interna das subescalas e da escala global, bem como a estrutura resultante da análise fatorial.

Mostrou ser sensível para uma população diferente daquela anteriormente utilizada, o que será um indicador da sua validade. Seria, no entanto, interessante, considerar a sua aplicabilidade numa amostra e área geográfica maior.

Apresentamos de seguida, todas as considerações éticas e legais que tivemos em consideração no desenvolvimento deste estudo.

1.8. - Considerações Éticas e Legais

Antes de prosseguir com a investigação é recomendado que as questões estejam salvaguardadas e garantidas, tendo presente o pensamento de Ricoeur, ao mencionar menciona que o poder que os enfermeiros apresentam, de “ser-capaz-de-fazer”, salienta a ideia do agir em resultado do exercício do poder de decidir e de fazer (Nunes, 2006). É neste contexto de uso do poder exercido em liberdade que nascem as decisões sobre o que pretende ou não fazer. Ou seja as ações refletem as decisões que as antecedem e são estas que são visíveis aos outros. Neste sentido, as preocupações éticas encontram-se presente aos vários níveis, tanto na elaboração do estudo, como na aplicação do instrumento e conclusões.

O primeiro passo foi o pedido à autora Salwa Obeisat, para a utilização da escala, para realizar o processo de adaptação transcultural e validação da escala para a população portuguesa (Anexo B). Autorização concedida a 4 de fevereiro de 2013.

Procedeu-se de seguida a solicitação à Comissão de Ética de Universidade Católica Portuguesa de Lisboa, o parecer para iniciar o estudo, que foi aceite a 13 de dezembro de 2013 (Anexo D).

Obtivemos também a autorização da Comissão Nacional de Proteção de Dados (CNPD) para o tratamento de dados pessoais, nos termos de n.º 2 do artigo 7.º, da alínea a) do n.º 1 do artigo 28.º e do n.º 1 do artigo 30.º da LDP (Anexo E), a 28 de outubro de 2014.

Por último, foi solicitado às instituições a sua aplicação, tendo sido iniciado a recolha de informação em abril 2014 a julho de 2015 (Anexo E).

Assim, no decorrer deste trabalho, atendemos aos princípios éticos que regem a investigação. Considerando os cinco direitos fundamentais do ser humano, determinado pelo código de ética, garantimos o direito à autodeterminação, o direito à intimidade, o direito ao anonimato e à confidencialidade, o direito à proteção contra o desconforto e prejuízo e o direito ao tratamento justo e igual, os quais se baseiam no princípio ético do respeito pela pessoa humana, a qual é autónoma e capaz de decidir se quer ou não participar na investigação.

Esta investigação foi realizada com o consentimento livre e informado das pessoas inquiridas. Uma vez que o estudo incide sobre as adolescentes, sobre os enfermeiros e suas experiências vivenciadas em acontecimentos passados, considera-se necessário o consentimento livre e esclarecido dos próprios ou dos seus representantes legais, no contexto das adolescentes, quando estes são menores ou não são legalmente emancipados. Assim, o consentimento das mães menores de idade (18 anos), para a participação no PLN foi obtido junto dos seus legais representantes, carecendo sempre e cumulativamente, do consentimento da própria menor (Apêndice C). O PLN foi respondido pelas mães adolescentes até ao 7º dia de internamento. Os enfermeiros respondiam após prévia autorização das instituições empregadoras e enquanto profissionais prestadores de cuidados, inseridos nesse contexto institucional.

Deste modo, na aplicação do PLN, informou-se e solicitou-se a colaboração dos participantes nesta investigação, assegurando os diversos direitos que são essenciais respeitar numa investigação, nomeadamente a reserva da identidade dos participantes através da manutenção do anonimato em todas as fases dos estudo e na publicação dos resultados.

O direito à autodeterminação diz respeito à liberdade do sujeito escolher se quer ou não participar no estudo. Revela-se através de diversas referências que consideram como razão de decidir, a vontade da pessoa, alvo dos cuidados, sendo que não se deve exercer

qualquer tipo de pressão que influencie a sua decisão, tendo o direito a desistir a qualquer momento do estudo sem apresentar justificção.

O direito à intimidade deve assegurar que a investigação não transponha os limites razoáveis da sua privacidade e deve avaliar se o sujeito deseja revelar essas informações. Este direito está interligado com o do anonimato e confidencialidade, pois o investigador deve assegurar o anonimato do indivíduo, bem como a confidencialidade das respostas fornecidas. Este direito encontra-se assegurado, pois não se consegue ligar o sujeito ao conteúdo.

O direito à proteção contra o prejuízo baseia-se na regra do benefício e na prevenção de um possível mal-estar que a investigação possa gerar. Contudo, excluir o desconforto pode não ser totalmente possível. Embora, segunda a UNESCO no seu artigo 7º alínea b)(2005), refere que uma investigação deve ser efetuada “(...) com a máxima contenção e com a preocupação expor a pessoa ao mínimo possível de riscos e incómodos e desde que a referida investigação seja efetuada no interesse da saúde de outras pessoas pertencentes à mesma categoria, e sob reserva de ser feita nas condições previstas pela lei e ser compatível com a proteção dos direitos individuais pessoa em causa”, calculamos que esta investigação esteja inserida no primeiro nível, de Nenhum Risco Previsto para os seus intervenientes.

O direito a um tratamento justo e equitativo rege-se na igualdade do modo de seleção e ao tratamento entre todos os elementos. Baseia-se no não favoritismo de uns elementos em detrimento de outros e à ausência de prejuízo em caso de desistência.

A responsabilidade em enfermagem resulta em responder por tomar a cargo (pelo enfermeiro) um encargo confiado (pelo doente) (Nunes, 2006). Ou seja, as decisões de cuidado resultam em primeiro lugar do compromisso de cuidado que o enfermeiro, ao tornar-se profissional, assumiu perante a sociedade.

2. - APRESENTAÇÃO DOS DADOS: RESULTADOS DESCRITIVOS

Neste capítulo pretende-se apresentar os resultados que se obtiveram no estudo empírico.

Começamos por apresentar a caracterização sociodemográfica, que nos ajuda na avaliação do comportamento de variáveis importantes para a caracterização do fenómeno em estudo. Nesta primeira parte conseguimos perceber o comportamento de algumas variáveis que se prendem com características socioeconómicas, familiares e de apoio durante a gravidez, consideradas relevantes para o acompanhamento destas mães na maternidade, mais concretamente: a idade, estado civil, coabitação, situação económica (emprego, rendimento mensal), planeamento da gravidez, acompanhamento familiar durante a gravidez, grau de parentesco do acompanhante, vigilância da gravidez, informações relacionada com a preparação para maternidade, grau de importância atribuída a essa informação, grau de satisfação com o acompanhamento e duração do internamento no puerpério, auto percepção dos conhecimentos necessários para o autocuidado e para cuidar do bebé, profissional e grau de satisfação sobre os cuidados e informações fornecidas.

Enquadrada nesta problemática e de forma a dar maior visibilidade aos achados, apresentamos no quadro seguinte (quadro 8), o agrupamento das variáveis que encontramos por dimensões² e por indicadores³.

² “O enfermeiro é um educador por natureza. Socializar conhecimentos e informações é mais que uma responsabilidade do enfermeiro, é condição para uma assistência de qualidade” (Guimarães e Bastos, 2000). A dimensão educativa do enfermeiro pode ser traduzida pela sua atuação em processos de educação permanente que devem atender às expectativas/necessidades individuais e institucionais.

³ Os resultados das instituições, na obtenção de ganhos em saúde, podem ser percebidos, medidos e valorizados, entre outros, através do desenvolvimento de indicadores que permitam avaliar a qualidade dos cuidados prestados (Plano Nacional de Saúde, 2010).

A apresentação dos dados procura seguir uma sequência, de modo a cumprir os objetivos previamente definidos e responder à questão de investigação que norteou toda a pesquisa.

Quadro 8 - Caracterização das mães adolescentes/dimensões/indicadores

CARATERIZAÇÃO DAS MÃES ADOLESCENTES	
DIMENSÕES	INDICADORES
<ul style="list-style-type: none"> • Educacional e familiar 	<ul style="list-style-type: none"> • Escolaridade • Estado civil • Coabitação • Acompanhante familiar
<ul style="list-style-type: none"> • Económica 	<ul style="list-style-type: none"> • Empregabilidade • Rendimento mensal • Adequação do rendimento
<ul style="list-style-type: none"> • Obstétrica/Vigilância 	<ul style="list-style-type: none"> • Planeamento da gravidez • Nº de partos • Nº de filhos • Vigilância pré-natal
<ul style="list-style-type: none"> • Informação/Acompanhamento profissional 	<ul style="list-style-type: none"> • Informação específica • Tipo de informação • Eficácia da Informação • Partos anteriores/educação pós-parto • Profissional de saúde • Educação/Adequação do momento • Tempo de hospitalização • Grau de satisfação com os cuidados • Estratégias na aquisição de conhecimentos • Grau de conhecimentos • Grau de conhecimentos nos cuidados ao bebé • Grau de satisfação dos conhecimentos /enfermeiros

Assim, entendemos por dimensão educacional e familiar, todos os indicadores que nos reportam não só à caracterização da amostra, como a idade, estado civil e escolaridade, bem como com quem e onde vive a mãe adolescente.

Na dimensão económica incluímos todos os indicadores relacionados com questões de ordem económica, mais concretamente, questões relacionadas com a empregabilidade, rendimento mensal e adequação desse rendimento.

Na dimensão de vigilância obstétrica, incluímos todos os indicadores que se reportam à história obstétrica, antecedentes obstétricos, gestação atual e descrição do parto.

Na dimensão de informação e acompanhamento, estão expostos todos os indicadores relacionados com o acompanhamento, informação, e profissionais implicados na preparação para a maternidade. Pretende-se conhecer não só os cuidados e ensinamentos transmitidos, bem como o nível de conhecimentos que as mães reconhecem para cuidar de si e do seu bebé.

Para sistematizar e realçar a informação fornecida pelos dados utilizámos técnicas da estatística descritiva e da estatística inferencial. Os dados foram tratados informaticamente recorrendo ao programa de tratamento estatístico SPSS (Statistical Package for the Social Science), na versão 20. As técnicas estatísticas aplicadas foram:

- Frequências: absolutas (n) e relativas (%);
- Medidas de Tendência Central: médias aritméticas (\bar{x}) e medianas (Md);
- Medidas de Dispersão ou Variabilidade: desvios padrão (s).

2.1. – Caracterização da Amostra das Mães Adolescentes

As mães adolescentes que colaboraram no estudo (n= 251) apresentavam **idades** compreendidas entre os 13 e os 19 anos de idade, apresentando uma média (\bar{x}) de idades de 17,53 anos com um desvio-padrão (s) de 1.35. Como podemos constatar pelos dados apresentados no quadro 9, 29,9% das mães tinham 19 anos de idade, seguida de 27,5% que tinham 18 anos, 19,5% com 17 anos, 15,1% com 16 anos, 6% com 15 anos, 1,2% com 14 anos e a percentagem menos é apresentada pelas mães com 13 anos de idade o que representa 0,8% da amostra (Quadro 9).

Quadro 9 - Distribuição da amostra segundo a idade

Idade (Anos)	Frequência (n)	Porcentagem (%)
13	2	0,8
14	3	1,2
15	15	6
16	38	15,1
17	49	19,5
18	69	27,5
19	75	29,9
Total	251	100

2.1.1. – Dimensão Educacional e Familiar

Ao analisar a tabela 3, quanto à **escolaridade**, verificamos que a maioria dos participantes tem o 12º ano de escolaridade (19.50%), seguidos dos que têm o 9º ano de escolaridade (14.30%) e, finalmente com o 5º ano de escolaridade, temos 9 sujeitos a que corresponde 3.60% da amostra.

Tabela 3 - Distribuição dos sujeitos segundo o grau de escolaridade das mães adolescentes.

Grau de escolaridade	Frequência (n)	Porcentagem (%)
4 Ano	12	4,8
5 Ano	09	3,6
6 Ano	19	7,6
7 Ano	19	7,6
8 Ano	22	8,8
9 Ano	45	17,9
10 Ano	36	14,3
11 Ano	40	15,9
12 Ano	49	19,5

Podemos salientar que, tendo como referência o 12^º Ano como a escolaridade obrigatória, verificamos que esta representa 19,5% da amostra. A maior percentagem encontrada representa uma escolaridade igual ou inferior a 9 anos, com 50,3%.

Seguidamente, apresentamos a caracterização da amostra das mães adolescentes relativamente ao **estado civil**.

Assim, com a análise da tabela 4, verificamos que a maioria das participantes é solteira (70.90%), seguido dos casados/união de facto (26.30%) e, finalmente 1,6% é divorciada.

Tabela 4 - Distribuição dos sujeitos segundo o estado civil das mães adolescentes.

Estado Civil	Frequência (n)	Percentagem (%)
Solteiro	178	70,9
Casada	7	2,8
Divorciada	4	1,6
União de Facto	59	23,5
Outro	3	1,2

Relativamente à **coabitação**, perguntou-se às mães adolescentes com quem viviam. Estes resultados são apresentados na tabela seguinte.

Tabela 5 - Distribuição das mães adolescentes segundo coabitação.

Com quem vivem	Frequência (n)	Percentagem (%)
Marido/companheiro	82	32.70
Pais/sogros	147	58.60
Irmãos	9	3.60
Com os pais/sogros e companheiro	5	2.00
Outros	8	3.20

Deste modo, verificamos que as mães adolescentes vive na sua maioria, com os pais ou com os sogros (58,6%), seguido das que vivem com o marido ou companheiro (32,7%), 2% vivem num núcleo de família alargada com os pais ou sogros e o companheiro e que 3,20% fora de um núcleo familiar, nomeadamente em instituições.

Na tabela seguinte, apresentamos quem **acompanhou a mãe** adolescente na vigilância da gravidez.

Tabela 6 - Distribuição das mães adolescentes segundo o tipo de acompanhante.

Acompanhamento familiar pré-natal	Frequência (n)	Percentagem (%)
Familiar (pai/mãe)	119	55,30
Pai da criança	85	39,50
Amigo(a)	11	5,20

Assim, na análise da tabela 6, constatamos que a maioria das mães adolescentes refere que foi acompanhada pela família, pelo pai ou mãe, às consultas e exames de diagnóstico, o que corresponde a 55,3%. Contudo, 39,5% referem que foram acompanhadas pelo pai da criança e que 5,2% foi acompanhada por um(a) amigo(a).

2.1.2. – Dimensão Económica

Seguidamente, considerando que a nossa amostra apresentava uma média de idades de 17,53, foi perguntado a situação de **empregabilidade**, de forma a fornecer alguns indicadores que possibilitem uma caracterização económica.

Tabela 7 - Distribuição das mães adolescentes segundo a empregabilidade.

Tem emprego	Frequência (n)	Percentagem (%)
Sim	27	10,80
Não	224	89,20

Ao analisar a tabela 7, verificamos que uma percentagem significativa (89,2%) das mães adolescentes não tem emprego comparando com as participantes que se encontram empregadas (10,8%).

Tabela 8 - Distribuição das mães adolescentes segundo o rendimento mensal.

Rendimento mensal	Frequência (n)	Percentagem (%)
Nenhum	101	40,20
Inferior a 500€	110	43,80
500€ ou superior	40	16,00

Na continuação, da caracterização económica da amostra, pretendemos saber qual o **rendimento mensal** familiar que dispunham. Na tabela seguinte, apresentamos os resultados encontrados tendo por base um salário de 500 Euros mensais.

Verificamos que a maioria das mães adolescentes, ou seja 84% refere que tem rendimentos mensais inferiores a 500€ ou não auferem qualquer rendimento, ao passo que 16% auferem rendimentos iguais ou superiores a 500€ (tabela 8).

Tabela 9 - Distribuição das mães adolescentes segundo a perceção da adequação do rendimento.

Perceção da adequação do rendimento mensal	Frequência (n)	Percentagem (%)
Não sabe/não responde	93	37,10
Adequado	73	29,00
Não adequado	85	33,90

Embora conseguíssemos resultados referentes à **empregabilidade e rendimento familiar mensal** (tabela 9), quisemos saber se as mães adolescentes tinham a perceção se o rendimento respondia às necessidades económicas da sua família.

Neste contexto e analisando a tabela, podemos verificar que a maioria das mães adolescentes tem a percepção que o rendimento familiar não é adequado às necessidades económicas da sua família, sendo referentes a 33,9% do total da amostra.

2.1.3. – Dimensão Obstétrica e de Vigilância

Depois de identificadas algumas variáveis sociodemográficas, questionámos as mães adolescentes sobre temas relevantes para a identificação de variáveis relacionados com a gravidez. Nomeadamente sobre o **planeamento da gravidez**, acompanhamento, informação recebida e grau de satisfação com o acompanhamento.

Tabela 10 - Distribuição das mães adolescentes segundo o planeamento da gravidez.

Gravidez planeada	Frequência (n)	Percentagem (%)
Sim	72	28,70
Não	179	71,30

Assim, com a análise da tabela 10, podemos verificar que, na nossa amostra, 71,3% das mães adolescentes refere que a gravidez não foi planeada, ao passo que 28,7% referem que foi planeada.

De forma a contextualizar o enquadramento de conhecimento e experiência fomos saber entre outros, o **número de partos**, conhecimentos adquiridos noutros momentos que pudessem contribuir para o melhor desempenho.

Tabela 11 - Distribuição das mães adolescentes segundo o nº de partos.

Nº de partos	Frequência (n)	Percentagem (%)
1	227	90,40
2	22	8,80
3	2	0,80

De acordo com os resultados demonstrados na tabela 11, constatamos a que a larga maioria é o primeiro parto (90,4%), sendo que para 22 (8,8%) das mães este é o seu segundo parto.

Neste fio condutor, perguntamos o **número de filhos** que têm.

Tabela 12 - Distribuição das mães adolescentes segundo o nº de filhos.

Nº de filhos	Frequência (n)	Porcentagem (%)
1	234	93,20
2	15	6,00
3	2	0,80

Ao analisar a tabela 12, constatamos a que para 93,2% este é o primeiro filho sendo que para 6%, este é o segundo filho.

Quanto à **vigilância de gravidez** e acompanhamento nas consultas perguntamos se tinham frequentado. As respostas são expostas pela porcentagem representada seguidamente através da tabela 13.

Tabela 13 - Distribuição das mães adolescentes segundo a vigilância pré-natal.

Vigilância pré-natal	Frequência	Porcentagem (%)
Sim	215	85,70
Não	36	14,30

Deste modo, constatamos a inversão da tendência, ou seja a esmagadora maioria das mães adolescentes refere que fez vigilância da gravidez (85,7%), ao passo que 14,3% referem que não teve esse acompanhamento.

2.1.4. – Dimensão Informação e Acompanhamento Profissional

Perguntamos se durante a vigilância da gravidez tinham frequentado ou recebido alguma **informação** mais específica, relacionada com o conhecimento e treino de competências arroladas às necessidades identificadas como fundamentais para uma maternidade satisfatória, como exemplo aulas de preparação para a maternidade/parentalidade, ou outro tipo de acompanhamento personalizado.

Tabela 14 - Distribuição das mães adolescentes segundo informação recebida.

Recebeu Informação específica	Frequência (n)	Percentagem (%)
Sim	114	45,40
Não	137	54,60

Na tabela 14, podemos observar que na nossa amostra, a maioria das mães adolescentes não terem recebido informação específica (54,6%), ao passo que 45,4% referem que recebeu algum tipo de informação específica sobre a gravidez.

Tabela 15 - Distribuição das mães adolescentes segundo a forma de informação.

Forma de informação	Frequência (n)	Percentagem (%)
Acompanhamento individual enfermagem	75	63,60
Sessões de grupo de preparação para o parto	26	22,00
Sessões de preparação para a parentalidade	4	3,40
Informação escrita	10	8,50
Vídeo/TV/internet	1	0,80
Outra	2	1,70

Pela análise da tabela 15, constatamos a que a larga maioria teve informação através de acompanhamentos individuais (63,6%), ao passo que 11% tiveram acompanhamento padronizado e não personalizado.

Na informação recebida, fomos perguntar que forma/tipo de **informação achava mais eficaz** na promoção de cuidados de saúde.

Tabela 16 - Distribuição da opinião das mães adolescentes segundo método de ensino mais eficaz.

Método de ensino mais eficaz	Frequência (n)	Percentagem (%)
Individual	117	47,60
Grupo	67	27,20
Escrito	15	6,00
Vídeo/TV/Internet	23	9,30
Não sabe/não responde	24	9,80

Constatamos, na análise da tabela 16 que a larga maioria (47,6%) tem a percepção que o método de informação mais eficaz é o método individual, ao passo que 27,2% têm a percepção que é método em grupo é o mais eficaz. A amostra considera que o método escrito é dos menos eficazes (6%). Quanto ao método menos eficaz, apresentamos no quadro infra os resultados encontrados.

Tabela 17 - Distribuição das mães adolescentes segundo o método de ensino menos eficaz.

Método de ensino menos eficaz	Frequência (n)	Percentagem (%)
Individual	29	11,80
Grupo	18	7,30
Escrito	84	34,10
Vídeo/TV/Internet	93	37,80
Não sabe/não responde	22	8,90

Pela análise da tabela 17, constatamos a que a larga maioria das mães tem a percepção que o método de **informação menos eficaz** é a utilização do vídeo/TV/Internet (37,8%), complementarmente 34,1% refere também o método escrito como menos eficaz. Em linha com a questão anterior, os “*métodos individual*” e de “*grupo*” são pouco referenciados (19,1%).

Quanto ao tipo de informação que recebeu em **situações anteriores**, podemos observar os resultados encontrados que apresentamos na tabela abaixo.

Tabela 18 - Distribuição das mães adolescentes segundo o tipo de educação pós-parto.

Partos/Educação pós-parto	Frequência (n)	Percentagem (%)
Informação em partos anteriores	25	10,00
Informação após este parto	155	61,80
Nunca recebi qualquer tipo de informação	71	28,20

Deste modo, ao analisar a tabela 18, constatamos a que a larga maioria teve a informação neste parto (61,8%), complementarmente a 10% que refere também informação no parto anterior. De salientar que 28,2% das mães adolescentes que referem ainda não terem recebido, ainda, qualquer tipo de informação.

Relativamente ao **profissional** que forneceu a informação/conhecimento, apresentamos os resultados na tabela 19.

Tabela 19 - Distribuição das mães adolescentes segundo o profissional de saúde/informações.

Profissional de saúde	Frequência (n)	Percentagem (%)
Médico	52	23,00
Enfermeira	136	60,20
Enfermeira especialista/parteira	15	6,60
Não sabe/não responde	23	10,20

Constatamos, através dos dados fornecidos, que os profissionais de saúde que mais forneceram a informação às mães adolescentes são os enfermeiros (66,8%); complementarmente, 23% refere ter recebido informação do médico (tabela 19).

Tabela 20 - Distribuição das mães adolescentes e adequação do momento para aprender.

Momento mais adequado	Frequência (n)	Percentagem (%)
Consultas de vigilância da gravidez	144	57,60
Durante o internamento	77	30,80
Consulta de revisão de parto	24	9,60
Outros	5	2,00

Quanto à **adequação do momento de aprendizagem/ensino**, as mães adolescentes referiram que consideram o momento mais adequado para aprender será durante o atendimento efetuado nas consultas de vigilância da gravidez (57,6%); complementarmente, 30,8% refere o internamento como o momento mais oportuno (tabela 20).

Tabela 21 - Distribuição das mães adolescentes segundo a aprendizagem/tempo de hospitalização.

Tempo de hospitalização para aprender	Frequência (n)	Percentagem (%)
Suficiente	223	88,80
Não suficiente	28	11,20

Na questão referente à necessidade de **maior tempo de hospitalização** para melhorar os conhecimentos sobre o autocuidado e cuidado do seu filho, apresentamos na tabela 21 os resultados encontrados.

Averiguamos, deste modo, que as mães adolescentes consideram **o tempo de hospitalização suficiente** para aprender a cuidar de si e do seu bebê (88,8%); só 11,2% das mães adolescentes consideram que o tempo é insuficiente.

Depois, perguntamos se consideravam benéfico para a sua aprendizagem, ficarem **mais tempo internadas**.

Tabela 22 - Distribuição das mães adolescentes relativamente às vantagens do aumento de dias de hospitalização para aprender.

Tempo de hospitalização vs aprender	Frequência (n)	Percentagem (%)
Sim	68	27,10
Não	183	72,90

Deste modo, pela análise da tabela 22, constatamos que as mães adolescentes consideram que **não trazia vantagens ficar mais dias internadas** para aprender a cuidar de si e do seu bebê (72,9%); só 27,1% das participantes consideram que o tempo é insuficiente. Estes resultados estão em linha com os dados da tabela anterior.

Quanto ao **grau de satisfação** com os cuidados prestados pelos enfermeiros, apresentamos na tabela 23 os resultados encontrados.

Tabela 23 - Distribuição das mães adolescentes e grau de satisfação/cuidados prestados.

Grau de Satisfação	Frequência (n)	Percentagem (%)
Nada satisfeita	5	2,00
Pouco satisfeita	14	5,60
Satisfeita	118	47,00
Muito satisfeita	114	45,40

Assim, ao analisar a tabela 23, apuramos que a maioria das mães adolescentes estão satisfeitas ou muito satisfeitas com cuidados prestados (89,4%), só 7,6% das participantes manifestam alguma insatisfação.

Tabela 24 - Distribuição das mães adolescentes segundo as estratégias de conhecimentos/bebé.

Estratégias de conhecimentos nos cuidados ao bebé	Frequência (n)	Porcentagem (%)
Procuro saber antecipadamente	151	61,80
Quando acontecer procura saber	47	18,70
Não tem dúvidas	49	19,50

Com a análise da tabela 24, mostramos que a maioria das mães adolescentes relativamente à priorização da **programação da informação** em caso de dúvidas relacionadas com os cuidados a prestar ao bebé, procura saber antecipadamente (61,8%), 18,7% participantes refere que procura saber quando surgirem as dúvidas; só 19,5% participantes manifestam que não tem dúvidas.

Quanto perguntamos sobre a classificação do nível de conhecimentos possuíam para o seu autocuidado, obtivemos as seguintes respostas que elucidamos na tabela 25.

Tabela 25 - Distribuição das mães adolescentes e conhecimentos sobre autocuidado.

Conhecimentos /cuidados de saúde	Frequência (n)	Porcentagem (%)
Poucos	15	6,00
Não suficientes	14	5,60
Aceitáveis	130	51,80
Bons	92	36,60

Desta forma, pela análise da tabela 25, constatamos que a maioria das mães adolescentes classifica como aceitáveis os conhecimentos de saúde a ter consigo (51,8 %),

32, 6% das adolescentes classifica os seus conhecimentos como Bons, 11,6% das participantes manifestam que não têm conhecimentos suficientes ou poucos.

Quanto ao **nível de conhecimentos**, para cuidar dos seus filhos, os resultados que as mães adolescentes referiram, estão representados na tabela 26, que seguidamente, expomos.

Tabela 26 - Distribuição das mães adolescentes segundo o grau de conhecimentos nos cuidados ao bebé.

Grau de Conhecimentos / cuidados ao bebé	Frequência (n)	Percentagem (%)
Poucos	7	2,80
Não suficientes	12	4,80
Aceitáveis	110	43,80
Bons	122	48,60

Constatamos que a maioria das mães adolescentes classifica como Aceitáveis/Bons os conhecimentos de saúde a ter com o bebé (92,4%); só 7,6% das participantes manifestam que não têm conhecimentos suficientes.

