

3.º Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização:

Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

**Maternidade na adolescência: Coordenação
dos cuidados na transição para a parentalidade**

Sofia Liliana de Sousa Marques

Lisboa

Maio 2013

3.º Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização:

Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

**Maternidade na adolescência: Coordenação
dos cuidados na transição para a parentalidade**

Sofia Liliana de Sousa Marques

Relatório de Estágio Orientado por:

Sr.ª Professora Maria José Fonseca Pinheiro

Lisboa

Maio 2013

AGRADECIMENTOS

A Deus, por nortear sempre o meu caminho. Pela serenidade, paciência, coragem e fé com que enfrento os meus dias.

À professora Maria José Pinheiro, por me ter ajudado a chegar ao fim. Pelas competências humanas, tendo sido muito mais do que professora. Pelas competências profissionais, incentivando-me diariamente a ser mais e melhor. Por ser espelho de sabedoria, conhecimento e paciência.

Ao meu marido, por apoiar sempre as minhas escolhas e me ajudar a ultrapassar todos os desafios pessoais e profissionais a que me proponho. Pelo carinho, pelo incentivo e pela tolerância ao longo deste percurso.

Aos meus pais, pelo amor, pela ajuda, pela compreensão, mas sobretudo pela construção da pessoa que sou hoje.

Ao meu irmão, por estar sempre ao meu lado em todos os momentos. Por partilharmos sempre tudo, os sucessos e as derrotas. Por existir na minha vida...

Ao Igor, pelo abraço constante, e à Ana, pelo exemplo de coragem. Obrigada pela ajuda na concretização deste projeto.

À Marta, por termos percorrido este caminho juntas.

À equipa de enfermagem do serviço de Pediatria do HFF, designadamente à Enf.^a Teresa Vidal e à Enf.^a Luísa Tavares, pela compreensão, estímulo e apoio.

A todos aqueles que, de alguma forma, cruzaram o meu caminho nesta empreitada.

RESUMO

O presente relatório sintetiza e analisa um conjunto de aprendizagens, resultantes da experiência clínica inserida no 3.º semestre do 3.º curso de Mestrado em Enfermagem, na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria. Este permitiu-me desenvolver as competências propostas pelo plano de estudos do mestrado, bem como as definidas pela Ordem dos Enfermeiros no âmbito do enfermeiro especialista. Espelha, igualmente, um conjunto de reflexões das experiências vividas e das competências desenvolvidas, analisando os contributos na minha prática diária de cuidados, avaliando as mudanças.

A metodologia central ao desenvolvimento da aprendizagem foi a de projeto. Procurei, desta forma, na minha experiência, uma área de interesse pessoal, com necessidade de desenvolvimento de competências, cujos cuidados prestados pela equipa de enfermagem ao cliente pediátrico e sua família pudessem, também, ser melhorados.

Assim, escolhi como tema para este projeto a maternidade na adolescência. É meu propósito desenvolver competências na intervenção à mãe adolescente, com o filho hospitalizado. Ao desenvolver capacidades nesta área, acreditei que poderia sensibilizar a equipa de enfermagem para cuidados holísticos a estas mães, por intermédio da formação e de alguma modelagem, assumindo a coordenação dos cuidados à mãe adolescente no serviço de Pediatria. Este foi, no final, um objetivo atingido com sucesso.

A maternidade na adolescência é um tema de importância capital e ascendente devido aos riscos biológicos, pessoais e sociais implícitos. Não estando preparada para vivenciar as várias transições com que é confrontada – designadamente a da adolescência e da parentalidade –, necessita de apoio acrescido por parte da família, comunidade e profissionais de saúde, na promoção do seu desenvolvimento pessoal e no desempenho do seu papel parental. Aquando de uma hospitalização, com o seu filho, a adolescente vê-se confrontada com mais uma transição situacional de saúde-doença. É neste contexto que a parceria com a família, cuidados de saúde primários e agentes da comunidade assume um papel de

especial importância para a continuidade da intervenção à mãe adolescente após alta hospitalar.

Afaf Meleis, com a sua teoria das transições, forneceu um valioso contributo a este projeto, norteando a conceptualização dos cuidados, munindo o enfermeiro de ferramentas para identificar, planear, intervir e avaliar as transições vivenciadas pela mãe adolescente.

Palavras-chave: Enfermeiro Especialista; Mãe adolescente; Transição; Intervenção de Enfermagem; Coordenação de Cuidados.

ABSTRACT

This report summarises and analyses the knowledge acquired from clinical experience during the 3rd semester of the Masters in Nursing in the Specialised Field of Child Health Nursing and Paediatrics. This enabled me to develop the skills proposed by the masters programme, as well as those defined by the *Ordem dos Enfermeiros* [Portuguese Nursing Association] for specialist nurses. It also presents reflections on the experiences gained and the skills developed, analysing their contributions to my daily practice, evaluating any changes.

The core methodology for the development of knowledge was a project methodology, for which reason in my experience I sought an area of personal interest in which there was a need to develop skills and in which the care provided by the nursing staff to paediatric patients and their families could also be improved.

For this reason, I chose as the theme for this project maternity during adolescence. My aim was to develop skills in intervention with adolescent mothers with a child in hospital. By developing skills in this area, I believe that I can raise awareness among nursing staff to the importance of holistic care for these mothers, through training and some modelling, coordinating the care provided to adolescent mothers in the Paediatric Department. This aim was successfully achieved.

Maternity in adolescence is an issue of increasing importance due to its implicit biological, personal and social risks. Without preparation for experiencing the transitions to be faced, particularly those of adolescence and parenthood, added support is required from the family, the community and health professionals for the personal development of adolescent mothers and the performance of their roles as mothers. During the hospitalisation of a child, an adolescent is confronted with another transitional situation of health/illness. It is in this context that partnerships with the family, primary health care and professionals in the community are of particular importance for the continuity of intervention with adolescent mothers after they have left the hospital.

Meleis and her theory of transitions made a considerable contribution to this project, guiding the conceptualisation of care and providing tools for a nurse to identify, plan, intervene and assess the transitions experienced by adolescent mothers.

Key words: Specialist nurses; Adolescent mother; Transition; Nursing intervention; Coordination of care.

ABREVIATURAS E SIGLAS

ABREVIATURAS

Dr. – doutor

et al. – e outros

n.º – número

Prof.^a – professora

Sr.^a – senhora

SIGLAS

CPCJ – Comissão de Proteção de Crianças e Jovens

DGS – Direção-Geral da Saúde

IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNSIJ – Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

RN – Recém-nascido

SUP – Serviço de Urgência Pediátrica

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

USF – Unidade de Saúde Familiar

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUÇÃO	12
1.ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	16
1.1. Maternidade na Adolescência	16
1.2.Transição-Conceito Central de Enfermagem	22
2. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS/CONTRIBUTOS SIGNIFICATIVOS	29
2.1. Desenvolvimento de intervenções de enfermagem à mãe adolescente, ajudando-a na vivência das suas transições	30
2.1.1. Compreensão da adolescência e dos fatores que conduzem à gravidez na adolescência	30
2.1.2. Reconhecimento das alterações físicas, psicológicas e sociais que ocorrem na gravidez e maternidade na adolescência	38
2.1.3. Desenvolvimento de competências de comunicação com o adolescente e família, construindo uma relação terapêutica	42
2.1.4. Compreensão dos contextos familiares e comunitários, identificando recursos de apoio à mãe adolescente	44
2.1.5. Desenvolvimento de competências de apreciação da mãe adolescente segundo o modelo das transições de Afaf Meleis	49
2.1.6. Desenvolvimento de um plano de intervenção à mãe adolescente, com enfoque no seu desenvolvimento pessoal e no exercício da sua parentalidade	51
2.2. Capacitação dos enfermeiros do serviço de Pediatria na intervenção à mãe adolescente	62
2.2.1. Sensibilização da equipa de enfermagem para a importância da intervenção à mãe adolescente	62
2.2.2. Liderança dos processos de tomada de decisão na área da maternidade na adolescência	65

2.2.3. Elaboração de proposta de referenciação de e para a comunidade, a implementar no serviço de Pediatria, de forma a manter a continuidade de cuidados à mãe adolescente	67
--	----

3. OUTRAS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS DO ÂMBITO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	69
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	76
5. PERSPETIVAS FUTURAS	78
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	79
APÊNDICES	

Apêndice I – Taxa de gravidez na adolescência em Portugal e no Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca (HFF)

Apêndice II – Taxa de população imigrante nos concelhos da Amadora e Sintra

Apêndice III – Cronograma de estágio

Apêndice IV – Análise reflexiva da 1.^a experiência de estágio

Apêndice V – Análise reflexiva da 2.^a experiência de estágio

Apêndice VI – Portefólio “Intervenção de enfermagem ao adolescente”

Apêndice VII – Guião de observação da mãe adolescente

Apêndice VIII – Guião de entrevista semiestruturada à mãe adolescente

Apêndice IX – Consentimento informado para a realização de entrevistas

Apêndice X – Transcrição e análise de uma entrevista a uma mãe adolescente

Apêndice XI – Guião da avaliação inicial de enfermagem à mãe adolescente hospitalizada com o seu filho

Apêndice XII – Folhetos informativos distribuídos na associação de apoio à mãe adolescente

Apêndice XIII – Guião de intervenção de enfermagem à mãe adolescente hospitalizada com o seu filho

Apêndice XIV – Organograma de intervenção de enfermagem à mãe adolescente no serviço de Pediatria

Apêndice XV – Questionário aplicado aos enfermeiros do serviço de Pediatria

Apêndice XVI – Resultados do questionário aplicado aos enfermeiros do serviço de Pediatria

Apêndice XVII – Planeamento da sessão de formação “Maternidade na adolescência: qual o papel do enfermeiro?”

INTRODUÇÃO

O presente trabalho surge como produto da realização do estágio clínico no âmbito do 3.º Mestrado em Enfermagem, na área de especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, sob orientação da Sr.^a Professora Maria José Pinheiro. O mesmo pretende espelhar, de forma reflexiva, a apropriação das experiências vivenciadas, no âmbito de um projeto de estágio delineado no semestre anterior, descrevendo o percurso e analisando as experiências e o trabalho executado à luz da evidência científica e do conhecimento de enfermagem.

O trajeto e as experiências delineadas pretendiam possibilitar as competências definidas no plano de estudos para o curso de mestrado, bem como as de enfermeiro especialista definidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE).

Como tema de ignição do meu projeto de estágio, escolhi a maternidade na adolescência por reconhecer nela uma área de interesse pessoal e, simultaneamente, uma área pouco desenvolvida em contexto pediátrico e de difícil intervenção. A esta complexidade deve-se o facto de a adolescente, a par do desenvolvimento da sua autonomia, ter de assumir a responsabilidade de ser mãe e a incerteza de ter um filho doente, aquando de uma hospitalização, gerando na equipa de enfermagem desafios diários. Existe, portanto, um desejo, aliado a uma necessidade, de melhorar os cuidados de enfermagem prestados à mãe adolescente, reconhecendo todas as transições que atravessa, identificando os fatores inibidores/facilitadores das transições e os indicadores de resultado.

Esta é uma realidade com que me deparo frequentemente na minha prestação de cuidados, indo ao encontro de dados estatísticos a nível nacional e institucional (apêndice 1). Segundo o Plano Nacional de Saúde 2004-2010, a percentagem de partos em mães adolescentes corresponde a 4,2%, em 2009, semelhante à percentagem do hospital onde exerço profissionalmente. Nesta instituição hospitalar nascem, por ano, cerca de 110 recém-nascidos cujas mães são adolescentes.

A taxa de gravidez na adolescência poderá estar ligada a múltiplos fatores, nomeadamente os culturais. A gravidez na adolescência, na sua maioria, ocorre sem planeamento, como resultado de um conjunto de fatores desenvolvimentais, sociais

e familiares. Contudo, em determinados casos, esta poderá ter sido planeada pela jovem e família, existindo uma aceitação da mesma pela comunidade envolvente. São exemplos desta realidade algumas culturas africanas e cigana.

O hospital onde exerço profissionalmente abrange dois grandes concelhos do distrito de Lisboa: Amadora e Sintra. Nestes, existe uma elevada taxa de população imigrante e de comunidades desfavorecidas, com um nível de escolaridade baixo, onde a prevalência da gravidez na adolescência, planeada ou não, é uma realidade presente (apêndice 2).

A gravidez precoce é motivo de preocupação em função das consequências devastadoras para o desenvolvimento tanto da mãe quanto da criança, visto que expressa um exemplo perfeito da interação de riscos biológicos e ambientais (Rios, Williams, & Aiello, 2007). Uma gravidez pode ser desorganizadora *per se*, mas assume um carácter de maior risco quando surge na adolescência, uma vez que a jovem terá de conciliar os sentimentos próprios da fase em que se encontra, a adolescência, com a preparação para aceitar o bebé e adaptar-se à sua nova condição de mãe (Carlos, Pires & Cabrita, 2007).

Mães adolescentes são, frequentemente, alvo dos cuidados do enfermeiro de saúde infantil e pediatria quando recorrem às instituições de saúde com os seus filhos. Em contexto hospitalar, é comum encontrar mães adolescentes que recorrem ao Serviço de Urgência Pediátrica (SUP), com os filhos em processo de doença. Por vezes, este recurso traduz-se numa hospitalização.

Nestes casos, estas jovens mães, juntamente com os seus filhos, veem-se confrontadas com um processo de hospitalização, para o qual não estavam preparadas, sendo afastadas do seu ambiente de conforto e dos elementos familiares e comunitários de suporte. Que impacto poderá ter a maternidade na vida destas adolescentes? Como ajudá-las a vivenciar as diferentes transições, com que são precocemente confrontadas, de uma forma saudável e tranquila? Como intervir com estas mães adolescentes, nomeadamente durante o processo de hospitalização?

A procura de respostas para este questionamento empírico comandou o meu projeto, tendo como consequência direta o desenvolvimento deste relatório.

O sentimento inicial é o de que a mãe adolescente é muitas vezes olhada, pelos profissionais de saúde, sob o estigma comportamental de “inconsequência” e “imaturidade”, também verificado na prestação de cuidados ao seu filho, sendo escrutinada quanto à sua competência parental. É assim perspectivada como se o processo evolutivo materno tivesse cessado e como se vivesse separada do seu sistema de suporte.

Foi a necessidade de mudar mentalidades, adequar intervenções e melhorar cuidados que motivou a minha escolha por esta temática e fez apaixonar-me por ela ao longo de todo este percurso. Olhar para as adolescentes como mães capazes de assumir o seu papel parental, embora necessitando de suporte acrescido por meio de cuidados individualizados – identificando e intervindo em todas as dimensões das transições em que a adolescente está envolvida, nomeadamente na transição da adolescência para a idade adulta e para a parentalidade, e do processo de hospitalização –, materializou-se num cenário desafiante enquanto futura enfermeira especialista.

Segundo a OE (2010), o enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem é aquele que presta cuidados de nível avançado com segurança e competência à criança/jovem saudável ou doente, proporciona educação para a saúde, assim como identifica e mobiliza recursos de suporte à família/pessoa significativa. Os enfermeiros são, por conseguinte, atores do processo de mudança, onde os contextos são um imperativo do desenvolvimento de competências (Serrano, Costa, & Costa, 2011).

Utilizei como quadro conceptual central, para elencar todo o meu percurso, a teoria das transições de Afaf Meleis, no que comporta o cuidado à mãe, filho e suporte familiar/social. A escolha deve-se ao facto de a mãe adolescente, hospitalizada com o filho, ser o elemento em transição.

O enfermeiro, ao conhecer o processo de transição, pode intervir de forma antecipatória na tentativa de prevenir os efeitos da transição que causem desequilíbrio à mãe adolescente. Esta intervenção de enfermagem é chamada de cuidado transicional. Segundo Machado e Zagonel (2003), o cuidado transicional de enfermagem pressupõe ir no encalço de um modelo mais humanista, de totalidade

do ser, de integralidade, interdisciplinaridade, relação interpessoal e a transdisciplinaridade.

A unidade curricular de estágio com relatório, integrado no 1.º semestre do 2.º ano do curso supra mencionado, decorreu ao longo de 20 semanas que se traduziram numa aprendizagem regida por um leque de experiências em áreas distintas. A primeira experiência de estágio decorreu numa associação de apoio a mães adolescentes no período de 8 a 26 de outubro de 2012. Seguiram-se as passagens pela Unidade de Saúde Familiar (USF) entre 29 de outubro e 28 de novembro de 2012, o serviço de Neonatologia de 29 de novembro a 19 de dezembro, o serviço de Urgência Pediátrica de 3 a 18 de janeiro de 2013 e, por fim, o serviço de Pediatria no período de 21 de janeiro a 15 de fevereiro de 2013 (apêndice 3). Nos diferentes contextos, tive a oportunidade de desenvolver atividades que me proporcionaram atingir os objetivos traçados, bem como o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista. A análise reflexiva do contributo dos diversos contextos será analisada nos capítulos 2 e 3 do presente relatório.

Do ponto de vista estrutural, este trabalho é constituído por cinco partes fundamentais, sendo a primeira reservada ao quadro conceptual. Esta está adstrita à contextualização da temática, incorporando-a igualmente no quadro conceptual de enfermagem. A segunda incluirá as atividades desenvolvidas nos diversos campos de estágio, bem como os processos de trabalho e aprendizagens significativas, analisando os contributos das mesmas. A terceira parte contemplará uma análise reflexiva das competências comuns do enfermeiro especialista e, mais diretamente, as específicas do enfermeiro especialista de saúde infantil e pediatria. Para concluir, reservei as considerações finais e as perspetivas de desenvolvimento futuro. A bibliografia será registada de acordo com a norma APA 6.ª edição.

Em síntese, de acordo com as necessidades sentidas no meu contexto de cuidados e tendo em conta todo o percurso profissional e académico desenvolvido, o escopo deste trabalho foi **desenvolver competências na intervenção à mãe adolescente com o filho hospitalizado, sensibilizando a equipa de enfermagem do serviço de Pediatria para estes cuidados, assumindo a coordenação dos mesmos e a formação na área.**

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Início este capítulo com uma contextualização da temática escolhida, para mais bem compreender as características do adolescente e da maternidade nesta fase da vida, identificando as necessidades decorrentes de uma parentalidade precoce. Importa recolher e interpretar os conhecimentos adquiridos como suporte da intervenção de enfermagem à mãe adolescente.