Seguidamente perguntámos às mães adolescentes qual o **grau de satisfação** que apresentavam relativamente aos conhecimentos que os enfermeiros lhe transmitiram.

Tabela 27 - Distribuição das mães adolescentes e grau de satisfação dos conhecimentos/enfermeiros.

Grau de Satisfação/enfermeiros	Frequência (n)	Percentagem (%)
Nada satisfeita	4	1,60
Pouco satisfeita	5	2,00
Satisfeita	120	47,80
Muito satisfeita	122	48,60

A análise da tabela 27 mostra, que a maioria das mães adolescentes está satisfeita/muito satisfeita com o ensino fornecido pelos enfermeiros (96,4%); só 3,6% manifestaram não estarem satisfeitas com os conhecimentos que os enfermeiros lhe transmitiram.

2.1.5. – Prioridades na Aprendizagem das Mães Adolescentes

Seguidamente, a tabela 28 apresenta os resultados relativamente à priorização na aprendizagem que as mães adolescentes atribuíram aos itens da escala. Assim, da análise dos resultados e tendo presente, que os valores mais elevados evidenciam os itens referentes ao **autocuidado**, com maior importância atribuída, constatámos, que as mães adolescentes revelaram maior necessidade em saber sobre *sinais e sintomas de complicações pós-parto, cuidado com os lóquios e perineais, cuidado com as mamas e o relacionamento do casal* são aspetos considerados importantes.

Por outro lado, as mães adolescentes consideram menos importante saber sobre *gestão do tempo, exercício físico, para a recuperação para o parto, Funcionamento vesical, Sexualidade (Intercorrências/ alterações sexuais)* e por último as *Práticas culturais no pós-parto*.

Tabela 28 - Medidas descritivas associadas aos itens referentes às necessidades maternas referidas pelas mães adolescentes.

Itens	Média	Desvio-padrão
Sinais e sintomas de complicações pós-parto	3,54	0,62
Cuidados perineais	3,54	0,51
Lóquios	3,50	0,52
Cuidados com as mamas	3,50	0,67
Relacionamento casal	3,29	0,54
Gestão de tempo	3,10	0,675
Exercício Físico, para recuperação pós-parto	3,08	0,818
Funcionamento vesical	3,05	0,688
Sexualidade (Intercorrências/ alterações sexuais)	2,99	0,691
Práticas culturais no pós-parto	2,91	0,708

A tabela seguinte, apresenta os itens referentes aos conhecimentos mais valorizados para **cuidar dos filhos**.

Tabela 29 - Medidas descritivas associadas aos itens referentes aos cuidados com o bebé referidas pelas mães adolescentes.

Mães adolescentes	Média	Desvio-padrão
Segurança da criança	3,67	0,512
Desenvolvimento infantil	3,64	0,522
PKU (Phenylketonuria) - Diagnóstico precoce	3,63	0,509
Doenças da infância	3,59	0,595
Medicação	3,58	0,556
Avaliação da febre	3,43	0,675
Mudança de fralda	3,42	0,818
Posicionamentos	3,39	0,688
Comportamento da criança/ choro	3,35	0,691
Icterícia neonatal	3,30	0,708

Deste modo, salientamos que para a amostra das mães adolescentes, os cuidados com o bebé a nível da *Segurança da criança*, do *Desenvolvimento infantil* e do *PKU (Phenylketonuria) – Diagnóstico precoce*, *Doenças da infância* e *Medicação* são aspetos considerados os de maior relevância. Relativamente aos itens prioritários **menos referidos** nos **cuidados com o bebé**, podemos salientar, a *avaliação da febre*, *Mudança de fralda*, *Posicionamentos*, *Comportamento da criança/ choro* e *Icterícia neonatal*.

2.2. – Avaliar na Perspetiva dos Enfermeiros

O papel dos enfermeiros poderá ser nuclear para a obtenção de mais saúde para todos, tendo em consideração que são valorizados o contexto familiar e o ciclo de vida do individuo, onde, no nascer com saúde, se engloba a gravidez e o período neonatal e, no crescer em segurança, os primeiros anos de vida (Graça, 2010).

Deste modo, abordaremos neste subcapítulo os aspetos relativos aos contributos da vivência da equipa de enfermagem, mais especificamente, a sensibilidade que apresentam

sobre a priorização dos conhecimentos que as mães adolescentes devem ser detentoras de modo a que a transição para a maternidade seja satisfatória.

Para a amostra dos enfermeiros tivemos como critério de inclusão a prestação direta de cuidados às mães e aos recém-nascidos. Este fator facilita a que a multiplicidades de determinantes possam ter grande probabilidade de serem encontrados. Verificando-se deste modo que as características que definem a população alvo são apresentadas como critérios de seleção ou elegibilidade.

De modo a dar visibilidade, apresentamos a caracterização do grupo dos enfermeiros, relativamente às características sociodemográficas, académicas e profissionais.

No quadro 10, podemos verificar de forma esquemática o agrupamento das variáveis de caracterização da amostra em dimensões e por indicadores. Assim, agrupamos as variáveis em dimensões e indicadores.

Quadro 10 - Caracterização dos enfermeiros/dimensões/indicadores

CARATERIZAÇÃO DOS ENFERMEIROS	
DIMENSÃO	INDICADORES
<ul style="list-style-type: none"> • Etária e Civil 	<ul style="list-style-type: none"> • Idade • Estado Civil
<ul style="list-style-type: none"> • Académica e Profissional 	<ul style="list-style-type: none"> • Habilitações académicas • Habilitações profissionais • Formação específica • Serviço onde trabalha • Nº anos de exercício profissional
<ul style="list-style-type: none"> • Informação/Acompanhamento 	<ul style="list-style-type: none"> • Prestação de cuidados • Método de ensino • Eficácia do método de ensino • Educação/Adequação do momento

Deste modo na dimensão **etária e civil**, é constituída pelos indicadores demográficos. Na dimensão **académica e profissional**, os indicadores reportam-se às habilitações académicas e profissionais, bem como experiência e formação específica na área da obstetrícia e puerpério, bem como na área da maternidade na adolescência. No domínio da **informação e acompanhamento**, estão incluídos tipo de cuidados prestados (ex: díade,

tríade), método e estratégias de ensino pré natal, grau de eficácia atribuído aos métodos de ensino, bem como a adequação quer do momento quer dos temas que são dirigidos a estas mães.

Prosseguimos deste modo a apresentar os resultados encontrados relativamente a cada uma das dimensões estabelecidas.

2.2.1. – Dados e Resultados da Dimensão Etária e Civil

Neste capítulo apresentamos os resultados encontrados relativamente à distribuição por idade e por estado civil na amostra dos enfermeiros

Assim, verificamos pela tabela 30, que a maior percentagem dos enfermeiros (37%) se encontra no grupo etário dos 26 a 35 anos, de seguida os que têm idade ≥ 46 anos ou seja, o grupo etário com menor peso percentual é os que tem entre 20 e 25 anos (4,8%). Relativamente ao **estado civil**, verificamos que 63,6% são casados, e 26,7% dos enfermeiros são solteiros, encontramos um enfermeiro que é viúvo.

Tabela 30 - Distribuição da amostra de enfermeiros segundo o grupo etário.

Variável	Frequência (n)	Percentagem (%)
Grupo etário		
[20 – 25[	8	4,80
[26 – 35[	61	37,00
[36 – 40[	19	11,50
[41 – 45[	35	21,20
≥ 46 anos	42	25,50
Estado Civil		
Solteiro	44	26,70
Casada	105	63,60
Viúva	1	0,60
União de Facto	12	7,30
Divorciada	3	1,80

De forma a dar continuidade à caracterização da amostra, seguidamente apresentamos a **dimensão académica ou profissional** (tabela 31). Nesta dimensão para além de estarem representados os resultados obtidos relativamente às habilitações académicas e profissionais dos enfermeiros, estão também os resultados encontrados relativamente a formação específica na área.

Tabela 31 - Distribuição dos enfermeiros segundo as características académicas/ profissionais e local de atividade profissional.

Variável	Frequência (n)	Percentagem (%)
Habilitações académicas		
Bacharelato	17	10,30
Licenciatura	134	81,20
Mestrado	14	8,50
Habilitações profissionais		
Enfermeiro	114	69,10
Enf.º Espec. Saúde Materna e Obstétrica	6	3,60
Enf.º Espec. Saúde Infantil e Pediátrica	41	24,80
Enf.º Espec. Comunitária	4	2,40
Serviço em que trabalha		
Bloco de partos	32	19,40
Serviço de puerpério	86	52,10
Unidades de Cuidados de Saúde Primários	47	28,50
Número de Anos de exercício profissional		
[1 – 5[	52	31,50
[6 – 10 [	47	28,50
[11 – 15[	29	17,60
[16 – 20[	25	15,20
≥ 21 anos	12	7,30

Assim, referente ao **grau acadêmico**, podemos observar pelos dados apresentados, que a maioria é licenciada (81,2%), ao passo que 10,3% dos participantes tem bacharelato e ainda existem 8.50% dos enfermeiros com mestrado.

No que concerne às **habilitações profissionais**, constatamos que 69,1% são enfermeiros de cuidados gerais, ao passo que os restantes 30,8% participantes têm uma especialização. Será interessante referir que são os enfermeiros especialistas em Saúde Infantil e Pediatria que se encontram mais representados.

Referente à distribuição dos enfermeiros segundo o **serviço** em que trabalha, apuramos que a maioria dos enfermeiros (52,1%) exerce atividade profissional no serviço de puerpério, ao passo que os restantes 28,5% participantes trabalham nos Cuidados de Saúde Primários e 19,4% participantes trabalha no bloco de partos.

Podemos também constatar, que a maioria dos enfermeiros (31,5%) trabalha no serviço entre 1 e 5 anos, de seguida os que trabalham entre 6 e 10 anos, com representação de 28,5% dos participantes. O grupo com menor peso percentual são os que trabalham no serviço há pelo menos 21 anos (7,3%).

Tabela 32 - Distribuição dos enfermeiros com formação específica

Formação específica	Frequência (n)	Percentagem (%)
Sim	110	66.70
Não	54	32.70
Não sabe/não responde	1	0.60

No que respeita à frequência de cursos de **formação específica** para a melhoria da prestação de cuidados (tabela 32), verificamos que a larga maioritariamente os enfermeiros frequentaram algum tipo de formação na área da saúde materna e obstétrica (66,7%), ao passo que os restantes 32,7% dos participantes não frequentaram nenhuma específica a área.

2.2.3. – Dimensão Informação e Acompanhamento

Neste domínio estão representados os resultados conseguidos nos enfermeiros, relativamente ao modo, forma e momento adequado na abordagem das temáticas, bem como avaliação sobre a eficácia dos métodos de ensino e promoção para a saúde destas mães.

Perguntamos aos enfermeiros de que forma efetivavam a sua **abordagem nos cuidados**; se abordagem era feita só ao bebé, só à mãe, se à díade ou à tríade (tabela 33).

Tabela 33 - Distribuição dos enfermeiros segundo a prestação de cuidados

Prestação de cuidados	Frequência (n)	Percentagem (%)
Só ao bebé	4	2,40
Só à mãe	4	2,40
À díade	53	32,10
À tríade	104	63,00

No que concerne ao destinatário a quem o enfermeiro presta cuidados mostramos que a maioria presta cuidados à tríade (63%), ao passo que apenas 2,4% das participantes prestam cuidados ao bebé ou à mãe (tabela 33).

Tabela 34 - Distribuição dos enfermeiros segundo o método de ensino às mães no pós-parto

Método de ensino às mães	Frequência (n)	Percentagem (%)
Individual	158	95,80
Em grupo	5	3,00
Informação escrita	2	1,20

No que respeita ao **método de ensino**, verificamos na tabela 34, que maioritariamente os enfermeiros utilizam o ensino individual às mães no pós-parto (95,8%), ao passo que os restantes 4,20% dos participantes utilizam o método em grupo ou a informação escrita.

Tabela 35 - Distribuição dos enfermeiros segundo o método de ensino mais eficaz

Método de ensino mais eficaz	Frequência (n)	Percentagem (%)
Individual	124	75,20
Grupo	28	17,00
Escrita	10	6,10
Audiovisuais	3	1,80

Pela análise da tabela 35, apuramos que a maioria dos enfermeiros considera que o **ensino individual é mais eficaz** para as mães no pós-parto (75,2%), em contrapartida 7,9% dos participantes considera como mais eficaz a *informação escrita/ meios audiovisuais*.

Tabela 36 - Distribuição dos enfermeiros segundo o método de ensino menos eficaz

Método de ensino menos eficaz	Frequência (n)	Percentagem (%)
Individual	8	4,80
Grupo	37	22,40
Escrita	82	49,70
Audiovisuais	38	23,10

De acordo com a tabela 36, a maioria dos enfermeiros considera que o ensino através de informação **escrita/meios audiovisuais é menos eficaz** para as mães adolescentes (72,8%); comparativamente com os ensinamentos em *grupo* (22,4%).

Na tabela 37, apuramos que a larga maioria dos enfermeiros 53,9%, considera que o melhor **momento para promover informação** às mães será durante as consultas de vigilância pré natal, 29,1%. Apenas 17% da amostra referiu que o melhor momento de informação a estas mães será em contexto da visita domiciliária.

Tabela 37 - Distribuição dos enfermeiros e adequação do momento de ensino

Método mais adequado	Frequência (n)	Percentagem (%)
Pré natal	89	53,90
Pós-parto	48	29,10
Visita domiciliária	28	17,00

Seguidamente, de modo a responder a uma preocupação de cumprir a objeto de qualidade e rigor, procurámos explorar ao máximo os resultados, indo mais longe possível no seu tratamento.

2.3.– Prioridades na Aprendizagem Atribuída pelos Enfermeiros

De modo a dar maior visibilidade às respostas conseguidas, agrupou-se os itens apresentados em tabelas, onde estão representados os valores de maior e menor relevância.

Assim, podemos verificar pela tabela 38, que para os enfermeiros os aspetos de **maior relevância** a ter conhecimentos são, os aspetos clínicos, nomeadamente *Cuidados com sutura/incisão abdominal*, *Cuidados com as mamas*, *Sinais e sintomas de complicações pós-parto*, *Cuidados perineais* e por último os *Cuidados com a episiorrafia*.

Os scores médios para as necessidades de aprendizagem percebidas pelos enfermeiros, dos **cinco itens menos referidos**, alusivos às necessidades maternas, estão *Sexualidade (Intercorrências/ alterações sexuais)*, *Funcionamento intestinal*, *Gestão de tempo*, *Exercício Físico, para recuperação pós-parto* e *Práticas culturais no pós-parto*.

Tabela 38 – Medidas descritivas associadas aos itens referentes aos conhecimentos sobre o autocuidado nas mães adolescentes

Itens	Média	Desvio-padrão
Cuidados com sutura/incisão abdominal	4,05	3,44
Cuidados com as mamas	3,95	0,23
Sinais e sintomas de complicações pós-parto	3,89	0,31
Cuidados perineais	3,66	0,50
Cuidados com a episiorrafia	3,66	0,48
Sexualidade (Intercorrências/ alterações sexuais)	3,23	0,609
Funcionamento intestinal	3,22	0,603
Gestão de tempo	3,19	0,612
Exercício Físico, para recuperação pós-parto	3,08	0,646
Práticas culturais no pós-parto	2,78	0,727

A tabela seguinte está relacionada com os itens **mais referidos** nas **necessidades dos filhos**, ou seja são apresentados os scores mais elevados.

Tabela 39 – Medidas descritivas associadas aos itens referentes aos conhecimentos sobre os cuidados ao bebé nas mães adolescentes.

Itens	Média	Desvio-padrão
Segurança da criança	4,05	0,426
PKU (Phenylketonuria) - Diagnóstico precoce	3,95	0,483
Posicionamentos (decúbitos laterais ou dorsal)	3,89	0,556
Cuidados com a pele	3,66	0,542
Icterícia neonatal	3,66	0,574
Mudança de fralda	3,38	0,556
Desenvolvimento infantil	3,22	0,710
Medicação	3,14	0,756
Doenças da infância	2,99	0,753
Avaliação da temperatura	2,96	0,652

Para os enfermeiros, verificou-se uma grande importância atribuída à *Segurança da criança, PKU (Phenylketonuria) - Diagnóstico precoce, Posicionamentos (decúbitos laterais ou dorsal), Cuidados com a pele e Icterícia neonatal*. Quanto aos itens prioritários **menos referidos** nos **cuidados com o bebê**, podem salientar que os que apresenta, menor score são os itens referentes à *Mudança de fralda, Desenvolvimento infantil, Medicação, Doenças da infância e a Avaliação da temperatura*.

Assim, verificamos divergências significativas relacionadas com aspetos considerados prioritários, mas menos referidos, nomeadamente para as mães adolescentes. Estes itens prendem-se com a *Avaliação da temperatura e Mudança da fralda*. Para os enfermeiros os itens mais referidos como menos prioritários, estão relacionados com a *Mudança da fralda* e com o *Desenvolvimento infantil*.

2.4. – Médias Globais

Os instrumentos de medida escolhidos para a recolha de dados devem ser especificados e as suas qualidades psicométricas devem ser descritas, sendo que as qualidades psicométricas de um instrumento de medida se referem ao seu grau de fidedignidade e à sua validade.

Apresentamos na tabela seguinte os resultados encontrados com medida de tendência central e dispersão da *PLN*.

Tabela 40 - Análise da medida de tendência central e dispersão da escala.

Variáveis da PLN	Máx.	Min.	Média	Desvio-padrão
Mães adolescentes	2,33	4,00	3,23	0,39
Enfermeiros	2,90	4,38	3,45	0,34

Assim, podemos visualizar que os valores médios da escala de necessidades de aprendizagem pós-parto variam entre 3,23 (parturientes) e 3,45 (enfermeiros).

Podemos, também constatar que os valores de dispersão (desvio-padrão) são muito semelhantes.

3. - APRESENTAÇÃO DOS DADOS: RESULTADOS INFERENCIAIS

A estatística inferencial tem como objetivo a extrapolação dos resultados (obtidos com a estatística descritiva) para a população. Assim sendo foram utilizados vários tipos de testes com o intuito de relacionar as diferentes variáveis.

3.1. - Diferenças entre as percepções nas necessidades maternas

Analisando os resultados apresentados no quadro, verificamos que a percepção das mães adolescentes e dos enfermeiros relacionados com as necessidades de aprendizagem sobre as necessidades maternas mais relevantes são apresentadas de seguida.

Na tabela 41, estão demonstrados estes achados, onde constatamos que no caso da *sexualidade*, verifica-se que tanto nas mães adolescentes como nos enfermeiros não se observaram grandes diferenças estatísticas, embora as mães adolescentes revelem maior preocupação ($p < 0.05$).

Podemos verificar diferenças estatisticamente significativas entre a percepção das mães adolescentes e dos enfermeiros a nível dos seguintes aspetos: as mães adolescentes sentem como importante as necessidades de aprendizagem com os *cuidados com a sutura abdominal* ($\chi^2 = 19.64$, $p < 0.01$) e *episiotomia* ($\chi^2 = 13.16$, $p < 0.001$), *cansaço/fadiga pós-parto* ($\chi^2 = 12.77$, $p < 0.01$) e o *relacionamento do casal* ($\chi^2 = 10.40$, $p < 0.05$).

Enquanto para os enfermeiros verifica-se que os *sinais e sintomas pós-parto* ($p < 0.01$), bem como as estratégias *a adotar na satisfação da maternidade em casa* e a *gestão de tempo* apresentam valores que revelam menor importância atribuída em termos das necessidades de aprendizagem para o autocuidado ($p < 0.01$ em ambos os casos).

Tabela 41 - Mães adolescentes e enfermeiros e necessidades de aprendizagem/necessidades maternas

Cuidados Maternas	Grupo	Importante Nº (%)	Não importante Nº (%)	Qui-quadrado	Gl	Sig.
Cuidado com a episiotomia	Mães	151 (91.50%)	14 (8.10%)	13.16	3	.004**
	Enfermeiros	69 (80.20%)	17 (19.80%)			
Cuidados com a sutura abdominal	Mães	75 (45.50%)	13 (7.80%)	19.64	3	.000***
	Enfermeiros	40 (46.50%)	17 (19.80%)			
Próximo período menstrual	Mães	138 (83.60%)	27 (16.40%)	0.71	2	.701
	Enfermeiros	70 (81.10%)	16 (18.60%)			
Sinais e sintomas de complicações pós parto	Mães	157 (95.20%)	8 (4.80%)	10.15	2	.006**
	Enfermeiros	77 (89.60%)	9 (10.50%)			
Cansaço/fadiga pós parto	Mães	146 (88.50%)	19 (11.50%)	12.77	3	.005**
	Enfermeiros	66 (77.60%)	19 (22.40%)			
Relacionamento do casal	Mães	160 (98.80%)	5 (3.00%)	10.40	3	.015*
	Enfermeiros	84 (98.80%)	1 (1.20%)			
Estratégias a adotar na satisfação da maternidade em casa	Mães	155 (94.00%)	10 (6.00%)	14.62	2	.001***
	Enfermeiros	66 (77.60%)	19 (22.40%)			
Gestão de tempo	Mães	145 (87.90%)	20 (12.10%)	12.11	2	.002**
	Enfermeiros	60 (70.60%)	25 (29.40%)			
Sexualidade	Mães	139 (87.20%)	26 (15.70%)	8.46	3	.037*
	Enfermeiros	60 (70.60%)	25 (29.40%)			

NOTA: ns – não significativo; * $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$; *** $p \leq 0.001$

3.1.- Diferenças entre as percepções nos cuidados ao bebê

A tabela 42 apresenta as diferenças entre a percepção das mães adolescentes e dos enfermeiros sobre as necessidades de aprendizagem referentes ao cuidado com o bebê.

As mães adolescentes sentem como prioritário a aprendizagem referente à *mudança da fralda* ($X^2 = 8.58$, $p \leq 0.05$) e *posicionamentos do bebê* ($X^2 = 20.71$, $p < 0.001$).

Tabela 42 - Mães adolescentes e enfermeiros sobre os cuidados com o bebê

Cuidados com o bebê	Grupo	Importante Nº (%)	Não importante Nº (%)	Qui-quadrado	Gl	Sig.
Cuidados com a pele	Mães	164 (99.40%)	1 (0.60%)	2.68	2	.261 [*]
	Enfermeiros	85 (88.80%)	1 (1.20%)			
Mudança de fralda	Mães	158 (95.70%)	7 (4.30%)	8.58	3	.038 [†]
	Enfermeiros	78 (90.70%)	13 (9.30%)			
Posicionamentos	Mães	159 (96.40%)	6 (3.60%)	20.71	3	.000 [‡]
	Enfermeiros	77 (89.50%)	9 (10.50%)			
Doenças de infância	Mães	160 (97.00%)	5 (3.00%)	4.91	3	.179 [*]
	Enfermeiros	79 (81.90%)	7 (8.10%)			
Avaliação da febre	Mães	150 (93.30%)	11 (6.70%)	2.94	3	.400 [*]
	Enfermeiros	76 (88.40%)	10 (11.60%)			
Icterícia neonatal	Mães	145 (87.90%)	20 (12.10%)	6.52	3	.089 [*]
	Enfermeiros	67 (77.90%)	19 (22.10%)			
Segurança da criança	Mães	162 (98.20%)	3 (1.80%)	7.62	3	.059 [*]
	Enfermeiros	86 (100.00%)	0 (0%)			
PKU [§]	Mães	163 (98.80%)	2 (1.20%)	0.90	2	.639 [*]
	Enfermeiros	83 (98.80%)	1 (1.20%)			

NOTA: * não significativo; † p ≤ 0.05; ‡ p ≤ 0.001; § *Phenylketonuria* (Fenilcetonúria neonatal)

Deste modo, ao analisar a tabela aferimos a existência de diferenças estatisticamente significativas entre a percepção das mães adolescentes e dos enfermeiros. No entanto, para os indicadores *cuidados com a pele, doenças de infância, avaliação da febre, icterícia neonatal, segurança da criança, PKU (Phenylketonuria), desenvolvimento infantil, comportamento da criança/choro e medicação*, parece existir um maior consenso entre as opiniões das duas amostras analisadas, ou seja as diferenças não apresentam diferenças estatisticamente significativas.

De forma a operacionalizar as prioridades na aprendizagem percebida após o parto, foi calculada a média para cada um dos itens, considerando que a média superior a 3,2 indica uma prioridade alta de necessidade de aprendizagem.

Convém notar que, as hipóteses deste grupo apenas afirmam a existência de relação entre as variáveis. Podem até indicar a força ou o sentido desta relação, mas nada estabelecem em termos de causalidade, dependência ou influência.

Para averiguar se as diferenças entre as pontuações dos dois grupos foram significativas, utilizou-se o teste específico nesta situação. Assim a técnica estatística aplicada foi:

- Testes de Hipóteses: teste t de Student.

Este teste permite verificar se a diferença entre as médias das pontuações associadas a cada variável é significativa.

3.2. – Diferença de percepção entre as necessidades de aprendizagem das mães adolescentes vs percepção do ensino realizado pelos enfermeiros

Assim, para testar a hipótese **H1**, de que as mães adolescentes têm mais necessidades de aprendizagem sobre o parto comparativamente com a percepção dos enfermeiros, fomos calcular a diferença de médias recorrendo ao teste *t* de Student.

Tabela 43 - Teste da diferença de médias das percepções de necessidades de aprendizagem entre as mães adolescentes e os enfermeiros.

	Grupo		t	p
	Enfermeiros	Mães		
	Média (dp)	Média (dp)		
Necessidades de aprendizagem	3.10 (0.38)	3.30 (0.37)	-4.06	***

Os dados apresentados na tabela 43 permitem-nos concluir que a hipótese confirma-se, uma vez que existem diferenças com significância estatística ($t = -4.06$; $p = .000$).

Salientamos também que, como a médias na amostra das mães adolescentes é mais elevada, significa que verbalizaram ter mais necessidades de aprendizagem do que as sentidas pelos enfermeiros.

Com estes achados podemos inferir que, o facto de os enfermeiros ser um grupo profissional na área da saúde, com competências técnicas e científicas específicas, aparentam ter mais preocupações com questões de ordem técnica. No entanto, salientamos que será importante o enfermeiro ponderar que, para o diálogo ser eficaz é necessário valorizar o outro na sua identidade, respeitando os seus valores e ter consciência das diferentes características individuais. Este fator será determinante, no decorrer do cuidado a ser prestado aqueles que vivenciam este processo, pois promove o entendimento de que todos na sua especificidade de natureza humana. Devem ser compreendidos não só do ponto de vista efetivo e sentimental, mas também na compreensão dos seus limites e fragilidades.

Seria uma mais-valia refletir, que embora exista reconhecimento deste fator, os dados relevam que as mães têm mais necessidade de conhecimento do que aquilo que os enfermeiros reconhecem.

3.3. – Diferenças de percepção das necessidades das mães adolescentes que planearam a gravidez relativamente às que não planearam a gravidez

Para testar a **H2**, que pretende averiguar se as mães adolescentes que planearam a gravidez têm menos necessidades de aprendizagem sobre o parto comparativamente com as mães cuja gravidez não foi planeada, fomos calcular a diferença de médias recorrendo ao teste t de Student.