Os Modelos Conceptuais de Enfermagem serão um elemento chave no meu percurso, nomeadamente o modelo das transições de Afaf Meleis, sustentando a prática de cuidado à mãe adolescente. Os modelos conceptuais são por definição, estruturas ou paradigmas que oferecem um amplo quadro de referência para abordagens sistemáticas aos fenómenos com os quais a disciplina está relacionada (Tomey & Alligood, 2004).

1.1. Maternidade na Adolescência

A idade pediátrica foi alargada, em 2010, com o intuito de abranger o atendimento a todas as crianças e adolescentes. Segundo o despacho n.º 9871/2010, de 11 de junho de 2010, criança é definida como todo o ser humano com menos de 18 anos, exceto se a lei nacional conferir a maioridade mais cedo. Já segundo a OE (2011), o conceito de pessoa é especificado na área de saúde infantil e pediatria sob o seguinte binómio: criança/jovem e família. Como se constata, criança compreende todas as pessoas com menos de 18 anos de idade, com salvaguarda dos casos de doença crónica, incapacidade e deficiência até aos 21 anos, e/ou até que a transição apropriada para a vida adulta seja conseguida com sucesso.

Em todos os contextos de saúde, existem clientes adolescentes, e, por essa razão, o enfermeiro especialista em saúde Infantil e pediatria tem de saber compreender e intervir nesta fase específica de desenvolvimento. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2009), adolescência corresponde ao período entre os 11 e os 19 anos de idade, desencadeado por mudanças corporais e fisiológicas provenientes de maturação fisiológica.

O termo adolescência é caracterizado por profundas mudanças fisiológicas e psicológicas que se instalam a ritmos diferentes e que são marcados pela angústia da castração, luto e perda dos objetos infantis – reativação de Édipo. Isto ocasiona conflitos mais ou menos importantes com os pais, procurando a autonomia, questionamento dos valores sociais e familiares e tentativas de autoafirmação, acarretando uma reformulação da imagem de si próprio, considerada como um momento de conflito e de crise (Bayle, 2006).

Vários autores são imprescindíveis no debate sobre a adolescência como etapa de desenvolvimento. A nível físico, principiam inúmeras mudanças com uma elevada importância para o adolescente e grupo. Tanner identifica as características físicas, nomeadamente as sexuais, nesta fase evolutiva, na distinção de raparigas e rapazes por estádios. No domínio cognitivo, Piaget distingue a adolescência como uma fase caracterizada pelas operações formais, existindo a capacidade de gerar abstrações, construir hipóteses, fazer a abordagem de um problema de uma maneira sistemática, usar combinações lógicas e desenvolver várias possibilidades a partir de uma situação específica. A nível psicossocial, as mudanças que acontecem na adolescência a nível cognitivo e emocional influenciam a capacidade do adolescente de perceber o mundo social. Erickson, apoiando-se na teoria psicossocial transicional por ele formulada, identifica a crise do desenvolvimento na adolescência como um processo que leva à formação de um senso de identidade. O adolescente começa igualmente a construir um código moral que vai ao encontro da sua personalidade e que orienta o seu comportamento (Hockenberry, Wilson, & Winkelstein, 2006).

Fruto de todas as características que identificam a adolescência, nomeadamente da sua imaturidade e do próprio pensamento adolescente – segundo o qual o mal só acontece aos outros (pensamento mágico) –, os jovens expõem-se facilmente a situações de risco, surgindo, por vezes, uma gravidez precoce, geralmente não planeada, que vem alterar o percurso normal do seu desenvolvimento (Carlos, et al., 2007).

Na bibliografia consultada, muitos autores associam o termo imaturidade à adolescência. Contudo, este deve ser aplicado no que diz respeito ao desenvolvimento circunscrito a uma etapa específica e não entre duas, sendo este

último o caso da adolescência. A produção científica explica a irresponsabilidade/imaturidade –, ou seja, a tomada de decisão para a gratificação imediata – como ocorrendo fisiologicamente na adolescência porque o cérebro ainda se encontra em desenvolvimento (Johnson, Blum, & Giedd, 2009).

Conjeturar uma gravidez na adolescência significa considerar um duplo esforço de adaptação interna e uma dupla movimentação de duas realidades que convergem num único momento: estar grávida e ser adolescente (Rios, *et al.*, 2007). Tornar-se mãe na adolescência obriga, portanto, a profundos realinhamentos na trajetória desenvolvimental individual, com inúmeras consequências (Mendes, Soares, Jongenelen, & Martins, 2011).

A existência de diferenças culturais pode ser um fator importante a ter em conta na gravidez na adolescência. Embora não existam estudos epidemiológicos sobre o tema, afigura-se a existência de uma maior taxa de gravidez entre as jovens negras e ciganas. Nestes grupos, a maternidade precoce é bem aceite e mesmo desejada (Canavarro, 2001). A gravidez na adolescência não é vista da mesma forma em todas as culturas. Normalmente, nas africanas e cigana, as jovens começam cedo a sua maternidade uma vez que este estado não só é valorizado, como também gratificado. A família, num ato de retorno, premeia a jovem com o reconhecimento ligado ao facto de ter dado importância à família (Bayle, 2006).

Este fator não invalida os vários problemas associados a uma maternidade precoce. Segundo Cunha (2004), citado por Rios *et al.* (2007), além das alterações provocadas no corpo da adolescente, principalmente nas mais novas, há também consequências sociais e económicas, na medida em que favorecem a ampliação do quadro de pobreza. O mais recente núcleo familiar constituir-se-á por pais adolescentes sem preparação social e psicológica para exercer a paternidade. Eles têm, também, de enfrentar dificuldades económicas para assumir os encargos e constituir uma família.

Esta pobreza é, em muitos casos, uma pobreza agravada, uma vez que estudos indicam que mães adolescentes provêm de ambientes com poucas condições, poucos recursos financeiros, elevado grau de stresse, de famílias desestruturadas e com um nível educacional baixo. Estes fatores contribuem para uma inadequada interação pais-filhos e uma diminuição no desenvolvimento do filho (Letourneau,

Stewart, & Barnfather, 2004). Este contexto tende a associar-se a cenários de estigmatização social, abandono escolar precoce, precariedade laboral, carências financeiras e elevadas taxas de depressão pós-parto. Desta forma, existe um capital de risco que estas mães parecem representar para o desenvolvimento dos seus filhos. O perfil que lhes é traçado apresenta-as como pouco capazes de desempenhar a tarefa exigente da maternidade, o que sustenta a perspetiva de “ameaça” (Mendes, *et al.*, 2011).

A maioria das mães adolescentes não se encontram preparadas para assumir o seu papel de mãe e, por isso, necessitam de intervenções e suporte acrescidos. Mães adolescentes necessitam de apoio específico não só a nível psicológico, mas também de outro tipo de suporte que vá ao encontro das suas necessidades pessoais enquanto adolescente, e, ainda, que as ajude na aquisição de competências para cuidar dos seus filhos (DeVito, 2010).

Estudos demonstram que as mães adolescentes interagem menos com os seus filhos; são menos sensíveis às necessidades dos mesmos; oferecem poucas oportunidades de estimulação; verbalizam menos durante as interações com a criança; tendem a variar as expressões faciais com menor frequência; respondem menos contingentemente aos comportamentos dos seus filhos; mantêm laços afetivos mais ténues; enfrentam um maior nível de stresse; são menos sensitivas, menos pacientes, menos comunicativas e, com frequência, interpretam incorretamente as necessidades dos seus filhos (Rios, *et al.*, 2007). O próprio pensamento do adolescente, que se caracteriza pelo egocentrismo, contribui para que estas mães não consigam lidar afetivamente com os seus bebés. Para esta situação concorrem as idiosincrasias desta fase da sua vida, idealizando o funcionamento do meio envolvente centrado em si. Pedir-lhes que pensem em primeiro lugar nas necessidades do seu bebé torna-se numa tarefa difícil (Carlos, *et al.*, 2007).

Porém, é possível ser mãe adolescente, registando sucesso nas transições para a idade adulta bem como no desempenho do seu papel parental. Ressalve-se que este caminho tem de ser percorrido com apoio, partindo do qual os sistemas de suporte sociais têm um papel central ao ajudá-las a superar os momentos de crise. Estes constituem um recurso nas dimensões físicas, emocionais, sociais e

espirituais que parecem afetadas aquando do início de uma maternidade na adolescência. No âmbito deste suporte, além de proporcionar uma transição desenvolvimental saudável, está a promoção da adaptação ao papel materno por parte da adolescente, envolvendo-a progressivamente nos processos de aprendizagem que terá de adquirir para cuidar do seu filho.

A forma como as adolescentes fazem a aprendizagem dos cuidados maternos determinará o tipo de comportamento que a adolescente terá para com o filho, no qual, mais uma vez, o apoio social que esta recebe assume um papel preponderante. Para aquelas que usufruem de apoio familiar, a aprendizagem revela-se mais fácil, mais bem conseguida, sendo, bastas vezes, uma aprendizagem por repetição de modelos que origina comportamentos maternos adequados (Carlos, et al., 2007). Este tipo de aprendizagem é descrito por Meleis (2010) como mestria, resultado de um processo de transição, neste caso para a parentalidade.

O apoio na parentalidade positiva é, neste sentido, fundamental nos primeiros três anos de vida e exige uma abordagem positiva a partir da potencialidade dos pais e da família, implicando exigências e desafios para os enfermeiros. Pode ser descrita como um conjunto de funções atribuídas aos pais que visam o cuidado e a educação dos seus filhos, e é definida por comportamentos e valores parentais baseados no melhor interesse das crianças. As suas especificidades incluem também a promoção do desenvolvimento de relacionamento positivo e otimização do potencial desenvolvimento das crianças ou traçada como parentalidade no melhor interesse das mesmas (Lopes, Catarino, & Dixe, 2010).

A parentalidade na adolescência poderá definir-se em cinco tipos: parentalidade cooperante (os adolescentes contam com um forte apoio dos pais e coabitam com eles); parentalidade desprotegida (inexistência de qualquer apoio aos adolescentes); parentalidade autónoma (têm apoio dos pais, embora com fracos recursos financeiros, motivando um previsível ingresso sem hesitação no mercado de trabalho); parentalidade frágil (o suporte familiar é muito ténue e são oriundos de famílias desfavorecidas); parentalidade demitida (o adolescente escolheu não acompanhar a educação do filho, optando por perder o contacto com este, sendo a criança acompanhada pela Comissão de Proteção das Crianças e Jovens (CPCJ) e pelo apoio social) (Fernandes, 2009). Estes conceitos poderão ser uma ferramenta

importante na avaliação da mãe adolescente, identificando o tipo de recursos de apoio a mobilizar, de forma a ajudar a adolescente nas transições vivenciadas. Contudo, esta categorização não deverá ser linear, podendo existir o agrupamento de várias características, identificadas nos diferentes tipos de parentalidade. Desta forma, segundo Neuman (1988), todos os sistemas que envolvem a adolescente devem ser ponderados, nos quais é imperativo não descartar a presença de fatores sociais, económicos, ambientais, psicológicos e familiares importantes na avaliação do cliente (Tomey & Alligood, 2004).

Os impactos da parentalidade na adolescência, durante o percurso escolar e profissional destes jovens, dependem em grande medida da pertença social dos mesmos. Sem menosprezo, refira-se, outros fatores influenciam este percurso, como o apoio familiar que é possível e desejável atribuir (apoio financeiro, emocional e nos cuidados à criança) e ainda o facto de a adolescente continuar a partilhar o espaço habitacional – o lar – com os pais, ou começar a viver sozinha ou em conjugalidade (Fernandes, 2009). Este processo envolve um complexo conjunto de responsabilidades em que os profissionais poderão ter um papel vital. A compreensão do desenvolvimento, a promoção da aprendizagem parental e o potencial do desenvolvimento das crianças são áreas em que os pais necessitam de apoio para compreenderem o seu papel e as suas responsabilidades (Lopes, *et al.*, 2010). Infere-se, neste ponto, que as mães necessitam de apoio para encontrarem os recursos que as poderão acompanhar enquanto elementos da sociedade e que as amparem nesta nova tarefa de ser mãe (DeVito, 2010).

Apoio social é definido como a interação entre os membros da família, amigos, pares e profissionais de saúde que comunicam entre si a informação no sentido de ajudar um indivíduo. O apoio social pode comportar diversos recursos, modos e frequência de tempo. Assim, podem ser utilizadas estratégias de *coping* que não são mais do que esforços individuais cognitivos e de comportamento, usados para gerir demandas externas e/ou internas avaliadas como excedendo os recursos pessoais. O apoio social afirma-se como uma estratégia de *coping* importante para promover a resiliência e ajudar na transição para a parentalidade (Letourneau, *et al.*, 2004).

Para Mercer e Walker (2006), a intervenção junto das mães orienta-se no âmbito da capacitação da mulher para cuidar da criança, construção da consciência e da

capacidade de resposta para a interação com o filho e na promoção da vinculação materno-infantil (Graça, Figueiredo, & Correia, 2011).

Para o enfermeiro, a mãe adolescente deverá representar um alvo acrescido de cuidados, que necessita de uma intervenção direcionada e de qualidade, auxiliando-a nas diversas transições que está a vivenciar, trabalhando no sentido de que esta as percorra da forma mais saudável possível. A orientação do desempenho deste profissional de saúde é o da transição para a parentalidade.

1.2. Transição-Conceito Central de Enfermagem

Para o exercício profissional de enfermagem, é essencial a existência de um quadro conceptual que sustente e norteie todos os cuidados que são prestados. Segundo a OE (2011), o exercício profissional dos enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde da criança e do jovem é desenvolvido sob a orientação da filosofia de cuidados de enfermagem pediátrica, que evidencia os cuidados centrados na família, com ênfase nas interações comunicacionais que lhe estão subjacentes.

Ao intervir com a mãe adolescente, a abordagem desenvolve-se em duas vertentes distintas: como adolescente, a qual, devido à sua idade e etapa de desenvolvimento, está incluída nos cuidados ao cliente pediátrico, e como mãe, alvo de cuidados de igual importância, uma vez que cuidar da criança envolve necessariamente cuidar de toda a sua família – definindo assim a filosofia dos cuidados pediátricos.

Os cuidados centrados na família são o princípio básico na enfermagem pediátrica e requerem um processo de negociação entre os profissionais de saúde e a família, cujos resultados evidenciam-se na partilha da tomada de decisão relativamente aos cuidados à criança (Corlett & Twycross, 2006). É, por isso, fundamental definir a família como elemento chave encorajando-a a participar nos cuidados prestados à criança durante a hospitalização (Ahmann & Dokken, 2012). Os mesmos autores fazem referência a quatro conceitos chave, que estão subjacentes à filosofia dos cuidados centrados na família e que devem ser observados no cuidado de enfermagem: dignidade e respeito, partilha de informação, participação e colaboração.

O enfermeiro deve incluir a família no seu cuidado, exigindo uma atenção especial às suas interações, ao impacto das vivências, como também ao conhecimento das dinâmicas, crenças e formas de adaptação a situações diversas. Logo, na prática de enfermagem com as famílias, os fenômenos que envolvem os processos de saúde e doença dos seus membros devem ser entendidos num patamar onde as expectativas, relações e contextos familiares estão envolvidos (Silva, 2007). Aqui, a avaliação inicial de enfermagem surge como instrumento essencial de conhecimento e de compreensão da criança/jovem e família alvos de cuidados, enquadrando-os num plano de intervenção diferenciada, indo ao encontro da dinâmica e necessidades identificadas.

A adolescência e a maternidade caracterizam-se por serem fases de transição, marcadas essencialmente por mudanças físicas, psicossociais e cognitivas. Estas transições desenvolvem-se dentro de múltiplos contextos: a sua família, a sua comunidade, o seu país e, por vezes, numa instituição de saúde como o hospital.

Para Meleis (2010), transição é uma passagem ou movimento de um estado ou condição, podendo afirmar que a vida constitui-se como uma transição. Para a autora, transição denota mudança no estado de saúde, nos papéis relacionais, expectativas ou habilidades. Denota também mudanças nas necessidades de todos os sistemas humanos. A transição requer que a pessoa incorpore um novo conhecimento, altere o seu comportamento e as definições de si própria no contexto social. Este conceito de transição explica assim a adolescência, nomeadamente o que sofre mutações nas várias dimensões da pessoa e nos seus papéis, expectativas e habilidades; tal como as alterações que ocorrem numa maternidade precoce, na qual a adolescente aprende a ser mãe, tendo o suporte familiar e social um papel central na sua vida.

Segundo Barbara e Selder (1995), a transição para a maternidade é o mais importante acontecimento de desenvolvimento na vida. Tornar-se mãe envolve a transferência de uma realidade conhecida e atual para uma desconhecida e nova realidade. A transição requer metas de reestruturação, comportamentos e responsabilidades para alcançar uma nova conceção de *self* (Meleis, 2010). Caracteriza-se por um compromisso intenso e envolvimento ativo que requer uma reestruturação de responsabilidades e comportamentos. Engloba tarefas como a

satisfação pessoal, relação com a família de origem e com o companheiro, aceitação do bebé e reestruturação da identidade materna (Graça, *et al.*, 2011).

Contudo, as mães adolescentes a quem presto cuidados vivenciam ainda uma nova transição com a doença do filho, habitualmente súbita e em pleno período de recuperação de parto ou de início de exercício da parentalidade.

A forma como decorre a transição no processo de hospitalização pode, para estas adolescentes, ser dificultada por regras e normas existentes numa instituição hospitalar. A limitação da presença de familiares ou de outros elementos de suporte no internamento e a gestão de espaços destinados a adolescentes – aos quais estas não podem aceder porque é somente considerada na hospitalização a sua função parental – são fatores propensos à inibição do processo das várias transições que vivencia a mãe adolescente.

Cuidar de um filho doente é para todos os pais um fator de mudança. Processo ainda mais difícil de vivenciar para a mãe adolescente. Estar sem apoio, num ambiente estranho, sobretudo se for uma primeira experiência de hospitalização, afastada dos amigos e das atividades recreativas, poderá ser uma situação difícil de experienciar. O facto de o enfermeiro depositar sobre a adolescente a exigência do desempenho do papel materno que esta ainda não se sente capaz de assegurar na plenitude, sobretudo sem apoio, pode ser um fator importante gerador de stresse para a mãe adolescente.

O modelo de Meleis é, como se pode verificar, útil na avaliação e intervenção na mãe adolescente, na cedência de indicadores concretos ao profissional de saúde do tipo de transição a decorrer ou a ser iniciada – indicadores de transições saudáveis e estratégias terapêuticas de enfermagem. Os profissionais identificam assim quatro tipos de transições: desenvolvimental, situacional, saúde-doença e organizacional. Podemos concluir que a mãe adolescente na situação de hospitalização está, além das de desenvolvimento já identificadas, a viver uma transição situacional de saúde-doença.

Utilizar um modelo conceptual de enfermagem, nomeadamente na temática da maternidade na adolescência, só faz sentido quando nos apropriamos dos conceitos paradigmáticos de enfermagem do autor: pessoa, ambiente, saúde e cuidados de enfermagem, descritos seguidamente. Mais adiante, a explanação de outros

modelos teóricos de enfermagem serão igualmente agregados, uma vez que fazem todo o sentido para o desenvolvimento e sustentação conceptual dos cuidados de enfermagem à adolescente, que também é mãe e cujo filho está hospitalizado.

O conceito de pessoa é explorado, sob esta configuração analítica, no âmbito do conjunto de necessidades humanas básicas, em que o foco de atenção de enfermagem é satisfazer ou ajudar a satisfazer essas necessidades. É um sistema aberto, adaptativo que se modifica com vista a acomodar-se às alterações do meio. É uma pessoa em desequilíbrio ou em risco de desequilíbrio, devido à insuficiência ou incompatibilidade entre um ou mais subsistemas (Meleis, 2007).

Saúde é a capacidade de adaptação, execução de tarefas e funções. É focada no simbolismo e lugar do *self* numa rede de relações entre objetos e sujeitos. É a sensibilização, controlo pessoal, empoderamento e domínio do corpo (Meleis, 2007).

Ambiente é tudo o que rodeia o cliente, nomeadamente o sistema familiar, social e cultural, os profissionais de saúde e o campo de energia do ser humano, em interação. O ambiente não se limita ao contexto imediato de vida da pessoa, considera, por exemplo, as alterações ambientais globais, com repercussões na saúde (Meleis, 2007). Compreender este contexto e preservá-lo é fundamental para o equilíbrio da mãe adolescente que vivencia um conjunto de transições, nomeadamente aquando da hospitalização do filho.

Cuidados de enfermagem são atos de vanguarda, pela posição que o enfermeiro ocupa no sistema de saúde, que lhe permite ajudar o cliente de enfermagem antes, durante e após as transições a compreender o seu novo papel, integrando-o no seu *self* e sendo capaz de o desempenhar com mestria (Meleis, 2010).

O enfermeiro deve, assim, fazer o esforço de ver além do ato de cuidar de uma criança doente, de uma adolescente que vive as mudanças do seu corpo, das suas emoções decorrentes do seu ajuste ao grupo; ver além de uma mãe que ainda não domina o seu papel, mas que o aprende ou partilha com o pai da criança, com familiares ou com uma instituição que a apoia, ajustando os seus cuidados no planeamento e execução à presença e participação no decorrer da hospitalização. Olhar para a mãe adolescente e avaliá-la isoladamente no exercício da parentalidade é não compreender que se trata de uma transição e que melhor se desenrola se esta se apoiar nos recursos que se mobilizarem.

Perante qualquer transição, a pessoa necessita de mobilizar as suas forças internas e externas para enfrentar, superar e adaptar-se às mudanças que se instalam. A adolescente que passa pela experiência da maternidade deve ser apoiada para que as transições vivenciadas sejam diagnosticadas, avaliadas e alvo de uma intervenção ou mesmo antecipadas.

Segundo Meleis (2010), existem seis condições que influenciam a experiência de transição: significado atribuído à experiência de transição, expectativas, nível de conhecimento, ambiente (suporte social, familiar e institucional), nível de planeamento e bem-estar emocional e psicológico.

A significação destes conceitos é plena na avaliação da mãe adolescente. Em destaque estão os significados que esta atribui às várias transições que vivencia, as experiências anteriores de cuidado a crianças ou mesmo de maternidade, as expectativas relativamente à nova fase da sua vida que se inicia, o nível de apoio que recebe no cuidado ao seu filho – nomeadamente o familiar, social e escolar – bem como o seu bem-estar físico e psicológico. Estes são fatores de extrema importância no traçar do caminho para a implementação de intervenções de enfermagem dirigidas a estas adolescentes.

A mesma autora apresenta igualmente propriedades essenciais da transição (das quais a adolescente também se deve apropriar), como a consciencialização, o envolvimento, a mudança, a duração da transição e os eventos/pontos críticos. Ao nível da consciencialização, para que os atos façam sentido é essencial que, em primeiro lugar, o cliente alvo de cuidados tenha consciência de que está a viver a transição. Esta está relacionada com a perceção, com o conhecimento e reconhecimento que o indivíduo tem da experiência de transição. Como tal, o entendimento do processo de transição exige descobrir e descrever os efeitos e significados das mudanças envolvidas (Meleis, 2010).

O processo de transição pode ser igualmente inibido ou facilitado consoante a influência dos fatores pessoais, como significados, crenças culturais, estatuto socioeconómico, preparação e conhecimento, recursos comunitários e sociais (Meleis, 2010). Estes elementos devem ser levados em consideração quando se cuida da mãe adolescente, daí a importância acrescida do procedimento de uma

avaliação inicial de qualidade, que seja fonte de informação relevante e necessária para a futura intervenção de enfermagem.

Sabe-se que as transições são multidimensionais, e os significados que lhe estão associados decisivos na medida em que permitem definir a intensidade e a natureza das consequências que a transição causa na pessoa. Deste modo, segundo Meleis (2010), são indicadores de transições saudáveis o bem-estar subjetivo, o domínio de papel e o bem-estar das relações. O final da transição poderá portanto corresponder a um novo começo ou a um período de estabilidade. Não obstante, é difícil, ou mesmo impossível, estabelecer limites sobre a duração da transição de determinadas experiências, em que o enfermeiro as deve avaliar continuamente.

Os enfermeiros são, por estas razões, elementos chave neste processo que envolve a transição, assumindo, muitas vezes, o papel de primeiros cuidadores das famílias que a experienciam. Estão, portanto, numa situação privilegiada para identificar as exigências impostas por uma transição, preparando os seus clientes para as mesmas, avaliando, planeando e implementando intervenções que fornecem competências a fim de lidar com a mudança. Uma equipa de enfermagem deve ser dotada de sensibilidade e perspicácia, pois, além do conhecimento científico que fundamenta a sua prática, a enfermagem cuida no sentido de promover a adaptação do indivíduo a processos de transição a que se vê sujeito.

Em qualquer contexto de atuação, nomeadamente a nível hospitalar, o enfermeiro torna-se autêntico e humanizado quando se apropria das dimensões envolvidas com a vivência do processo de transição. Conhecer e compreender o significado da transição para o ser humano são atributos que facilitam a relação intersubjetiva entre o enfermeiro e o que se vivencia na transição. Nestas circunstâncias, a compreensão do conceito de transição é importante para que o enfermeiro possa cuidar do ser adolescente, puérpera e mãe, vislumbrando as modificações existenciais que se processam no trajeto para o papel materno (Machado & Zagonel, 2003).

No final, e apesar de tudo, as transições devem ser vistas como algo positivo, uma vez que as pessoas podem alcançar uma maior estabilidade relativamente ao seu estágio anterior, tendo uma oportunidade de crescimento, desenvolvimento, amadurecimento e de *empowerment* (Meleis, 2010).

Um momento de transição constitui um especial desafio para a adolescente, nomeadamente na dificuldade em demonstrar a sua mestria na prestação dos seus cuidados parentais num processo de hospitalização.

É neste contexto de preocupação com a adolescente que os profissionais não podem exigir a plenitude de competência no início da transição, uma vez que este é um processo. Dadas as circunstâncias, o risco de não compreensão da mãe adolescente por parte dos profissionais de saúde é iminente, levando a que esta demonstre comportamentos que possam, numa primeira impressão, evidenciar desinteresse ou mesmo incompetência. Tal poderá acontecer pela falta de suporte de um familiar, pessoa de referência ou mesmo instituição, de que a adolescente necessita para continuar a experienciar saudavelmente a transição para a idade adulta e para a maternidade, sendo de igual grau de importância a transição vivenciada com a hospitalização.

Por intermédio deste modelo e ao refletir sobre os cuidados prestados no serviço de Pediatria à mãe adolescente, emergiram várias questões, sendo as mesmas alvo de um carácter de análise mais concreto ao longo do documento, socorrido pelo exame minucioso dos objetivos traçados e atividades realizadas.

2. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS/CONTRIBUTOS SIGNIFICATIVOS

Os diferentes contextos de estágio que selecionei foram elementos chave para o processo de desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem, com enfoque na área da gravidez e maternidade na adolescência. Utilizando a metodologia de projeto, partindo de um problema e de competências a desenvolver, defini objetivos e atividades sobre os quais vou refletir, avaliando os resultados obtidos.

O presente trabalho tem como finalidade desenvolver competências na intervenção à mãe adolescente com o filho hospitalizado, sensibilizando a equipa de enfermagem do serviço de Pediatria para estes cuidados, assumindo a coordenação dos mesmos e a formação na área. Para atingir a meta descrita, foram definidos objetivos, inicialmente planeados no projeto de estágio, que me ajudaram a delinear o trajeto a percorrer. Como tal, tracei os seguintes objetivos gerais:

- 1. Desenvolver intervenções de enfermagem à mãe adolescente com o seu filho hospitalizado, de forma a ajudá-la na vivência das suas transições;***
- 2. Capacitação dos enfermeiros do serviço de Pediatria na intervenção à mãe adolescente.***

Com o intento de atingir os objetivos acima inumerados, delineei objetivos específicos constituindo subcapítulos. Dentro destes, descrevo e analiso as várias atividade desenvolvidas que me permitiram dar seguimento a um eixo de investigação sólido no caminho conducente à aquisição de competências de enfermeira especialista. A apropriação da evidência científica, bem como os modelos conceptuais de enfermagem serviram para ancorar todas as minhas experiências e atividades. Farei, também, uma breve descrição dos vários campos de estágio por onde passei, não me tornando exaustiva, servindo apenas para contextualizar o leitor nas experiências vivenciadas.

2.1. Desenvolvimento de intervenções de enfermagem à mãe adolescente, ajudando-a na vivência das suas transições

Para responder a este objetivo, comecei por compreender a adolescência e os fatores que conduzem à gravidez na adolescência. Compreender a adolescência como etapa de desenvolvimento – reconhecendo as alterações físicas, psicológicas e sociais que a adolescente enfrenta quando se vê confrontada com uma parentalidade precoce – foi essencial para o diagnóstico, avaliação e posterior intervenção de enfermagem nesta problemática.

Desenvolver um plano de intervenção, realizando uma apreciação holística destas adolescentes e implementando um conjunto de terapêuticas de enfermagem que promovam o bem-estar da adolescente, do seu filho e família, constituiu um dos objetivos traçados. Identificar, incluir e intervir nos contextos familiares e comunitários de apoio à mãe adolescente foram um elemento chave para suportar a adolescente nas várias transições desta vivência, processando-as o mais saudavelmente possível.

2.1.1. Compreensão da adolescência e dos fatores que conduzem à gravidez na adolescência

Para melhor cuidar da mãe adolescente, senti necessidade de ir à raiz da questão e começar por aprofundar os meus conhecimentos sobre a adolescência como etapa de desenvolvimento. Por experiência pessoal e de vários colegas, existe uma dificuldade evidente em cuidar do cliente adolescente.

A Pediatria centrou-se, durante muito tempo, nas idades compreendidas entre os 0 e os 12/14 anos. Recentemente, esta idade foi alargada até aos 18 anos, tornando-se em mais um desafio diário de cuidados. Não há dúvidas de que o comportamento adolescente depende da conduta própria da idade, nomeadamente nas questões da autonomia e da gestão das suas próprias emoções, requerendo do enfermeiro capacidades de negociação e comunicação. Este é mais um fator que perspetiva a temática como um desafio tão interessante.

O adolescente está, constantemente, perante um conjunto de tarefas que envolvem a busca de identidade, autonomia crescente e mudanças a nível físico, cognitivo e social. Estas mudanças integram desafios constantes e confrontos com o mundo que o rodeia, essencialmente com os pais e outros adultos. A observação de adolescentes foi uma tarefa metodológica valiosa. A este respeito, refiro-me ao seu comportamento e interação fora do ambiente hospitalar, onde está certamente condicionado. A mãe adolescente é o foco central nesta observação, uma vez que é importante conhecer todo o contexto que a envolve fora do ambiente hospitalar e que poderá explicar alguns dos seus comportamentos *a posteriori*.

A mãe adolescente deve ser compreendida como adolescente que é e não somente como mãe, tendo em conta todas as características que esta etapa de desenvolvimento inclui, sendo esta vertente muitas vezes esquecida por quem as cuida. Este processo é entendido quando se tem a noção de que estas adolescentes se veem subitamente envoltas num conjunto de transições para as quais não estavam preparadas.

Orientei, assim, as minhas leituras e experiências de estágio de forma a responder a algumas questões que achei prioritárias no debutar da abordagem a esta problemática: Porque é que a gravidez na adolescência ainda acontece na sociedade atual dita desenvolvida? Porque é que a taxa de gravidez precoce ainda é tão elevada? O que está a falhar na prevenção a nível dos cuidados de saúde primários?

Dois contextos de estágio contribuíram em grande medida para a obtenção dessas mesmas respostas. O primeiro foi uma associação de apoio a mães adolescentes, escolhida para dar início às minhas experiências de ensino clínico, e o segundo uma USF. A associação que tive a oportunidade de conhecer é uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS) cuja missão é apoiar mulheres grávidas, nomeadamente mães adolescentes, no respeito pela vida do seu bebé, para que, com esse apoio, cada mãe possa melhorar a vida da sua família. Aqui, as adolescentes são apoiadas em três vertentes distintas: na construção de um projeto de vida, recebendo ajuda na progressão dos estudos ou recebendo formação numa atividade profissionalizante, dando-lhes todos os recursos para que este caminho não seja abandonado; na institucionalização em residências assistidas, quando, por

diversos motivos, as adolescentes não têm condições de voltar para a sua família de origem, sendo esta medida decretada pela CPCJ; no apoio por meio da visitação domiciliária, ou mesmo dos atendimentos em bairros sociais. A nível de estrutura, é constituída por uma sede, duas residências assistidas e vários gabinetes de atendimento. Quanto aos recursos humanos, é composta por psicólogas, assistentes sociais, sociólogas, educadoras de infância e inúmeros voluntários. A descrição foi elaborada de uma forma mais pormenorizada no apêndice 4, onde consta também uma análise reflexiva de duas experiências resultantes da minha passagem por esta associação. Aqui, tive a oportunidade de observar e de conversar com adolescentes, grávidas e mães, em contexto de sala de aula, nos intervalos em que amamentam os filhos e, em alguns casos, no ambiente familiar, por meio da visitação domiciliária. O segundo local trata-se de uma USF no concelho da Amadora no distrito de Lisboa. A equipa desta unidade de saúde é constituída por cinco enfermeiros, seis médicos e quatro administrativos. Tem 10 750 clientes e cada enfermeiro tem associados cerca de 2000, inseridos em famílias. Durante o meu estágio na USF, tive a oportunidade de participar em várias consultas de enfermagem, mais concretamente na de saúde infantil e pediatria, planeamento familiar e saúde materna e obstétrica, no atendimento à adolescente. Fiz uma descrição mais alargada desta unidade de saúde no apêndice 5, onde consta também uma análise reflexiva de experiências marcantes vividas durante a minha passagem neste contexto de estágio.

Na USF, o principal contacto com adolescentes acontece nas consultas de saúde infantil e pediatria. Todavia, estas estão apenas programadas com regularidade para clientes até aos 12 anos. Após esta idade, as adolescentes recorrem a esta unidade sobretudo para frequentarem a consulta de planeamento familiar, de forma a obterem esclarecimentos sobre a sua sexualidade, bem como para adquirirem os diferentes métodos anticoncepcionais. Saliente-se que o número de adolescente que utiliza, por iniciativa própria, este recurso, é frequentemente muito baixo. As restantes vão ao centro de saúde por imposição familiar porque existiu anteriormente uma gravidez precoce, ou mesmo porque a sua enfermeira de família as convoca para comparecerem à consulta quando é identificado algum tipo de comportamento de risco. De referir que, mesmo no recurso à unidade de saúde, por parte dos adolescentes, para obtenção de métodos anticoncepcionais, estes não são

distribuídos sem uma consulta de planeamento familiar prévia. Existe, desta forma, um momento privilegiado de contacto com o adolescente, podendo o enfermeiro identificar eventuais comportamentos de risco.

Perde-se assim, na maioria das vezes, o contacto com o adolescente a partir dos 12 anos, ainda que confirmados comportamentos de risco subjacentes a uma comunidade específica. O contacto com as adolescentes só é reposto, de uma forma continuada, quando a adolescente engravida. É posteriormente seguida com regularidade na consulta de saúde materna, bem como depois do nascimento do filho, na consulta de saúde infantil.

Na USF, o método de atendimento ao cliente é por enfermeiro de família e não por especialidades, podendo ter estas vantagens importantes. O enfermeiro de família é, nesta ótica, detentor de um conhecimento mais amplo das famílias de quem cuida, podendo atuar mais facilmente a nível da prevenção primária, evitando situações de potencial risco, nomeadamente no caso da gravidez na adolescência. Poderá este elemento ser designado como enfermeiro de referência e tornar-se, assim, uma figura de confiança para os seus clientes. Segundo d'Espiney (2008), a existência de enfermeiros de referência corresponde a um esforço efetivo de personalização dos cuidados que estes consideram ser dos aspetos mais gratificantes da sua atividade. A relação torna-se fundamental para que o processo de acompanhamento do outro, no seu processo de saúde, produza resultados positivos visíveis para o próprio.

Esta metodologia de trabalho tem alguns aspetos positivos e, de igual modo, constrangimentos. Na minha análise, os positivos são canalizados para a construção de uma relação de confiança entre o profissional e a família, permitindo uma maior facilidade na expressão de sentimentos e dúvidas, bem como para a assimilação de um conhecimento profundo de todos os aspetos que englobam a família, permitindo-lhe intervir com qualidade superior e obter resultados. Existe, ainda, um planeamento a longo prazo na intervenção ao cliente e família, promovendo, desta forma, a existência de uma continuidade efetiva nos cuidados. O constrangimento prende-se com o facto de ser o enfermeiro especialista o detentor de competências especializadas no cuidado à criança/jovem e família, possuindo a capacidade de

analisar, planejar, implementar e avaliar processos complexos de cuidados, e identificar precocemente eventuais necessidades/desvios dos seus clientes.