Deste modo, pela análise da tabela 44, verificamos que a hipótese confirma-se uma vez que existem diferenças com significância estatística ($t = 0,813$; $p = 0,044$). Como a aplicação deste teste pressupõe que as distribuições dos dados não diferiram muito da distribuição normal.

Tabela 44 - Teste de diferença de médias entre as necessidades de aprendizagem das mães que planearam a gravidez comparativamente às que não planearam

	Gravidez Planeada		t	p
	Não	Sim		
	Média (dp)	Média (dp)		
Necessidades de aprendizagem	3.25 (0.39)	3.20 (0.38)	0.813	*

Em suma na H2, a médias das mães em que a gravidez não foi planeada é mais elevada, o que significa que tem mais necessidades de aprendizagem do que a gravidez que foi planeada.

3.4. – Diferenças de perceção entre as necessidades das mães adolescentes com e sem acompanhantes nas consultas

Para testar a hipótese de que as mães adolescentes que foram acompanhadas pelos familiares durante o tempo das consultas de vigilância de saúde materna, têm menos necessidades de aprendizagem sobre o parto comparativamente com as mães que foram sozinhas às consultas (**H3**), fomos calcular a diferença de médias recorrendo ao teste *t* de *Student*.

Tabela 45 – Teste de diferença de médias entre as mães que tiveram acompanhamento/apoio, de familiares durante a gravidez comparativamente às mães que não foram acompanhadas/apoiadas.

	Acompanhamento Consultas		t	p
	Não	Sim		
	Média (dp)	Média (dp)		
Necessidades de aprendizagem	3.25 (0.35)	3.23 (0.39)	0.224	ns

Ao analisar a tabela 45, verificamos que a hipótese não se confirma, uma vez que não existem diferenças com significância estatística ($t = 0.224$; $p = 0,823$).

3.5. – Diferença entre as necessidades de aprendizagem das mães adolescentes sobre o relacionamento do casal comparativamente com o ensino realizado pelos enfermeiros

Para testar a hipótese **H4**, de que as mães têm mais necessidades de aprendizagem sobre o relacionamento do casal comparativamente às percepções dos enfermeiros, fomos calcular a diferença de médias recorrendo ao teste *t* de *Student*.

Tabela 46 - Teste de diferença de médias entre as necessidades de aprendizagem das mães relativamente ao relacionamento do casal comparativamente às percepções dos enfermeiros.

	Relacionamento Casal		t	p
	Enfermeiros	Mães		
	Média (dp)	Média (dp)		
Necessidades de aprendizagem	3.19 (0.42)	3.34 (0.58)	-2.131	*

Verificamos na análise da tabela 46, que a hipótese confirma-se uma vez que existem diferenças com significância estatística, respetivamente $t = -2.131$ e $p = 0.034$.

Assim, a H4 apresenta a média de resposta das mães mais elevada. Este valor significa que, as mães adolescentes têm mais necessidades de aprendizagem relativamente a informações referentes com o relacionamento do casal, comparativamente com as opiniões que os enfermeiros expressaram.

Constatamos que, embora refiram necessidade nessa área, não é acompanhada com a necessidade de conhecimentos sobre como e quando retomar a relacionamento sexual.

4. - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A visão clássica sobre as competências maternas das adolescentes é particularmente negativa. A realidade é que, estudos relativamente recentes, sobre a maternidade adolescente apontam para que os problemas clínicos vividos pelas mães adolescentes são fruto de um conjunto de fatores desfavoráveis, que poderão ser atenuados ou eliminados quando a conjuntura é alterada. Ou seja, se conseguirmos que as adolescentes estabeleçam com os profissionais de saúde uma relação mais precoce e frequente, poderá existir um aumento dos resultados que se poderão refletir no melhoramento dos indicadores de saúde e num benefício das competências maternas.

No presente estudo, e como já foi mencionado na metodologia utilizámos uma amostra de 251 mães adolescentes. Complementamos a informações conseguidas com a análise da perspectiva dos enfermeiros, utilizando neste caso uma amostra de 165 enfermeiros.

Assim, a partir dos resultados podemos referir que relativamente à **distribuição etária da amostra das adolescentes** poderemos observar que foi bastante próxima da distribuição nacional (INE, 2019). Apesar de se verificar de um modo geral a diminuição no número de jovens mães, observamos no entanto, que nas mães mais novas não existiu uma diminuição significativa.

Quanto à **escolaridade das mães adolescentes**, percebemos que a maioria da nossa amostra é detentora da escolaridade obrigatória. Este indicador será relevante, tendo em consideração que vários estudos referem que o nível de escolaridade é um importante preditor do conhecimento parental (Silva et al., 2005; Reich, 2005; Senarath et al., 2007; Moura et al., 2004; Ribas, Moura & Bornstein, 2007).

Não obstante esta constatação, a *America's Promise Alliance / NCPTP* (2010) salienta que os pais adolescentes apresentam risco acrescido de abandono escolar e maior

probabilidade de uma nova gravidez na adolescência, afetando desde logo o seu presente e o futuro nível socioeconómico, sendo depois repercutido inevitavelmente nos filhos.

No entanto, temos que realçar que 4,8% das adolescentes tem unicamente 4 anos de escolaridade. Embora seja um fator importante, este impacto na vida dos adolescentes terá que ser relativizado perante a importância que os adolescentes atribuem a esta variável na sua vida (Heiborn et al., 2002). Salientamos que, os adolescentes de classe económica mais baixa em que existe uma preocupação dominante pela sobrevivência, o prolongamento da juventude não parece ser relevante, sendo a escola encarada como uma necessidade provisória até existir acesso ao trabalho que assegure a subsistência e permita contribuir para o orçamento familiar (Cardoso, 2011). Estes dados, vão de encontro aos achados do nosso estudo que referem que as mães adolescentes quanto à empregabilidade e adequação do rendimento às necessidades da família, apresentam rendimentos inferiores a 500 euros, não tem emprego e não sabe se o rendimento familiar é adequado às necessidades económicas da família.

Sabemos que uma das variáveis descritas como essencial para o sucesso da transição é o suporte disponível, seja este formal e/ou informal (Brouse, 1988; Wilkins, 2006). Assim, relativamente, à questão de **com quem vivem**, a maioria as mães do nosso estudo, referiram que viviam com os pais ou com os sogros, deste modo verificamos que este é um fator protetor tendo em consideração que ao existir alguém que ajude nos cuidados à criança, esta pessoa pode, por um lado, funcionar como um modelo dos cuidados (*'vicarious experience'*), levando ao aumento dos níveis de confiança para a realização das tarefas e, por outro, a circunstância de ter ajuda de alguém pode facilitar a gestão das necessidades do bebé e da mãe (Cardoso, 2011). Este apoio será relevante não só na fase de puerpério e na recuperação do parto, mas também, na promoção de projeto de futura destas mães, nomeadamente no retomar das atividades e no regresso à escola.

A literatura refere também que a relação com o pai da criança pode ser um fator de risco ou de proteção para a adaptação à maternidade adolescente. A condição social desfavorável destas jovens, com a ausência de companheiro, uniões informais e instáveis, torna-as sujeitas a discriminação social e legal e a baixa escolaridade ou o abandono escolar após a descoberta da gravidez que, por sua vez, faz com que essas adolescentes, ao entrarem no mercado de trabalho, executem uma atividade não qualificada e, conseqüentemente, mal remunerada (Gonçalves, Parada & Bertocello, 2001). Se a relação romântica com o pai do

bebé continua, muitas das vezes com enquadramento conjugal e coabitação, parece existir maior envolvimento paternal com a criança e com as tarefas relativas à prestação de cuidados (Gee, McNerney, Reiter & Leaman, 2007). No entanto, quando a relação romântica termina, a qualidade do relacionamento entre a mãe adolescente e o pai do bebé parece ser igualmente preditora do envolvimento deste no papel paternal e no apoio proporcionado (Gee et al., 2007), verificando-se a diminuição ao longo tempo do seu envolvimento, não só em relação à própria adolescente, quer em relação ao filho (Beers & Hollo, 2009).

O **desenvolvimento social das mães adolescentes** encontra-se fortemente condicionado pelas condições sociais em que estas se encontram, sendo a pobreza a mais prejudicial uma vez que se encontra associada a outras condições sociais tais como a desestruturação familiar, o insucesso escolar já acima referido, o desemprego e a delinquência. Segundo Amaro et al (2001), estas condições proporcionam um contexto muito pobre para o desenvolvimento individual.

Tendo em consideração os dados obtidos, que referem que 72 % das **gravidezes não foi planeada**, será um dos fatores relevantes no acompanhamento destas mães. Sendo que estes dados corroboram com a literatura, ao referir que cerca de 75, 8% das gravidezes na adolescência, são consideradas não desejadas e não planeadas (Pires, Pereira, Pedrosa & Canavarro, 2013). Sabemos da literatura que a gravidez na adolescência como fenómeno planeado, verifica-se em jovens pobres e/ou pertencentes a minorias étnicas, muita das vezes emergindo da associação a alterações de mudança, a conceções idealizadas e irrealistas dos papéis de esposa e de mãe e/ou a transições para a vida adulta, precipitadas pelas normas culturais vigentes nos respetivos meios, resultante de uma vida que não é percecionada como gratificante (Pires, 2014; Westman, 2009). Em Portugal, a decisão do planeamento da gravidez na adolescência é mais relevante em Regiões como o Alentejo, Açores e Madeira, sendo apontados motivos para este planeamento, o fortalecimento da relação e o desejo de constituir família/viver com o companheiro.

Podemos também referir, que neste estudo, confirma-se o que a literatura nos descreve, tendo em consideração que a maioria das mães com ensino básico refere que a gravidez não foi planeada (Cardoso, 2011).

Quanto ao **número partos e de filhos**, podemos verificar que 8,8% da amostra era a segunda gravidez e que 6% era o segundo filho. Estes resultados devem ser objeto de reflexão pelos enfermeiros que trabalham com estas mães, não só pela importância que lhe

foi atribuída, como também pelo que conhecemos da literatura, ao referir que a situação torna-se ainda mais complicada ao examinarmos o padrão de fertilidade. Ou seja este padrão é provável que seja estabelecido na adolescência, pois mulheres que começam a ter filhos mais cedo, geralmente têm mais filhos (Oliveira, 1998).

Cardoso (2011), no seu estudo, refere que as mães que já têm outros filhos (múltiparas) revelam maior nível de conhecimentos, comparativamente às mães primíparas. Por isso, segundo Senarath et al. (2007), as primíparas devem ser consideradas como um grupo de risco para o défice em conhecimentos parentais (*'poor knowledge'*).

Quanto à **vigilância pré-natal**, o nosso estudo, refere que na sua maioria a gravidez foi vigiada, existindo no entanto 14,3% que não foi vigiada durante a gravidez. Quanto a este fator, Carlos, et al. (2007) referem que algumas jovens levam algum tempo para contar à família que estão grávidas, levando a que a vigilância seja iniciada tardiamente, o que pode trazer consequências negativas tanto para a mãe como para o bebé. Uma gravidez não planeada assume um carácter de maior risco de poder ser desorganizadora psicologicamente, uma vez que a jovem terá que conciliar os sentimentos próprios, ao mesmo tempo que terá que se preparar para aceitar o bebé e adaptar-se à sua nova condição.

Relativamente ao **grau de satisfação com a informação fornecida**, as mães salientam estar satisfeitas com a informação que lhe foi fornecida. De facto, a satisfação do utente é um indicador importante da qualidade e resulta das boas práticas, ou seja, o bem-estar do utente é manifestado pela sua opinião positiva, sobre a qualidade dos cuidados que lhe foram prestados (Pinto & Silva, 2013). Podemos realçar, que relativamente ao comportamento materno exibido, teremos que ter em consideração que o grupo de mães adolescentes é muito heterogéneo (Canavarró & Pereira, 2001), o que torna importante o estudo das variáveis que contribuem para a satisfação quanto à informação e que podem levar a um comportamento materno mais ou menos adaptativo.

Na sua maioria valoriza o **acompanhamento individualizado** proporcionado pelo enfermeiro, até porque o acha mais eficaz, em detrimento de outros meios e formas de divulgação da informação, como os audiovisuais (Internet, vídeos e televisão). Sabemos que a educação individual tem um grau de excelência maior, pois conseguimos melhor avaliar e conseqüentemente proporciona uma adequação das intervenções de enfermagem segundo as necessidades básicas (Silva, 2004). É interessante verificar que muito embora, a

informação em contexto da saúde, não seja só valorizada exclusivamente em função do teor do seu conteúdo, mas também, pela capacidade que poderá dar aos indivíduos na resolução de problemas e na tomada de decisão (Cardoso, 2011). Ou seja, estas mães reconhecem o valor terapêutico da informação, (que se baseia na informação certa, no momento certo, para o cliente certo), reconhecendo os enfermeiros competências para as ajudar. Estes resultados ajudam-nos a perceber o valor da informoterapia, pois a intenção da sua ação abrange, por um lado, o aumento dos conhecimentos e a promoção da respetiva integração nos comportamentos e, por outro, a estimulação da participação do individuo no processo de cuidado. Desta forma, os resultados do estudo apontam para a relevância dos enfermeiros na promoção dos conhecimentos das mães adolescentes.

Referente **aos aspetos menos referidos como importantes conhecer**, verificamos que os resultados revelam um desfasamento entre o conhecimento técnico e científico, e o conhecimento do desempenho esperado relacionado com as competências maternas. Ou seja, espera-se que todas as mães consigam ou tenham capacidade de saber como mudar a fralda ao seu filho, e saber o que é, ou como se vai processar o desenvolvimento da criança.

Verificou-se também, que os resultados encontrados foram semelhantes aos dos estudos conhecidos (DeVito, 2010; Obeisat, Gharaibeh & Aishee, 2012), revelando que tanto as mães adolescentes, como os enfermeiros concordaram que as necessidades de aprendizagem prioritárias no pós-parto prendem-se com saúde física imediata das mães adolescentes e das crianças. Apesar desta concordância, verificamos que as mães adolescentes apresentam mais necessidades de aprendizagem com questões práticas diferentes das necessidades de aprendizagem referidas pelos enfermeiros. O apoio parece ser essencial na experiencia da maternidade, nomeadamente na deteção das necessidades quanto à amamentação, quer do ponto de vista informativo, quer instrumental quer emocional (Grassley, 2010). Nobrega e Bezerra (2010) referem que as intervenções de enfermagem não devem limitar-se a ações técnicas, fragmentadas e centradas no modelo biomédico, mas devem incentivar as adolescentes a tornarem-se mais seguras e independentes.

Quanto à **forma e método mais eficaz para a transmissão de informação**, embora a maioria das mães não tenha recebido nenhuma informação específica durante a gravidez, referem no entanto, que preferem o método individual para satisfazer as suas necessidades em conhecimentos. Podemos salientar que a literatura refere que as formações existentes não respondem às suas necessidades como mães (DeVito, 2010).

Será essencial conhecer os obstáculos, as resistências e objeções naturais das pessoas para que se possa entender e compreender, de modo a conseguir contorná-las e criar argumentos pró-ativos concretizam a comunicação. As pessoas só quando estão envolvidas e interessadas são recetivas às informações. Sendo fulcral o uso de uma linguagem simples, entendimentos, que faça o interlocutor interagir e se interessar pelo assunto. O envolvimento na comunicação é a base de uma comunicação clara e bem passada (Rosa, 2003).

Relativamente à vantagem em estar maior **número de dias internadas**, dos resultados encontrados, pudemos também apurar que, 72,9% das mães adolescentes refere não verificar vantagens no aumento do número de dias de internamento para a aquisição de conhecimentos relacionados com o autocuidado ou com os cuidados ao filho, sendo que apenas 27,1% referiram que o aumento de dias de internamento poderia ser vantajoso. Estes dados não corroboram com DeVito (2010), ao referir que as mães sentem-se pouco apoiadas e seguras, dando relevância ao suporte que os enfermeiros lhe forneciam e realçando a importância da visita domiciliária, como apoio às suas necessidades.

Estes resultados puderam ser compreendidos através de conceitos subjacentes como a auto eficácia. Este conceito compreende a capacidade que o indivíduo tem para desempenhar tarefas e resolver problemas, sendo deste modo importante para que a mãe, sinta confiança na capacidade para cuidar do seu filho (Silveira & Ferreira, 2011).

Averiguamos também que, para as mães adolescentes, existiram temáticas que atribuíam **maior relevância o seu conhecimento**. Assim, se por um lado referem aspetos importantes relacionados com questões fisiológicas como o *cuidado com os lóquios*, por outro, referem aspetos afetivos como o *relacionamento do casal*. Podemos a este propósito, salientar que o relacionamento sexual/afetivo do casal é forçosamente influenciado pelo nascimento do filho, sendo o espaço de intimidade, privacidade e sexualidade do casal ser ocupado pelo filho que se impõe em função das suas necessidades (Neves, 2013).

Em contrapartida os enfermeiros referem as questões de **maior relevância**, as que estão relacionadas com aspetos fisiológicos e técnicos como os *cuidados às suturas abdominais e à episiorrafia*. Esta diferença é, em parte explicável, pelo quadro cognitivo de conhecimentos, bem como as preocupações quer de carácter técnico quer de carácter psicológico de cada uma das amostras.

Quanto aos **cuidados com os filhos**, os dados, corroboram com a literatura que refere que as mães demonstram interesse em aprender sobre os cuidados a ter com o bebê (Bowman & Ruchala, 2006). Nomeadamente, Cardoso (2011) salienta que as mães com formação de nível básico apenas demonstrarem maior nível de conhecimentos na competência: alimentar com biberão.

Verificamos que existem aspetos importantes para ambas as amostras, nomeadamente a *Segurança da criança*. Assim, constata-se que 40% são preocupações comuns para ambas as amostras.

No entanto refutam o que está descrito relativamente às mães adolescentes, quanto ao período após quatro a seis semanas depois do parto, que salienta os poucos conhecimentos sobre como tratar dos seus filhos.

Relativamente **quem e onde procuram a informação**, conseguimos observar que 49% da amostra ficou satisfeita quanto à informação que lhe foi transmitida sendo que o profissional que mais valorizou (60%), como veículo de informação, tenha sido os enfermeiros. Os pais que revelam maior nível de conhecimentos são os que referem o enfermeiro como fonte de informação (Cardoso, 2011). Percebemos que durante a transição para a parentalidade os pais procuram apoios a vários níveis, sendo os serviços de saúde o que lhes dão mais respostas (Neves, 2013). Os resultados de alguns estudos corroboram este resultado, nomeadamente os de Fairbank et al. (2000) e Cardoso (2011), que relativamente à amamentação salientam que quanto maior o nível de conhecimentos sobre amamentação e sobre a gestão das complicações, maior duração da amamentação e percepção positiva da experiência de amamentar, e os de Russell & Champion (1996), que identificam uma associação significativa entre a autoeficácia percebida e o nível de conhecimento, especificamente no conhecimento sobre a prevenção de acidentes na criança. Deste modo podemos inferir que quanto mais as mães sabem e melhor fazem, maior é o nível de confiança na sua capacidade de realizar as tarefas parentais com sucesso.

Quanto ao **tempo de hospitalização** para melhorar os conhecimentos, na sua maioria referem o tempo que estarão internadas será suficiente, e que não beneficiariam de maior número de dias de internamento.

Como estratégias **para adequação dos seus conhecimentos** às necessidades do bebê, referem que procuram antecipadamente, no entanto verificamos que na sua maioria a gravidez **não foi planeada** e que refere que a **informação que recebeu foi após o parto**. De

facto, as mães que referem os enfermeiros como fonte de informação (em particular durante a gravidez) e as que frequentam a preparação para o parto e parentalidade são as que evidenciam maior nível nos conhecimentos em diversas competências parentais (Cardoso, 2011). Todavia, apesar das mães referirem preocupações e dificuldades na adaptação ao seu novo papel, as que tinham experiência anterior referem sentir-se mais bem preparadas na realização das diversas tarefas (Silva, 2006). Percebemos, deste modo que este grupo apresenta risco acrescido tendo em consideração a sua oposição ao descrito na literatura como fato protetor. No entanto as mães dizem que vão procurar saber antecipadamente sobre os **cuidados com o bebé**, podemos inferir que revelaram consciência da exigência do papel de mãe, parecendo que a gravidez possa ter sido o momento no qual se procedeu a essa reflexão e planeamento para o futuro. A possibilidade de pensar, sentir e organizar o futuro que se desenvolve durante esta fase de ligação ao bebé, leva a preparar-se para o exercício da maternidade (Piccinini et al., 2004). Sabemos, por Huang *et al*, 2005, que a tomada de consciência da necessidade de preparação e o envolvimento nessa preparação desenvolvem comportamentos de procura de informação, levando ao aumento do nível dos conhecimentos e adequação das expectativas. As mães e os pais com nível adequado de conhecimentos têm o potencial para criar condições para favorecer o ótimo crescimento e desenvolvimento da criança (Cardoso, 2011).

Nesta contextualização, ao considerarmos que o cuidar demanda que os enfermeiros compreendam a pessoa e a sua situação de saúde para que identifiquem necessidades, desejos do adolescente, podemos perceber a complexidade do cuidado (Pinheiro, 2016).

Verificamos a **existência de divergência entre as opiniões das mães adolescentes e dos enfermeiros** quanto aos conhecimentos de maior importância. Assim, a divergência nos aspetos mais importantes está relacionada com aspetos de carácter psicológico e com o *relacionamento do casal*, sendo estes os dois fatores de maior relevância para as mães adolescentes. Podemos atribuir esta diferença entre a sensibilidade dos enfermeiros e as necessidades das mães, às questões que se prendem com a experiência e informação científica detidas pelos enfermeiros. Quanto aos aspetos menos importantes a saber, há uma grande confluência para ambas as amostras o que revela sintonia entre as duas amostras.

Constatou-se também que, existiu diferenças significativas entre mães adolescentes e os enfermeiros quanto às **necessidades de aprendizagem em relação às necessidades de conhecimentos sobre os cuidados prioritários aos filhos**. Ou seja, aprender sobre a

segurança da criança, desenvolvimento infantil, PKU (Phenylketonuria) - diagnóstico precoce, doenças da infância e medicação, foram as mais referidas pelas mães adolescentes. No seu estudo Resta et al. (2010), referiu que a maioria das dúvidas e inseguranças estavam relacionadas principalmente com os cuidados ao coto umbilical, com o primeiro banho do bebé e com a amamentação. Comparativamente, os enfermeiros estão de acordo com necessidades referidas pelas mães adolescentes, embora evidenciem os *posicionamentos (decúbitos laterais ou dorsal), cuidados com a pele e icterícia neonatal* como prioritárias (Lowdermilk, Perry, Cashio & Alden, 2006; Bergamaschi & Praça, 2008).

Constatamos que no que concerne aos aspetos **mais referidos** em comum nas duas amostras, **relacionadas com o autocuidado**, podemos referir que existem quatro de maior relevância. São elas a *Gestão de tempo*, a *Sexualidade (Intercorrências/ alterações sexuais)*, o *Exercício Físico, para recuperação pós-parto* e as *Práticas culturais no pós-parto*, representando 80% de congruência entre as temáticas de menor relevância na priorização da aquisição de conhecimentos. Em termos da necessidade de conhecimentos, o *Funcionamento vesical* e o *Funcionamento intestinal*, são referidas por cada uma das amostras como os itens com menor relevância de todos.

No entanto, verificamos que existem aspetos importantes para ambas as amostras, nomeadamente a *Segurança da criança*. Assim, constata-se que 40% são preocupações comuns para ambas as amostras. Mesmo havendo preparação pré-natal, aquando do regresso a casa, foi constatado que subsistiam lacunas e dificuldades. Os enfermeiros diagnosticaram défices em conhecimento, relacionados com os cuidados à criança e/ou a si mesmas, em 97% das mães (Brown & Johnson, 1998). Dos défices em conhecimentos mais relevantes relacionados com a criança, verificou-se que 44% eram relativos ao padrão de alimentação. Quanto ao autocuidado, a dor e os cuidados de analgesia, foi referido por 44% como a maior dificuldade diagnosticada, enquanto 21% referiram fadiga e dificuldade em adaptar-se à gestão das novas tarefas.

Relativamente às características dos enfermeiros que forneceram os contributos para melhor perceber a problemática, podemos salientar que quanto á **formação dos enfermeiros**, na sua maioria são detentores do grau de licenciados, trabalham à 11/15 anos, são enfermeiros de cuidados gerais e desenvolveram formação na área da saúde materna e obstétrica. Sendo que a competência do enfermeiro manifesta-se pelos conhecimentos científicos profundos e habilidades para os aplicar, numa atitude de ajuda. Assim, o exercício da profissão de enfermagem requer cada vez mais formação avançada e a identificação clara

do seu papel, assim como, da especificidade que ele representa junto ao utente (Ribeiro, 2013). Atualmente, segundo a Ordem dos Enfermeiros (2003) a formação contínua: leva a efeito uma atualização regular das suas práticas; assume responsabilidade pela aprendizagem ao longo da vida e pela manutenção das competências; atua no sentido de ir ao encontro das suas necessidades. Concordamos com Traverso-Yépez (2001, p, 54) quando afirma que “ (...) *as mudanças devem iniciar nos espaços de formação profissional (...), onde deveria ser visada à geração de uma base conceitual comum (...) para lidar com os processos de saúde /doença numa perspetiva interdisciplinar (...)*”.

Ao longo do estudo procurámos refletir acerca dos resultados que íamos encontrando, confrontando-os com os conhecimentos atuais e com os constructos teóricos subjacentes.

Assim, na **H1**, relativamente à perceção dos enfermeiros sobre a necessidade de conhecimentos das mães adolescentes, percebemos que **as mães apresentam mais necessidades do que as sentidas pelos enfermeiros**. Poderíamos deduzir que a perceção dos enfermeiros estará influenciada pela pressão social de ser mãe adolescente ou da capacidade de serem boas mães. Desse modo é necessário que o enfermeiro desenvolva um trabalho de parceria com a família através do ensino instrução, treino e supervisão dos cuidados ao filho, até que estes adquiram autonomia e se sintam confiantes e seguros (Neves, 2013).

Na Hipótese **H2**, a média das mães em que **a gravidez não foi planeada é mais elevada, o que significa que têm mais necessidades de aprendizagem do que aquelas em que a gravidez foi planeada**. Este facto vem de encontro ao que sabemos da literatura que as mães adolescentes relativamente às outras mães apresentam maiores dificuldades, mostram comportamentos menos responsáveis, verbalizam menos sobre as suas preocupações, proporcionam um ambiente menos estimulante para os seus filhos e apresentam características e frequência na interação com os seus filhos diferentes das mães adultas (Martell et al., 2001). Sabemos também que as adolescentes estão cognitivamente menos preparadas para cuidar de um recém-nascido, experienciam maior *stress* e apresentam menos adaptação ao seu papel (Gee e Rhodes, 2003; Mercer, 2004).

Relativamente à **H3**, podemos verificar pelos resultados encontrados, que os mesmos **confirmam a não existência de diferença entre as necessidades de aprendizagem** das mães que tiveram acompanhamento/apoio, de familiares durante a gravidez comparativamente às mães que não foram acompanhadas/apoiadas. Salientamos no entanto que as mães

adolescentes abandonam mais precocemente a escola, têm empregos menos remunerados e apresentam mais fragilidades familiares de suporte e subsistência (Figueiredo et al., 2004; 2006). Sabemos também pela literatura que o sucesso da maternidade na adolescência, em termos de um desenvolvimento saudável, quer da mãe, quer do bebê, depende do suporte disponível certo no tempo certo (Wahn et al., 2005), sendo importante promover nas grávidas adolescentes uma perspectiva de vida positiva, avançando no empoderamento e aumentando a sua autoestima e autoconfiança.

Este resultado pode ser inferido para reflexão, de que independente do acompanhamento que estas mães possam ter, esse fator não parece ser determinante nas necessidades sentidas pelas mães adolescentes relativamente à valorização dos conhecimentos. Ou seja, embora possam ter suporte ou acompanhamento familiar, as mães adolescentes valorizam a necessidade de saber como cuidar de si e dos seus filhos. Inserida no contexto de vivência da grávida, o enfermeiro poderá ajudar na reconstrução das percepções sobre a maternidade, bem como na promoção de um crescimento que a maternidade precoce poderá fornecer (Clemmens, 2003).

Na **H4**, verificamos que estas mães, no que **concerne à conjugalidade, têm mais necessidade de conhecimentos relativamente à afetividade**. Este resultado poderá ser baseado no sentimento de que o nascimento do filho pode ser impulsionador da aproximação familiar, uma vez que o apoio nesta fase pode reforçar laços de amizade, de união e de interajuda (Afonso, 2000), bem como existe nesta altura idealização da construção do “nós” como família.

5. – Modelo Prescritivo

“Nenhuma decisão sensata pode ser tomada sem que se leve em conta o mundo não apenas como ele é, mas como ele virá a ser.”

Isaac Asimov

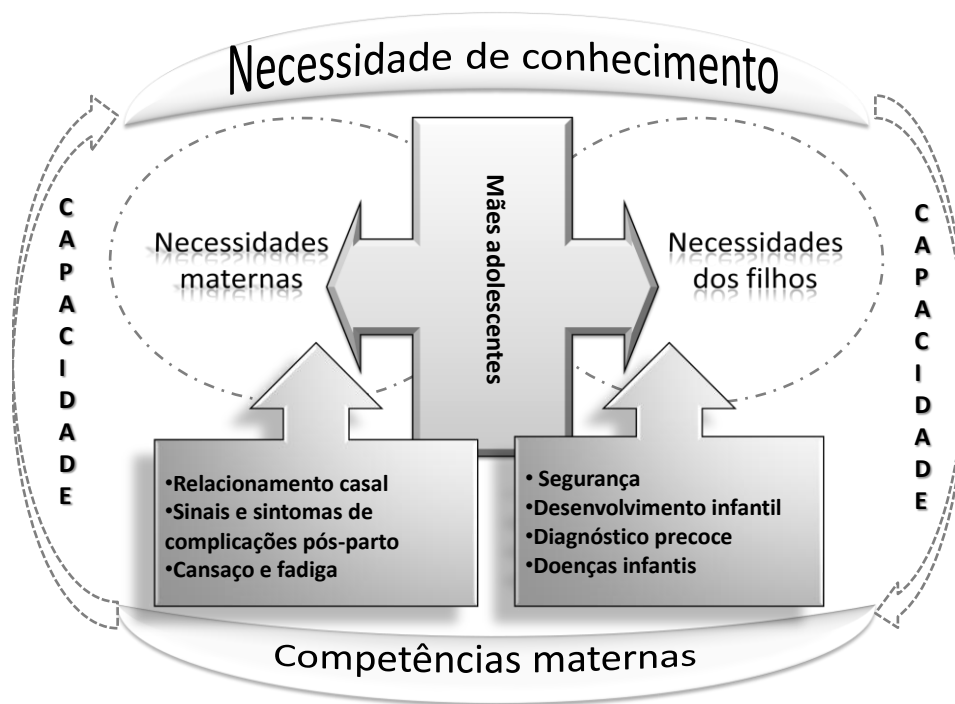
Percebendo que uma disciplina pode ser definida como, uma forma diferente de olhar os fenómenos, com uma perspetiva única, que pode em última definir os limites e a natureza da sua investigação, podemos referir que a disciplina de enfermagem inclui os conteúdos e os processos relacionados com todos os papéis que o enfermeiro desenvolve, incluindo a administração, ensino, política, clínica e consultadoria (Meleis, 2010). Deste modo a disciplina de enfermagem inclui ainda, as teorias desenvolvidas para descrever, explicar e prescrever, bem como os resultados da investigação relacionados com os fenómenos centrais da disciplina e o conhecimento de disciplinas relacionadas. Esta premissa assenta no facto de que os enfermeiros têm que tomar decisões, de modo a responder às pessoas que apresentam problemáticas diversas, complexas, mutáveis e muitas vezes mal definidas, implicando diretamente algum tipo de decisão relativamente à sua situação de saúde.

A maneira como as pessoas tomam decisões varia consideravelmente, sendo que a forma e o modo como as decisões são tomadas, levou ao aparecimento de uma matriz de modelos de tomada de decisão. Esses modelos podem ser classificados como descritivos, prescritivos ou normativos, dependendo de base metodológica onde são construídos (Reis e Löbler, 2012).

Deste modo, o nível da teoria pretendido pode designar-se por Teoria Prescritiva, cuja fundamentação, permite ser mais específica e concreta do que as Teorias de Médio Alcance e os Modelos Conceptuais, por ser diretiva e prescritiva em termos da prática (Silva & Amendoeira, 2015).

Visando precisamente o conhecimento sistemático da maneira de pensar e de agir das populações sobre as quais se quer intervir, levou-nos a apresentar de forma esquemática as principais conclusões relativamente às necessidades sentidas pelas mães adolescentes que fazem parte da amostra, quanto ao conhecimento sobre o autocuidado e sobre como cuidar dos seus filhos. O modelo prescritivo que se apresenta tem por base uma estrutura simplificada da realidade estudada, visando precisamente ao conhecimento sistemático, uma vez que o modelo prescritivo, pelo seu valor pragmático e pela sua capacidade de auxiliar as pessoas, ajuda na tomada de melhores decisões (figura 5).

Figura 5 - Modelo prescritivo e adoção de comportamentos na assistência às mães adolescentes



Todavia, este deve ser entendido como um sistema de maximização de informação e conhecimento, que tem associado um conjunto de funcionalidades, que possam permitir e desenvolver um conjunto de ações.

No entanto, o que se tem que fazer, a quantidade de informação que possuímos e o tempo disponível para realizar o julgamento ou decisão, é um fator determinante. Isto é, o raciocínio intuitivo e analítico estão ambos contidos na tomada de decisão e o contexto e o

círculo social no qual se tomam as decisões têm uma influência significativa no tipo de tomada de decisão.

A disponibilidade, o conhecimento, a relação interpessoal, a forma de comunicar, a proximidade, o interesse, o sentir-se mais à vontade para falar, maior esclarecimento, orientação para um caminho, sentir-se mais capaz, sentir que é capaz... Eis alguns dos resultados que podem vir a constituir-se como pressupostos e preposições da teoria prescritiva em enfermagem promotora do autocuidado e da promoção da saúde relativamente ao filho, nas mães adolescentes.

Com base nas teorias prescritivas, o enfoque das intervenções de enfermagem tem como ponto de partida as descrições das condições em que as intervenções de enfermagem ocorrem, e conseqüentemente preveem os resultados sobre determinado fenómeno em estudo (Meleis, 2011).

Deste modo, percebendo que o conhecimento tem influência nas competências maternas que foram identificadas, tanto para o autocuidado como para o cuidado aos filhos, apresentamos algumas propostas de intervenção ou atividades para a sua superação. Esta premissa pressupõe que, os cuidados têm de chegar onde os clientes estão, no seu meio ambiente (Pinheiro, 2016). Ou seja, o cuidar em enfermagem remete para a conhecimento das subculturas que podem ter uma linguagem própria, onde por vezes é necessário descodificar, de modo a que se entenda os comportamentos adotados, e escolher quais os comportamentos saudáveis que lhe são propostos (Rebelo et al., 2016).

Assim, no quadro seguinte está apresentado uma estrutura com intervenções que dão apoio e potenciam os recursos das mães adolescentes, para o desenvolvimento de competências maternas.

Quadro 11 - Modelo prescritivo

Necessidades prioritárias identificadas	Intervenções/Atividades
Relacionamento Casal	<ul style="list-style-type: none"> • Promover a comunicação sobre as necessidades sentidas, a partilha de experiências e dúvidas. • Contribuir na compreensão dos fatores que levam as adolescentes desejarem (ou não) a união afetiva.

Sinais e sintomas de complicações pós-parto	<ul style="list-style-type: none">• Alertar para o aparecimento: Disúria; Frequência aumentada e urgência de micção; Dor abdominal; Corrimento vaginal com cheiro fétido; Febre.
Cansaço e fadiga	<ul style="list-style-type: none">• Promover estratégias para amenizar a fadiga, aconselhar o descanso (com pequenas sestas); Mobilizar os amigos e familiares para ajudar; Promover a gestão do número e hora das visitas.
Seguranças da criança	<ul style="list-style-type: none">• Desenvolver um trabalho de parceria com a família através do ensino, instrução, treino e supervisão dos cuidados ao filho(a), até que estes adquiram autonomia e se sintam confiantes e seguros;• Disponibilizar número de linha de apoio (ex. Linha de Saúde 24; contato do enfermeiro de família...).
Desenvolvimento infantil	<p>Considerar as três áreas de desenvolvimento infantil: motor, cognitivo e emocional.</p> <ul style="list-style-type: none">• Desenvolvimento motor (Não consegue focar. Olha diretamente para ele e entre no seu campo de visão; Tem o sentido do olfato completamente desenvolvido, Tem paladar; Ouve desde os 5 meses de gestação. É possível avaliar a sua reação aos sons com testes simples e estimulação adequados. A avaliação da sua capacidade auditiva é mais correta se for feita quando a criança já fala; Ainda não tem controlo da cabeça, embora já seja capaz de mexer os braços, gesticulando-os e esticando-os);• Desenvolvimento cognitivo (Reage à voz humana. Após duas semanas, é capaz de o fazer intencionalmente, principalmente quando ouve as vozes dos pais. Também reage ao contacto visual, desde que os objetos/pessoas se encontrem dentro dos

	<p>limites do seu campo de visão. Mostra as suas necessidades, comunicando-as através do choro);</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desenvolvimento social e emocional (demonstra as suas necessidades emocionais através da expressão corporal e facial. Começa por esboçar um sorriso (em resposta ao sorriso do adulto) e estabelece contacto visual como forma de comunicação; O sono favorece o desenvolvimento físico, fortalece o sistema imunológico, contribui para a consolidação da memória, relaxamento muscular, segurança e estabilidade emocional).
<p>Diagnóstico precoce (teste do pezinho)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Explicar a finalidade do teste; • Explicar como, quando e onde se processa o teste; • Explicar a importância da sua realização e benefícios quando realizado precocemente.
<p>Doenças infantis</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ajudar os pais a descobrir e interpretar os sinais do filho(a), facultando estratégias para interagir e cuidar dele, disponibilizando informação e valorizando as competências adquiridas.

O comportamento humano é complexo e influenciado por crenças de auto eficácia em adotar estilos de vida. O sucesso das estratégias de prevenção nas mães adolescentes em estudo, não está só relacionado com o atendimento imediato das necessidades referidas, mas também nas intervenções ao longo do ciclo de vida da mãe e da criança. A determinação de prioridades podem ser usadas para estabelecer os conteúdos a ensinar a estas mães no pós-parto, de modo a facilitar uma melhor utilização do tempo disponível, promover uma melhor utilização dos tópicos com maior relevância, bem como possibilitar o estabelecimento de relações terapêuticas e de confiança entre as mães adolescentes e os enfermeiros.

Depois de sugeridas as estratégias e atividades para responder às mães adolescentes, espera-se dos enfermeiros os conhecimentos, a competência, a eficiência e as aptidões para

responder às necessidades destas mães. Assim, no quadro seguinte apresentamos algumas intervenções para os enfermeiros, de acordo com as necessidades encontradas.

Quadro 12 - Estratégias para os enfermeiros

Estratégias	Intervenções/atividades
Relacionamento do casal	<ul style="list-style-type: none"> • Demonstrar disponibilidade; • Compreensão dos fatores que levam as adolescentes a desejar (ou não) a maternidade e a união afetiva. (Reconhecer estes fatores pode auxiliar na (re) formulação de estratégias destinadas à promoção e prevenção da saúde dos adolescentes, principalmente no que se refere à educação sexual e reprodutiva).
Sinais e sintomas de complicações no pós-parto	<ul style="list-style-type: none"> • Promoção da vigilância da saúde da mulher; • Garantir o cumprimento das recomendações de vigilância.
Interpretar sinais de cansaço	<ul style="list-style-type: none"> • O enfermeiro deve estar presente, criando oportunidades de informação, (percebendo no entanto que nem todos os momentos são indicados à interação ou diálogo). • Encorajar relações terapêuticas e de ajuda com as pessoas importantes para a adolescente; • Avaliação de sintomas como: cefaleias, dificuldade de concentração e falta de memória; Pensamentos de suicídio ou tentativa de suicídio; Sentimentos de culpa, incapacidade, pessimismo, sensação de inutilidade; Baixa autoestima; Sensação de tristeza constante; Diminuição da energia, sensação de cansaço constante; Irritabilidade, presença de choro constante e ansiedade.
Segurança	<ul style="list-style-type: none"> • Garantir a utilização de transporte seguro (de acordo com código da estrada vigente em Portugal, Artigo 55º); • Prevenção de acidentes, em ambiente doméstico: Verificar se a cama é sólida e estável, sem arestas ou saliências; Não

	<p>existem brinquedos ou almofadas na cama do bebé, que possam promover a asfixia; Sensibilizar para não cozinhar com o bebé ao colo ou perto do fogão para acautelar possíveis acidentes como queimaduras.</p>
<p>Desenvolvimento Infantil</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Garantir a vigilância recomendada no Programa de Saúde Infantil; • Promover na mãe adolescentes sentimentos de confiança nas capacidades de avaliação das necessidades do seu bebé.
<p>Diagnóstico Precoce</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Garantir o cumprimento das recomendações do Programa Nacional de Diagnóstico Precoce (PNDP); • Utilizar estratégias para a sua execução (ex: visita domiciliária); • Promover escuta ativa o esclarecimento de dúvidas.
<p>Doenças Infantis</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Promover relação de confiança de forma a esclarecer dúvidas e estratégias de promoção para a saúde.
<p>Aprofundar conhecimentos dos profissionais</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Promoção de atividades de formação contínua nestes domínios; • Integração destas temáticas nas consultas de vigilância pré-natal; • Adequação dos conteúdos programáticos nos cursos de licenciatura, pós licenciatura e mestrados relativamente às temáticas referidas.
<p>Alteração dos padrões de atendimento</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibilizar a gestão para a alteração dos tempos de consulta de acordo com as necessidades individuais das mães adolescentes; • Promoção de alternativas de resposta atempada às necessidades das mães adolescentes (maior ligação entre as Unidades Funcionais, com melhor interligação, intervenção e acompanhamento destas mães em contexto domiciliário).

Os enfermeiros tornam-se deste modo, parte importante no processo de aquisição de conhecimentos destas mães, embora se foquem mais no processo fisiológico e não tanto nos aspetos emocionais. As necessidades diversas com que se deparam colocam desafios e necessidades de mudança de paradigma, não só aos enfermeiros que estão na prestação de cuidados, mas também aos enfermeiros com responsabilidade na formação.

Assim, poderá ser utilizado como um instrumento de oportunidades de melhoria da ligação entre aquilo que se faz e os resultados que se atingem; apoiar no desenvolvimento e implementação de um sistema de apoio às mães adolescentes, permitindo uma melhoria da sua organização e funcionamento, nomeadamente através da:

- Melhoria da eficiência e a eficácia dos seus processos;
- Maior grau de participação, das mães adolescentes, nos serviços que lhes são destinados;
- Maior dinamização e efetivação da participação da família no âmbito de apoio a estas mães;
- Aumento do grau de satisfação das expectativas e necessidades das mães adolescentes;
- Aumento do grau de eficácia dos cuidados de enfermagem, e de um modo geral, de todo o meio envolvente.

CONCLUSÃO

O presente estudo teve como problemática a maternidade na adolescência e a importância dos conhecimentos na promoção de uma transição para a maternidade de uma forma satisfatória, fornecendo importantes contributos para a nossa compreensão teórica e empírica sobre o fenómeno.

Sabemos que atualmente os dados do INE (2016) apontam para um decréscimo importante no número de adolescentes que são mães, resultantes de alguns fatores importantes, como a acessibilidade aos contraceptivos, alteração ao enquadramento legal, que proporciona às adolescentes o acesso à interrupção do processo gravídico, bem como a promoção da sexualidade a nível dos programas de saúde escolar. Embora os dados estatísticos nos deem uma visibilidade numérica e global, averiguamos que nas últimas décadas a gravidez na adolescência tem verificado um aumento da sua recorrência, particularmente nos grupos de nível socioeconómico mais baixo, e associados a determinantes como a pouca escolaridade, a desagregação familiar e a instabilidade económica.

Verificamos também que o período pós-parto é um período de transição em que se apresentam inúmeros desafios para as novas mães, sendo um invento em que são exigidas às jovens puérperas novas competências e informações necessárias para gerir as questões pós-parto, nomeadamente no que respeita ao autocuidado e ao cuidado infantil. O impacto deste evento na vida da família é múltiplo, em que salientamos, o bem-estar, o *coping* e a transição como perspetivas de análise, dada a sua correlatividade, e porque, conseqüentemente, os padrões de resposta podem ser os mesmos ou similares. A esta abordagem acrescentámos, ainda, a perspetiva da satisfação, como indicador da qualidade e do cuidar.

Apuramos também que a tendência mundial para os internamentos no puerpério serem mais curtos, é cada vez mais frequente, o que de algum modo levanta preocupações

sobre o impacto da alta precoce na saúde materno-infantil (Loweder milk & Perry, 2004; Obeisat et al., 2012).

Todos estes fatores levaram-nos a pensar nesta problemática de uma forma não pelo número estatístico mas pela sua envolvência e fatores reflexos na vida das raparigas, bem como dos seus filhos.

Atendendo aos aspetos referidos, iniciamos a desenho do estudo e colocamos em curso.

Deste modo, visando a identificação de perceber quais as necessidades prioritárias das mães adolescentes, optámos por realizar uma revisão de literatura de forma a perceber o estado da arte, que foi orientada pela pergunta de partida: **“Quais as necessidades de aprendizagem prioritárias no desempenho do papel maternal das mães adolescentes no pós-parto?”**

A ideia que permaneceu após a revisão da literatura prendeu-se com a problemática de que a maternidade na adolescência, apresenta-se como estando mais relacionada com o tipo de apoios e serviços necessários à ultrapassagem das dificuldades, do que propriamente concentrado nos problemas apresentados pelos indivíduos.

Verificamos, também que os profissionais de saúde e, nomeadamente os enfermeiros, dirigiam as suas intervenções para a problemática que queríamos estudar, intervenções que puderam melhorar com os resultados que iremos descrever.

Deste modo, percebemos que dar voz às mães é importante para obter dados que constituam um momento de avaliação das práticas dos enfermeiros.

Apesar desta perfusão, tínhamos uma longa bibliografia, que entre outras informações nos davam, dados sociodemográficas, fatores de risco e de proteção, consequências sociais e económicas da gravidez precoce, mas nada nos dizia nesta fase, o que estas mães mais valorizavam. Não deixamos no entanto, de nos basear nas orientações e resultados encontrados para encontrar o nosso objeto de estudo.

Daí, propusemos efetuar a tradução e validação para a população portuguesa de uma escala que verificamos que tinha potencialidades para nos dar alguns indicadores que nos ajudassem nas respostas que precisávamos.

Essa opção foi tomada, tendo em consideração que seria vantajoso para a investigação, permitir que as mães adolescentes que tinham tido a experiência da

maternidade há pouco tempo, pudessem manifestar na primeira pessoa, quais as necessidades de conhecimentos de maior relevância, quanto às necessidades em cuidados.

Assim, relativamente à escala que foi aplicada, evidenciamos as seguintes conclusões que podemos retirar do nosso estudo:

- Podemos verificar que a escala PLN, confirma a existência unidimensional, cujo total de variância explicada de 35,68%, e raiz própria de 7,14.
- Quanto ao índice de adequação da amostra ou índice de KMO, foi de 0,81. Este índice, indica o quão adequada é a aplicação da escala para o conjunto de dados, onde se verifica que valores iguais ou próximos a zero indicam que a soma das correlações parciais dos itens avaliados é bastante alta em relação à soma das correlações totais. Com base nas regras para interpretação dos índices de KMO, salientamos que os valores encontrados são considerados ótimos e excelentes.

Dentro dos vários critérios apresentados na literatura, o cálculo do índice de consistência interna, por meio do alfa de Cronbach (α), é o método mais utilizado em estudos transversais, quando as medições são realizadas em apenas um único momento (Sijtsma, 2009).

Deste modo, os valores encontrados para o **alfa de Cronbach** foi de 0,89, o que em geral, segundo as diretrizes para interpretação dos valores do alfa sugerem que valores > 0,80 são **considerados bons**.

Conseguimos perceber que a análise de tendência central em estudo, por ser uma medida que caracteriza um conjunto e tenderá a estar no meio dos valores, apresenta os **valores médios** de 3,23 (mães adolescentes) e 3,45 (enfermeiros) e valores de dispersão (**desvio padrão**) para ambas as amostras são muito semelhantes (0,39 e 0,34 respetivamente).

Salientamos ainda que outra das perceções que se mantiveram, ao longo de todo este trabalho foi a possibilidade de constatar a dificuldade em obter e aplicar instrumentos de avaliação que se insiram, de forma natural, no plano de vida dos indivíduos, não se baseando exclusivamente em conteúdos programáticos de saúde, que por vezes, parecem ter necessidade de melhoramento relativamente às características da população das mães adolescentes.

Temos consciência que, uma das limitações deste estudo está relacionado com a idade, bem como pela fase de desenvolvimento em que se encontram as mães, que puderam ser fatores influenciadores quer nos conhecimentos existentes, quer nas prioridades referidas.

Podemos afirmar que os objetivos propostos de adequação transcultural, bem como a avaliação psicométrica da PLN para a população portuguesa foram atingidos. Os resultados demonstraram que, está adequada do ponto de vista semântico e linguístico e aplicável à população de mães adolescentes. A utilização de um instrumento padronizado facilitará a reprodutibilidade dos resultados, guiará o planeamento e a efetividade das intervenções, possibilitando a comparação de resultados entre diferentes populações.

Deste modo, a escala PLN pretende ser, um instrumento de diferenciação das respostas, permitindo incentivar a melhoria dos serviços prestados.

A escala tem outras propriedades teóricas que consideramos relevantes, pois fornece-nos informações sobre a sensibilidade que os enfermeiros têm relativamente às mesmas variáveis das mães. Ou seja, a sua aplicação fornece-nos indicadores que se revelaram importantes no acompanhamento e *Empowerment*⁴ destas mães e suas famílias, pois possibilita a confrontação com a sensibilidade e o conhecimento que os enfermeiros têm sobre essa mesma priorização de necessidades.

No futuro devem ser realizados estudos no intuito de avaliar a sensibilidade desta escala após as intervenções detetadas. Sugere-se também que, devem ser efetuados estudos longitudinais para estabelecer quais as variáveis preditoras de redução de risco, inerentes à sua capacitação relacionada com a existência ou não de conhecimentos.

Este estudo possibilitou também o cruzamento entre algumas variáveis já conhecidas e anteriormente relevantes neste contexto, o que permitiu perceber o seu comportamento.

Quanto aos resultados obtidos, relacionados com as mães adolescentes, evidenciamos as seguintes conclusões que podemos retirar do nosso estudo:

⁴“Empowerment” constitui-se num termo da língua inglesa de difícil tradução para o português. Em Promoção da Saúde, é sempre definido como “ *um processo que ajuda as pessoas a firmar seu controle sobre os fatores que afetam a sua saúde*” (Airhihenbuwa, 1994, p. 345). “*Empowerment education*” é uma efetiva educação saudável e um modelo preventivo que se focaliza na ação grupal e no diálogo direto dos alvos comunitários, almejando aumentar a credibilidade das pessoas em sua capacidade em mudar suas próprias vidas” (Airhihenbuwa, 1994, p. 345).

- Corroborou-se a ideia de que estas **mães adolescentes** mantêm uma escolaridade **inferior ao recomendado**, que apresentam um rendimento inferior a 500 euros mensais **sem noção se esse valor será adequado** às necessidades económicas familiares;
- Embora a Direção Geral da Saúde refira existir uma "*maior utilização de contraceção segura entre as mulheres mais jovens*", verificou-se na nossa amostra que a **gravidez não foi planeada, mas foi vigiada e acompanhada pelos familiares ou parceiros**. Daqui podemos inferir que estas mães possuem uma boa rede social e familiar de suporte que poderá indicar a disponibilidade de apoio que vem amortizar eventuais impactos negativos;
- Quanto à informação e preparação para a maternidade, foi utilizada na sua maioria os **recursos fornecidas pelos enfermeiros**, sem utilização de informações ou fontes mais específicas, como aulas de preparação para a parentalidade ou informação mais personalizada;
- As mães adolescentes acham, no entanto, que a forma mais eficaz de abordar os conteúdos necessários para cuidar de si e do seu bebé, é através **da orientação e acompanhamento individualizado**, em detrimento de outras fontes como a internet, televisão ou vídeos/filmes, durante as consultas de vigilância pré-natal;
- Estes resultados consubstanciam que as mães adolescentes adquirem melhor informação se existir **interação presencial**, absorvendo menos informação quando a comunicação é à distância e unidirecional;
- Salientam que o ficarem mais **tempo internadas**, não lhe traz **nenhuma vantagem** relativamente a aumento de conhecimentos sobre como cuidar de si e do seu bebé;
- Consideram os seus **conhecimentos aceitáveis**, e que procuram saber antecipadamente sobre os assuntos que as preocupam;
- Referem um elevado grau de **satisfação**, relativamente ao acompanhamento e conhecimentos que os **enfermeiros** lhe transmitiram.

Neste processo para além da capacidade individual, que cada jovem ou família tem nesta adaptação, considera-se fulcral uma boa rede de suporte em cuidados de saúde.

Deste modo, quanto aos resultados obtidos, relacionados com a sensibilidade que os enfermeiros apresentam sobre a temática, evidenciamos algumas conclusões.

Sabemos que existem descritas preocupações específicas, relacionadas com alguns problemas clínicos que não aparecem nas primeiras 24 horas após o nascimento. Estas preocupações estão relacionadas nomeadamente com o cansaço das mães no pós-parto, a pouca disponibilidade e os conhecimentos insuficientes no cuidado ao recém-nascido constituindo um desafio para os enfermeiros, que se deparam com um curto espaço de tempo para cuidar destas mães, nomeadamente no suporte e educação necessárias, de forma a promover a motivação e confiança nas suas capacidades.

Esta preocupação poderá advir da formação que apresentam, tendo em consideração que maioritariamente, os enfermeiros, não têm nenhuma das especialidades específica na área (SI ou SMO), com experiência profissional em média de 5 anos de serviço na área de obstetrícia. Contudo, apresentam formação relevante e específica para a área, nomeadamente o curso de “Promoção da amamentação”, ou “Preparação para a parentalidade e ou maternidade”.