Na minha perspectiva, o enfermeiro de família é imprescindível, quando se intervém a nível dos cuidados de saúde primários, desde que o enfermeiro especialista seja visto como um recurso chave, desempenhando o papel de consultoria, em situações de dúvida ou de maior complexidade de cuidados, na avaliação, planeamento e intervenção à criança/jovem e família.

Da minha experiência na USF, registei que o enfermeiro de família não funciona na sua plenitude, uma vez que não consegue intervir com todos os elementos da família por quem está responsável. Numa população de muitas necessidades, este deveria ser um promotor de saúde, identificando os potenciais riscos das suas famílias. O número elevado de clientes associados a cada enfermeiro relega esta intervenção a larga escala para uma utopia.

Uma das situações que pode oferecer um desafio importante aos enfermeiros de família e aos enfermeiros que prestam cuidados ao nível da saúde primária é a dos comportamentos de risco dos adolescentes, nomeadamente os sexuais. Estes justificam em grande parte a origem da minha problemática, levando os mesmos ao aparecimento da gravidez precoce ou mesmo a doenças sexualmente transmissíveis.

O aparecimento da gravidez na adolescência poderá ser reduzido se empreendido um árduo trabalho a nível da intervenção precoce na área da prevenção. Contudo, uma atuação de fundo teria de ser, igualmente, levada a efeito onde a dimensão cultural tem uma grande influência. Além de trabalhar a informação sobre prevenção, a adolescente teria de ser alvo de intervenção no planeamento e implementação de um projeto de vida, onde deveriam ser alteradas as suas aspirações de vida, que, em certos casos, passam pela maternidade. Esta é, em algumas culturas, o veículo de conquista da sua independência, com consequente abandono da casa dos pais.

Em conversa com mães adolescentes, nos diferentes contextos, apercebi-me de que estas tinham comportamentos sexuais de risco frequentes, antes de engravidarem. Não usavam qualquer método contraceptivo nas suas relações sexuais porque “não pensavam que lhes iria acontecer a elas”. Estes são comportamentos associados à

grande maioria das adolescentes, nas quais a gravidez acontece de forma acidental. Porém, algumas gravidezes precoces acontecem por decisão da própria adolescente ou por imposição familiar – identidade cultural cigana e de algumas africanas.

A literatura descreve alguns fatores predisponentes para uma gravidez na adolescência, tais como: explosão da sexualidade centrada na genitalidade; iniciação sexual precoce; impulsividade, imediatismo, onipotência; gravidez precoce na família; nível socioeconómico desfavorecido; pouca escolaridade e abandono escolar; desejo inconsciente de engravidar; ignorância fisiológica dos órgãos de reprodução; uso incorreto ou não uso de métodos anticoncepcionais; relações familiares conflituosas; questões culturais; doença crónica, luto ou separação dos pais (Gomes, 2006). Estes são indicadores que o enfermeiro deveria agarrar para intervir no adolescente a partir dos 12 anos de idade, permitindo desta forma prevenir uma eventual gravidez. Este abandono de cuidados continuados aos jovens a partir dos 12 anos poderá contribuir para uma ainda elevada taxa de gravidez na adolescência, acentuando a necessidade da intervenção na prevenção nesta faixa etária.

Nesta unidade de saúde não existe uma consulta direccionada apenas ao adolescente. No entanto, esta é uma área de interesse manifestada por todos os enfermeiros, onde esperam que este seja um projeto concretizado no futuro. Apesar das vantagens do enfermeiro de família no atendimento ao adolescente, nomeadamente no conhecimento prévio da família e na relação de confiança construída, estas consultas devem ter particularidades. Segundo Ribeiro e Rosendo (2011), deverá ser fomentada a facilidade de acesso do adolescente à consulta (gratuita e sem burocracia), a garantia de confidencialidade, livre de preconceitos e desprovida de julgamentos, bem como a existência de um espaço específico que promova a interação com o profissional de saúde. Estes princípios devem ser generalizados, não somente a uma consulta ao adolescente, mas em qualquer contacto no cuidado aos mesmos. Este tipo de informação contribuiu decisivamente para a interação que estabeleço diariamente com os adolescentes no ato de cuidar. No decorrer da minha experiência na USF, fui apercebendo-me, por meio de conversas com enfermeiras da unidade, de que o atendimento ao adolescente é um

grande desafio para o enfermeiro de cuidados de saúde primários. Após auscultação, senti que existiam dúvidas na forma de comunicar, interagir e intervir com o adolescente. Foi neste âmbito que desenvolvi um documento intitulado “intervenção de enfermagem ao adolescente” (apêndice 6), o qual teve como objetivo servir de suporte aos enfermeiros da USF na intervenção ao adolescente no respeitante aos cuidados de saúde primários. O documento inclui uma abordagem à fase da adolescência como etapa de desenvolvimento, o atendimento de enfermagem ao adolescente tendo por base o Programa de Vigilância de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) de 2012 e algumas especificidades de intervenção em situações específicas, com ênfase para a gravidez e maternidade na adolescência. O documento foi deixado nesta unidade de saúde em suporte papel.

A elaboração deste documento permitiu solidificar os meus conhecimentos relativamente à adolescência, bem como identificar as diretrizes da Direção-Geral da Saúde (DGS) na intervenção ao adolescente na promoção da sua saúde. A promoção da saúde na criança e jovem tem também um papel de enorme relevância no domínio da saúde escolar. O ir ao encontro dos jovens é uma metodologia que tem apresentado resultados positivos na prevenção primária, com obtenção de ganhos para a saúde (DGS, 2010). Esta área de intervenção está a cargo da Unidade de Cuidados na Comunidade, que, por ser uma unidade distinta da USF, não me foi dada a possibilidade de experienciar.

Este trajeto de contacto e de aprofundamento de conhecimentos relativos à adolescência aprovisionou-me de importantes ferramentas para que, no meu contexto diário de cuidados, melhore a intervenção ao adolescente que se encontra hospitalizado. A base teórica que incorporei permite-me, agora, analisar as características observadas no adolescente de uma forma mais consistente, aprimorando a minha intervenção, nomeadamente no que diz respeito à capacidade de comunicar e negociar. A abordagem que faço atualmente ao adolescente hospitalizado tem, no meu atender, resultados muito mais positivos, com aparente satisfação do jovem e família.

No que diz respeito às competências do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem, este trajeto inicial permitiu-me desenvolver

capacidades na promoção e avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil no cliente pediátrico em todas as faixas etárias.

Foi-me dada a oportunidade de, na USF, participar nas consultas de saúde infantil à criança, avaliando o seu crescimento e desenvolvimento, tendo por base a escala de Mary Sheridan modificada, preconizada no PNSIJ. Esta escala encontra-se validada, em Portugal, e tem, na minha opinião, uma fácil aplicabilidade, adequando-se ao tempo da consulta. A escala permite detetar precocemente eventuais atrasos de desenvolvimento da criança, instruindo igualmente a família em atividades que estimulam o desenvolvimento cognitivo e físico do seu filho. A avaliação realizada neste âmbito encontra-se descrita de forma mais pormenorizada no apêndice 5.

Estas consultas de saúde infantil são perspetivadas como uma mais-valia pelos clientes que a elas recorrem, identificando a necessidade e importância das mesmas. Isto traduz-se numa taxa de comparência de 95% (dados fornecidos pela USF), superando em larga escala as consultas médicas.

O desenvolvimento infantil constituía uma área na qual os meus conhecimentos eram escassos. Com esta experiência, ganhei segurança na utilização de uma escala de avaliação de desenvolvimento, consolidando conhecimentos e aplicando-os, alavancando por sua vez as minhas competências neste domínio.

No decorrer deste percurso, tive também a oportunidade de ampliar conhecimentos relativamente aos cuidados antecipatórios, onde Brazelton incorpora um papel modelar neste desenvolvimento. Segundo este autor (2007), os pais, quando confirmam as capacidades e preferências do bebé, adquirem mais confiança na sua própria capacidade para compreendê-lo e cuidarem dele, aumentando as suas competências parentais. Isto fará com que os mesmos adquiram novos conhecimentos, fator essencial para que a transição aconteça. Segundo Meleis (2010), o apoio da família e das pessoas significativas bem como a informação adequada podem ser simultaneamente facilitadores ou inibidores de uma transição.

A utilização dos conceitos chave da teoria de Brazelton possibilitou-me intervir com a família seguindo uma estratégia diferente: perspetivando a continuidade da teoria como referencial de cuidados, o que me permite uma melhor apropriação e competência da sua utilização.

É fulcral que a família tenha um conhecimento das capacidades e comportamentos do seu filho, em cada fase de desenvolvimento, para que os níveis de stress sejam reduzidos nas múltiplas situações da vida, ajuste a sua parentalidade – nomeadamente na hospitalização – e para que previna eventuais doenças e lesões. O enfermeiro assume nesta antecipação um papel fundamental.

Estes conceitos são paradigmáticos na abordagem à mãe adolescente, nomeadamente nas orientações antecipatórias para a maximização do potencial de desenvolvimento, tanto seu como do seu filho. Outra das minhas incumbências passou pela realização de diversos ensinamentos para a saúde à mãe adolescente, com vista a impulsionar a promoção da mesma, reforçando a negociação da tomada de decisão por parte da adolescente relativamente à sua saúde nos vários contextos de estágio.

Segundo Fonseca (2005), os cuidados antecipatórios são medulares pela sua atuação na prevenção ou deteção de eventuais situações de risco biomédicos, bem como sociais, emocionais e comportamentais, permitindo ao adolescente consciencializar-se de que a saúde lhe diz respeito e de que é responsável por ela, devendo os serviços criar condições que garantam um acompanhamento continuado.

2.1.2. Reconhecimento das alterações físicas, psicológicas e sociais que ocorrem na gravidez e maternidade na adolescência

Compreender a mãe adolescente é reconhecer as alterações que a envolvem, não só físicas como também psicológicas e sociais, e que ocorrem durante a gravidez e maternidade na adolescência, uma vez que necessitam da intervenção do enfermeiro para promover a maximização da sua saúde e do seu filho e o bem-estar. Várias alterações são descritas, na literatura, como fruto de uma gravidez e maternidade na adolescência. Segundo Canavarro (2001), existem inúmeras mudanças decorrentes da gravidez e maternidade precoces, nomeadamente na formação da identidade com a identificação do papel materno. Este fenómeno interfere naturalmente com os processos característicos da adolescência, como os processos de exploração, as relações entre os pares e as relações amorosas, as

decisões relacionadas com a escola e com a carreira e ainda com os processos de autonomia. Senti, por isso, necessidade de observar e questionar essas mesmas alteações. Dois contextos que contribuíram para esta finalidade foram a associação de apoio à mãe adolescente e a USF.

Na associação de apoio à mãe adolescente, desenvolvi algumas atividades que me permitiram recolher dados importantes para o elencar da temática, nomeadamente a observação da adolescente, já mãe, no cuidado ao seu filho e na interação em grupo com outras mães adolescentes. Para tal, elaborei uma grelha de observação (apêndice 7) que me permitiu registar toda a informação observada, contribuindo posteriormente para o planeamento da intervenção à mãe adolescente.

Identifiquei algumas características específicas da mãe adolescente, com recurso à observação, que vão ao encontro do que a evidência descreve. Segundo Cunha, citado em Rios, *et al.* (2007), as mães adolescentes interagem menos com os seus filhos, são menos sensíveis às necessidades dos mesmos, oferecem poucas oportunidades de estimulação, verbalizam menos durante as interações com a criança, tendem a variar as expressões faciais com menor frequência, respondem menos contingentemente aos comportamentos dos seus filhos, mantêm laços afetivos mais ténues, enfrentam um maior nível de stresse, são menos sensitivas, menos pacientes, menos comunicativas e, com frequência, interpretam incorretamente as necessidades dos seus filhos. Foi-me possível observar estas características em algumas mães. Contudo, com o tempo – ou seja, quanto mais velhos são os seus filhos –, estas características tendem a dissipar-se, evidenciando um crescimento a nível pessoal e emocional por parte da adolescente.

Posteriormente, senti necessidade de questionar as adolescentes relativamente às causas da gravidez precoce, às mudanças ocorridas, aos sentimentos vivenciados, ao apoio que recebem e às perspetivas para o futuro. Estas entrevistas são fonte de uma enorme riqueza de informação que me permitiu aferir, na prática, o que a evidência refere. O guião de entrevistas encontra-se no apêndice 8 a par do consentimento informado (apêndice 9) para a realização e gravação das mesmas em formato áudio, cumprindo todos os procedimentos ético-legais. Segundo o artigo 84.º do código deontológico, o enfermeiro tem o dever de respeitar e promover o direito da pessoa ao consentimento informado, e com este, segundo o artigo 85.º,

partilhar a informação pertinente somente com aqueles que estão implicados no plano terapêutico, utilizando como critérios orientadores o bem-estar, a segurança física, emocional e social do indivíduo e família, assim como os seus direitos (OE, 2009).

Procedi à transcrição literal de uma das nove entrevistas realizadas, analisando-a (apêndice 10), e concluindo que as repostas dadas pelas adolescentes, nas restantes entrevistas, são semelhantes na sua generalidade. Na leitura e análise das mesmas, pude encontrar os seguintes dados: as adolescentes confessaram arrependimento por terem engravidado tão precocemente considerando o mesmo como um ato irrefletido; relatam, na maioria das situações, o abandono do namorado; e manifestam sentimentos de carinho e amor em relação ao filho, tornando-o central nas suas vidas. A maioria provém de famílias com baixos recursos socioeconómicos, baixa escolaridade e desestruturadas. No que concerne ao apoio, a grande âncora externa à instituição é a família, principalmente a mãe da adolescente que a ajuda financeiramente e nos cuidados ao bebé. Apesar disso, referem ainda outro tipo de ajudas como o banco alimentar contra a fome. Financeiramente são dependentes da família e recebem ajuda monetária por via de subsídios da Segurança Social. Relativamente aos cuidados de saúde, referem o apoio maioritário das unidades de cuidados de saúde primários e sentem-se satisfeitas com os cuidados recebidos por parte dos enfermeiros. De referir que uma percentagem elevada desta população procede de culturas africanas ou da etnia cigana, podendo esta constituir igualmente um fator explicativo.

Este é, talvez, como já foi referido anteriormente, um dos fatores mais difíceis de trabalhar nesta temática. Tanto nas culturas africanas, sobretudo na cabo-verdiana, como na etnia cigana, a gravidez precoce está enraizada, como fator cultural, sendo bem aceite e mesmo desejada na comunidade. Nestes dois exemplos, a gravidez e maternidade na adolescência não são vistas como um ato de rutura; pelo contrário, são um acontecimento apoiado e valorizado, servindo igualmente como meio de gratificação para a adolescente, engrandecendo-a aos olhos do seu companheiro e familiares. Este é um dos contextos mais críticos para implementar mudanças, no qual o único projeto de vida destas adolescentes é casar e constituir família, mesmo

que isso implique fazer esta transição precocemente sem preparação física e psicológica.

Durante a realização e análise das entrevistas, foi evidente que uma das alterações mais significativas para a adolescente se centrou na perda de autoestima. Segundo Bayle (2006), a mãe adolescente sofre uma diminuição acentuada da sua autoestima, uma vez que se vê confrontada precocemente com alterações corporais importantes, para as quais ainda não está preparada para experienciar. A promoção da autoestima da mãe adolescente foi uma das atividades desenvolvidas neste contexto específico. A associação de apoio à mãe adolescente, pelas suas características, foi um local privilegiado e repleto de experiências nesta área. Tive a oportunidade de facilitar frequentemente a comunicação expressiva de emoções, reforçando positivamente a imagem corporal que se encontra amplamente alterada nestas jovens.

Outro dos dados que me chamou à atenção, no decurso das entrevistas, foi o facto de todas as mães adolescentes entrevistadas serem também filhas de mães adolescentes. Segundo Bayle (2006), a gravidez precoce acontece, em grande parte, por repetição, pois os seus próprios pais a tiveram na adolescência. É na sexualidade precoce que ela procura ternura devido a uma grande carência afetiva e rivalidade com a mãe. Mais uma vez, a questão cultural poderá ter, neste contexto, uma importância acrescida.

Estes dados são de grande monta quando se centra a intervenção no adolescente nos cuidados de saúde primários. Os cuidados antecipatórios podem ser, nesta situação, um elemento chave na promoção da saúde. O sucesso da educação sexual nos adolescentes poderá nutrir resultados positivos a longo prazo, com ganhos evidentes para a saúde, como, entre outros, a prevenção da gravidez e maternidade na adolescência. Os profissionais de saúde precisam, por estes motivos, de trabalhar as comunidades, onde existe uma elevada taxa de gravidez na adolescência, em parceria com os seus líderes e instituições.

Na USF, desenvolvi, com enfermeiros especialistas na área, consultas de saúde materna e obstétrica, onde pude observar e participar na área da gravidez e maternidade. As adolescentes acompanhadas nestas consultas são informadas da existência de um curso de preparação pós-parto, que lhes permite iniciar a

preparação para a sua parentalidade. Estes cursos poderão ser uma ferramenta importante na iniciação da aprendizagem de algumas competências parentais, bem como no desenvolvimento de estratégias promotoras da vinculação da adolescente ao seu filho.

Além das consultas de saúde materna, tive igualmente contacto com mães adolescentes nas consultas de saúde infantil, onde são seguidos os seus filhos, bem como nas consultas de planeamento familiar e visitas domiciliárias. As visitas domiciliárias são feitas a todas as puérperas na primeira semana de vida do recém-nascido (RN), com o objetivo de avaliar as competências parentais dos pais, bem como responder a eventuais dúvidas e dificuldades. Este primeiro contacto é a oportunidade para informar os pais do plano de vigilância do RN e a sua acessibilidade, bem como avaliar sumariamente as competências parentais, aferindo eventuais dúvidas, estabelecendo com os mesmos um plano que lhes permita desenvolver essas mesmas competências de uma forma segura, e estimulando igualmente a vinculação. Estas visitas, na minha opinião, permitem uma aproximação dos enfermeiros aos seus clientes e destes ao sistema de saúde.

No caso da mãe adolescente, esta pode ser uma estratégia importante para garantir a ligação da mesma com os profissionais de saúde, vendo nos enfermeiros um elemento chave na comunidade de cuidados, que a poderá ajudar nesta transição para o seu papel materno. Segundo DeVito (2010), uma das estratégias de seguimento à mãe adolescente pode residir na visita domiciliária após alta hospitalar. O apoio prestado pela família e pelos profissionais de saúde na comunidade pode ser um elemento promotor do sucesso de adaptação entre mãe e filho (Letourneau, *et al.*, 2004).