Encontrámos algum **consenso**, com as respostas das mães adolescentes, designadamente:

- Quanto à forma e altura, mais eficaz de transmissão da informação. Ou seja, a maioria dos enfermeiros **valoriza o atendimento individualizado**, sendo uma **prática e estratégia comum** no seu atendimento;
- Referem também que a altura mais adequada para **transmissão da informação** será durante o **período pré natal**;
- Mencionam, a **forma escrita**, como a **menos eficaz de transmissão de informação**.

Fizemos posteriormente uma associação relacionada com os aspetos mais importantes, de forma a perceber se era convergente. Assim, apresentamos os resultados relevantes:

- Verificamos que as **mães adolescentes**, relativamente ao autocuidado, apresentavam, por um lado, **maior preocupação** com os **sinais e sintomas de complicações pós parto**, bem como **cuidado com as mamas** mas também com **relacionamento no casal**, não relacionado com a sexualidade ou com a contraceção.
 - As mães adolescentes, bem como os enfermeiros, relativamente aos conhecimentos para cuidar do bebé, valorizaram saber sobre a *“segurança do da criança”* e o *“desenvolvimento infantil”*. No entanto, as mães desvalorizaram saber como avaliar a febre,
-

mudança da fralda, como deitar a criança em segurança e comportamento da criança (choro).

- Encontramos **diferenças** estatisticamente significativas entre a percepção das mães adolescentes e dos enfermeiros, relativamente às necessidades de maior relevância em termos do conhecimento.

- As mães sentem como **importante** as necessidades de aprendizagem com a sutura abdominal/episiotomia; sinais e sintomas de complicações no pós-parto; aspetos como o cansaço/fadiga pós parto e relacionamento do casal; e estratégias a adotar na satisfação da maternidade em casa e na gestão de tempo.

- Por outro lado, os **enfermeiros** apresentam uma preocupação mais acentuada em **questões clínicas**. Esta diferença poder-se-á justificar em parte, pelo quadro cognitivo de conhecimentos de cada uma das amostras e também pelas preocupações quer de carácter técnico como psicológico.

- Podemos afirmar que a **divergência** nos aspetos mais importantes está associada a questões de carácter **psicológico e afetivo**.

Os sentimentos são contraditórios. Ou seja, verificamos que simultaneamente, as mães podem querer e não querer, estar ou não motivadas. A mãe adolescente pode ter uma grande motivação para cuidar de si e do seu bebé, porém, quando o processo de adaptação à maternidade começa a decorrer, pode constituir uma experiência que a ameaça, que a amedronta e que pode trazer sentimentos de sofrimento e impotência.

- No entanto quanto aos aspetos de **menor relevância**, em termos de priorização na necessidade de conhecimentos, verificamos que existe uma **grande convergência**. O que revela sintonia e necessariamente, algum conhecimento técnico sobre a matéria.

Podemos concluir que a divergência referida entre mães e enfermeiros sobre as necessidades de aprendizagem com a sutura abdominal/episiotomia, o cansaço/fadiga pós parto e relacionamento do casal, são naturais uma vez que os enfermeiros detêm experiência e informação científica sobre a matéria e que importa transportar para os utentes de modo a tranquilizá-los.

Dado o constante avanço do conhecimento é importante investir mais na formação e na comunicação/ relacionamento interpessoal com as utentes. Desta forma os enfermeiros poderão posicionar-se de forma objetiva, efetiva e completa, evitando algumas lacunas na

assistência e com isso contribuir para reverter os índices de problematização da maternidade na adolescência. Sabemos que a passagem do conhecimento do profissional à mãe é uma tarefa árdua a ser vencida, contudo este deverá estar preparado para abordar a mãe que pretende cuidar do seu filho com prazer.

De forma a esclarecer algumas questões relacionadas com as variáveis encontradas fizemos emergir algumas hipóteses, que posteriormente foram testadas. Assim apresentamos:

- Conseguimos apurar que as mães adolescentes têm **mais necessidades** de aprendizagem comparativamente com a percepção dos enfermeiros, tendo em consideração que apresentaram médias mais elevada do que as sentidas pelos enfermeiros. Provavelmente porque os enfermeiros estarão mais preocupados com questões técnicas.
- Percebemos, também que relativamente à hipótese de que as mães adolescentes que **planearam a gravidez** têm menos necessidades de aprendizagem sobre o parto comparativamente com as mães cuja gravidez não foi planeada, verificamos que as médias das mães em que a gravidez **não foi planeada** é mais elevada o que significa que têm **mais necessidades** de aprendizagem do que as que planearam a gravidez.
- Comparamos depois as que foram **acompanhadas pelos familiares** nas consultas, com as que não tiveram acompanhamento familiar, concluímos pelos resultados encontrados que **não há diferença** entre as necessidades de aprendizagem independentemente **se vão acompanhadas ou sós**.
- Conseguimos apurar que para as mães é de maior importância o **relacionamento do casal** comparativamente às percepções dos enfermeiros. Verificamos deste modo que o padrão relativamente à vivência da relação afetiva é alterado com a maternidade. Ou seja, enquanto nos jovens adolescentes em geral, existe, vulgarmente, uma ambivalência nas relações que podem ser pautadas na fidelidade mútua e no sentimento, como nas relações basicamente instantâneas, momentâneas, correspondendo a necessidades físicas e fisiológicas, sem continuidade ou aprofundamento na vida dos adolescentes, nestas adolescentes e mães, podemos constatar a necessidade da afetividade baseada em relacionamentos mais estáveis.

Cabe destacar que, apesar das alterações sofridas na definição tradicional de família e nas variações de relacionamentos já vivenciados por estas adolescentes, a constituição de uma família aparece como plano real e possível.

Podemos concluir que comparativamente aos enfermeiros, esta aparente *décalage*, relativamente às mães adolescentes, poderá ser imputada à importância que os enfermeiros atribuem aos cuidados relacionados com questões do foro fisiopatológico que em detrimento das questões de afetividade e de relacionamento, são relegadas para um plano secundário.

Refletindo sobre os resultados do presente estudo, constatamos uma divergência das necessidades de aprendizagem, das mães adolescentes relativamente ao ensino efetuado pelos enfermeiros que pela sua formação técnica não estarão sensibilizados para algumas questões primárias. Consequentemente, esta conclusão aponta para a necessidade de realizar ações de sensibilização dos enfermeiros de forma a adequar o seu ensino às necessidades nucleares das mães adolescentes.

Limitações do estudo e sugestão de novos estudos

Após o *terminus* desta investigação, consideramos relevante apresentar algumas reflexões sobre as limitações deste estudo.

As reflexões que iremos apresentar têm presente de que, embora os estudos científicos sejam um processo dinâmico e ininterrupto, apresentam limites e possibilidades. Sendo que estas possibilidades vão sendo estabelecidas à medida, que os resultados e as conclusões sobre o fenómeno investigado identificam novos caminhos para outras pesquisas.

Considerando que os enfermeiros são conhecedores da matéria em apreço, é possível anteciper algum grau de desejabilidade nas respostas. Na verdade, as práticas de aconselhamento auto-referidas poderão não corresponder às que efetivamente são adotadas diariamente, mas sim às práticas que o respondente julga serem tecnicamente mais adequadas, o que poderá ter concorrido para que alguns resultados se possam encontrar sobrestimados relativamente à realidade. No entanto, o carácter anónimo da PLN poderá ter contribuído para reduzir este efeito.

Quanto à amostra nas mães adolescentes, constatou-se, na execução deste estudo, a dificuldade de acesso à amostra. Foram desenvolvidas algumas estratégias de controlo para

minimizar o problema, nomeadamente a entrega e recolha pessoalmente, aguardando que fosse respondido, ou o recurso a um enfermeiro de referência para os recolher.

Devemos ressaltar também, que o uso de questionários de auto avaliação, apesar de serem instrumentos de fácil aplicação, não possui forma de controlo por parte do pesquisador, ficando a cargo dos pesquisados o fator sinceridade nas suas respostas.

Cabe realçar que a PLN aplicada aos enfermeiros foi respondida sem a presença do pesquisador. A limitação gerada por esse tipo de colheita de dados poderia ser suprimida, utilizando-se entrevistas individuais, o que não foi possível, por escassez de tempo para a realização destas.

A segunda limitação tem que ver com a dificuldade em obter uma amostra mais significativa. Devido a problemas que surgiram em alguns preenchimentos, o número da amostra foi consideravelmente diminuído. Foram recolhidos questionários em branco ou mal preenchidos. Todos estes fatores contribuíram para limitações do estudo e, certamente que uma amostra mais significativa e representativa da população permitiria uma maior validade externa.

O facto de não terem sido consideradas todas as variáveis envolvidas na prestação de cuidados preventivos e de promoção da saúde, em particular as relativas às mães adolescentes, limita, de algum modo, a compreensão dos resultados obtidos. Na verdade, “desinseridos” de um âmbito natural mais vasto e complexo possibilitam, por esse motivo, uma leitura necessariamente incompleta e redutora de toda a verdadeira dimensão técnica e humana presente na relação que se estabelece entre o enfermeiro e as mães adolescentes.

Depois de darmos respostas às questões do nosso estudo, outras questões foram levantadas, podendo levar a outras questões de investigação, e por seguinte a outros estudos. Assim: Quais as necessidades de aprendizagem, que as mães mais valorizam, aquando da sua chegada a casa? Como foram respondidas as questões que emergiram? Quem, como e de que forma, essas questões foram respondidas? Qual o valor preditivo para a identificação das necessidades dos conhecimentos das mães? Que estratégias, mais utilizadas pelas mães, responder às suas dúvidas, depois da alta?

Estas respostas poderão levar ao melhoramento do conhecimento do fenómeno em enfermagem, levando a que a prática seja baseada na evidência.

No final deste estudo, mantenho a convicção de que cada vez mais os enfermeiros têm uma responsabilidade social, profissional e ética de ajudar em contexto de adversidade aqueles que por razões estatísticas (são menos), políticas (na sua maioria não tem idade para tomar decisões autónomas), morais (porque está errado) ou outras (preconceito ou preconceito), são os menos “ouvidos”.

BIBLIOGRAFIA

Adams, G. (2005). Adolescent development. In T. P. G.R, *Handbook of adolescent behavioral problems – evidence-based approaches to prevention and treatment* (pp. 3-16). New York: Springer.

Airhenbuwa, C. (1994). Health Promotion and the Discourse on Culture: Implications for Empowerment. *Health Education Quarterly, (Special issue. Community empowerment, participatory education and health - Part II)*, 21,3: fall., pp. 345-354.

Alcoforado, L., & al., e. (2011). *Educação e formação de adultos: políticas, práticas e investigação*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra .

Almeida L, F. T. (2008). Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação.

Alves, A. (2009). Aplicação do Processo de Enfermagem: estudo de uma puérpera. *Rev Bras Enferm*, 3.

American Academy of Pediatrics, A. (2005). *Your Baby's First year* (2.nd ed. ed.). New York: American Academy of Pediatrics.

Araújo, A., Lunardi, V., Silveira, R., & Thofehrn, M. P. (2011). Transição da Adolescência para a Fase Adulta na Ótica de Adolescentes. *Revista de Enfermagem.*, 19, pp. 280-285.

Archibald, A. G.-G. (2004). Association among parent-adolescent relationship, pubertal growth, dieting, and body image in young adolescent girls: A short-term longitudinal study. *J Res Adolesc*, 9 (4), pp. 395-415.

Atallah, A. C. (1998). *Revisão Sistemática e Metanálises, em: Evidências para melhores decisões clínicas*. São Paulo: Lemos Editorial .

Ávila, L. A. (2011). Adolescência sem fim. *Vínculo*, 8 (1), pp. 40-45.

Bandura, A. (2006). *Adolescent Development Form An Agentic*. Edite by Pajares & Tim Urdan.

Barroso, R. &. (2011). Definições, dimensões e determinantes da parentalidade. *Psychologica* , 52, pp. 211-230.

Beaton D, B. C. (2000). Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. (P. P. 1976, Ed.) 25(24), pp. 3186-91.

Beers, S. H. (2009). Approaching the Adolescent-Headed Family: A Review of Teen Parenting. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care* , 39, pp. 216-233.

Benner, P. (2005). *De iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto.

Bergamaschi SFF, P. N. (2008). Vivência da puérpera adolescente no cuidado do RN, no domicílio. *Rev. Esc. Enferm.USP.* , pp. 454-60.

Bléandonu, G. (2003). *Apoio terapêutico aos pais*. Lisboa : Climepsi editores.

Bock, A. (2007). A adolescência como construção social: estudo sobre livros destinados a pais e educadores. *Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional* , 11, pp. 63-76.

Bouzas, I. &. (2004). Gravidez na adolescência. *Adolesc Saude.* , 1, pp. 27-30.

Bowlby, J. (1984). *Separação: Angústia e Raiva*. (1ª Edição ed.). São Paulo: Martins Fontes.

Bowman, K., & Ruchala, P. (2006, mar-apr). A comparison of the postpartum learning needs of adolescent mothers and their mothers. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* , 35 (2), pp. 250-6.

Braconnier, A., & Marcelli, D. (2000). *As mil faces da adolescência*. Lisboa: Climepsi Editores.

Braga, C. G. (2006). Contribuições da psicometria para a avaliação de respostas psicossociais na enfermagem. (Rev.esc.enferm.[online]., Ed.) *Revista da Escola de Enfermagem da USP* , 1, pp. 98-104.

Brandão, E., & Heilborn, M. (2006). Sexualidade e gravidez na adolescência entre Jovens de camadas médias do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública.* , 22 (7), pp. 1421-30.

Broussard, A. B. (2010). Pregnant teens: Lesson Learned. *Nursing for Women's Health*, 2, pp. 104-111.

Brykcznski, K. (2002). De principiante a perito: a excelência e poder na prática clínica de enfermagem. In A. M. Tomey, & M. R. Alligood, *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra* (5ª Edição ed., pp. 185-207). Loures: Lusociência.

Canadian, C. o. (2007, out 1). *Health Literacy in Canada: Initial results from the International Adult Literacy and Skills Survey*. Retrieved 2014, from www.ccl-cca.ca/pdfs/HealthLiteracy/HealthLiteracyinCanada.pdf.

Canavarro, M. I. (2012). Gravidez e parentalidade na adolescência: perspetivas teóricas. *SRSS - Saúde Reprodutiva Sexualidade e Sociedade*, 2.

Cardoso, A. (2011). *Tornar-se mãe, tornar-se pai: estudo sobre a avaliação das competências parentais*. Tese de Doutoramento, UCP, Enfermagem Avançada, Porto.

Cardoso, A., & Paiva, A. (2010). Representing nursing knowledge on maternal and neonatal health a study on the cultural suitability of ICNP. *Int Nurs Ver*, 57 (4), pp. 426-34.

Carlos, A., Pires, A., Cabrita, T., Alves, H., & Araújo, C. B. (2007). Comportamento parental de mães adolescentes. *Análise Psicológica*, 2.

Carvalho, A. &. (2006). *Educação para a Saúde : conceitos, práticas e necessidade de formação*. Lisboa: Lusociência.

Carvalho, A. C., Leal, I., & Sá, E. (2004). Adolescência e Gravidez: Auto-estima e ansiedade em grávidas adolescentes. In E. Sá, *A Maternidade e o Bebê* (pp. 45-86). Lisboa : Fim de século.

Carvalho, A. (2007). *Promoção da Saúde: concepções, valores e práticas de estudantes de enfermagem e de outros cursos do ensino superior*. Tese de. Tese de Doutoramento, Universidade do Minho, Saúde Infantil, Bragança.

Carvalho, G. M. (2010). The experience of repeated fatherhood during adolescence. *Midwifery*, 26 (4), pp. 469-474.

Carvalho, R., & Cassiani, S. (2012). Questionário Atitudes de Segurança: adaptação transcultural do Safety Attitudes Questionnaire - Short Form 2006 para o Brasil. *Rev Latino-Am Enfermagem*, pp. 575-82.

Centers For Disease Control and Prevention, C. (2008). *Understanding Child Maltreatment*. Retrieved from Journal: www.cdc.gov/injury

Collière, M. (2003). Compreender a natureza dos cuidados que se instauram e desenvolveram em torno do nascimento...e da morte. In M. Collière, *Cuidar...A primeira arte da vida* (p. 437). Loures: Lusiciência.

Correia, M. (2005). Gravidez e Maternidade em grupos de Risco. In I. Leal, *Psicologia da gravidez e parentalidade* (pp. 49-60). Lisboa: Fim de Século.

Costa, M., & Alvarez, C. (2009, jul-dec). Incentivo ao aleitamento materno nas Unidades Básicas do Município de Farol. *Rev. Saúde e Biol.* , 4 (2), pp. 6-13.

Council of Europe, C. (2008). *Parenting in contemporary Europe: a positive approach*. Strasbourg: Cedex: Council of Europe Publishing.

Cunha, F. P. (2015). A (in)formação da grávida adolescente: contributos da supervisão na educação para a saúde. *Revista de Investigação em Enfermagem*, 12 , pp. 40-51.

D'Oro, A. (2003). *Investigação sobre a percepção de adolescentes acerca da sexualidade e fertilidade sob o enfoque de gênero*. Tese de Doutoramento, Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, São Paulo .

DeOliveira, C. M. (2005). Understanding the link between maternal adult attachment classifications and thoughts and feeling about emotions. *Attachment and Human Development* , 7, pp. 157-170.

DeVillis, R. (2003). *Scale development: theory and applications*. (2ª Edição ed.). Sage Publications.

DeVito J. (2010, Spring, v.19). How adolescent mothers feel about becoming a parent. *The Journal of Perinatal Education* , pp. 25-34.

DGS, & Saúde, D. G. (2011). *Relatório dos registos das interrupções da gravidez ao abrigo da lei 16/2007, de 17 de abril: Dados referentes ao período de janeiro a dezembro de 2010*. Lisboa: Edição de autor.

Dias, M. (2011). Um olhar sobre a família na perspetiva sistémica - O processo de comunicação no sistema familiar. *Gestão e Desenvolvimento*, 19 , pp. 139-156.

East, P. L. (2006). Risk and protective factors predictive of adolescent pregnancy: A longitudinal, prospective study. *Applied Developmental Science* (10), pp. 188-199.

Ellis, B. J., Bates, J., Dodge, K., Fergusson, D., Horwood, L., & Pettit, G. e. (2003). Does father absence place daughters at special risk for early sexual activity and teenage pregnancy? *Child Development Monographs* , 74, pp. 801-821.

Eurostat. (2014). *Live births by mother's age at last birthday and legal marital status*. Bruxelas.

Falceto, O. G. (2008). Fatores associados ao envolvimento do pai nos cuidados do lactente. *Revista de Saúde Pública.* , 42 (6), pp. 1034-40.

Fernandes da Fonseca, A. (2008). *A Psicologia e a Psicopatologia da Infância e da Adolescência* (2ª edição ed.). Porto: Universidade Fernando Pessoa.

Ferreira, P. (2008). A maternidade precoce: tendência e perfis. *Sociologia da Saúde* , VOL. 26, jan/jul.

Ferreira, S. (2014). *Promoção da saúde na prevenção de comportamentos de risco para a saúde na adolescência*. Tese de Mestrado, Instituto Politécnico de Santarém, Escola Superior de Saúde de Santarém, Santarém.

Fielden, J., & Gallagher, L. (2008, mar). Building social capital in first-time parents through a group-parenting program: a questionnaire survey. *Int J Nurs Stud.* , 45 (3), pp. 406-417.

Figueiredo, B. P. (2006). Gravidez na adolescência: Das circunstâncias de risco às que favorecem a adaptação à gravidez. *International Journal of Clinical and Health Psychology* , 1 (6), pp. 97-125.

Figueiredo, B. P. (2004). Utentes da consulta externa de grávidas adolescentes da Maternidade Júlio Dinis entre os anos de 2000 e 2003. *Análise Psicológica* , 3 (XXII), pp. 551 – 570.

Folle, E. &. (2004). Representações sociais das primíparas adolescentes sobre o cuidado materno ao recém-nascido. *Latino-Americana Enfermagem* , 2, pp. 183-190.

Fonseca, I. (2012). *A gravidez na adolescência: Vinculação pré-natal, memória de práticas parentais e suporte social*. Tese de Mestrado em Psicologia, ISPA.

Fonseca, L. (2000). *Promoção da saúde: carta de Ottawa, declaração de Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá*. Brasília: Ministério da Saúde.

Formigli, V. L., & Costa, M. C. (2000). Evaluation of a comprehensive adolescent health care service. *Cadernos de Saúde Pública*, 16, pp. 831-841.

French, R. C. (2009). Best Practice and Research Clinical Obstetrics and Gynaecology. *Contraception for adolescents*, 23, pp. 233-247.

Friel, C. M. (2003). *Notes on factor analysis*. Sam Houston State University.

Gardner, M. &. (2006, 29). Understanding Interventions and Outcomes in Mothers of Infants. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, pp. 25-44.

Gaspar, S. (2013). *A Prática da Educação para a Saúde dos Enfermeiros Comunicadores*. Faculdade de Motricidade Humana. Lisboa: Universidade Técnica de Lisboa.

Gee, C., & Rhodes, J. (2003). Adolescent Mother's Relationship with their Children's Biological Fathers: Social Support, Social Strain, and Relationship Continuity. *J Fam Psychol.*, 17 (3), pp. 370-83.

Gil, A. (2002). *Como elaborar projetos de pesquisa* (4ª Edição ed.). São Paulo: Atlas.

Gonçalves, S. D., Paradall, C. M., & Bertoncello, N. M. (2001, Dec). Percepção de mães adolescentes acerca da participação paterna na gravidez, nascimento e criação do filho. *Rev. esc. enferm. USP.*, 35 (no.4).

Gontijo, D. T. (2008). "Tava morta e revivi": significado de maternidade para adolescentes com experiência de vida nas ruas "I was dead, but came back to life": the meaning of motherhood for adolescent girls with a history. *Cad. Saúde Pública*, 24 (2), pp. 469-472.

Gontijo, D. T. (2004). A gravidez/maternidade e adolescentes em situação de risco social e pessoal: algumas considerações. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 3 (6).

Graber, J. A.-G. (2007). Pubertal effects on adjustment in girls: Moving from demonstrating effects to identifying pathways. *Journal of Youth and Adolescence*, 35, pp. 391-401.

Graça, L. C. (2003). Dificuldades de puérperas na prestação de cuidados ao recém-nascido: Um caso experimental. *Revista de enfermagem*, 29/30, pp. 31-41.

Graça, L. (2010). *Medicina materno-fetal* (4ª Edição ed., Vol. 2). Lisboa: Lidel.

Grassley, J. (2010). Adolescent Mothers' Breastfeeding Social Support Needs. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.*, 39 (6), pp. 713-22.

Grossman, E. (2010). A construção do conceito de adolescência no Ocidente. *Revista Saúde & Adolescência*, 7 (3), pp. 47-51.

Gutton, P. (2004). *Dicionário de Psicopatologia da Criança e do Adolescente*. Lisboa : Edições Climepsi.

Hall, S. A. (2005). *Identidade cultural na pós-modernidade* (10ª Edição ed.). Rio de Janeiro: DP&A Editora.

Hanson, S. (2005). *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família: Teoria, Prática e Investigação*. Loures: Lusociência.

Heilborn, M., Brandão, E., & Cabral, C. (2007). Teenager pregnancy and moral panic in Brazil. *Culture, Health and Sexuality*, 9 (4), pp. 403-414.

Herrman, J. N. (2012). Development of a Survey to Assess Adolescent Perceptions of Teen Parenting. *Journal of Nursing Measurement*, 20, pp. 3-20.

Hill, M., & Hill, A. (2012). *Investigação por questionário* (2ª Edição ed.). Lisboa: Sílabo.

Hillis, S. e. (2004). The association between adverse childhood experiences and adolescent pregnancy, long-term psychosocial consequences, and fetal death. *Pediatrics*, 2, pp. 320-327.

Hoga, L. A. (2009). Vivencias de la paternidad en la adolescencia en una comunidad brasileña de baja renta. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 43 (1), pp. 110-116.

Hoga, L. (2008). Maternidade na adolescência em uma comunidade de baixa renda: experiencias reveladas pela história oral. *Rev latino-am enferm*, 16 (2).

Houzel, D., & Emmanuelli, M. M. (2004). *Dicionário de Psicopatologia da Criança e do Adolescente*. Lisboa: Climepsi editores.

Huang, K.-Y. e. (2005). Maternal knowledge of child development and quality of parenting among White, African-American and Hispanic mothers . *Applied Developmental Psychology*, 26, pp. 149-170.

ICN, I. C. (2011). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: CIPE® versão 2.0*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Inácio, A. (2015). *Relações familiares frente à repetição da gravidez na adolescência*. Dissertação (Mestrado em Ciências Humanas), Universidade Federal de Uberlândia, Programa de Pós-graduação em Psicologia, Uberlândia.

INE. (2011). *Indicadores sociais 2010*. Instituto Nacional de Estatística. Edição de autor.

Instituto Nacional de Estatísticas, I. (2016, dec.). *Estatísticas Demográficas*. Retrieved from https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=ine_main&xpid=INE&xlang=pt

Jansson, C. &. (2011). Application of “Swanson’s Middle Range Caring Theory” in Sweden after miscarriage. *International Journal of Clinical Medicine* , pp. 102-109.

Kérouac, S. e. (1995). *La pensée infirmière*. Laval: Maloine.

Keskin, G. &. (2010). Adolescents’ strengths and difficulties: approach to attachment styles. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* , 17, pp. 433-441.

Klug, D. F. (2006). Análise da maturação feminina: um enfoque na idade de ocorrência da menarca. *R. da Educação Física/UEM.* , 17, pp. 139-147.

Köche, J. (2011). *Fundamentos de Metodologia Científica: teoria da ciência e iniciação à pesquisa*. Petrópolis, RJ: Vozes.

Koniak-Griffin, D. V. (2003). Nurse visitation for adolescent mothers: Two-year infant health and maternal outcomes. *Nursing Research* , 52 (2), pp. 127-136.

Kost, K., Henshaw, S., & Carlin, L. (2010). U.S. Teenage Pregnancies, Births and Abortions: National and State Trends and Trends by Race and Ethnicity . (*Guttmacher Institute*) .

Kreutz, C. &. (2009). Early intervention in parent-baby interaction in a context of visual impairment. *Estudos de Psicologia* , 26 (out./dez.), pp. 537-544.

Leal, I. (2005). Da psicologia da gravidez à psicologia da parentalidade. In LEAL, *Psicologia da gravidez e da parentalidade* (pp. 9-19). Lisboa: Fim de século.

Leal, I. (2000). Gravidez e maternidade na adolescência . *Sexualidade & Planeamento familiar* .

Levandowski DC, P. C. (2008). Maternidade adolescente. *Estudos de Psicologia* , pp. 251-263.

Lino, T. (2012). *Sexualidade na adolescência - o impacto da culpa, da vergonha e do ambiente familiar, no desenvolvimento da agressividade nas manifestações sexuais nos adolescentes dos 12 aos 18 anos*. Faculdade de Medicina de Lisboa.

Lobiondo, W. H. (2001). *Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização*. (4ª Edição ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Lopes, M. (2012). *Apoio na parentalidade positiva: áreas de intervenção de enfermagem*. Lisboa: UCP.

Lopes, M., Lopes, F., Catarino, H., & Dixe, M. (2010). Parentalidade nos primeiros três anos de vida da criança: Stress e coping auto relatadas pelos pais . *International Journal of Developmental and Educational Psychology* , 1 (1), pp. 335-344.