2.1.3. Desenvolvimento de competências de comunicação com o adolescente e família, construindo uma relação terapêutica

As competências de comunicação são essenciais aquando a interação com o cliente, assumindo um papel fundamental quando se trata de adolescentes, conotados regularmente com a rebeldia e a intransigência. Segundo Batista (2006), comunicar é entrar em relação com o outro de forma a partilhar ideias, sentimentos e

experiências. A comunicação com os adolescentes nem sempre é facilitada, pois a adolescência tem características, muitas vezes, mal compreendidas que induzem a falsas interpretações. Para atingir este objetivo, senti necessidade de aprofundar os meus conhecimentos relativamente às técnicas de comunicação terapêutica e mais concretamente aos requisitos para comunicar com o cliente adolescente, recorrendo a bibliografia, nomeadamente no que se refere a técnicas de comunicação. Esta pesquisa demonstrou ser um contributo importante tanto no contexto de ensino clínico como na minha prática quotidiana de cuidados, na interação, comunicação e negociação com o adolescente e família.

Um dos contextos de estágio que me forneceu um leque mais alargado de experiência de interação com o adolescente foi o SUP. Neste local, pude intervir com o cliente pediátrico, com idades entre os 12 e os 18 anos, em processo de doença aguda, desenvolvendo com os mesmos os princípios de entrevista e técnicas de comunicação de que me fui apropriando. Num momento de hospitalização, a criança, jovem e família veem-se confrontados com uma situação de elevado grau de ansiedade. A comunicação, na sua dimensão de informação e de ajuda, assume, neste plano, uma posição de elementar importância. Daí a imprescindibilidade do desenvolvimento de competências nesta área.

Cuidar implica comunicar, uma vez que ambas estão inerentes à interação enfermeiro/cliente. Por isso, o estabelecimento de uma comunicação terapêutica envolve, segundo Armelin, *et al.* (2005), alguns elementos básicos como a empatia, envolvimento e confiança. Comunicar com o cliente e não para o cliente é um desafio diário só por si. Esta intervenção torna-se ainda mais complexa quando os alvos do nosso cuidado são o cliente pediátrico e, mais concretamente, o adolescente. Quer na comunidade quer num processo de hospitalização, a comunicação terapêutica com o adolescente é um processo intrincado que envolve disponibilidade, confiança e poder de negociação.

Essa mesma dificuldade esteve presente na minha interação com a mãe adolescente, tanto na instituição que a apoia e acolhe, como na USF, SUP ou inclusivamente no serviço de internamento de Pediatria. Procedi, no âmbito desta problemática, a um levantamento bibliográfico associado a uma reflexão sobre como interagir, entrevistar e comunicar com o adolescente, tendo em conta a etapa de

desenvolvimento em que se encontra. O estabelecer da relação de confiança é essencial para que o enfermeiro consiga posteriormente planejar, implementar e avaliar as suas intervenções.

Na comunicação com a mãe adolescente, a minha experiência ao longo da interação com a mesma, leva-me a concluir que o essencial para estabelecer esta relação de confiança é instigar uma comunicação de natureza empática, desprovida de preconceitos, com momentos para reflexão, exposição de sentimentos, vivências e dúvidas. É importante mostrar interesse no bem-estar da adolescente, transmitindo a vontade de ajudar. Este processo foi difícil numa fase preliminar, contudo, com o apropriar de conhecimentos sobre a adolescência e a gravidez e maternidade na adolescência, bem como de comunicação terapêutica, as dificuldades foram superadas. E os conhecimentos desenvolvidos demonstraram ser uma mais-valia no meu cuidar diário, na comunicação que estabeleço com a criança/jovem e família.

Não foi somente com o cliente adolescente que fui interagindo, mas com o cliente pediátrico na sua generalidade. Este foi, igualmente, um desafio interessante que me levou a aprofundar conhecimentos sobre o desenvolvimento infantil para melhor intervir nas crianças de quem cuido.

A comunicação é, por fim, um elemento essencial no cuidado de enfermagem. Ela está presente em todas as ações realizadas com o cliente, seja para orientar, informar, apoiar, confortar ou entender as suas necessidades, assumida como uma das ferramentas mais valiosas que o enfermeiro utiliza para desenvolver o seu saber profissional (Pontes, Leitão, & Ramos, 2008).

2.1.4. Compreensão dos contextos familiares e comunitários, identificando recursos de apoio à mãe adolescente

O apoio à adolescente tem um impacto acrescido quando se fala em gravidez e maternidade. É determinante o apoio familiar, profissional e comunitário para que a mãe adolescente consiga realizar uma transição saudável para a parentalidade. Segundo DeVito (2010), as mães adolescentes necessitam essencialmente de apoio para encontrarem os recursos que as poderão acompanhar na sociedade e que as apoiem nesta nova tarefa de ser mãe.

Perceber os recursos existentes de auxílio à mãe adolescente é imperativo para que o enfermeiro consiga planejar e implementar intervenções a estas jovens, constituindo ele próprio um recurso de apoio. Compreende-se, por conseguinte, que a passagem pela associação de apoio a mães adolescentes teve um papel fundamental, onde se reuniram as condições para que pudesse conhecer o tipo de ajuda que a comunidade e a família podem oferecer à grávida e mãe adolescente. Esta associação tem uma certa expressão, já reconhecida, na intervenção a estas jovens, proporcionando-lhes um projeto de vida concreto e ajudando-as a fazer o percurso a que se propõem. Este projeto inclui a prossecução dos estudos, o que assume um carácter de enorme relevo para que estas jovens se sintam motivadas e continuem a adquirir competências pessoais, académicas e profissionais, com vista a um futuro melhor, dado que, segundo Gaspar e Matos (2008), o nível educacional da mãe determina a qualidade de vida da criança. Este trabalho tem como pilar o projeto escola móvel, do Ministério da Educação, que proporciona aos estudantes – que, por algum motivo, se encontram indisponíveis para frequentar regularmente a escola – o acesso a todo o programa escolar via uma plataforma eletrónica *online*. Sem dúvida que é essencial que os enfermeiros conheçam a existência deste projeto, de forma a proporcionar às mães adolescentes, que se encontram frequentemente hospitalizadas no serviço de Pediatria com o seu filho, a continuação da sua atividade escolar durante esse período.

A realidade descobre, por outro lado, uma situação paralela: a de que existem jovens que não estão inseridas neste projeto. Caberá impreterivelmente ao enfermeiro assegurar que as adolescentes, hospitalizadas com o seu filho, não abandonem o programa escolar. Neste processo, a comunidade docente, não docente e estudantil (professores, colegas, psicólogos, entre outros) deverá ter presença assídua na intervenção à mãe adolescente, implementando estratégias adequadas de ancoragem desta jovem na escola e disponibilizando-se para auxiliar na gestão das insuficiências encontradas nos vários patamares de necessidades da jovem, desde o pessoal ao social. Uma das hipotéticas táticas de vinculação consiste na visita dos colegas e professoras ao serviço de internamento, partilhando com a adolescente os conteúdos escolares lecionados; ou torná-la presente, assistindo às aulas por videoconferência servindo-se de dispositivos tecnológicos

como o computador. Só com o esforço de uma equipa multidisciplinar será possível que o elo de ligação à comunidade seja estimado durante este período.

Esta associação de apoio a mães adolescentes foi o ponto de partida para identificar e conhecer todas as associações de apoio à mãe adolescente existentes na área de abrangência da minha unidade hospitalar. Um levantamento proveitoso para uma eventual solicitação de colaboração, quando apontada alguma necessidade específica de apoio a estas mães. Providenciei para o serviço de Pediatria, em suporte papel, um documento com a identificação e contacto destas mesmas associações, com a finalidade de facilitar o trabalho do enfermeiro numa eventual parceria de cuidados com as mesmas.

No meio hospitalar, todas as adolescentes admitidas na minha unidade hospitalar são alvo de uma avaliação por parte da assistente social, detetado o elevado risco social associado a estas clientes. É esta ação que, ainda no serviço de Obstetrícia, faz a ponte entre a unidade hospitalar e estas associações. No serviço de Pediatria, é o enfermeiro quem desempenha esse papel. No entanto, a apreciação que fazemos destas adolescentes nem sempre é curial, carecendo de maior sistematização e aprofundamento. Só assim se conseguirá identificar adequadamente as necessidades destas mães e intervir, em parceria com a comunidade, na satisfação das mesmas, criando um plano que suporte as várias transições que a mãe adolescente vivencia.

Esta parceria com a comunidade, e especificamente a referenciação para os cuidados de saúde primários, assume, neste enquadramento, um papel meritório, permitindo dar continuidade a uma dinâmica de trabalho que procura firmar-se, garantindo à adolescente de que não lhe será retirado apoio após a alta. Este é um projeto recente no serviço de Pediatria, mas com francos progressos. A referenciação é feita por contacto telefónico com o enfermeiro de referência do cliente, em complementaridade ao envio de uma carta de referenciação via correio eletrónico ou fax. Ainda está por fazer o cruzamento de informação entre os centros de saúde e o hospital.

No âmbito da avaliação dos cuidados à criança/jovem e família a nível hospitalar, em parceria com os cuidados de saúde primários, realiza-se uma reunião mensal da unidade de coordenação familiar, com a comparência de representastes de todos os

centros de saúde, bem como do departamento da mulher e da criança da minha unidade hospitalar. Estes encontros visam a partilha e reflexão sobre os cuidados de enfermagem prestados, e implementar, divulgar e avaliar projetos na área da criança/jovem e família. A minha participação numa dessas reuniões alertou-me para a necessidade de uma intervenção de enfermagem mais efetiva na gravidez e maternidade na adolescência. Foi igualmente evidente a preocupação dos profissionais de saúde presentes relativamente às elevadas taxas de gravidez na adolescência nos concelhos da Amadora e Sintra, e a ausência de acompanhamento destas mães após o parto. Esta reunião serviu para reforçar o meu desejo de melhorar os cuidados à mãe adolescente, convicta de que este sentimento é partilhado por mais profissionais.

Na minha passagem pela USF, pude perceber as inquietações manifestadas durante a reunião acima referida, bem como compreender a necessidade e pertinência da referenciação da mãe adolescente após a sua hospitalização. É basilar que toda a informação recolhida, resultante da intervenção a estas adolescentes, seja partilhada, para que estas mães sejam acompanhadas em diferentes níveis dos cuidados de saúde. A enfermeira de referência do centro de saúde poderá ser a conexão alicerçadora para que o trabalho iniciado em contexto hospitalar não se dissipe. Do ponto de vista de Azevedo e Sousa (2012), os enfermeiros necessitam de efetivar a continuidade de cuidados após a alta hospitalar, perpetuando a continuidade informacional, relacional e de administração de cuidados, que se impõem como elementos precípuos para a qualidade de cuidados.

Paralelamente ao apoio prestado pelos profissionais de saúde e comunidade, urge identificar e avaliar o apoio familiar, assumindo este um carácter de extrema significância quando falamos de adolescentes. O crivo de Letourneau, *et al.*, (2004) dita que o suporte proveniente da família diminui o stresse nas mães adolescentes, promovendo a parentalidade e o desenvolvimento do recém-nascido.

A experiência na associação de apoio à mãe adolescente elucidou-me sobre a interação entre os adolescentes e a família, apreendendo a ajuda prestada. As visitas domiciliárias, tanto nesta associação como na USF, contribuíram para me acercar, de uma forma mais alargada, das vivências familiares destas adolescentes. É notória a preponderância da mãe da adolescente no seio da ajuda familiar,

alimentada por uma relação de dependência entre a jovem e a progenitora, uma vez que esta acomodação estende-se a dois níveis: financeiramente e no cuidado ao RN. Daí a importância da permanência da avó durante o internamento da mãe adolescente com o seu filho.

A experiência da visita domiciliária estendeu-se ao bairro 6 de Maio, um dos bairros sociais do concelho da Amadora. Nele, a proximidade com as condições habitacionais, familiares e os contextos de comunidade em que estas jovens estão inseridas foi marcante e muito enriquecedora, reordenando o meu juízo sobre as pessoas destas comunidades. Não há dúvida de que têm carências de várias naturezas – sobretudo de cariz económico –, o que não invalida a afabilidade e alegria das pessoas, onde a vida em comunidade assume um papel central no seu dia-a-dia. O meu medo de intervir nestas comunidades, pela conotação que lhes é atribuída, desvaneceu quando percebi que o apoio dos profissionais de saúde é saudado e tido como uma mais-valia para aqueles núcleos, sendo reconhecido e muito bem recebido.

Os concelhos de abrangência da minha unidade hospitalar são ricos em bairros com características semelhantes, pelo que esta experiência veio enriquecer efetivamente os cuidados que presto no serviço de Pediatria à criança/jovem e família, podendo apoiá-los de uma forma concreta na avaliação e satisfação das suas necessidades. Compreender os contextos familiares e comunitários inerentes à mãe adolescente permitiu-me desenvolver competências a nível de parceria de cuidados com a adolescente, família e agentes da comunidade, principalmente com os cuidados de saúde primários. A referenciação comunitária é uma coadjuvante destas adolescentes, processando a informação recolhida a nível hospitalar como elemento potenciador da continuação de cuidados de qualidade à adolescente que é mãe.

2.1.5. Desenvolvimento de competências de apreciação da mãe adolescente segundo o modelo das transições de Afaf Meleis

O processo de cuidados de enfermagem inicia-se pela apreciação do cliente – neste caso, da mãe adolescente. Esta avaliação permite, posteriormente, orientar o planeamento da intervenção à mesma quando hospitalizada com o seu filho.

Ao cuidar da criança hospitalizada e da mãe adolescente, num conceito de cuidados centrados na família, deparo-me frequentemente com uma mãe a vivenciar três transições em simultâneo: a parentalidade, a hospitalização e o desenvolvimento da sua adolescência. É nesta conjuntura que o modelo teórico de Afaf Meleis e o conceito de transição foram uma ferramenta substancial na apreciação destas adolescentes. Não existindo, no meu serviço, uma normativa de avaliação da mãe adolescente, elaborei um documento de avaliação inicial de enfermagem que permite a sua apreciação aquando da sua hospitalização no serviço de Pediatria com o seu filho (apêndice 11).

O Serviço de Internamento de Pediatria, último contexto clínico, é um serviço hospitalar de internamento médico e cirúrgico, com várias especialidades clínicas. Tem capacidade para acolher 46 crianças/jovens e suas famílias, distribuídas por duas alas distintas. A equipa de enfermagem é constituída por 37 enfermeiros, dos quais, atualmente, cinco têm o título de Especialistas em Saúde Infantil e Pediatria.

As mães adolescentes são alvo de internamento no serviço de Pediatria, juntamente com os seus filhos, nas mais diversas situações: devido a doença do RN; devido a contextos familiares e/ou socioeconómico complexos e desfavoráveis, necessitando de uma avaliação pela CPCJ para poderem regressar ao domicílio; necessidade de aumentar e desenvolver as competências parentais da mãe adolescente; situações em que a mãe e o RN não têm condições familiares ou socioeconómicas de uma alta hospitalar, aguardando colocação numa instituição que acolha esta díade.

A avaliação inicial assume uma relevância crucial, contribuindo para o planeamento, aplicação e avaliação dos cuidados prestados, tornando-os individualizados, contínuos e progressivos. Reforça igualmente a autonomia e responsabilidade do enfermeiro, cooperando na segurança, qualidade e satisfação de quem presta os cuidados e de quem os recebe (Simões & Simões, 2007).

O instrumento de avaliação inicial elaborado fundamenta-se no modelo das transições de Afaf Meleis. A partir deste são identificadas as necessidades da mãe adolescente nas várias transições que atravessa, norteando uma posterior intervenção. A sua formulação concebe o encontro com os significados, expectativas, nível de conhecimento e preparação, nível de planejamento e bem-estar físico e emocional da mãe adolescente. Os dados obtidos por meio desta avaliação são úteis para o julgamento clínico que o enfermeiro faz destas adolescentes. Desta forma, está apto a avaliar as condições pessoais, sociais e comunitárias que poderão ser facilitadoras e inibidoras destas transições, afigurando-se o próprio enfermeiro como um recurso.

Fiz a apreciação inicial a mães adolescentes internadas no serviço de Pediatria durante o meu período de ensino clínico. Infelizmente, durante quatro semanas, a aplicação da avaliação inicial de enfermagem só foi possível em duas mães adolescentes. Apenas um número superior de adolescentes favoreceria a apresentação de dados mais concretos que resultassem na identificação de elementos a melhorar. Todavia, a minha primeira percepção é de que o modelo de colheita de dados poderá ter de ser reestruturado *a posteriori*, ou seja, dividido em duas fases. As adolescentes acusaram algum cansaço durante a execução da modalidade adotada.

A elaboração deste instrumento de recolha de informação foi o culminar de um conjunto de experiências que foram sendo ajustadas ao longo dos vários contextos clínicos. A sua aplicação possibilitou identificar todas as transições que a adolescente está a atravessar, avaliando a sua consciencialização, envolvimento, sentimentos e vivências subjacentes.

A prática de avaliação inicial, embora não sendo ainda utilizada pelos enfermeiros do serviço de Pediatria, poderá fornecer elementos rigorosos no âmbito do aperfeiçoamento do instrumento de colheita atualmente utilizado. O julgamento clínico é condicionado pela qualidade da apreciação, por isso é essencial que o instrumento de avaliação inicial seja progressivamente melhorado, do qual dependerá uma apreciação de qualidade da criança e família de quem cuidamos, promovendo o melhor bem-estar possível aos nossos clientes e indo ao encontro da satisfação das suas necessidades.

A apreciação da mãe adolescente, por intermédio da avaliação inicial, dotou-me de competências de enfermeiro especialista na assistência à criança/jovem e família, na maximização da sua saúde, recorrendo à informação existente na intervenção à adolescente e seu filho, e mobilizando recursos de saúde, familiares e da comunidade.

2.1.6. Desenvolvimento de um plano de intervenção à mãe adolescente, com enfoque no seu desenvolvimento pessoal e no exercício da sua parentalidade

Intervir com a mãe adolescente foi uma experiência que pude vivenciar ao longo dos diversos contextos clínicos. Como resposta ao compromisso assumido, da minha parte, de disponibilização do meu conhecimento e da minha entrega humana, deparei-me com uma multitude de saberes, realidades e informações, aos quais devo a ampliação de competências na área da maternidade na adolescência – prioritárias no cuidado diário que faço a estas clientes no serviço de Pediatria onde trabalho. A intervenção às mães adolescentes passou por várias interações como a observação, conversa e entrevista, empregando cuidados de enfermagem a nível da informação, ajuda e ensino.