Loureiro, L., Mendes, A., Barroso, T., Santos, J., Oliveira, R., & Ferreira, R. (2012, março). *Literacia em saúde mental de adolescentes e jovens: conceitos e desafios*. (Revista de Enfermagem Referência) Retrieved abril 18, 2015, from http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832012000100015&lng=pt&tlng=pt.

Luster, T. H. (2005). Adolescent mothers and their children: An ecological perspective. In L. & Okagaki, *Parenting: An ecological perspective* (2 ed., pp. 73-101). New York: Routledge.

Luz, A. &. (2010). Processo da paternidade na adolescência. *Rev Bras Enferm* , pp. 43-50.

Magness, J. (2012, Oct). Adolescent Pregnancy: The Role of the Healthcare Provider. *International Journal of Childbirth Education (INT J CHILDBIRTH EDUC)* , 4:(26 ref). , pp. 61-4.

Magro, V. (2002). Adolescentes como autores de si próprios: cotidiano, educação e o hip hop. *Caderno Cedes* , 22, pp. 63-75.

Maher, C., & Latimer, J. C. (2007). The relevance of cross-cultural adaption and clinimetrics for physical therapy instruments. *Rev Bras Fisioter* , 11(4), pp. 245-52.

Maldonado, M., Dickstein, J., & Nahoum, J. (1996). *Nós estamos grávidos* (13 ed.). São Paulo: Saraiva.

Maputle MS. (2006). Becoming a mother: teenage mothers' experiences of first pregnancy. *Curationis* , p. 87.

Martell, C., Dimidjian, S., & Herman-Dunn, R. (2010). *Behavioral Activation for Depression: A Clinician's Guide*. Guilford Publishers; .

Martins, M. (2011). *Educação para a Saúde e Vigilância Pré-Natal: Inter-confluências profissionais e familiares*. Tese de Doutorado, Universidade do Minho, Instituto de Ciências Sociais.

Martins, M. (2011). *Educação para a Saúde e Vigilância Pré-Natal: Inter-confluências profissionais e familiares*. Tese de Doutorado, Universidade de Minho, Instituto de Ciências Sociais.

Meincke, S. M. (2009). Vivência da paternidade na adolescência: sentimentos expressos pela família do pai adolescente. *Texto and Contexto Enfermagem* , 18 (1), p. 83.

Meleis, A. (2010). *Transitions theory : middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company.

Melo, S. S. (2012, maio/dez.). Prevalência e fatores associados à dificuldade no cuidado do bebê em mães adolescentes de 14 a 16 anos de Porto Alegre/RS. *Aletheia* , 38-39, pp. 67-80.

Mendes, A. O. (2011). Visitas domiciliares pela equipe de Saúde da Família: reflexões para um olhar ampliado do profissional. *Revista Brasileira Médica Farmacêutica e Comunitária [Em linha]* , 2.

Mendle J, T. E. (2007). Detrimental psychological outcomes associated with early pubertal timing in adolescent girls. *Developmental Review.* , 27, pp. 151-171.

Mercer, R. (1995). *Becoming a mother*. New York: Springer.

Mercer, R. (2004). Becoming mother versus maternal role attainment. *Journal of Nursing Scholarship* , 36 (3), pp. 226-232.

Mercer, R. (2006). Nursing Support of the Process of Becoming a Mother. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing.* , 35 (5), pp. 649-651.

Mercer, R. T. (1981). A theoretical framework for studying factors that impact on the maternal role. *Nursing research* , 30 (2), pp. 73-77.

Mercer, R. W. (2006). A review of nursing interventions to foster becoming a mother. *Journal of Obstetric, Gynecological & Neonatal Nursing.* , 35, p. 568-582.

Metello, J., Torgal, M., Viana, R., Martins, L., Maia, M., Casal, E., et al. (2008). Desfecho da gravidez nas jovens adolescentes. *Rev Bras Ginecol Obstet* .

Monica D. Ulibarri, E. C. (n.d.). Prevention and outcomes for victims of childhood sexual abuse. *J Child Sex Abus.* , 24 (1), pp. 35-54.

Montgomery, K. (2003). Nursing Care for Pregnant Adolescents. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* , 2 (32).

Moreira, J. (2004). *Questionários: Teoria e prática*. Coimbra: Almedina.

Moreira, J. (2004). *Questionários: Teorias e Práticas*. Coimbra: Almedina.

Motta, M. D. (2004). Vivências da mãe adolescente e sua família. *Acta Scientiarum Health Sciences* , 1, pp. 249-256.

Nasio, J. (2011). *Como agir com um adolescente difícil?: Um livro para pais e profissionais*. Rio de Janeiro: Editora Zahar.

NCPTP. (2010). *America's Promise Alliance /National Campaign to Prevent Teen and Unplanned Pregnancy*. Retrieved from Policy brief: Preventing teen pregnancy is critical to school completion: <http://www.thenationalcampaign>

Needle, R. &. (2008). *Abortion Counseling*. New York: Springer Publishing Company.

Neves, A. (2013). *Visitação Domiciliária no Pós-Parto:Expectativas e necessidades de ambos os pais na transição para a parentalidade*. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Nóbrega, L., & Bezerra, F. (2010, Número especial). Percepção de puérperas adolescentes frente à assistência de enfermagem no alojamento conjunto. *Rev Rene* (11).

Nogueira, M., Martins, A., & Schall, V. M. (2011). "Depois que você vira um pai...": adolescentes diante da paternidade. *Revista Adolescência e Saúde* , 8, pp. 28-34.

Nunes, L., & Amaral, M. G. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Nunes, R., & Rego, G. (2002). *Prioridades na Saúde*. Lisboa: McGraw-Hill.

Nunnally, J. y. (1994). *Psychometric theory* (3rd Edition ed.). New York: McGraw-Hill.

Nutbeam, D. (2009). Defining and measuring health literacy: what can we learn from literacy studies? *International Journal of Public Health* , 54.

Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15.

Nyström, K. Ö. (2004). Parenthood experiences during the child's first year: literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 46, pp. 319-330.

O.M.S. (2002). *Growing in Confidence: Programming for Adolescent health and Development – Lessons from eight*. Department of Child and Adolescent Health and Development countries.

Obeisat, S. (2012). Postpartum Learning Needs: Perceptions of Jordanian Mothers and Nurses. *European Journal of Social Sciences*, 30 (4), pp. 535-546.

Oliveira, D. (2005, maio). A 'nova' saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. *Rev Latino-am Enfermagem*, 3, pp. 423-31.

Oliveira, E., Moura, E., & Pinheiro, P. &. (2008). Histórico contraceptivo de adolescentes grávidas e seus sentimentos quanto a gravidez e ao futuro profissional. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 2.

Oliveira, M. (1998). Gravidez na adolescência: Dimensões do problema. *Cad. CEDES*, 19(45).

Oliveira, N. (2010). Percursos da Gravidez na Adolescência: Estudo Longitudinal Após uma Década da Gestação. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 23, pp. 278-288.

Osorio, A. G., Toro Rosero, M., Macías Ladino, A., & Valencia Garcés, C. &. (2010). *La Promoción de la Salud como Estrategia para el Fomento de Estilos de Vida saludables*. Retrieved janeiro 22, 2016, from *Hacia la Promoción de la Salud*, 15(1), 128-143.: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-75772010000100010&lng=en&tlng=es

Oweis, A., Gharaibeh, M., Maaitah, R., Gharaibeh, & Obeisat, S. (2012, sept.). Understanding Parenting. Parenting From a Jordanian Perspective: Findings from a Qualitative Study. *J Nurs Scholarsh*, 44 (3), pp. 242-49.

Paiva, J. N. (2008). *Reconstruindo Histórias: vivências de adolescentes em Liberdade Assistida na Comarca de Muriaé-MG*. Dissertação (Mestrado), Pós-graduação em Serviço Social do Departamento de Serviço Social da PUC, Rio de Janeiro.

Pantoja, A. L. (2003). "Ser alguém na vida": uma análise sócio-antropológica da gravidez/maternidade na adolescência, em Belém do Pará, Brasil. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro*, 19, pp. 335-343.

Paraguassú, A. (2005). Situação sócio-demográfica e de saúde reprodutiva pré e pós-gestacional de adolescentes. *Cien Saude Colet*, 5 (2).

Patias, N., Jager, M., & Fiorin, P. D. (2011). Construção histórico-social da adolescência: implicação na percepção da gravidez na adolescência como um problema. (Unijuí, Ed.) *Revista Contexto e Saúde*, 10, pp. 205-214.

Patrício, S. (2011). *Promoção da parentalidade positiva*. Tese de Mestrado, UCP, Especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica.

Pedrosa, A. (2009). *Gravidez e Transição para a Maternidade na Adolescência: Determinantes individuais e psicossociais da ocorrência de gravidez e da adaptação. Estudo com adolescentes da Região Autónoma dos Açores*. Tese de Doutoramento, Universidade de Coimbra, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Coimbra.

Pender, N., Murdaugh, C., & Parsons, M. (2002). *Health promotion in nursing practice*. (4th ed. ed.). Prentice Hall: Englewood Cliffs.

Pereira, A. L. (2003). Ensinando a cuidar em Saúde Pública. In *Educação em saúde*. Difusão.

Pereira, A., & Bachion, M. (2006, dez). Atualidades em revisão sistemática de literatura, critérios de força e grau de recomendação de evidência. *Rev Gaúcha Enferm*. 27(4), pp. 491-8.

Perry, A., & Potter, P. &. (2012). *Procedimentos e Intervenções de Enfermagem* (5ª ed.). Elsevier.

Pestana, M. H. (2008). *Análise de Dados para Ciências Sociais. A complementaridade do SPSS* (5ª edição revista e corrigida ed.). Lisboa: Edições Sílabo.

Pestana, M., & Gageiro, J. (2005). *Análise de dados para ciências sociais – A complementaridade do SPSS*. (4ª ed. ed.). Lisboa: Silabo.

Phillips, B., Ball, C., & Sackett, D. e. (2001, April). *Oxford Centre for evidence-based Medicine Levels of Evidence Grades of Recommendation*. Retrieved maio 2012, from <http://cebmr2.ox.ac.uk/docslevels4.html>.

Pinheiro, M. (2016). Cuidar de Adolescentes. In T. Rebelo, I. Ferraz, M. Quaresma, E. Garcia, O. Fernandes, & G. Carneiro, *Quando o silêncio se faz fala. A escuta na aprendizagem do cuidado em Enfermagem*. (p. 321). Lisboa: Lusodidacta.

Pinto, S. A. (2013). Qualidade e satisfação com o serviço de urgência pediátrica: A perspetiva dos acompanhantes das crianças. *Revista Referência*, 3 (9), pp. 95-103.

Pires, R. (2014). *Percursos conducentes à maternidade adolescente em Portugal: Trajetórias individuais e processos explicativos do comportamento sexual e contraceptivo, da decisão reprodutiva e do ajustamento socioemocional durante a gravidez*. Universidade de Coimbra, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. Coimbra: Universidade de Coimbra.

Pires, R., Pereira, J., & Pedrosa, A. &. (2013). Maternidade adolescente: Escolha, aceitação ou resignação? *Psicologia, Saúde & Doenças*, (2), pp. 339-347.

Podgurski, M. J. (2000). Empowering teens: Real talk about real life. *Journal of Perinatal Education*, 4, pp. 1-6.

Ramos, C. S. (2013). *A Esperança e o Sofrimento no Doente Oncológico Paliativo*. Tese de Mestrado, Instituto Politecnico de Viana do Castelo, Viana do Castelo.

Ré, A. (2011). *Crescimento, maturação e desenvolvimento na infância e adolescência: Implicações para o esporte*. (Vol. 7). Vila Real: Motri.

Ré, A. H. (2010). Anthropometric characteristics and motor skills in talent selection and development in indoor soccer. *Perceptual and Motor Skills*, pp. 916-930.

Rebelo, T., Ferraz, I. Q., Garcia, G., Fernandes, O., & Carneiro, G. (2016). *Quando o silêncio se faz fala. A escuta na aprendizagem do cuidado de enfermagem*. Lisboa: Lusodidacta.

Reis CT, L. J. (2012). Adaptação transcultural da versão brasileira do Hospital Survey on Patient Safety Culture: etapa inicial. *Cad Saúde Pública*, pp. 2199-2210.

Reis, E., & Löbler, M. (2012). O processo decisório descrito pelo indivíduo e representado nos sistemas de apoio à decisão. *Revista de Administração Contemporânea*, 16 (3), pp. 397-417.

Resta, G., & al., e. (2010, jan/mar.). Maternidade na adolescência: significados e implicações. *REME - Rev. Min. Enferm.*, 14 (1), pp. 68-74.

Ribeiro, P. (2013, Out). Formação Contínua em enfermagem - quais as motivações? *Nursing* , pp. 35-7.

Rodrigues, M., Pereira, A., & Barroso, T. (2005). *Educação para a saúde: formação pedagógica de educadores de saúde*. Coimbra: Formasau .

Rosa, E. (2003). *As Diferentes Formas de Argumentação e Comunicação*. Lisboa: Técnicas de Comunicação. .

Rosa, M. J. (2010). *Portugal: os números* . Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Rubin, R. (1967a). Attainment of the maternal role. Part I: Processes. *Nursing Research* , 16, pp. 237 - 245.

Rubin, R. (1967b). Attainment of the maternal role. Part II: Models and referents. *Nursing Research* , 16, pp. 324 - 346.

Saito, M. (2001). Adolescência, cultura, vulnerabilidade e risco.A prevenção em questão. In M. d. Saito, *Adolescência: prevenção e risco*. São Paulo: Ed.Atheneu.

Santos, I. (2012). *Empoderamento das grávidas durante a vigilância da gravidez*. Instituto Politecnico de Viseu. Viseu: Repositorio do Instituto Politecnico de Viseu.

Santos, L. M. (2005). O papel da família e dos pares na escolha profissional. *Psicologia em Estudo* , pp. 57-66.

Santos, N., & Veiga, P. A. (2011, mar-abr). Importância da anamnese e do exame físico para o cuidado do enfermeiro. *Rev Bras Enferm* , 2, pp. 355-8.

Santos, T. (2011). Preocupações maternas no pós-parto: estudo em puérperas às três semanas após a alta da maternidade. *Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* .

Santrock, J. W. (2008). *Adolescence*. Boston: McGraw-Hill.

Sarreira de Oliveira, P., & Cordeiro, N. (2014, nov). Necessidades em cuidados de enfermagem no pós-parto das mães adolescentes Revisão Sistemática. *Jornal of Nursing. Rev enferm UFPE on line* , 8 (11), pp. 3953-61.

Sauls, D. J. (2010). Listening to laboring adolescents: How to promote a positive childbirth experience. *The Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing* , 6, pp. 703-712.

Sauls, D. J. (2011). Development of the adolescent support model. *Journal of Theory Construction & Testing* , 1, pp. 24-28.

Sauls, D., & Grassley, J. (2011). Development of the Adolescent Support Model. *Journal of Theory Construction & Testing* , 1 (15), 24-8.

Schoen-Ferreira, T. (2010, Abr-Jun). Adolescência através dos Séculos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* , 26, pp. 227-234.

Scholl, T. e. (1992). Young maternal age and parity: influences on pregnancy outcome. *Ann Epidemiol* , 2(5), p. 565.

Selden, C. [. (2000). WWW: <http://www.nlm.nih.gov/pubs/resources.html>. Retrieved abril 18, 2015, from Bethesda: National Library of Medicine.

Setzer, J. e. (1992). Comprehensive school-based services for pregnant adolescents in West Dallas. *J Sch Health* , 62(3), p. 97.

Shaffer, D. K. (2007). *Developmental Psychology. Childhood & adolescence*. . Belmont: Wadsworth.

Shin, H., & White-Traut, R. (2007). The conceptual structure of transition to motherhood in the neonatal intensive care unit. *Journal of Advanced Nursing* . , 58 (1), pp. 90-98.

Silva, M. O., Albrecht, J., Olsen, J., Karro, H., Temmerman, M., Gissler, M., et al. (2011). The reproductive health report: The state of sexual and reproductive health within the European Union. *European Journal of Contraception and Reproduct* , S1-S70.

Silva, M. (2004). Plano educativo. In *Diabetes mellitus: clínica, diagnóstico, tratamento multidisciplinar*. São Paulo: Editora Atheneu.

Silva, M., & Amendoeira, J. (2015). Os contributos do método etnográfico na construção de uma teoria Prescrita em enfermagem. *Revista da ESSS* , 3 (5).

Souza, L., Wegner, W., & Gorini, M. (2007, março-abril). Educação em Saúde: Uma estratégia de cuidado ao cuidador leigo. *Rev Latino-am Enfermagem* , 15(2).

Spear, H. J. (2004). A follow-up case study on teenage pregnancy: "Havin' a baby isn't a nightmare, but it's really hard". *Pediatric Nursing* , 2, pp. 120-125.

Speroff, L. &. (2010). *A clinical guide for contraception* (5th ed. ed.). United States: Lippincott Williams & Wilkins.

Standifird, K. (2005). What expectant teens need from their caregivers. *International Journal of Childbirth Education*, , 2, pp. 15-18.

Stattin, H. M. (1990). *Pubertal maturation in female development*. Hillsdale NJ: Erlbaum.

Stiles, A. (2010, nov-dec). Case study of an intervention to enhance maternal sensitivity in adolescent mothers. . *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* , 39 (6), pp. 723-33.

Strunk JA. (2008). The effect of school-based health clinics on teenage pregnancy and parenting outcomes: an integrated literature review. *J.Sch.Nurs.: The Official Publication Of The National Association Of School* , pp. 13-20.

Strunk, J. (2008, fev.). The effect of school-based health clinics on teenage pregnancy and parenting outcomes: an integrated literature review. *J Sch Nurs.* , 24 (1).

Susman EJ, R. A. (2004). Puberty and psychological development. In S. L. Lerner RM, *Handbook of adolescent psychology* (2nd ed., pp. 15-44). NJ: Wiley; Hoboken.

Takahashi, .., & De-la-Torre-Ugarte-Guanilo, M. B. (2011, January 25). Revisão sistemática: noções gerais. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* , 5 (45), pp. 1260-1266.

Teixeira, M. L. (2005). *Até quando? O adolescente e o futuro: nenhum a menos*. Brasília: Conselho Federal de Psicologia.

Tobón, O. (2003, nov.). *El autocuidado una habilidad para vivir.* . Retrieved janeiro 22, 2016, from Revista Hacia la Promoción de la Salud [serie en línea]. : http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%208_5.pdf

Tojal, A. (2011). *Percepção dos enfermeiros sobre a formação em serviço*. Tese de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra.

Tones, K., & Tiford, S. (1994). *Health Education*. (2ª Edição ed.). Londos: Chapman & Hall.

Traverso-Yépez, M. A. (2001). Interface Psicologia Social e saúde: perspectivas e desafios. *Psicol. Estudo.* , 6, pp. 49-56.

Victor JF, L. M. (2005, julio-septiembre). Análise do diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola J. Pender. *Acta Paulista de Enfermagem* , 18, pp. 235-40.

Vieira, M. (2009). *Ser Enfermeiro* (2ª Edição ed.). Lisboa: Universidade Católica Portuguesa.

Vilelas, J. (2009). *Investigação: O processo de construção do conhecimento* (1ª Edição ed.). Lisboa: Silabo.

Vintém, J. (2008, jul/dez). Inquéritos Nacionais de Saúde: auto-percepção do estado de saúde: uma análise em torno da questão de género e da escolaridade. *Psicologia da saúde*, 26.

Wachelke, J., Andrade, A., Cruz, R., Faggiani, R., & Natividade, J. (2004, jan/jun). Medida da satisfação em relacionamento de casal. *Psico-USF*, v. 9, n. 1, pp. 11-18.

Wachelke, J., Andrade, L., Cruz, R., Faggiani, R. B., & Natividade, J. (2004, jan./jun.). Medida da satisfação em relacionamento de casal. *Psico-USF*, v. 9, n. 1, pp. 11-18.

Waldow, R. (2008, abril). Actualização do cuidar. *AQUICHAN*, 8 (1), pp. 85-96.

Waldow, R. (2009). O Mundo da Saúde. *Reflexão sobre Educação em Enfermagem: ênfase em um ensino centrado no cuidado*, 33 (2), pp. 182-188.

Westman, J. C. (2009). *Breaking the adolescent parent cycle: Valuing fatherhood and motherhood*. Plymouth: University Press of America.

WHO, O. W. (1986). *Carta de Ottawa para a promoção da saúde*. Divisão da Educação para a Saúde. Lisboa: Ministério da Saúde.

WHO, W. H. (2006). *Pregnant adolescents: delivering on global promises of hope*. (Library Cataloguing- in- Publication Data) Retrieved abril 20, 2015, from http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/ADH/ISBN_92_4_159378_4.pdf.

World Health Organization, H. (2004). *For which strategies of suicide prevention is there evidence or effectiveness*. Retrieved maio 10, 2015, from http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/74692/E83583.pdf.

Zabielski, M. (1994). Recognition of maternal identity in oerterm and fullterm mother. *Matern Child Nurs J*, 22 (1), pp. 2-36.

Apêndices e Anexos

Apêndice A - Síntese dos artigos selecionados na RSL

Objetivos	Orientação Metodológica	Métodos/ Participantes	Resultados	Nível de Evidência
Bowman, K.G. e Ruchala, P.L. (2006). A comparison of the postpartum learning needs of adolescent mothers and their mothers. <i>Journal Of Obstetric, Gynecologic, And Neonatal Nursing: JOGNN / NAACOG [J Obstet Gynecol Neonatal Nurs]</i> , vols. Mar-Apr.				
Descrever e comparar as necessidades de aprendizagem no pós-parto das mães adolescentes e das suas mães.	Estudo transversal descritivo	Amostra de conveniência. (50 mães/ 50 filhas, mães adolescentes) (N=100)	Os dois grupos de mães demonstraram interesse em aprender sobre os cuidados com o bebê. Utilização de diferentes estratégias de ensino para mães adolescentes sobre o reinício da atividade sexual.	2B
Maputle C. (2006). Becoming a mother: teenage mothers' experiences of first pregnancy. <i>Curationis</i> , 29 (2): 87-95.				
Explorar e descrever as experiências das mães adolescentes na sua primeira gravidez. Desenvolver linhas orientadoras para a elaboração de um programa sobre as necessidades das grávidas adolescentes.	Estudo Fenomenológico	Entrevista utilizando uma pergunta orientadora. (N=14)	Identificado a necessidade de suporte para incentivar a adolescente a tornar-se mais segura e independente, sendo que a atuação dos enfermeiros é limitada a ações técnicas e fragmentadas, centrada no modelo biomédico.	3B
Strunk J.A. (2008). The effect of school-based health clinics on teenage pregnancy and parenting outcomes: an integrated literature review. <i>The Journal Of School Nursing: The Official Publication Of The National Association Of School Nurses [J SchNurs]</i> , Feb; vol. 24 (1): 13-20.				
Analisar e sintetizar da literatura focalizada na importância dos programas de educação sobre a prevenção da gravidez na adolescência e promoção da parentalidade.	Estudo qualitativo	Inquérito fornece uma metassíntese e da literatura, revisão integrativa da literatura, de 48 artigos publicados	Demonstrou a eficácia dos programas de intervenção nas escolas na promoção da parentalidade.	1A

		com peer-review.		
Bergamaschi S.F.F., Praça N.S. (2008). Vivência da puérpera adolescente no cuidado do RN, no domicílio. Rev. Esc. Enfermagem USP, 42 (3): 454-460.				
Analisar as necessidades, preocupações e suporte social das adolescentes solteiras de origem hispânica com baixos recursos económicos durante a transição para a maternidade.	Estudo Misto (qualitativo e quantitativo)	Questionário e Focus group (N= 16)	Demonstraram dificuldade em aceder aos suportes sociais e informação relacionados com os seus cuidados de saúde, bem como dos seus filhos. Identificaram obstáculos de acesso às redes de apoio social e barreiras aos cuidados de saúde. As relações de confiança estabelecidas pelas enfermeiras com a comunidade são um fator importante na assistência a estas adolescentes. O facto de estarem culturalmente sensíveis para apoiar as necessidades sociais e identificar as barreiras aos cuidados de saúde nas mães adolescentes é facilitador no processo de transição para a maternidade.	3B
Hoga L.A.K. (2008). Maternidade na adolescência em uma comunidade de baixa renda: experiências reveladas pela história oral. Rev. Latino-am Enfermagem, 16 (2): 280-286.				
Descrever as experiências da trajetórias da maternidade na adolescência	Estudo qualitativo	Fenomenológico, através do método da história oral (N= 21)	Identificada a necessidade de informações e cuidados às adolescentes, o respeito dos seus direitos, incluindo a privacidade, a confidencialidade, o respeito aos valores culturais e as crenças religiosas. Posturas negativas, hegemónicas e prescritivas precisam ser eliminadas das atividades de educação e assistência à saúde realizadas com as adolescentes. Realça que uma melhor	3B

			qualidade de vida é uma condição essencial para reverter a realidade atual que envolve a maternidade na adolescência.	
Grassley J.S. (2010). Adolescent Mothers' Breastfeeding Social Support Needs. <i>Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing</i> , Nov-Dec, vol. 39(6): 713-810.				
Definir quais os aspectos relevantes referidos pelas mães adolescentes relativamente ao apoio social promovido pelos enfermeiros, ao iniciar a amamentação na pós-parto.	Revisão Sistemática da Literatura	Análise Estudos (N=18)	Valorização do suporte social no pós-parto para a promoção da saúde a longo prazo quer dos adolescentes quer dos seus filhos. O apoio parece ser essencial na experiência quer na deteção das necessidades quanto à amamentação, quer do ponto de vista informativo, instrumental quer emocional.	1A
DeVito J. (2010). How adolescent mothers feel about becoming a parent. <i>Journal of Perinatal Education (J PERINAT EDUC)</i> , Spring; 19 (2): 25-34. (23 ref).				
Explorar e perceber o significado e experiência auto percebida da maternidade em primíparas adolescentes durante o período 4 a 6 semanas pós-parto.	Estudo qualitativo	Análise de conteúdo. (N=160)	Referem poucos conhecimentos sobre como tratar dos seus filhos, referindo que as formações existentes de apoio à maternidade não respondem às necessidades das mães adolescentes, mas sim às das mães adultas. Sentem-se pouco apoiadas e seguras, referem necessidade de um elemento de referência. Referem que a visita domiciliária foi muito importante no apoio, na autoconfiança e na sua auto-estima.	2B
Resta D.G., et al. (2010). Maternidade na adolescência: significado e implicações. <i>REME- Rev. Min. Enfermagem</i> , 14 (1): 68-74.				
Identificar o significado e as implicações da maternidade na	Estudo qualitativo	Entrevista semiestruturada	A maioria das dúvidas e inseguranças estavam relacionadas com o cuidado ao recém-nascido,	3B

adolescência		(N=22)	principalmente com o couro umbilical, com o primeiro banho, com o sono do bebê e com a amamentação. Foram referidos sentimentos de medo e ansiedade no processo de adaptação mãe-filho e nos cuidados a prestar.	
--------------	--	--------	--	--

Nóbrega L.L.R., Bezerra F.P.F. (2010). Percepção dos adolescentes frente à assistência de enfermagem no alojamento conjunto. *Rev. Rene*, Número Especial, 11: 42-52.