O contexto que me permitiu um leque de experiências mais vasto foi a associação de apoio à mãe adolescente. O contacto com estas adolescentes, fora do contexto de hospitalização, alarga a minha visão sobre todos os sistemas que as envolvem. Em primeiro lugar, foi importante observá-las – de acordo com a forma como o seu corpo e estágio cognitivo as apresenta, isto é, enquanto adolescentes – na interação com as outras adolescentes, com os seus filhos, com a família e com os técnicos que têm a missão de ajudá-las. Identificar e refletir sobre os recursos existentes na comunidade, nomeadamente de associações que apoiam estas adolescentes, bem como a ponderação da família e comunidade – as quais, em determinadas culturas, assumem um papel central – foram elementos influentes no reconhecimento dos recursos que poderei ter de mobilizar, enquanto enfermeira, para ancorar estas adolescentes no pós alta hospitalar.

Uma das experiências mais enriquecedoras deste meu percurso foi a oportunidade de conversar com as adolescentes que vivenciam a experiência da maternidade. As

várias conversas e entrevistas contribuíram para a identificação, indo ao encontro do descrito pela evidência científica, das verdadeiras vivências destas adolescentes. As suas histórias de vida, o relacionamento com o namorado e com a família, os sentimentos, as dificuldades enfrentadas, as mudanças e as expectativas para o futuro são registos valiosos assimilados e analisados ao longo das interações com as adolescentes. Informação vital para a corporização do trabalho agora concluído, elencando a intervenção à mãe adolescente. Embora esta fase seja ainda relativa à apreciação da mãe adolescente, a verdade é que esta é uma intervenção de enfermagem de relevo maior quando o objetivo é cuidar destas jovens.

Intervim frequentemente com mães adolescentes no decorrer dos vários contextos de ensino clínico, trabalhando com elas as várias transições experienciadas, nomeadamente na adaptação à sua parentalidade precoce. Etapa em que sobressaem as primeiras reações ao desempenho das suas competências parentais e à convivência com as alterações que a maternidade causou na sua adolescência.

A família e a comunidade, onde se inclui o enfermeiro, assumem uma posição visceral no apoio à mãe adolescente, ancorando-as. Isto reflete-se na forma como as várias transições são vivenciadas pela adolescente, traduzindo-se em experiências tranquilas e saudáveis. Acautele-se que este é um processo contínuo, onde o tempo de cada transição é determinado por fatores pessoais, comunitários e sociais de cada adolescente.

Na prática, foi visível, mesmo com estruturas de suporte, o número significativo de dúvidas e inseguranças destas adolescentes, próprias do estágio de desenvolvimento em que se encontram e do processo contínuo de transições que vivem. Tarleton, et. al, citado por James (2010), define algumas *guidelines* de implementação dos papéis parentais em progenitores com dificuldades de aprendizagem: encontros regulares com os enfermeiros, contacto contínuo, treinos com participação conjunta, definição de uma forma clara das funções e dos limites, fundação de um enlace de confiança com uma comunicação aberta e honesta.

Perante as dificuldades identificadas nestas adolescentes na vivência desta nova realidade de parentalidade precoce, nomeadamente no desempenho das suas competências parentais, impôs-se definir algumas estratégias proactivas. Algumas das questões que impulsionaram o início da minha intervenção foram as seguintes:

De que forma poderia ajudar estas adolescentes? Quais as suas principais dificuldades? Qual o meu papel, enquanto enfermeira, a nível hospitalar, no apoio a estas adolescentes?

Foi sobretudo em ambiente comunitário que me apercebi de que os principais receios das mães adolescentes concentram-se no desempenho do seu papel enquanto mães. Nas várias conversas e entrevistas realizadas, foi notório que o nascimento do filho desencadeou um sentimento de dever, como que quase “obrigadas”, de assumir um conjunto de responsabilidades precocemente. Sentem que têm de ser “boas mães” e que é o seu desempenho que vai determinar a permanência junto do seu filho. Muitas referem “medo de o perder”. Esta pressão da família e da sociedade na assunção do papel materno leva, muitas vezes, a uma transição abrupta da adolescência para a idade adulta, ericando sentimentos de insatisfação e tristeza por parte da mãe adolescente (Bayle & Martinet, 2008).

Nos vários contextos, as adolescentes abordaram-me frequentemente no sentido de esclarecer as suas dúvidas sobre o seu filho, procurando os conhecimentos de um profissional de saúde.

Na associação de apoio a mães adolescentes, planifiquei encontros de grupo com estas jovens com o intuito de debater, em conjunto, dúvidas e dificuldades no desempenho da sua parentalidade, no sentido de suprimir as necessidades sentidas. Cada sessão desenrolava-se sob um tema central selecionado pelas adolescentes, complementado por um momento de ensino, que, neste caso, incidiu sobre a progressão da alimentação infantil e prevenção de acidentes infantis. Estas sessões foram um excelente recurso para promover a interação entre adolescentes e o enfermeiro, partilhar informação e esclarecer dúvidas, fortalecendo por meio destes encontros uma relação de confiança. O à-vontade do adolescente, neste quadro grupal, estava harmonizado com uma maior tranquilidade e integração, o que facilitava o ato comunicativo, indo assim ao encontro do descrito pela evidência. No final de cada sessão, distribuí folhetos informativos de acordo com a temática às adolescentes, em jeito de consolidação da mensagem que quis transmitir (apêndice 12).

A avaliação que fiz destas ações de formação foi extremamente positiva, onde percebi que o enfermeiro pode ser um veículo poderoso de informação na promoção

da saúde. Com uma linguagem adequada ao estágio de desenvolvimento do adolescente e à população alvo – tendo em conta as características culturais, temas de interesse e informação clara –, as sessões foram eficazes na transmissão de informação. Senti que existiu, de facto, um interesse crescente durante estas intervenções, onde estas adolescentes expuseram diversas questões e manifestaram contentamento com as reuniões formativas em grupo. Segundo DeVito (2010), turmas, programas e *workshops* que contenham informação sobre a promoção da parentalidade são imperativos na intervenção a mães adolescentes. Estes poderão servir para as confrontar com a realidade que, agora, terão de enfrentar, e dotá-las de estratégias para ultrapassar as dúvidas no cuidado ao filho. Estratégia simples passível de ser implementada no serviço de Pediatria, dado que estas mães poderão permanecer algum tempo hospitalizadas. Seguiria o esquema de encontros em grupo, com intuito formativo na área do desenvolvimento de competências parentais e promoção de saúde. Estes poderão ser momentos únicos de partilha de vivências, sentimentos e dúvidas relativos às transições experienciadas.

Na USF, a extensão da intervenção incluiu igualmente o duo mãe adolescente e família. Esta interação foi realizada no âmbito das consultas de saúde infantil, às quais estas jovens recorrem com o seu filho; nas consultas de saúde materna, numa fase de gravidez; nas consultas de planeamento familiar; e nas visitas domiciliárias. Em todos estes palcos de ação, no âmbito dos cuidados de saúde primários, a intervenção à mãe adolescente baseia-se na apreciação da mesma, abrangendo todos os sistemas que a envolvem, nomeadamente o familiar e comunitário. É, por isso, função do enfermeiro de família identificar as necessidades da cliente e planear a intervenção de enfermagem, concretamente na mobilização de recursos existentes na comunidade para dar resposta a essas necessidades. A intervenção de enfermagem que realizei com mais frequência, na USF, foi a de informação e ensino. Esta era direccionada sobretudo ao desempenho das competências parentais, como, por exemplo, a progressão alimentar, estimulação do crescimento e desenvolvimento do filho, segurança infantil, sono e conforto, entre outros.

Também estas intervenções fizeram-me pensar até que ponto o internamento hospitalar não será um momento privilegiado para realizar intervenções no âmbito

da promoção da saúde. Após a minha experiência em contexto de cuidados de saúde primários, dei por mim, em contexto hospitalar, a conversar com os pais sobre promoção de saúde, respondendo à necessidade dos mesmos no esclarecimento de dúvidas e dificuldades. Ficou clarificado que os cuidados antecipatórios, concomitantemente com a intervenção em três níveis de prevenção, podem ser cuidados de enfermagem exequíveis em qualquer contexto, cabendo ao enfermeiro a avaliação do momento oportuno para este tipo de intervenção. Este cuidado está integrado nas competências propostas pela OE que definem o Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediatria como um profissional que procura sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem na adoção de comportamentos potenciadores de saúde.

A experiência do contexto clínico no Serviço de Neonatologia teve o seu quinhão de influência e participação na temática escolhida para o meu projeto de estágio, não na área diretamente da maternidade na adolescência, mas na área da parentalidade e vinculação. A evidência científica identifica as mães adolescentes como dando à luz frequentemente bebés prematuros, na maioria dos casos, devido à falta de cuidados pré-natais e à imaturidade física da adolescente para a gestação (DeVito, 2010). Segundo Gomes (2006), a gestação na adolescência está associada a taxas mais elevadas de prematuridade e de baixo peso ao nascer, aumentando a mortalidade perinatal e o risco de defeitos congénitos, por um lado, e a redução do período de aleitamento, por outro.

Embora, neste contexto específico, não tenha tido hipótese de intervir em nenhuma mãe adolescente, a verdade é que esta experiência de cuidados neonatais permitiu-me, aproveitando o leque de experiências vividas, desenvolver competências na área da promoção da parentalidade. A interação dos enfermeiros com a família, apoiando os pais na transição para a parentalidade e incluindo-os nos cuidados, também acontece numa unidade de cuidados intensivos, apetrechada de equipamentos tecnológicos. (Situação que pude presenciar.) O desvanecer da idealização do bebé que tinham sonhado; a incerteza quanto ao futuro; o ambiente, por vezes, hostil repleto de equipamentos podem ser inibidores da promoção da vinculação e, por consequência, da parentalidade. Mais um entre os vários desafios

diários para os enfermeiros cuidadores neste contexto. Os enfermeiros tornam-se, assim, para estes pais, os profissionais mais próximos e de referência.

Uma observação/constatação impressionante que fiz, e que aferi junto dos enfermeiros, foi o padrão de questionamento dos pais quando visitam, pela primeira vez, o seu filho numa UCIN. A primeira pergunta é se lhe podem tocar. Começa aqui o namoro mãe/filho e todo o processo de vinculação. Segundo Guedeney e Guedeney (2004), qualquer comportamento que permita à pessoa ficar perto ou manter proximidade das figuras preferenciais e privilegiadas pode ser considerado um comportamento de vinculação. Segundo Bayle e Martinet (2008), a vinculação é a pedra basilar que permitirá o desenvolvimento cognitivo, afetivo e social, em que uma vinculação segura conduz a sentimentos de autoestima, autonomia e intimidade.

A preocupação, por parte da equipa de enfermagem, em promover precocemente a vinculação da família com o seu bebé prematuro é louvável. Os pais são estimulados a realizar ações de contacto como tocar, cantar, mudar a fralda, alimentar, posicionar, entre outras, como o método canguru (muito utilizado e com benefícios estudados) e a amamentação. Todas estas ações iniciam-se sempre com um processo de negociação com os pais, em que o enfermeiro tenta avaliar o grau de aptidão dos progenitores e se estes sentem vontade de o fazer. Segundo Kearvell e Grant (2008), se a mãe está informada e apta a participar nos cuidados ao filho, envolve-se e sente-se ligada.

A relação entre o enfermeiro e os pais numa unidade de cuidados intensivos neonatais é um alicerce vital da mãe no processo de vinculação ao seu filho. Segundo Mendes e Martins (2012), a natureza da relação que se estabelece entre o enfermeiro e a família implica a negociação do envolvimento dos pais e clarificação do papel de cada interveniente nesse enquadramento, dimensões essenciais para um novo modo de pensar e organizar o trabalho em parceria.

A experiência no Serviço de Neonatologia habilitou-me, sob outra perspetiva, a progredir, a criar um perfil profissional e humano mais completo e a consolidar competências de enfermeira especialista, nos cuidados que presto diariamente às crianças e família internadas no serviço de Pediatria. Negociação de cuidados com parceria dos mesmos, cuidados antecipatórios e promoção da parentalidade e

vinculação são competências valiosas cuja consistência se deveu à observação e análise de experiências vividas na UCINP.

O conjunto de vivências e experiências em ensino clínico é válido e importante, com especial ênfase no meu contexto de trabalho, no sentido de concretizar uma intervenção direcionada à mãe adolescente hospitalizada com o seu filho.

Após a apreciação inicial de enfermagem à mãe adolescente, já anteriormente analisada e discutida, seguiu-se o momento de aplicar todos os conhecimentos e competências adquiridos e desenvolvidos ao longo de todo o percurso. Elaborei, assim, um documento como suporte teórico para essa mesma intervenção (apêndice 13). Este permitiu orientar a minha intervenção, avaliando diariamente a evolução da mesma, com particular relevo para as vivências e sentimentos da adolescente e o desempenho das suas competências parentais. Mais se acrescenta a construção de um organograma que esquematiza a intervenção à mãe adolescente aquando da hospitalização no serviço de Pediatria (apêndice 14). Documentos estruturantes guias da intervenção de enfermagem à mãe adolescente no serviço de Pediatria aquando a hospitalização desta com o seu filho.

O documento de suporte à intervenção da mãe adolescente permitiu-me identificar – após a sua aplicação e análise – sentimentos, vivências, dúvidas e angústias, bem como as necessidades destas jovens perante a sua maternidade precoce e hospitalização. Tomar consciência desta informação é fundamental para o enfermeiro quando o objetivo é cuidar da mãe adolescente e do seu filho durante a sua hospitalização. É, por isso, importante não dissociar estas adolescentes dos sistemas que as envolvem, nomeadamente na identificação dos apoios existentes e/ou necessários no apoio a estas jovens mães. A globalidade deste trabalho de apreciação e intervenção permite preparar precocemente a alta hospitalar, planeando a continuidade de cuidados a médio e longo prazo, onde se devem envolver três esferas: a família, os cuidados de saúde primários e os recursos da comunidade.

Nesta fase final, no serviço de Pediatria, e após a sequência de experiências vividas, incorporei e apliquei todas as competências adquiridas e desenvolvidas na intervenção à mãe adolescente e que integram os cuidados pediátricos.

Analisar e aplicar a filosofia de cuidados centrados na família é essencial quando se intervém nesta temática. Quando a adolescente, ainda incluída na idade pediátrica, é mãe, a sua individualidade reparte-se por uma díade de papéis: o de cliente e família. Esta adolescente nunca pode ser dissociada de todas as dimensões que a integram, nomeadamente a família, a qual, nesta situação específica, assume um papel central na vida da jovem e do seu filho, devendo estes serem o alvo do cuidado do enfermeiro. Segundo a American Academy of Pediatrics (2003), o respeito pela criança e sua família são virtudes inatas. A experiência de cuidar deve ser exemplar na formação dessas virtudes, e o apoio da família nos seus cuidados e nas suas tomadas de decisão.

É na negociação com a mãe adolescente e família que sinto o incremento pessoal de competências afetas a este percurso. É evidente que estas competências são transversais a qualquer cliente e família tendo em conta as suas características individuais e sociais. Segundo Mendes e Martins (2012), no elenco de competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, o trabalho de cuidar em parceria surge como promotor da otimização da saúde no sentido da adequação da gestão do regime e da parentalidade. Segundo Gotlieb e Feeley (2009), citados por Mendes e Martins (2012), a parceria está associada a um processo dinâmico que requer a participação ativa e o acordo de todos os parceiros na procura de objetivos comuns. Caracteriza-se pela partilha de poder e de conhecimentos, definição de objetivos comuns centrados na pessoa, participação ativa de todos os parceiros e concordância de todos os parceiros na relação.

O trabalho que desenvolvi com a adolescente e sua família ocorreu nesta dimensão. Procedi à identificação do sistema familiar e intervim no sentido de manter um alto nível de bem-estar, com a promoção do desenvolvimento da própria adolescente, bem como o crescimento das suas competências parentais. É, por isso, importante perceber até que ponto a adolescente, numa hospitalização, quer estar envolvida nos cuidados ao seu filho e qual a extensão do seu envolvimento. Esta negociação é um desafio permanente ao enfermeiro que cuida de adolescentes, confrontando-se diariamente com a especificidade desta fase de desenvolvimento, bem como todos os elementos que compõem o sistema da adolescente, nomeadamente as questões culturais que podem ser mal interpretadas por quem aprecia/avalia estas jovens.

Segundo o modelo teórico de Betty Neuman, o cliente de enfermagem – nomeadamente a mãe adolescente – deve ser visto como um sistema, no qual todas as suas partes estão em interação dinâmica, sob a influência de diferentes variáveis que afetam a estrutura do cliente, como as fisiológicas, psicológicas, socioculturais, de desenvolvimento e espirituais (Tomey & Alligood, 2004). A mesma teórica refere que as intervenções de enfermagem ajudam a reter, atingir e/ou manter a estabilidade desse sistema, dependendo de uma intervenção inicial quando se identifica um *stressor*. No caso da mãe adolescente hospitalizada com o seu filho, a intervenção, segundo Neuman, converter-se-ia a uma prevenção terciária, promovendo a readaptação e reeducação para prevenir futuras ocorrências e manutenção da estabilidade.

Também a teoria do défice de autocuidado de Dorothea Orem poderá ser consultada na avaliação e intervenção à mãe adolescente. Esta teoria de enfermagem traduz-se num método de ajuda composto por uma série de ações que, desempenhadas, ultrapassarão ou compensarão as limitações associadas à saúde das pessoas. Refiro-me a ações de regulação do seu próprio funcionamento e desenvolvimento ou dos seus dependentes (Tomey & Alligood, 2004). No caso do desenvolvimento da adolescente, a intervenção de enfermagem poderá centrar-se na manutenção do equilíbrio entre a atividade e descanso, entre solidão e interação social, na prevenção de riscos, e no funcionamento e bem-estar do ser humano.

Contudo, foi Meleis e a sua teoria das transições que depositaram o maior contributo na avaliação e posterior intervenção à mãe adolescente. Segundo Meleis (2010), a teoria das transições permite ao profissional de enfermagem uma melhor compreensão do processo de transição. Por meio de uma visão holística e aprofundada, é possível estabelecer orientações para a prática profissional de enfermagem, executando na prática estratégias de prevenção, promoção e intervenção terapêutica perante a transição que a pessoa vivencia.

Uma das terapêuticas de enfermagem introduzidas por Meleis é a suplementação de papel, cujo objetivo é o de ajudar as pessoas e os seus familiares a compreenderem o seu novo papel, integrarem-no no seu *self* e serem capazes de o desempenhar com mestria. A suplementação de papel poderá ser aplicada numa vertente preventiva, antes do acontecimento ocorrer, ou interventiva, já no decurso da

transição. Nesta terapêutica de enfermagem, estão incluídas estratégias que visam promover oportunidades de conhecimento e clarificação de papéis, e ainda de aprendizagem dos mesmos pela interação com os outros.

Esta intervenção de enfermagem permitiu estear a implementação da minha intervenção, firmando o objetivo de identificar se a transição está a desenrolar-se saudavelmente por meio de indicadores de processo (sentir-se ligado, interação, estar situado e sentimentos de confiança e *coping*) e de resultado (bem-estar subjetivo, o domínio de papel e o bem-estar das relações interpessoais). Embora o processo de transição não se encontre concluído, a verdade é que estes indicadores foram uma fonte de informação indispensável, reveladora do modo como a adolescente está a vivenciar as suas transições.

Na intervenção à mãe adolescente, um dos propósitos incidiu na avaliação das suas competências parentais, identificando necessidades de intervenção de enfermagem, elaborando, em negociação com a mesma, estratégias que melhorem o seu desempenho enquanto mãe. Inicia-se também, no momento de apreciação da mãe adolescente e posterior intervenção, a preparação para a alta. Durante o internamento, são identificados os problemas que poderão manter-se no pós alta, os parceiros de cuidados a mobilizar para os problemas identificados, bem como a identificação de problemas com necessidade de suporte por parte da comunidade, nomeadamente dos cuidados de saúde primários.

É clarividente que a ajuda à mãe adolescente só se torna completa se trabalhada numa ótica multidisciplinar e enquadrada num suporte de intervenção em rede. Este princípio, sobejamente afirmado e defendido ao longo de todo o meu percurso, é o imo da nossa atuação. Perceber como posso incorporar os diferentes parceiros de cuidados na intervenção à mãe adolescente foi um objetivo atingido com sucesso. Essencial, no auxílio a estas adolescentes, mostrou ser a articulação dos cuidados prestados com outros profissionais de saúde, bem como com os recursos existentes na comunidade que apoiam estas mães. Assim, o enfermeiro especialista deve assumir-se como elemento integrante e de destaque na equipa multidisciplinar na intervenção a estas mães, assumindo o papel de liderança.

Segundo Correia (2000), a intervenção à mãe adolescente deve organizar-se convergindo para alguns objetivos: permitir à adolescente a expressão dos seus

sentimentos; promover a relação com os pais ou outros adultos de suporte; conduzir à compreensão da gravidez/maternidade, quer na sua dimensão psicológica quer inserida num programa de cuidados adequados; apoiar a tomada de decisão de forma coerente e consciente em relação à própria e no interesse do bebé, refletindo sobre as opções possíveis; informar e prevenir dos riscos sociais que podem advir; avaliar e refletir sobre a relação mãe/pai do bebé; promover o desenvolvimento das competências parentais no sentido de facilitar o estabelecimento da relação com o bebé; encaminhar para o centro de saúde; acompanhar e promover o desenvolvimento afetivo da adolescente; incentivar e refletir sobre o futuro.

Estas são algumas linhas orientadoras que podem ajudar o enfermeiro a delinear a intervenção à mãe adolescente. Contudo, esta não deverá ser rígida e generalizada, mas sim fruto de uma avaliação eficaz e realista da adolescente. A vivenciar precocemente várias transições para as quais ainda não estava preparada, há que abordar todos os sistemas que a envolvem, tornando-se numa ação personalizada e tendo como objetivo major o melhor bem-estar possível da mãe adolescente.

A mirar este objetivo, resumidamente, pode desenvolver competências de enfermeiro especialista, nomeadamente na negociação do processo de cuidar com adolescente e família, rumo à independência e bem-estar, proporcionando a aprendizagem de técnicas especializadas e individuais, e facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença. Desenvolvi um trabalho com a adolescente no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde, por um lado; e a avaliação do desenvolvimento da parentalidade, por outro, estimulando a vinculação e negociando com a jovem mãe este mesmo envolvimento.

2.2. Capacitação dos enfermeiros do serviço de Pediatria na intervenção à mãe adolescente

Este objetivo foi traçado com o intuito de sensibilizar a equipa de enfermagem do serviço de Pediatria no cuidado holístico do enfermeiro à mãe adolescente. Capacitá-lo para a intervenção nestas jovens, tendo em conta o estágio de desenvolvimento em que se encontram bem como todas as transições vivenciadas no momento da hospitalização, é o enfoque para um desempenho mais eficaz. Envolver a equipa de enfermagem nas mudanças que deveriam ser incorporadas no nosso cuidado à mãe adolescente, discutindo e reforçando a pertinência da problemática, foi uma das grandes metas a atingir no final deste percurso.

Ao longo das várias experiências de ensino clínico, tive a clara noção de que a maioria dos enfermeiros atribui a responsabilidade desta matéria à especialidade de saúde materna e obstetrícia ou dos cuidados de saúde primários. Demonstrar que o enfermeiro de saúde infantil tem um papel central no cuidado à mãe adolescente no exercício da sua adolescência e parentalidade, podendo fazer a diferença na vida destas jovens, concretizou-se com êxito.

As experiências vividas em interação com a mãe adolescente, família e comunidade permitiram-me transmitir, aos enfermeiros do serviço de Pediatria, cenários, histórias e episódios reais; situações vivenciadas e, por consequência, conhecimentos fundamentados. Esta partilha de experiências e posterior discussão sobre a temática fizeram a equipa de enfermagem refletir e repensar os cuidados que atualmente são prestados a estas clientes e famílias.

2.2.1. Sensibilização da equipa de enfermagem para a importância da intervenção à mãe adolescente

A consciência de apelar à sensibilidade da equipa de enfermagem do serviço de Pediatria surgiu na sequência de um sentimento pessoal de que estas adolescentes, quando internadas com os seus filhos, são perspetivadas simplesmente como “mães”. Enfermeiros há que subvalorizam as necessidades inerentes à adolescência e a uma maternidade precoce. Foi no sentido de partilhar o meu sentimento, de

refletir em equipa sobre ele e, por fim, de efetuar mudanças positivas na melhoria dos cuidados prestados à mãe adolescente que se centrou a minha intervenção.

Foi estimulante provocar discussão e reflexão, na passagem de turno, sobre a forma como a equipa de enfermagem aprecia e cuida destas adolescentes. Embora desses momentos de discussão, nesse espaço transitório, surtisses contributos importantes na abordagem da problemática, senti um alcance trémulo, chegando a uma pequena percentagem de enfermeiros do serviço. Foi perante esta necessidade de expandir a discussão, envolvendo mais tempo para partilha de experiências e pontos de vista, que organizei, durante o meu ensino clínico no serviço de Pediatria, uma ação de formação direcionada à equipa de enfermagem, concedendo à temática a merecida atenção, profundidade e abrangência.

Como estratégia para iniciar a abordagem ao tema, envolvi a equipa de enfermagem na realização de um questionário (apêndice 15). Com este pretendi aferir as suas perceções em relação à temática, bem como aos cuidados de enfermagem que prestam às mães adolescentes. Os resultados do questionário encontram-se descritos no apêndice 16 e foram afixados no serviço de Pediatria após o desfecho da ação de formação. Estes surpreenderam-me de uma forma muito positiva. Na sua maioria, os enfermeiros são sensíveis à temática, adequam frequentemente os seus cuidados quando intervêm com mães adolescentes, consideram a parceria de cuidados centrais na sua intervenção e sentem que a referenciação para os cuidados de saúde primários é essencial para dar continuidade a uma intervenção.

Outra das estratégias aplicadas foi pedir aos enfermeiros que escrevessem, num papel, palavras que definissem a expressão “mãe adolescente”. As palavras foram fotografadas e apresentadas na ação de formação. Esta metodologia foi interessante para perceber o significado do tema para os profissionais inquiridos. De referir que os vocábulos mais repetidos foram “necessidade”, “imaturidade” e “insegurança”, indo ao encontro do que a literatura descreve na análise do tema.

Ao planear a sessão formativa (apêndice 18), apercebi-me da relevância de aprofundar conhecimentos no ensino para adultos. Segundo Merriam (2001), o importante na formação de adultos é explicar o significado dos processos – não propriamente o que sabemos, mas como sabemos e o que é de facto importante. A aprendizagem é feita pela procura da explicação para a experiência e não a

experiência em si. A sessão formativa tinha como objetivo discutir com a equipa de enfermagem do serviço de Pediatria como se desenvolve a intervenção à mãe adolescente que vivencia diferentes transições em simultâneo.

Como estratégia formativa, elaborei um vídeo com testemunhos gravados por mães adolescentes, com relatos na primeira pessoa, em que testemunham a experiência da maternidade e das alterações que a mesma causou nas suas vidas. Relatam, também, os cuidados de enfermagem de que são alvo e as experiências de cuidado que tiveram. Referem a importância das diferentes ajudas que têm nas diferentes transições em que se vêm envolvidas, nomeadamente a família e os recursos existentes na comunidade.

Esta provou ser uma estratégia com resultados positivos. Os participantes demonstraram concentração durante a visualização do filme, tendo os relatos das adolescentes suscitado algumas questões pertinentes que foram posteriormente alvo de discussão. Debateu-se sobre o bem-estar da adolescente *versus* as normas do serviço, a (reiterada) necessidade de encarar estas mães como adolescentes que são e adequar os nossos cuidados a esta etapa de desenvolvimento, a necessidade de proporcionar a continuidade do percurso escolar durante a hospitalização, a importância de lhe proporcionar atividades ajustadas à idade durante o internamento, e a necessidade de intervir com todos os sistemas que envolvem a adolescente e que a ajudam nas diversas transições que experiencia.

Avaliando a sessão formativa, penso que contribuiu para o despertar da apreciação e do cuidado diferenciado, especializado, da mãe adolescente hospitalizada com o seu filho. Esta ação gerou discussão e partilha dos cuidados prestados a estas mães e de como podemos melhorar esses mesmos cuidados. Relativamente à metodologia utilizada, penso ter sido adequada às necessidades sentidas, ao objetivo da formação e aos participantes. Senti que sobreveio, por parte dos enfermeiros, uma satisfação nos contributos que a formação proporcionou.

Relativamente às competências desenvolvidas neste processo de sensibilização da equipa de enfermagem, estas remetem-se às comuns do enfermeiro especialista. A realização da ação formativa facilitou aprendizagens no meu contexto de trabalho, diagnosticando as necessidades formativas; atuando como formadora; concebendo e gerindo um programa formativo; avaliando, por fim, o impacto da formação.

2.2.2. Liderança dos processos de tomada de decisão na área da maternidade na adolescência

Um dos objetivos da minha intervenção à mãe adolescente no serviço de Pediatria é ser identificada pela equipa de enfermagem como elemento de referência na abordagem à temática, assumindo-me como elemento que poderá liderar processos de tomada de decisão.

Quase que naturalmente, esse processo já foi iniciado. Perante a hospitalização de uma mãe adolescente, os colegas interpelam-me frequentemente no sentido de debater o plano de cuidados à adolescente. São normalmente situações de cuidado complexas, pelos múltiplos fatores descritos anteriormente, que requerem a apreciação e intervenção de um enfermeiro perito na área. Embora esse nível de perícia ainda não esteja totalmente apropriado, um longo caminho já foi percorrido, tendo granjeado o reconhecimento por parte da equipa, pela qual já sou identificada como referência.

A autonomia na profissão de enfermagem tem sido uma afirmação ao longo dos tempos. A tomada de decisão é uma componente fundamental para a autonomia profissional do enfermeiro e deve ser baseada nos conhecimentos de enfermagem e não em emoções ou no exercício de tarefas rotineiras. As decisões em enfermagem são, como tal, complexas, não só pelas características únicas de cada cliente ou pelos múltiplos problemas, sinais e sintomas que necessitam ser interpretados, mas também devido a situações de incerteza e ambiguidade com as quais têm de lidar. Um profissional só é autónomo quando consegue decidir e responsabilizar-se sobre as decisões que toma e sobre os resultados que obtém dessas decisões (Ribeiro J. , 2011).

Já o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) considera autónomas as ações realizadas pelos enfermeiros sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade – de acordo com as respetivas qualificações profissionais –, sejam na prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação ou na assessoria, com os contributos na investigação em enfermagem.

A consultoria na área da maternidade na adolescência é um dos objetivos definidos que iniciei lenta e solidamente no serviço de Pediatria. Este é o início de um

percurso que pretende, em parceria com a equipa multidisciplinar, prestar cuidados de qualidade à mãe adolescente, apreciando-a e traçando um plano de cuidados de acordo com a avaliação realizada, envolvendo todos os recursos necessários de suporte. Segundo Jarman (2007), consultoria envolve liderança clínica, com promoção de uma elevada qualidade de cuidados de saúde, inspirando à mudança dos cuidados de saúde prestados. Esta é uma das competências do enfermeiro especialista. Segundo o Royal College of Nursing (2006), o enfermeiro especialista consultor trata de situações complexas que exigem análise, interpretação e uma série de opções.

Assim, com esta finalidade, pude desenvolver competências na tomada de decisão, tornando-me elemento de referência, com uma palavra ativa nos processos que envolvem estas adolescentes. A equipa de enfermagem tem de ser encarada como elemento chave, pela sua posição privilegiada no sistema de saúde, na apreciação da mãe adolescente, avaliando todos os sistemas que a envolvem, identificando a forma como a adolescente está a experienciar as várias transições que está a viver precocemente. Só perante esta avaliação, análise e fundamentação, o enfermeiro poderá ter uma voz ativa no processo de tomada de decisão, sem nunca esquecer que este deverá envolver a equipa multidisciplinar se assim se justificar.

Todo este processo permitiu-me, também, aprofundar conhecimentos no que diz respeito ao regulamento da Ordem dos Enfermeiros que sustenta e norteia a prática, suportando a decisão clínica em princípios, valores e normas deontológicas.

Uma competência à qual se deu arranque e que ainda está em contínuo desenvolvimento prende-se com a gerência e a liderança de forma efetiva na intervenção à mãe adolescente, otimizando a resposta da equipa de enfermagem, bem como articular os cuidados com a equipa multidisciplinar.

2.2.3. Elaboração de proposta de referenciação de e para a comunidade, a implementar no serviço de Pediatria, de forma a manter a continuidade de cuidados à mãe adolescente

Aquando da hospitalização da mãe adolescente com o seu filho, inicia-se um trabalho complexo, mas gratificante e desafiante para o enfermeiro que cuida desta díade. Contudo, este trabalho de apreciação e posterior intervenção à mãe adolescente não pode esgotar-se no período de internamento. As transições que esta vivencia também não terminam no momento da alta, sendo assim um processo contínuo. Por mais bem conseguida que seja a intervenção que se inicie no momento da hospitalização, esta deve ser mantida no regresso da adolescente à comunidade, com o envolvimento da família, cuidados de saúde primários e recursos de apoio a mães adolescentes existentes na comunidade. Esta continuidade do plano de cuidados permite à adolescente sentir que o apoio não cessa à saída do hospital, encontrando na comunidade diversos recursos de que poderá usufruir para ultrapassar saudavelmente as suas transições.

Inicialmente, uma das atividades propostas para atingir este objetivo era a elaboração de uma folha de referenciação do serviço de Pediatria para os cuidados de saúde primários. Esta foi, porém, abandonada, dada a implantação desta atividade no âmbito de outro projeto da unidade de coordenação familiar, já anteriormente descrita. Decidi, por isso, socorrer-me dos instrumentos e recursos já implementados por este projeto para dar continuidade ao plano de cuidados traçado e implementado no internamento.

No caso da mãe adolescente, os principais elementos de referenciação prendem-se com o desenvolvimento das competências parentais da adolescente, a monitorização das condições de saúde e segurança da criança/jovem e família, bem como dos recursos mobilizados ou a mobilizar de apoio a estas adolescentes. A referenciação é um meio eficaz de partilha de informação, que poderá ser determinante na continuidade de cuidados à mãe adolescente. Embora a informação seja transmitida aos cuidados de saúde primários no momento da alta, a verdade é que o inverso ainda não é efetuado. As diferentes unidades de saúde terão de fazer um esforço de gestão da informação mais eficaz.

A melhoria do fluxo informacional, que possa sustentar a sequência e sintonia dos cuidados, envereda pela adoção de uma visão assente nas dinâmicas familiares e de avaliação dos processos de transição, que enquadrem as necessidades e atividades da pessoa dependente e de quem exerce o papel de prestador de cuidados (Azevedo & Sousa, 2012). Reforça-se, neste ponto, a partilha bilateral de informação para que a continuidade de cuidados aconteça.

A partilha de informação, com a referenciação para os cuidados de saúde primários, já é uma intervenção comumente realizada pelos enfermeiros do serviço de Pediatria. Contudo, esta referenciação deve alargar-se à família, incluindo-a nos cuidados pós alta, bem como os recursos já existentes na comunidade de apoio à mãe adolescente. Segundo Letourneau, *et al.* (2004), o apoio prestado pela família, profissionais de saúde e comunidade confluem para o acompanhamento da mãe na sua transição para a maternidade, desenvolvendo com sucesso as suas competências parentais.

Trabalhar em parceria com agentes da comunidade no sentido da continuidade dos cuidados e da melhoria da acessibilidade da criança/jovem e família aos cuidados de saúde permitiu-me desenvolver competências de enfermeira especialista. Estabelecer e manter as redes de recursos comunitários de suporte à criança/jovem e família utilizando a informação como uma mais-valia para a continuidade de cuidados foi um fator essencial para um cuidado qualitativo superior da mãe adolescente.

3. OUTRAS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS DO ÂMBITO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Ao longo deste relatório, fui explicitando e refletindo sobre as competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem inseridas no meu projeto. Porém, há um rol de competências regulamentadas pela Ordem dos Enfermeiros, das quais já existe uma apropriação no seguimento do currículo profissional e académico que tenho construído ao longo dos anos de experiência. Farei, neste capítulo, uma análise às competências não explicitadas anteriormente, e cujo processo de desenvolvimento já foi iniciado.

Os profissionais de saúde são atores no transcurso de mudança e os contextos são um imperativo no desenvolvimento de competências. Os saberes mobilizam no enfermeiro competências cognitivas (raciocínio lógico e resolução de problemas), competências afetivas (arte de cuidar) e competências éticas e reflexivas (conhecimento de si e transferência para outras situações) (Serrano, Costa, & Costa, 2011).