Conhecer as percepções das adolescentes sobre a assistência de enfermagem	Estudo exploratório qualitativo	Entrevista semiestruturada (N=10)	Identificado a necessidade de suporte para incentivar a adolescente a tornar-se mais segura e independente, sendo que a atuação dos enfermeiros é limitada a ações técnicas e fragmentadas, centrada no modelo biomédico.	3B
---	---------------------------------	-----------------------------------	---	----

Oweis A.;Gharaibeh M. ; Maaitah R.; Gharaibeh H. ; Obeisat S. (2012). Parenting from a Jordanian perspective: findings from a qualitative study. *Journal Of Nursing Scholarship: An Official Publication Of Sigma Theta Tau International Honor Society Of Nursing / Sigma Theta Tau [J Nurs Scholarsh]*, Sep; Vol. 44 (3): 242-248. *Date of Electronic Publication*, Jul 05.

Explorar e perceber a concepção de parentalidade.	Estudo qualitativo	Entrevista semiestruturada (N=110).	Os resultados do estudo mostraram que as mães adolescentes queriam saber sobre cuidados com a episiotomia e com a incisão abdominal, cuidados perineais, planejamento familiar e acompanhamento no pós-parto. O comportamento dos pais reflete os valores socioculturais, tradições e a sua orientação religiosa.	1B
---	--------------------	-------------------------------------	--	----

Apêndice B - Artigo publicado na revista Journal of Nursing UFPE on line



ISSN: 1981-8963

DOI: 10.5205/reuol.6679-58323-1-ED.0811201419

Oliveira OS de, Cordeiro AMN.

Nursing care needs in the postpartum period...



SYSTEMATIC REVIEW ARTICLE

NURSING CARE NEEDS IN THE POSTPARTUM PERIOD OF ADOLESCENT MOTHERS: SYSTEMATIC REVIEW
NECESSIDADES EM CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO PÓS-PARTO DAS MÃES ADOLESCENTES
REVISÃO SISTEMÁTICA
NECESIDADES DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL POSTPARTO DE MADRES ADOLESCENTES:
REVISIÓN SISTEMÁTICA

Paula Sarreira de Oliveira¹, Maria Manuela Néné Cordeiro²

ABSTRACT

Objective: to assess the evidence on scientific knowledge related to breastfeeding adolescents and the need for nursing care. **Method:** systematic review seeking the answer to the question: What are the priority learning needs for postpartum nursing care provided to adolescent mothers? A search was conducted on articles available in Portuguese and English, published between 2007 and 2013 and indexed in LILACS, MEDLINE, PubMed, and SciELO databases. **Results:** the sample consisted of ten articles addressing different needs of adult mothers, related to the new skills and the information necessary to manage postpartum issues regarding self-care and newborn care. **Conclusions:** the needs were not systematically identified, constituting a multicausal phenomenon arising from a multiplicity of factors from different dimensions that interact with each other, making it difficult to associate only one dimension. **Descriptors:** Adolescence; Pregnancy in Adolescence; Postpartum Period; Nursing Care.

RESUMO

Objetivo: analisar as evidências sobre o conhecimento científico relacionado com as puérperas adolescentes e a necessidade de cuidados de enfermagem. **Método:** revisão sistemática, visando à resposta à questão: Quais são as necessidades de aprendizagem prioritárias em cuidados de enfermagem no pós-parto das mães adolescentes? Realizou-se uma pesquisa dos artigos disponíveis em português e inglês, publicados entre 2007 e 2013 e indexados às bases de dados LILACS, MEDLINE, PubMed e coleção SciELO. **Resultados:** a amostra foi constituída por dez artigos expondo necessidades diferentes das mães adultas, relacionadas com as novas competências e informações necessárias para gerir as questões pós-parto, no autocuidado e no cuidado do recém-nascido. **Conclusões:** as necessidades não estavam sistematicamente identificadas, constituindo um fenómeno multicausal originado por uma multiplicidade de fatores provenientes de diferentes dimensões que interagem entre si, sendo difícil associar apenas uma dimensão. **Descritores:** Adolescência; Gravidez na Adolescência; Período Pós-Parto; Cuidados de Enfermagem.

RESUMEN

Objetivo: analizar las evidencias acerca del conocimiento científico relacionado con madres adolescentes y la necesidad de cuidados de enfermería. **Método:** revisión sistemática buscando la respuesta a la pregunta: ¿Cuáles son las necesidades prioritarias de aprendizaje en cuidados de enfermería durante el período postparto de madres adolescentes? Fue llevada a cabo una investigación en artículos disponibles en portugués e inglés, publicados entre 2007 y 2013 e indexados en las bases de datos LILACS, MEDLINE, PubMed y SciELO. **Resultados:** la muestra se compuso de diez artículos abordando diferentes necesidades de madres adultas, relacionadas con las nuevas habilidades y la información necesaria para gestionar las cuestiones postparto en el autocuidado y cuidado del recién nacido. **Conclusiones:** las necesidades no se encontraban sistemáticamente identificadas, constituyendo un fenómeno multicausal originado en una multiplicidad de factores oriundos de diferentes dimensiones que interactúan entre sí, siendo difícil asociar solamente una dimensión. **Descriptor:** Adolescencia; Embarazo en la Adolescencia; Período Postparto; Cuidados de Enfermería.

¹Nurse, Specialist in Community Nursing, Master's degree in Victimization of Children and Adolescents, Assistant Teacher of the 2nd Triennium, Egas Moniz Higher School of Nursing, Doctoral candidate in Nursing, Health Sciences Institute, Catholic University of Portugal, Lisbon, Portugal. E-mail: psarreira@gmail.com; ²PhD. in Health and Education Psychology, Professor and Coordinator at the Portuguese Red Cross Higher School of Health, Guest Lecturer at the Health Sciences Institute, Catholic University of Portugal, Lisbon, Portugal. E-mail: mmene@essouo.eu



ISSN: 1981-8963

Oliveira OS de, Cordeiro MMN.

DOI: 10.5205/revol.6679-58323-1-ED.0811201419

INTRODUCTION

Adolescence is a period in which important decisions are taken from little experience and may have consequences for life. Help adolescents to grow requires an understanding not only of what they think, but mostly the way they think. Understanding adolescents means realizing that they experience a phase of life in which the changes occur more or less rapidly, both physically and emotionally. It is also necessary to understand aspects of their impulsiveness. The transition from childhood to adulthood is associated with risk behavior related to sexual activity and, in particular, unplanned pregnancies.

Although the number of adolescent pregnancies has already decreased, there is still great need for support.¹ Early and not planned pregnancy can lead to physical, mental, emotional, and social overload affecting the development of adolescents, thus contributing positively or negatively to the changes in their future life. This kind of pregnancy can perpetuate the cycle of poverty, low educational level, and lack of perspective of life, since women are attributed with the main roles and accountability for their children.²

The postpartum period is often overwhelming for the new adolescent mothers, because they have fewer resources and life experiences to manage this period in which anxiety is increased. Many of these adolescents have no experience in caring for children or newborns.³

Compared to other mothers, adolescents exhibit major difficulties. They have less responsible behaviors, speak less about their concerns, provide a less stimulating environment for their children, and have different characteristics and frequency in the interaction with their children than those of adult mothers.^{4,5} It is observed that they are cognitively less prepared to take care of a newborn. They experience greater anxiety and feature less adaptation to their role.^{6,7} They have lack of experience in parental tasks, lack of preparation for caring for the child during pregnancy, or ineffectiveness of preparation programs, what determines high levels of anxiety when they go back home. In addition, the decreased length of hospital stay after childbirth should be taken into consideration.⁴

The educational approach focused on pregnancy in adolescence has an intense relationship with the charters for health promotion—especially the Ottawa Charter for Health Promotion—due to the correlation with

Nursing care needs in the postpartum period...

the five fields of action of the health promotion proposed, the most relevant being the creation of favorable environments for health, and environmental health and human development issues, which cannot be separated. Development implies the improvement of quality of life and health. Promoting a healthy environment means understanding adolescents as subjects in their physical, social, economic, or political environments and the relationships with the social support networks.⁸

The well-being of pregnant women and adolescent parents influences children's development from the physical, cognitive, behavioral, and emotional perspectives.⁹ The experiences of diseases and the development of the processes of life—pregnancy, birth, parenthood, adolescence, menopause, old age, and death—and the cultural and social transitions have been described as those that make individuals be vulnerable.¹⁰ This vulnerability arises from the fact that individuals do not know how to behave when facing a situation that they have never experienced before, not knowing how to deal with a new event and, as such, they feel insecure and unable to cope with the new situation.¹¹ Transitions result from changes in life, health, relationships, and environments of the individuals.⁵ Actually, it is still stated that, in transitional situations, nurses are the main caregivers of users/families, because they are attentive to the needs and changes that these situations entail in the life of those individuals. This factor helps nurses to better prepare those individuals to cope with these transitions through learning and acquiring new skills. Thus, it is possible to recognize the relevance of assessing the scientific literature produced in the area, as a way to enhance the understanding and discussion on the role of nursing in this specific field.

With this in mind, the goal of the present study is:

- To assess the evidence on scientific knowledge related to breastfeeding adolescents and the need for nursing care.

METHOD

In order to systematize the state of knowledge of nursing care about the needs of adolescent mothers, a bibliographical search was conducted in accordance with the methodological principles of a systematic literature review on the basis of Cochrane guidelines.

In this way, whether in the preparation of the research question, or in the definition of



ISSN: 1981-8963

DOI: 10.5205/revuel.6679-58323-1-ED.0811201419

Oliveira OS de, Cordeiro MMN.

Nursing care needs in the postpartum period...

the criteria for inclusion and exclusion of primary studies, with effect on the constitution of the sample, the PIC[O] method was used (Figure 1). Starting from the analysis of the theoretical assumptions, the following question was defined: What are the priority learning needs for postpartum nursing care provided to adolescent mothers?

- Studies in other languages than English, Portuguese, French, or Spanish (due to the researcher's inability/lack of knowledge to translate other languages).

This way, the following inclusion/exclusion criteria were chosen in order to select the studies for the systematic literature review:

For the identification and selection of relevant studies included in the review, the concepts pertaining to the participants, the intervention, and the design of the intended studies were considered in order to define a set of synonyms and related terms that, by intersection, would lead to obtain the stabilized research expression.

Inclusion criteria:

From the descriptor MeSH (Medical Subject Heading) and using the keywords with the following sequence, namely: adolescent*; nursing care; adolescent* mother*; postnatal care*; health need*; newborn*; mothers/*education; and maternal-child care, a search was conducted in articles addressing the subject matter with full texts available on the Internet and written in Portuguese, English, and Spanish, published between January 2007 and December 2013.

- Adolescent mothers aged between 14 and 19 years.
- Adolescent mothers whose children had been newborns.
- Healthy adolescent mothers with full-term pregnancies.
- Nursing Interventions involving the process of transition to motherhood in adolescence.
- Nursing care outcomes related to the needs felt by adolescent mothers in the process of transition toward positive motherhood.
- Studies in which at least one of the authors had been a nurse.
- Studies with scientific evidence, quantitative or qualitative.

Exclusion criteria:

The studies were assessed regarding methodological quality in accordance with the recommendations of the "Oxford Centre for Evidence-based Medicine".¹² Data collection was carried out from May to June 2013 in EBSCO research platform, including the following databases: LILACS (Literature in the Health Sciences in Latin America and the Caribbean); MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online - USA); PubMed (Public Medicine); CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature); Cochrane Library (database of systematic reviews); Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive; MedicLatina; and SciELO (Scientific Electronic Library Online).

- Non-adolescent mothers with ages not included in the criteria for inclusion, whose children had not belonged to the age group defined.
- Institutionalized adolescent mothers or with health disorders that prevented them from caring for their children.
- All interventions that did not involve the transition to motherhood in adolescence.
- All experiences not related to the transition toward positive motherhood.

P	Participants	Adolescent mothers or nurses. Adolescent mothers and nurses.	Adolescent* (MeSH) Mother* (MeSH)
I	Intervention	Studies conducted with adolescent mothers addressing their needs for nursing care during the puerperium.	Postnatal Care* (MeSH) Health need* (MeSH)
C	Comparators	When available	Newborn* (MeSH)
O	Outcomes	Factors promoting positive motherhood.	Nursing Care (MeSH)
S	Study design	Qualitative and/or quantitative studies.	Mother/*education (MeSH) Maternal-Child Care (MeSH)

Figure 1. Revision strategy using the PICOS12 matrix

RESULTS

As a result of the search in the databases based on the previously established inclusion criteria, 41 results were obtained in the first step. After organizing the articles, it was

found that three of them were repeated and they were excluded, leaving 38 articles for detailed assessment. The next step of the search included reading the abstracts in order to confirm whether the titles of the articles corresponded to the works they described.



After the reading and critical assessment of the titles and abstracts, nine articles were excluded, because they did not fall within the topic under study. The remaining 29 articles were subjected to analysis and critical assessment through unabridged reading. It was found that six articles addressed the mothers' needs, but they did not present any specificity or individuality related to the needs of adolescent mothers. Even though five articles addressed the subject matter,

their goal was not to assess the needs of adolescent mothers in nursing care. Lastly, there were six articles that addressed adolescent mothers without criteria for inclusion in the study. In short, following the method referenced, 12 scientific articles were obtained in the first step of the search. However, after the application of the criteria laid down, a final set of ten articles was selected (Figures 2 to 11).

Goals	Method	Methods/ Participants	Evidence level
To describe and compare the learning needs during the postpartum period in adolescent mothers and their mothers.	Cross-sectional and descriptive study	Convenience sample (No.=100)	2B

Figure 2. Bowman and Ruchala's study (2006)²⁵

Two groups of mothers were assessed in this study (50 mothers/50 daughters, adolescent mothers). The participants showed interest in learning about newborn care. It was observed that the adolescent mothers

showed greater interest in issues relating to newborn care. However, it was found that they also had needs for self-care, especially the resumption of sexual activity, and that several teaching strategies had been used.

Goals	Method	Methods/ Participants	Evidence level
To explore and describe the experiences of adolescent mothers in their first pregnancy. To develop guidelines for the elaboration of a program on the needs of pregnant adolescents.	Phenomenological study	Interview using a guiding question. (No.=14)	3B

Figure 3. Maputle's study (2006)²¹

This study used the phenomenological approach. Open interviews were carried out in depth. A general question was placed at the beginning, followed by other questions to help the interviewees talk about their experiences. It was observed that there was the need for

support to encourage the adolescents to become secure and more independent. It was pointed out that the performance of the nurses was limited to technical and fragmented actions, centered on the biomedical model.

Goals	Method	Methods/ Participants	Evidence level
To assess and synthesize from the literature focused on the importance of education programs on the prevention of adolescent pregnancy and parenthood promotion.	Qualitative study	Integrative literature review of 48 articles published on peer review system.	1A

Figure 4. Strunk's study (2008)¹

The review of the studies demonstrated the effectiveness of intervention programs in

schools for the promotion of parenthood and meeting the needs of adolescent mothers.

Goals	Method	Methods/ Participants	Evidence level
To analyze the needs, concerns, and social support of single adolescents of Hispanic origin with low economic resources during the transition to motherhood.	Qualitative study	Focus group (No.= 16)	3B

Figure 5. Bergamaschi's study (2008)²²

The participants pointed out difficulties in accessing social support and information related to their health care, as well as their children's. They identified obstacles in access to social support networks and barriers in health care. Trust relationships established by nurses with the community are an important

factor in assisting these adolescents. The fact of being culturally sensitive to support social needs and identifying the barriers in health care provided to adolescent mothers is a facilitator in the process of transition to motherhood.



Goals	Method	Methods/ Participants	Evidence level
To describe the experiences in the trajectory of motherhood in adolescence.	Qualitative study	Phenomenological study using the method of oral history (No.= 21)	3B

Figure 6. Hoga's study (2008)¹⁸

Through the interviews, it was possible to identify the needs the adolescent had regarding information and health care, concerning their rights and including privacy, confidentiality, and respect for cultural values and religious beliefs. It was found that

negative, hegemonic, and prescriptive attitudes should be eliminated from educational activities and health care. It is concluded that the better quality of life is essential to reverse the current reality that characterizes motherhood in adolescence.

Goals	Method	Methods/ Participants	Evidence level
To define the relevant aspects referred to by adolescent mothers with respect to social support promoted by the nurses at the beginning of breastfeeding in the postpartum period.	Systematic literature review	Assessment of articles (No.=18)	1A

Figure 7. Grassley's study (2010)¹⁷

The literature found valued social support in the postpartum period for the promotion of long-term health, either for the adolescents and their children. Support seems to be

essential in the experience, both in the detection of needs and breastfeeding, whether from the informative, instrumental, or emotional perspectives.

Goals	Method	Methods/ Participants	Evidence level
To explore and understand the meaning and self-perceived experience of motherhood in adolescent primiparas during the period of four to six weeks postpartum.	Qualitative study	Content analysis (No.=160)	2B

Figure 8. DeVito's study (2010)²³

The study used semistructured interviews, in which the participants expressed little knowledge about how to care for their children, stating that the existing programs for motherhood support did not meet the needs of adolescent mothers. They pointed

out that they felt little supported and insecure and mentioned the need for a reference element. However, it was found that home visits were very important for providing support and encouraging self-confidence and self-esteem.

Goals	Method	Methods/ Participants	Evidence level
To identify the meaning and implications of motherhood in adolescence.	Qualitative study	Semistructured interviews (No.=22)	3B

Figure 9. Resta's study (2010)¹⁴

Most of the doubts and insecurities related to newborn care, especially to the umbilical cord stump, the first bath, sleep of the newborn, and breastfeeding. They also

mentioned feelings of fear and anxiety regarding the mother-child adaptation process and care to be provided.

Goals	Method	Methods/ Participants	Evidence level
To know the perceptions of breastfeeding adolescents about nursing care.	Qualitative study	Semistructured interviews (No.=10)	3B

Figure 10. Nóbrega and Bezerra's study (2010)²⁰

This study identified the need for support to encourage the adolescents to become more secure and independent, since the

performance of the nurses was limited to technical and fragmented actions centered on the biomedical model.



Goals	Method	Methods/ Participants	Evidence level
To explore and understand the concept of parenthood.	Qualitative study	Semistructured interview (No.=110)	1B

Figure 10. Oweis, Gharaibeh, and Aishee's study. (2012)¹⁹

In the interviews, the adolescent mothers wanted to know about care of episiotomy wound, abdominal incision, perineal care, family planning, and postpartum follow-up. It is also concluded that the behavior of parents reflects sociocultural values, traditions, and religious orientation of adolescent mothers.

DISCUSSION

With respect to the design, the primary studies included in this review are characterized as systematic and experimental reviews, with longitudinal, cross-sectional, exploratory, and qualitative cohorts. The results allow answering the pre-defined research questions; however, they present different levels of scientific evidence.

It was possible to make the comparison between the primary studies included in this systematic review, because they were not homogeneous in terms of sample, concept of adherence, metrics, and method used to assess adherence, since the studies found did not include meta-analyses.

The results of the review conducted corroborates with the fact that the needs of adolescent mothers—although representing a concern—were not systematically identified. This is a multicausal phenomenon that can be explained by the presence or absence of certain factors that determine the adaptation to the maternal role, including self-care and child care.

After assessing the documents, it was found that there was a multiplicity of factors arising from different dimensions. These dimensions interact with each other and it is difficult to associate only one dimension in the interference on these mother's needs.

These findings are consistent with the literature in the context of maternity in adolescence with social and cultural factors that involve needs regarding the provision of support for hygiene and comfort activities to the mothers and child health follow-up.

Adapting to motherhood represents the ability to overcome the tasks of pregnancy and puerperium development, merging them in the ability to care for and raise children, contributing to their harmonious development and also to their own personal development.¹³ However, this adaptation does not depend solely on the representations of pregnancy

and motherhood, there are other factors involved that relate to the women, the newborns and the surrounding environments. On the other hand, most of the doubts and insecurities were related to newborn care, especially the umbilical cord stump, the first bath, the sleep of the newborn, and breastfeeding.¹⁴ The adolescent mothers reported feelings of fear and anxiety in the process of meeting the needs of the newborns with respect to the adaptation and care to be provided.

For its part, pregnancy, childbirth, and the puerperium are interconnected events, constituting a continuous process of women's adaptation to the maternal role. In this process, they need to use all the inborn or acquired mechanisms to face the challenge and adjust themselves to the new role.¹⁵

Regarding the priority needs, the mothers mentioned knowledge about postpartum complications, care of episiotomy wound, and the resumption of sexual activity and the marital relationship.¹⁶⁻²⁴ They also valued the social support for the postpartum period and the promotion of long-term health, both of the adolescents and their children.¹⁷

Support seems to be essential in the experience of detecting the needs with regard to breastfeeding, whether from the informative, instrumental, or emotional perspectives. It was observed that there was the need for information and care for adolescents, regarding the respect for their rights, including privacy, confidentiality, cultural values, and religious beliefs.¹⁸ Negative, hegemonic, and prescriptive attitudes should be excluded from educational activities and health care carried out with adolescent mothers. A better quality of life is an essential condition to reverse the current reality that involves motherhood in adolescence.

As priority needs, nurses considered the care of episiotomy, care of abdominal incision, signs of postpartum complications, and education concerning medication and vaginal losses as the five main postpartum learning needs for women. These results can be explained by the traditional performance of nurses, which emphasizes the medical aspect of care provided to women with less emphasis on the holistic care approach.¹⁶⁻¹⁹



ISSN: 1981-8963

DOI: 10.5205/revuol.6679-58323-1-ED.0811201419

Oliveira OS de, Cordeiro MMN.

Nursing care needs in the postpartum period...

Interpersonal contact between professionals and adolescents ensures that the needs are met.^{20,24} However, it is stated that nursing care must be planned and targeted in an individual manner. From these actions, it is possible to establish a more satisfying bond between both parties, i.e., that mothers have the specific needs met. In this way, the participants become active in their own care^{18-21,22} and nurses become recognized for their work.²³

Nurses do not provide holistic health care to adolescent mothers, but focused on the needs identified in order to empower these women in this critical period of their lives.^{20,21} All the studies demonstrated the need that these mothers have for guidance, education, and support in the performance of their new role. The early identification of the mothers and children's needs—according to the sensitivity relating the cultural characteristics of every adolescent—will be a facilitator aspect in the transition to the new role, as well as a generator of confidence and health gains in this population.²²

The results on the association between the learning needs and women's characteristics in the postpartum period stress the need for further research in order to identify the relationship between the maternal learning needs and these variables. It can also be affirmed that being aware of these needs promotes the adaptation to health programs and support provided to these mothers to help promote their goals and aspirations and, consequently, the well-being of their children.²⁵

Although pregnancy in adolescence is a topic studied cross-sectionally in various science fields, it is observed that most outcomes in nursing points out to the complexity of the experiences in the context of motherhood in adolescence and its significance as a factor involving interventions in the transition to motherhood.

Finally, the results found revealed that the needs identified can be various, such as support and newborn care, domestic accidents, as well as access to health care and employment.

CONCLUSION

The issue of interventions in pregnancy in adolescence is current and constitutes a social and economic problem, often associated with low education level, unemployment or precarious employment, and poverty. Thus, it constitutes a public health problem, especially due to the fact that it causes risks for the development of the children, the

adolescents, and maternal-child health, as well as due to the social impact. Taking into account the systematic literature review conducted, it was possible to find that there is a punctual diagnosis without systematization of global needs. This way, there is no systematic diagnosis consistent with the needs of these mothers.

Being aware of the factors and indicators that intervene in this process, there is a possibility to measure these needs objectively. Through the quantitative measurement of these needs, it will be possible to negotiate a plan according to the needs found, empowering the mothers and nurses in order to promote their safety and well-being.

REFERENCES

1. Strunk JA. The effect of school-based health clinics on teenage pregnancy and parenting outcomes: an integrated literature review. *J Sch Nurs*. 2008 Feb [cited 2014 Jan 30];24(1):[about 5 P.]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18220451>
2. Paraguassú ALCB. Situação sócio-demográfica e de saúde reprodutiva pré e pós-gestacional de adolescentes. *Cien Saude Colet*. 2005;5(2).
3. Montgomery KS. Nursing Care for Pregnant Adolescents. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* [Internet]. 2003 [cited 2012 Mar 03];2(32):[about 5 p.]. Available from: <http://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/73476/0884?sequence=1>.
4. Cardoso A e Paiva e Silva A. Representing nursing knowledge on maternal and neonatal health. a study on the cultural suitability of ICNP. *Int Nurs Rev* [Internet]. 2010 [cited 2012 Mar 03]; (57)4:426-34. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21050193>
5. Martell CR, Dimidjian S, Herman-Dunn R. Behavioral Activation for Depression: A Clinician's Guide. Guilford Publishers; 2010.
6. Gee CB, Rhodes JE. Adolescent Mother's Relationship with their Children's Biological Fathers: Social Support, Social Strain, and Relationship Continuity. *J Fam Psychol* [Internet]. 2003 Sep [cited 2012 Mar 03];17(3):370-83. Available from: <http://www.rhodeslab.org/files/fathers.pdf>.
7. Mercer RT. The process of maternal role attainment over the first year. *J Perinat Educ* [Internet]. 2004 [cited 2014 Jan 30];13(4):3-9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3847870>

English/Portuguese
J Nurs UFPE on line., Recife, 8(11):3953-61, Nov., 2014

3959



ISSN: 1981-8963

Oliveira OS de, Cordeiro MMN.

DOI: 10.5205/reuol.6679-58323-1-ED.0811201419

Nursing care needs in the postpartum period...

8. Gurgel MGI. Gravidez na adolescência: tendência na produção científica de enfermagem. Escola Anna Nery Rev enferm [Internet]. 2008 [cited 2012 Mar 03];4(12):[about 5 p.]. Available from: http://www.eean.ufrrj.br/revista_enf/20084/25-gravidez%20na%20adolescencia.pdf.

9. (NCPTP), America's Promise Alliance /National Campaign to Prevent Teen and Unplanned Pregnancy. Policy brief: Preventing teen pregnancy is critical to school completion [Internet]. 2010. [cited 2012 Mar 03]. Available from: http://www.thenationalcampaign.org/resources/pdf/Briefly_PolicyBrief_School_Completion.pdf.

10. Meleis AI, Sawyer LM, Im E, Messias DKH, Schumacher K. Experiencing Transitions: An Emerging Middle - Range Theory. ANS Adv Nurs Sci [Internet]. 2000 Sep [cited 2013 July 23];23(1):12-28. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10970036>

11. Costa MA, Alvarez CA. Incentivo ao aleitamento materno nas Unidades Básicas do Município de Farol, Paraná. SaBios: Rev. Saúde e Biol [Internet]. 2009 July-Dec [cited 2012 Mar 03];4(2):6-13. Available from: <http://www.revista.grupointegrado.br/sabios>

12. Phillips B, Ball C, Sackett D. Oxford Centre for evidence-based Medicine Levels of Evidence Grades of Recommendation. [Internet]. 2001 Apr [cited 2013 July 23]. Available from: <http://cebml.jr2.ox.ac.uk/docs/levels4.html>

13. Keskin G, Cam O. Adolescents' strengths and difficulties: approach to attachment styles. J Psychiatr Ment Health Nurs. 2010 June [cited 2013 July 23];17(5):433-9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20584240>

14. Resta DG. Maternidade na adolescência: significado e implicações. REME- Rev Min enferm [Internet]. 2010 [cited 2013 July 23];14(1):68-74. Available from: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=18634&indexSearch=ID>

15. Saudade MCL, Catarino H, Dixe MA. Parentalidade Positiva e Enfermagem: Revisão Sistemática da Literatura. Referência. III Série, 2010;1- July

16. Obeisat S, Gharaibeh MK, Abu Aishee S. Postpartum Learning Needs: Perceptions of Jordanian Mothers and Nurses. Int J Res Nurs [Internet]. 2012 May [cited 2013 July 23];17(3):289-303. Available from:

<http://connection.ebscohost.com/c/articles/82577132/postpartum-learning-needs-perceptions-jordanian-mothers-nurses>

17. Grassley JS. Adolescent Mothers' Breastfeeding Social Support Needs. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs [Internet]. 2010 Nov-Dec [cited 2013 July 23];39(6):713-22. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20880051>

18. Hoga LAK. Maternidade na adolescência em uma comunidade de baixa renda: experiências reveladas pela história oral. Rev latino-am enferm [Internet]. 2008 Mar-apr [cited 2013 July 23]; 16(2):[about 5 p.]. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n2/pt_17.pdf.

19. Oweis A, Gharaibeh M, Maaitah R, Gharaibeh H, Obeisat S. Understanding Parenting. Parenting From a Jordanian Perspective: Findings from a Qualitative Study. J Nurs Scholarsh [Internet]. 2012 Sept [cited 2013 July 23];44(3):242-49. Available from:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22765236>

20. Nóbrega LLR, Bezerra PFF. Percepção de puérperas adolescentes frente à assistência de enfermagem no alojamento conjunto. Rev Rene. Número Especial [Internet]. 2010 [cited 2013 July 23];11:[about 5p.]. Available from: http://www.revistarene.ufc.br/edicaoesspecial/a05v11esp_n4.pdf

21. Maputle C. Becoming a mother: teenage mothers' experiences of first pregnancy. Curationis [Internet]. 2006 [cited 2013 July 23];29(2):[about 5 p.]. Available from: <http://www.curationis.org.za/index.php/curationis/article/viewFile/1086/1021>

22. Bergamaschi SFF, Praça NS. Vivência da puérpera adolescente no cuidado do RN, no domicílio. Rev esc enferm USP [Internet]. 2008 Sept [cited 2013 July 23];42(3). Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342008000300006

23. DeVito J. How adolescent mothers feel about becoming a parent. J Perinat Educ [Internet]. 2010 Spring [cited 2013 July 23]; 19(2):25-34. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21358832>

24. Stiles AS. Case study of an intervention to enhance maternal sensitivity in adolescent mothers. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs [Internet]. 2010 Nov-Dec [cited 2013 July 23];39(6):723-33. Available from:



ISSN: 1981-8963

DOI: 10.5205/reuol.6679-58323-1-ED.0811201419

Oliveira OS de, Cordeiro MMN.

Nursing care needs in the postpartum period...

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20880052>

25. Bowman KG, Ruchala PL. A comparison of the postpartum learning needs of adolescent mothers and their mothers. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs [Internet]. 2006 Mar-Apr [cited 2013 July 23];;35(2):250-6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16620251>



Submission: 2014/07/31

Accepted: 2014/10/09

Publishing: 2014/11/01

Corresponding Address

Paula Sarreira de Oliveira
Quinta de São Jorge CCI 8715
2860-308 Moita, Portugal

English/Portuguese
J Nurs UFPE on line., Recife, 8(11):3953-61, Nov., 2014

3961

Apêndice C – Consentimento Livre, Informado e Esclarecido (mães adolescentes)



Consentimento Informado, Livre e Esclarecido para participação em investigação

__/__/__

Eu (nome em maiúsculas), _____ abaixo assinado, com o BI/CC nº _____, ao ter recebido as informações acerca deste estudo e ciente dos meus direitos, concordo em participar no mesmo tendo em conta:

- A garantia de receber resposta a qualquer questão ou esclarecimento de dúvidas acerca dos procedimentos de recolha de dados ou outros relacionados com este estudo.
- A liberdade de anular em qualquer momento, a minha participação no estudo sem que para tal haja prejuízo da continuidade dos cuidados do(a) meu (minha) filho(a).
- A segurança de que não serei identificado(a) e que será mantido o carácter anónimo e confidencial de toda e qualquer informação relacionada com a minha privacidade.
- O compromisso de me ser proporcionada informação atualizada durante o estudo ainda que este possa afetar a continuidade da minha participação.

No âmbito de exposto anteriormente, venho por este meio confirmar a minha participação no estudo intitulado *“Maternidade na adolescência: cuidados de enfermagem promotores de uma transição positiva”*.

Destacável

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados, confiando em que apenas serão utilizados para fins de investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Nome: _____

Assinatura: _____

Nome do(s) Titular/es do poder paternal¹: _____

Assinatura do(s) Titular/es do poder paternal: _____

FORMA DE CONTACTO COM A INVESTIGADORA RESPONSÁVEL:

Paula Sarreira de Oliveira – Quinta de São Jorge, CCI 8715, 2860-308 Moita. Telemóvel: 917052340

Email: psarreira@gmail.com

¹ Se a mãe na presente data, tiver menos de 18 anos ou não seja emancipada, esta declaração terá que ser também assinada pelo responsável legal do adolescente.

Apêndice D – Nota Introdutória (Informação sobre o estudo)



Doutoramento em Enfermagem / Paula Sarreira de Oliveira

Maternidade na adolescência: cuidados de enfermagem promotores de uma transição positiva

NOTA INTRODUTÓRIA

Título de estudo: Gravidez na adolescência

Investigador Responsável: Paula Sarreira de Oliveira

Informações dadas aos participantes no estudo:

Encontro-me a frequentar o 8º Curso do Doutoramento em Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa. Neste contexto, pretendo realizar um estudo de investigação que tem como objetivos:

Identificar quais as necessidades de aprendizagem prioritárias no pós-parto a partir da perspetiva das mãesadolescentes e dos enfermeiros.

A vossa participação é necessária e imprescindível para que se torne possível a concretização das atividades inerentes ao percurso investigativo, pelo que solicito que respondam às questões que lhe são colocadas de forma espontânea e sincera.

Os dados do estudo são colhidos através de um inquérito por questionário.

Este instrumento de recolha de dados destinam-se apenas a responder às questões e das suas opiniões pessoais. Não existem respostas certas ou erradas. Apenas sugerimos que responda de acordo com a sua opinião. As respostas são anónimas, confidenciais e destinam-se exclusivamente a fins de investigação científica.

A investigadora responsável:

Paula Sarreira de Oliveira

Contacto: 917052340

E-mail: psarreira@gmail.com

Anexo A - Níveis de Evidência Científica segundo a Classificação do Oxford Centre for Evidence-Based Medicine

Níveis de Evidência Científica segundo a Classificação de Oxford Centre for Evidence-Based Medicine.

Nível de Evidência Científica por Tipo de Estudo - "Oxford Centre for Evidence-based Medicine" - última atualização maio de 2001			
Grau de Recomendação	Nível de Evidência	Tratamento/ Prevenção – Etiologia	Diagnóstico
A	1A	Revisão Sistemática (com homogeneidade) de Ensaios Clínicos Controlados e Randomizados	Revisão Sistemática (com homogeneidade) de Estudos Diagnósticos nível 1 Critério Diagnóstico de estudos nível 1B, em diferentes centros clínicos
	1B	Ensaio Clínico Controlado e Randomizado com Intervalo de Confiança Estreito	Coorte validada, com bom padrão de referência Critério Diagnóstico testado em um único centro clínico
	1C	Resultados Terapêuticos do tipo "tudo ou nada"	Sensibilidade e Especificidade próximas de 100%
B	2A	Revisão Sistemática (com homogeneidade) de Estudos de Coorte	Revisão Sistemática (com homogeneidade) de estudos diagnósticos de nível > 2
	2B	Estudo de Coorte (Incluindo Ensaio Clínico Randomizado de Menor Qualidade)	Coorte Exploratória com bom padrão de Referência Critério Diagnóstico derivado ou validado em amostras fragmentadas ou banco de dados
	2C	Observação de Resultados Terapêuticos (outcomes research) Estudo Ecológico	
	3A	Revisão Sistemática (com homogeneidade) de Estudos Caso-Controlle	Revisão Sistemática (com homogeneidade) de estudos diagnósticos de nível > 3B
	3B	Estudo Caso-Controlle	Seleção não consecutiva de casos, ou padrão de referência aplicado de forma pouco consistente
C	4	Relato de Casos (Incluindo Coorte ou Caso-Controlle de menor qualidade)	Estudo caso-controlle, ou padrão de referência pobre ou não independente
D	5	Opinião desprovida de avaliação crítica ou baseada em matérias básicas (estudo fisiológico ou estudo com animais)	

Fonte: Phillips, Ball & Sackettd et al., 2001.

Anexo B – Autorização do autor para a utilização da Postpartum Teaching Questionnaire (PTQ)



Paula Sarreira de Oliveira <psarreira@gmail.com>

(sem assunto)

Salwa Al-Obeisat <smobeisat@just.edu.jo>
Para: Paula Sarreira <psarreira@gmail.com>

4 de fevereiro de 2013 às 07:50

Dear Paula

Thank you for your email and I agree that you use the questionnaire mentioned in the article "Postpartum Learning Needs: Perceptions of Jordanian Mothers and Nurses," published in European Journal of Social Sciences ISSN 1450-2287 Vol.30 No.4 (2012), pp. 535-548. and I agree to modify it to suite your culture. Good luck for you in your study.

Sincerely

Dr. Salwa Obeisat
Faculty of Nursing
Jordan University of Science and Technology
Irbid, Jordan

From: Paula Sarreira [psarreira@gmail.com]
Sent: Sunday, February 03, 2013 8:17 PM
To: Salwa Al-Obeisat
Subject:
[Citação ocultada]
Email: psarreira@gmail.com<<mailto:psarreira@gmail.com>>

Jordan University of Science and Technology accepts no liability for any damage caused by any virus transmitted by this email.

Anexo C - Postpartum Teaching Questionnaire

Obeisat, S. "Postpartum Learning Needs: Perceptions of Jordanian Mothers and Nurses," published in *European Journal of Social Sciences*. ISSN 1450-2267. Vol. 30 No. 4 (2012), pp. 535-546.

Appendix A

Postpartum Teaching Questionnaire (PTQ)

(Page 72-76 English)

(Page 77-86 Arabic)

Postpartum Teaching Questionnaire

Mothers Form

This scale contains items that show issues to be considered for you and your newborn after delivery. Please choose for each item the degree of importance to learn about from your viewpoint.

A. Maternal needs	Not at all Important	Not Important	Important	Very Important
To learn about the following :				
1. Episiotomy care				
2. A bdominal incision care.				
3. Perineal care.				
4. Vaginal discharge (Lochia).				
5. Next menstrual period				
6. Bowel function (constipation/hemorrhoids).				
7. Bladder function.				
8. Nutrition.				
9. Exercise.				
10. Afterbirth pains.				
11. Medications				
12. Signs of postpartum complications.				
13. Postpartum mood changes.				
14. Breast care after delivery.				
15. Resumption of bathing.				
16. Postpartum fatigue.				
17. Relationship with husband				
18. How to be good mother at home				
19. Time management				
20. Family planning methods				
21. Intercourse/sexual changes				
22. Postpartum cultural practices				
23. Follow up postpartum care				

Dear mother;

Write down other topics you wish to learn about, that were not mentioned above:

1-.....

2-.....

B. Infant needs To learn about the following :	Not all important	Not important	Important	Very important
1. Infant feeding				
a. Breast feeding				
b. Bottle feeding				
2. Infant elimination				
3. Burping.				
4. Bathing.				
5. Diapering infant				
6. Skin care.				
7. Cord care				
8. Circumcision				
9. Infant illnesses				
10. Taking infant's temperature				
11. Newborn jaundice.				
12. Infant safety.				
13. Blood tests required for infant.				
14. Infant growth and development.				
15. Infant crying.				
16. Medications.				
17. Infant dressing.				
18. Well baby care.				
19. Taking infant outside.				
20. Choosing toys for infant				
21. Choosing infant name.				
22. What to do when having visitors				
23. Infant sleeping				
24. Sibling rivalry				
25. When to call the pediatrician about illness				
26. Infant immunization				
27. Infant cultural practices				

Dear mother: Write down other topics related to infant you wish to learn about, that were not mentioned above:

- 1-.....
- 2-
- 3-

Postpartum Teaching Questionnaire Nurses Form

This scale contains items that show issues to be considered when teaching postpartum mothers. Please choose for each item the degree of importance to teach the mother about from your viewpoint.

A. Maternal Needs To teach the mothers about the following :	Not all important	Not important	Important	Very important
1.Epsiotomy care				
2. A bdominal incision care.				
3. Perineal care.				
4. Vaginal discharge (Lochia).				
5. Next menstrual period				
6. Bowel function (constipation/hemorrhoids)				
7. Bladder function.				
8. Nutrition.				
9. Exercise.				
10. Afterbirth pains.				
11. Medications				
12. Signs of postpartum complications.				
13. Postpartum mood changes.				
14. Breast care after delivery.				
15. Resumption of bathing.				
16. Postpartum fatigue.				
17. Relationship with husband				
18. How to be good mother at home				
19. Time management				
20. Family planning methods				
21. Intercourse/sexual changes				
22. Postpartum cultural practices				
23. Follow up postpartum care.				

Dear Nurse:

Write down other topics you wish to learn about, that were not mentioned above:

- 1-.....
- 2-.....
- 3-.....

B. Infant needs To teach the mother about the following	Not at all important	Not important	Important	Very important
1. Feeding				
a. Breast feeding				
b. Bottle feeding				
2. Infant elimination				
3. Burping.				
4. Bathing.				
5. Diapering infant				
6. Skin care				
7. Cord care				
8. Circumcision				
9. Infant illnesses				
10. Taking infant's temperature				
11. Newborn jaundice.				
12. Infant safety.				
13. Blood tests required for infant.				
14. Infant growth and development.				
15. Infant crying.				
16. Medications.				
17. Infant dressing.				
18. Well baby care.				
19. Taking infant outside.				
20. Choosing toys for infant				
21. Choosing infant name.				
22. What to do when having Visitors				
23. Infant sleeping				
24. Sibling rivalry				
25. When to call the pediatrician about illness				
26. Infant immunization				
27. Infant cultural practice				

Dear mother;

Write down other topics related to infant you wish to learn about, that were not mentioned above:

- 1-.....
- 2-
- 3-

Anexo D – Parecer da Comissão de Ética da Universidade Católica Portuguesa



PARECER

Pedido de Parecer sobre o projecto designado por "Maternidade na Adolescência: Cuidados de enfermagem promotores de uma transição positiva" – de Paula Semeira de Oliveira.

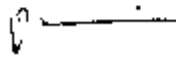
A Comissão de Ética do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, na sua reunião plenária do dia 13 de Dezembro de 2013, procedeu à análise, numa perspectiva ética, do pedido de parecer sobre o projecto supra mencionado.

Foram recomendadas alterações pontuais que, no presente se encontram validadas no texto do projecto.

O projecto, após as alterações introduzidas foi novamente objecto de análise pela Comissão de Ética.

Analisado do ponto de vista ético a Comissão de Ética decidiu, por unanimidade, que o projecto de tese não suscita objecções à sua realização.

Lisboa, 10 de Janeiro de 2014



Dr.ª Paula Marinho da Silva
(Presidente da Comissão)

Anexo E – Autorização da CNPD (Comissão Nacional de Proteção de Dados)



Proc.º N.º: 9169/2014 | 1

✓

AUTORIZAÇÃO Nº 9940 /2014

I. Pedido

Paula Helena Nunes de Oliveira notificou à Comissão Nacional de Protecção de Dados (CNPD) um tratamento de dados pessoais, no âmbito de Tese de Doutoramento em Enfermagem, com a finalidade de realização de um estudo intitulado "Maternidade na Adolescência: Cuidados de Enfermagem Promotores de uma Transição Positiva."

O objetivo principal do estudo consiste em identificar quais as necessidades de aprendizagem prioritárias no pós-parto a partir da perspetiva de mães adolescentes.

O estudo decorrerá em serviços de internamento de vários hospitais da região de Lisboa e Vale do Tejo, sendo o número previsto de participantes de 300 adolescentes puérperas.

A participação no estudo consiste na resposta a um questionário de autopreenchimento pelas titulares dos dados.

No "caderno de recolha de dados" não há identificação nominal da titular, nem recolha de qualquer dado suscetível de a identificar.

Será solicitado o consentimento informado às participantes e aos representantes legais das participantes menores de idade.

As destinatárias serão informadas sobre a natureza facultativa da sua participação e será garantida confidencialidade no tratamento.



II. Análise

Porque em grande parte referentes à saúde e à vida privada, os dados recolhidos pela requerente têm a natureza de sensíveis, razão pela qual o respetivo tratamento só pode basear-se no consentimento expresso, esclarecido e livre dos titulares dos dados, ou dos seus representantes legais nos termos do disposto no n.º 2 do artigo 7.º da Lei n.º 67/98, de 26 de outubro (Lei de Proteção de Dados - LPD).

Por esta razão é necessário o «consentimento expresso do titular», entendendo-se por consentimento qualquer manifestação de vontade, livre, específica e informada, nos termos da qual o titular aceita que os seus dados sejam objeto de tratamento, o qual deve ser obtido através de uma “declaração de consentimento informado” onde seja utilizada uma linguagem clara e acessível.

Nos termos do artigo 10.º da LPD, a declaração de consentimento tem de conter a identificação do responsável pelo tratamento e a finalidade do tratamento, devendo ainda conter informação sobre a existência e as condições do direito de acesso e de retificação por parte do respetivo titular.

O fundamento de legitimidade é o consentimento dos titulares dos dados.

Quando se verifique a recolha de dados de menores, terá de haver consentimento a prestar pelos representantes legais. Impõe-se, ainda, que os menores sejam ouvidos e em função da idade, nos termos da lei, eles próprios prestem a sua anuência à recolha de dados pessoais para participação no estudo. O estudo deve ter em conta o superior interesse dos menores.

A informação tratada é recolhida de forma lícita (cfr. alínea *a*) do n.º 1 do artigo 5.º da LPD), para finalidades determinadas, explícitas e legítimas (cfr. alínea *b*) do mesmo artigo).



III. Conclusão

Em face do exposto, a CNPD autoriza o tratamento de dados pessoais *supra* apreciado, nos termos do n.º 2 do artigo 7.º, da alínea *a)* do n.º 1 do artigo 28.º e do n.º 1 do artigo 30.º da LPD, consignando-se o seguinte:

Responsável pelo tratamento: Paula Helena Nunes de Oliveira;

Finalidade: Estudo intitulado "Maternidade na Adolescência: Cuidados de Enfermagem Promotores de uma Transição Positiva";

Categoria de Dados pessoais tratados: idade; escolaridade; estado civil; rendimento mensal; satisfação relacionada com o acompanhamento da gravidez; coabitação familiar; grau de importância atribuída aos conhecimentos relacionados com as necessidades do filho recém-nascido.

Entidades a quem podem ser comunicados: Não há.

Formas de exercício do direito de acesso e retificação: Junto da responsável pelo tratamento dos dados.

Interconexões de tratamentos: Não há.

Transferência de dados para países terceiros: Não há.

Prazo de conservação dos dados: um mês após o fim do estudo.

Lisboa, 28 de outubro de 2014,

Filipa Calvão (Presidente)

Anexo E - Autorização dos Hospitais



Exma. Senhora

Dra. Paula Sarreira Nunes de Oliveira

Universidade Católica

Loures, 21 de janeiro de 2015

N/Ref. 0162/2015_RMEB

Estudo HBA N.º 0082

Assunto: Estudo "Maternidade na adolescência: Cuidados de enfermagem promotores de uma transição positiva".

Cara Dra. Paula Sarreira Nunes de Oliveira,

Temos o prazer de informar V. Exa. de que o estudo em epígrafe foi aprovado pela Comissão de Ética para a Saúde e Comissão de Investigação Clínica do Hospital Beatriz Ângelo.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente das Comissões

Professor Doutor Rui Maio



PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA

TIPO DE ESTUDO: Observacional, Multicêntrico

TÍTULO DO ESTUDO:

MATERNIDADE NA ADOLESCÊNCIA: CUIDADOS DE ENFERMAGEM PROMOTORES DE UMA TRANSIÇÃO POSITIVA

Após reunião de 25 de Junho de 2014, estando o estudo de acordo com as normas de submissão impostas por esta CE, deliberou-se emitir **parecer favorável** sobre a realização do mesmo.

Ouvido o Relator, o processo foi votado pelos Membros da Comissão de Ética para a Saúde do Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca, EPE presentes em reunião de 25 de Junho de 2014:

Presidente	Dr. Silva Pereira
Vice-Presidente	Dr. Vitor Nunes
Vogais	Dr.ª Teresa Brandão
	Enf.ª Helena Cardoso
	Pe. José Barros

Mais se declara que a Comissão de Ética para a Saúde do Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca, EPE, cumpre com as Normas da Boa Prática Clínica.

Pelo exposto, emitiu-se a 26 de Junho de 2014, **Parecer Favorável**.

O Presidente da Comissão de Ética

CENTRO HOSPITALAR
LISBOA NORTE. EPE



HOSPITAL DE
SANTAMARIA

Hospital
Público Valente

Exma. Senhora
Enfermeira Paula Sarreira Oliveira

Assunto: Pedido de autorização para a realização de um questionário às puérperas internadas no Serviço de Puerpério, intitulado "Maternidade na adolescência: cuidados de enfermagem promotores de uma transição positiva" a efectuar no âmbito do doutoramento em Enfermagem do Instituto das Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa

Vimos por este meio informar que se encontra autorizada a realização de um questionário às puérperas internadas no Serviço de Puerpério, intitulado "Maternidade na adolescência: cuidados de enfermagem promotores de uma transição positiva" a efectuar no âmbito do doutoramento em Enfermagem do Instituto das Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

Os melhores cumprimentos,

CHLN-HSM, 28 de Maio de 2014

A Enfermeira Directora

Catarina Batuca

Enfermeira Directora

AR/

DIRECÇÃO DE
ENFERMAGEM - GFIE

Av. Professor Egas Moniz
1649-035 LISBOA
Tel: 217 805 224 – Fax: 217 805 647
www.chln.pt
dse.gfie@chln.min-saude.pt

Alameda das Linhas de Torres, 117
1769-001 LISBOA
Tel: 217 548 000 – Fax: 217 548 215
www.chln.pt



Paula Sarreira de Oliveira <psarreira@gmail.com>

Solicitação de investigação

Conselho de Administração <ca@hvfx.pt>
Para: Paula Sarreira de Oliveira <psarreira@gmail.com>

11 de maio de 2015 às 14:24

Boa tarde Sr^a Enf^a Paula Oliveira,

Serve o presente para informar que o estudo abaixo identificado foi aprovado, em sede de comissão executiva:

Estudo, no âmbito de uma tese de doutoramento, intitulado "Maternidade na Adolescência: Cuidados de Enfermagem Promotores de uma Transição Positiva", da Doutoranda em Enfermagem, Paula Sarreira de Oliveira, do Instituto das Ciências da Saúde da UC de Lisboa.

Com os melhores cumprimentos,

Rosário Anágua

Secretariado de Administração ca@hvfx.pt

Estrada Nacional n.º1, Povos, 2600-009 Vila Franca de Xira

Tel.: 263 006 650 • Fax: 263 006 652

www.hospitalvilafrancadexira.pt



Acreditado pela
Joint Commission International



Imprima este e-mail somente se for necessário

4.8

CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL, EPE

PARECER	DESPACHO/ DELIBERAÇÃO
<p>Pro CA 20.10.14</p>	<p>1) Autorizado 2) À Dra. Alice Melo para dar seguimento em articulação</p>

Informação nº58am2014

De: Alice Melo
Administradora Hospitalar

Para: Drª Teresa Magalhães
Vogal Executiva do Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.

Data: 20/10/2014

Assunto: Proposta de autorização de realização de Estudo Académico, Tese de Doutoramento

Investigador Principal: Paula Sarreira de Oliveira

Serviço: Ginecologia /Obstetria

com o Gab. Inv. e Des.
e/c: Inv. Principal
SEAR. Formação

21.10.14

Dr.ª Teresa Magalhães
Vogal Executiva do Conselho de Administração

Somos a propor a autorização, pelo Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Setúbal, EPE, da realização do estudo Académico acima identificado, nos termos e com os fundamentos do nosso parecer, em anexo.

À Consideração Superior

Alice Melo
Administradora Hospitalar

Em anexo: 1. Parecer; 2. Dossier administrativo

2014

CA activia
2014.04.10

203
10.04.2014

C.G.O. 16/2014
ENTRADA: 18.03.2014
SAÍDA:
ASSIN: [assinatura]

Exmo. Sr. Presidente do Conselho de Administração

do Hospital Garcia de Orta

Dr. Daniel Ferro
Presidente do Conselho
de Administração

ASSUNTO: Solicitação de autorização para pesquisa

11 de março de 2014

Eu, Paula Sarreira Oliveira, doutoranda em Enfermagem do Instituto das Ciências da Saúde da Universidade Católica de Lisboa, venho por este meio, solicitar autorização para realizar no serviço de Obstetrícia/Puerpério, uma investigação com a temática "Maternidade na adolescência: cuidados de enfermagem promotores de uma transição positiva". Este trabalho tem como objetivo identificar quais as necessidades de aprendizagem prioritárias em cuidados de enfermagem no pós-parto das mães adolescentes, bem como avaliar as necessidades de informação e aconselhamento dessas mães. Deste modo pretende-se validar para a população portuguesa do instrumento de medição de Postpartum Teaching Questionnaire – PTQ de Obeisat, Gharaibeh e Abu Aishee, 2012. Será aplicado no serviço de puerpério, de abril de 2014 a abril de 2015, a 50 puérperas e a todas os enfermeiros com 2 ou mais anos de experiência. Salienta-se que o projeto foi analisado pela Comissão de Ética da Universidade Católica Portuguesa que após analisado, decidiu a 10 de janeiro de 2014, por unanimidade, que o projeto de tese não suscitava objeções à sua realização.

Esta Investigação tem como orientador a Professora Doutora Manuela Nêné.

Caso seja necessário, os contactos são:

- investigador principal - 917052340, com o endereço de mail: psarreira@gmail.com;
- orientado - 912347551, com o endereço de mail: mnena@esscvp.eu.

Após a aprovação, a recolha de dados será iniciada, atendendo todas as solicitações administrativas da instituição.

Contando com a vossa autorização, coloco-me à disposição para qualquer esclarecimento.

Atenciosamente

Paula Sarreira de Oliveira

Nota: Anexa-se a esta carta o projeto de tese e Parecer da Comissão de Ética.



Paula Sarreira de Oliveira <psarreira@gmail.com>

Autorização de realização do trabalho de investigação com a temática " Maternidade na Adolescência: cuidados de enfermagem promotores de uma transição positiva"

8 mensagens

Celia Carocinho (CEF) <dform2@chbm.min-saude.pt>
Para: "psarreira@gmail.com" <psarreira@gmail.com>

5 de março de 2014 às 18:51

Boa tarde, na sequência do seu pedido para realização do trabalho acima referido, informa-se que o mesmo se encontra autorizado superiormente, pelo que poderá articular comigo, a data de início do trabalho, para agendamento de reunião com o Enf.º Chefe do Serviço.

Ao dispor,

Atentamente,

Técnica Superior
Célia Carocinho
Coordenadora do CEF
Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE
dform2@chbm.min-saude.pt
telefone - 212147313
extensão - 7313
fax - 212149057