Diagnosticar precocemente e intervir em doenças comuns e nas situações de risco, que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança e jovem, são duas das competências que desenvolvo continuamente no serviço de Pediatria. Todos os dias, cuido de crianças/jovens e famílias envolvidas num processo de doença que compreende a hospitalização. É, ao cuidar destes clientes, que me desafio constantemente a aumentar os meus conhecimentos científicos, profissionais e pessoais, de forma a cuidar cada vez mais e melhor daqueles que estão hospitalizados. O cuidar de enfermagem num processo de hospitalização é árduo e exige ao enfermeiro algumas características como a perspicácia, empatia, tranquilidade e respeito pela individualidade do cliente. A apropriação e aplicação da filosofia dos cuidados de enfermagem pediátricos é uma ferramenta diária essencial no cuidar especializado e de qualidade.

Perante a hospitalização de um filho, a família vivencia uma situação de stresse, vendo-se obrigada a modificar a sua rotina. A adaptação familiar à nova situação implica ter de desenvolver novas competências e saber gerir as necessidades que entretanto surgirão. Ao enfermeiro cabe avaliar o funcionamento de todo o sistema

familiar e a saúde individual de todos os seus membros. Assim, poderá intervir no sentido de ajudar a manter o nível mais elevado de bem-estar da família. Em condição de fragilidade, a família precisa de ajuda externa para se proteger de uma mudança não planeada (Mendes & Martins, 2012).

Outra das situações relativamente comuns no serviço de Pediatria é a hospitalização de crianças e jovens em situação de risco, vítimas de abuso, negligência e maus tratos. Cuidar de crianças em situação extrema de vulnerabilidade implica avaliar o seu estado de saúde física e mental, estabelecer ligação para a expressão de sentimentos, perceber os contextos envolventes e tentar diminuir o sofrimento presente – ações que me permitem desenvolver competências nesta área.

O facto de existir um núcleo de maus-tratos, em ambiente hospitalar, é importante para que, perante uma situação de grande complexidade, a criança/jovem e família possam ser alvo de uma intervenção especializada e atempada. Elas deverão ser socorridas por uma equipa multidisciplinar, apta a conduzir estes processos da melhor maneira possível e partilhando responsabilidades na tomada de decisão. A formação nesta área – frequente no serviço de Pediatria – tem contribuído para a sensibilização de toda a equipa multidisciplinar na intervenção em situações de risco, permitindo também aprofundar conhecimentos de grande utilidade nos cuidados diários que prestamos à criança/jovem e família.

O cuidar da criança/jovem e família, em situações de especial complexidade, é uma competência em constante desenvolvimento, com contributos inequívocos da evidência científica, bem como dos contextos de aprendizagem que experienciei.

Durante a minha permanência no SUP, não surgiram casos de emergência na criança e jovem com instabilidade das funções vitais e risco de morte em que pudesse intervir. Contudo, a minha experiência profissional de cinco anos num serviço de urgência geral de adultos teve um manifesto contributo nas minhas capacidades deliberativas e de identificação de situações críticas, bem como na atuação de enfermagem perante as mesmas. Gerir o stresse; adotar um comportamento calmo, transmitindo confiança; antecipar cuidados e atuar perante as necessidades são aptidões já desenvolvidas na minha intervenção ao cliente em estado crítico. Faço igualmente parte do grupo de reanimação do serviço de Pediatria e constam, também, no meu currículo formativo, diversos cursos de

urgência e emergência hospitalar, nomeadamente uma pós-graduação que me permite analisar e identificar como perita nesta área.

Relativamente à gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, com otimização das respostas, este é um tema para o qual toda a equipa de enfermagem do departamento da criança e jovem me parece já estar sensibilizada, embora nem sempre se concretizem as melhores práticas.

O contexto pelo qual passei que menos aplica os conhecimentos e habilidades de gestão das medidas farmacológicas e não farmacológicas de controlo da dor foi o SUP. Talvez pela situação de urgência, os cuidados de controlo da dor são muito descurados, nomeadamente na preparação da criança/família para procedimentos dolorosos. A execução de pequenas medidas como a sacarose, colocação de emla® (anestésico), ou mesmo o conforto ao colo dos pais seriam o suficiente para atenuar a dor e desconforto perante um procedimento doloroso. Medidas atraumáticas são muito pouco aplicadas neste contexto. Existe, sim, uma preocupação acrescida em desenvolver atividades de enfermagem tecnicistas o mais rapidamente possível, relegando outros aspetos não menos importantes. Esta experiência fez-me refletir sobre a influência das intervenções que fazemos diariamente. Até que ponto a escassez de tempo nos leva a prestar cuidados sem qualidade? Acredito que, mesmo em situações em que o tempo para intervir na criança/jovem e família seja diminuto, a filosofia do cuidar pediátrico pode estar presente em pequenos atos, minimizando o impacto dos procedimentos dolorosos.

Em contrapartida, a UCIN foi exemplar na utilização das medidas não farmacológicas e farmacológicas de controlo da dor. O uso de sacarose, a sucção não nutritiva com a chucha, a contenção e o conforto da presença dos pais são medidas frequentemente utilizadas perante um procedimento doloroso, com resultados positivos visíveis tanto para o RN como para a família. Existe uma preocupação notória em manter o melhor bem-estar possível ao RN e sua família, minimizando o desconforto atizado por qualquer ação dentro da unidade, ou mesmo quando existe a necessidade de efetuar um procedimento doloroso.

Para a enfermagem, a avaliação da dor em crianças é um fator relevante na assistência, visto que cabe a estes profissionais a tomada de decisão sobre medidas de alívio da dor e do desconforto do cliente. A equipa de enfermagem possui, assim,

instrumentos capazes de melhorar a assistência prestada ao cliente pediátrico durante a sua hospitalização, podendo inclusivamente exercer influências positivas nesta fase de vida da criança (Melo & Pettengill, 2010).

No serviço de Pediatria, esta temática tem ainda um longo caminho a percorrer no que diz respeito à avaliação da dor e na implementação de medidas farmacológicas e não farmacológicas de controlo da dor. Apesar de os enfermeiros estarem sensibilizados, a aplicabilidade dos conhecimentos e competências adquiridos é, muitas vezes, esquecida e não praticada nos cuidados prestados diariamente. Cabe-me, como futura enfermeira especialista, em colaboração com outros especialistas, desenvolver cuidados de qualidade à criança/jovem e família, nomeadamente na avaliação e controlo da dor e do desconforto durante a hospitalização. Motivar a equipa para estes cuidados de qualidade, transmutar as suas práticas em prol do bem-estar da criança/jovem e família, é um objetivo desafiante com que sou confrontada diariamente no percurso que iniciei.

Relativamente à competência do enfermeiro especialista na resposta dada às doenças raras, esta não foi desenvolvida em contexto de estágio uma vez que não surgiram casos específicos desta área de cuidados em que pudesse intervir. Contudo, esta é uma realidade bastante presente no meu contexto de trabalho, onde frequentemente cuido de crianças/jovens e famílias portadoras de doenças raras. Estas crianças são alvo de internamentos frequentes pelas necessidades inerentes à doença. É no contacto com estas situações que procuro adir e avolumar as minhas competências científicas e humanas no cuidado a estas crianças/jovens e famílias. Frequentemente se impõe, de igual modo, uma reflexão sobre o tipo de cuidados que a equipa de enfermagem presta nestas situações específicas e de grande complexidade, emergindo questões sobre como atenuar o impacto da doença e da hospitalização nesta família.

É importante que exista uma verdadeira parceria de cuidados, com intervenções de enfermagem individualizadas de qualidade para que as várias transições que a família está a vivenciar se experienciem da forma mais saudável e tranquila possível. Acredito que o apoio por parte da família, profissionais de saúde e comunidade seja, nestas circunstâncias, um mecanismo substancial no alcance do bem-estar e equilíbrio deste novo processo.

A realidade de doenças raras está frequentemente associada ao estado de cronicidade. Uma das competências que o enfermeiro especialista deve adquirir é a de promoção e adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica e deficiência/incapacidade. A adaptação é uma etapa muito complexa, penosa e delicada para a família quando confrontada com o diagnóstico, bem como na gestão de todo o processo que envolve o amoldamento à doença.

O serviço de Pediatria é rico neste tipo de experiências, onde frequentemente estão hospitalizados crianças/jovens e famílias com doença crónica. A hospitalização pode ser vivida em dois momentos distintos: no diagnóstico da doença e no processo de doença que requer hospitalização, inerente, ou não, à sua patologia. Ambas são fases que demandam um grande acompanhamento por parte do enfermeiro, sendo as intervenções distintas pelas necessidades associadas a cada momento específico. Contudo, na minha opinião, a situação que oferece ao enfermeiro especialista um maior desafio é a primeira experiência de hospitalização, onde, muitas vezes, a criança/jovem e família são confrontadas com o diagnóstico.

O exemplo mais frequente é a hospitalização de crianças e jovens com diagnóstico de diabetes tipo 1. O enfermeiro é, nesta fase, a alavanca no apoio à criança/jovem e família na aceitação da doença, na adaptação e na capacitação dos mesmos para lidar com o problema. O trilho é sinuoso, mas a intervenção do enfermeiro, em parceria com a equipa multidisciplinar, pode tornar essa sentença numa liberdade condicionada por regras que amenizarão o fardo. A complexidade emocional e prática do quotidiano de doença crónica de uma criança e de um adolescente requer, no entender de Vieira e Lima (2002), o empenho dos profissionais de saúde em conhecer essas demandas e em incorporá-las no plano de cuidados, visando uma intervenção efetiva para a promoção do crescimento e desenvolvimento.

A criança, adolescente e família deverão estar harmonizados no sentido da adoção de estratégias de *coping* e de adaptação, adequando o suporte familiar e comunitário, promovendo igualmente estratégias promotoras de esperança. Este é mais um exemplo de como a partilha de informação – com referência para os cuidados de saúde primários –, administrada num esquema de cuidados perenes por parte da comunidade, preenche o cerne do apoio a estas crianças/jovens e família.

No que diz respeito às competências comuns inerentes ao enfermeiro especialista, farei, seguidamente, uma análise sucinta da aquisição e desenvolvimento das mesmas ao longo do meu percurso. Consciente de que se trata de um caminho propedêutico, a gestação e progressão de competências desenharam, ao longo deste período, e em parte, a forma como vejo a enfermagem hoje, refletindo-se nos cuidados que presto.

O domínio da responsabilidade profissional, ética e legal foi adquirido e solidificado, aliando os conhecimentos desenvolvidos ao longo das disciplinas frequentadas durante o curso de mestrado, juntamente com as situações específicas vivenciadas na prática. Desenvolver uma prática baseada nos princípios éticos, respeitando os direitos humanos e as responsabilidades profissionais, nutre um sentimento diário de provação na minha intervenção. Por vezes, resulta em alguns pequenos dilemas éticos. A reflexão é o mecanismo privilegiado na solvência de impasses e problemas – para a qual o REPE, a discussão em equipa e o recurso a profissionais peritos nesta área poderão combinar-se de forma competente.

No domínio da melhoria contínua da qualidade, o enfermeiro especialista operacionaliza e dinamiza políticas que visem cuidados especializados e de qualidade, sem descuidar o ambiente terapêutico e seguro para os seus clientes. Esta competência teve uma evolução recente, instigada pelo convite em participar numa conferência de partilha de boas práticas, onde o serviço de Pediatria – representado por mim e uma colega – desenvolveu a temática dos cuidados culturalmente competentes. Este desafio de exposição e debate participativo veio enfatizar a tomada de consciência do préstimo dos cuidados de enfermagem em afirmar-se institucionalmente.

Avaliar a qualidade de cuidados, que na minha instituição é feita por meio de um grupo de trabalho que efetua auditorias periódicas aos diferentes serviços hospitalares, bem como planear programas de melhoria contínua são essenciais ao enfermeiro que pretende tornar-se especialista.

O desenvolvimento das aprendizagens profissionais, por seu turno, deveria ser amplamente trabalhado por parte de todos os enfermeiros especialistas, uma vez que assoma a exigência de uma prestação de cuidados cada vez mais

especializados e de qualidade, baseados na *praxis* clínica e em sólidos e válidos padrões de conhecimento.

Na minha opinião, o trajeto inicia-se pela consciência que tenho de mim enquanto pessoa e enquanto enfermeira porque só com esta maturidade conseguirei identificar, planejar, implementar e avaliar intervenções à criança/jovem e família. Posteriormente é essencial sustentar essas mesmas intervenções na evidência científica. É desta forma que a enfermagem pode afirmar-se enquanto profissão, sabendo o porquê, para quê e por onde.

É também importante que o enfermeiro especialista seja dinamizador de formação no serviço onde presta cuidados. Diagnosticar as necessidades formativas, conceber e gerir programas formativos e favorecer a aprendizagem por meio de intervenções, com o objetivo de desenvolver as habilidades e competências dos enfermeiros, são tarefas obrigatórias para ser reconhecido como agente ativo e de referência nesta área. O enfermeiro especialista não deverá somente ser facilitador dos processos de aprendizagem, mas deve inclusivamente ser um agente ativo no campo de investigação.

As aprendizagens alcançadas e desenvolvidas permitiram-me, assim, iniciar uma escalada que, segundo Benner, me elevará de proficiente a perito. Ainda a mesma autora (2001) assevera que o enfermeiro especialista, de acordo com os graus de competência, é considerado um perito. Este distingue-se pela exigência de um domínio clínico incorporado e uma prática baseada na evidência, por um *know-how* assaz assimilado, pela visualização da situação como um todo e pela capacidade de perspetivar o inesperado.

Embora ainda me considere uma enfermeira proficiente, a verdade é que a vereda até perito já foi iniciada, cabendo-me agora a responsabilidade de não abandonar as competências, até então, adquiridas e desenvolvidas e pô-las em prática no cuidado diário ao cliente pediátrico e sua família, às quais está contíguo o ato de aprimorar contínuo.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

No final deste percurso formativo, apraz-me fazer uma análise de todos os contributos absorvidos ao longo deste período, de todas as competências adquiridas e de todos os conhecimentos fermentados. Fazer um balanço do caminho idealizado e esboçado e do percorrido é o atingir da meta que pretendi alcançar.

A resumir, numa palavra, a maior benesse que este relatório me proporcionou, no cumprimento das etapas estabelecidas para a obtenção do estatuto de perito, foi, sem dúvida, *reflexão*. Característica que, na minha opinião, deve ser a fiel e inseparável companheira do enfermeiro especialista. Saber questionar e questionar-se, relacionar, interpretar e propor integram a família de palavras do vocábulo vórtice *refletir*. Este verbo de ação individual (instrospectivo) e coletiva (discussão partilhada) será um coadjuvante na identificação de boas e más práticas, na identificação de necessidades e lacunas nos cuidados, na análise dos cuidados praticados, bem como na análise dos cuidados prestados pelos outros. Refletir implica maturidade para uma consciencialização profunda enquanto pessoa e profissional, tendo como horizonte prestar cuidados de enfermagem qualitativamente elevados e em constante superação.

Segundo o Concelho de Enfermagem de NC Board of Nursing (2004), a prática reflexiva é caracterizada por um processo que visa o desenvolvimento, dirigido para a procura, em situações reais, de oportunidades de aprendizagem. Promove competências contínuas e estabelece objetivos, ou seja, move-se por uma passagem gradativa de noviço a perito (Serrano, *et al.*, 2011).

Múltiplas competências foram adquiridas e desenvolvidas ao longo do projeto, desde a sua conceção (a montante) aos posteriores estágio e relatório (a jusante). Tornar-me Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria é um projeto de vida profissional e humano que se encontra num estado imberbe. Racionalizar as fases ultrapassadas e identificar de forma concreta o aporte sólido que recebi e incorporei permitiram iniciar-me um caminho que leva a perita. O verdadeiro desafio tem como ponto de partida o momento presente, o meu dia-a-dia, a prestação de cuidados à criança/jovem e família, bem como o contacto com a

equipa de enfermagem, equipa multidisciplinar, instituição hospitalar e sistema de saúde.

Cuidar em situações de grande complexidade, assistindo a criança/jovem e família, e prestar cuidados específicos como resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e jovem são agora perspetivados sob uma dimensão diferente, isto é, com base num pensamento reflexivo. Estas ações concretizar-se-ão sob uma atitude vigilante e crítica, com o objetivo major de proporcionar o bem-estar pleno àqueles de quem cuido.

O meu posicionamento interventivo perante o adolescente segue atualmente uma abordagem completamente diferente, que se deve a este histórico de apropriação de informação construído até ao momento. Cuidar da mãe adolescente, identificando e analisando todas as transições que atravessou e atravessa, mobilizando recursos, sentindo que a minha intervenção fez a diferença foi a experiência mais enriquecedora neste percurso.

Não sou mais, sou diferente, e, sem dúvida, melhor. É esta diferença que quero que se sinta, que se vivencie, que se experiencie e que se transmita a todos aqueles que me rodeiam enquanto profissional, às crianças, aos jovens, às famílias, aos enfermeiros e aos outros profissionais de saúde.

Sou uma debutante num caminho que espero não parar de percorrer, o qual vai sendo complementado permanentemente com capacidades e competências adquiridas, rumo a uma enfermagem de qualidade, compreendida, respeitada, reconhecida e valorizada.

Vejo, agora, que a frase de Kurt Lewin tem um sentido amplificado, partindo de uma inevitabilidade concreta: “Não existe nada mais prático do que uma boa teoria”. Cimentar a prática de cuidados que presto diariamente em princípios sólidos, assimilados ao longo deste percurso, foi um processo que marcará fortemente a enfermeira que sou e que pretendo ser.

A estagnação não ajuda a evoluir. Olhar em frente, refletindo sobre o que antecedeu qualquer prática ou estágio atual, de forma a prestar cuidados de enfermagem de qualidade às crianças/jovens e família hospitalizadas no serviço de Pediatria, é o objetivo prioritário que anseio atingir no final deste caminho, bem como no início de muitos outros.

5. PERSPETIVAS FUTURAS

Este relatório não é o fim de um projeto, pelo contrário, é o início de um trabalho que, espero, dê frutos a longo prazo.

Este projeto de intervenção à mãe adolescente tem uma amplitude que não foi totalmente explorada durante o período de estágio. Os objetivos a que me propus foram alcançados com a aquisição de competências pessoais na intervenção à mãe adolescente, bem como ao sensibilizar a equipa de enfermagem do serviço de Pediatria para a temática, de forma a melhorar os cuidados prestados.

Cuidar da mãe adolescente, do seu filho e família implica a intervenção de um conjunto de profissionais que são chamados a colaborar. Os agentes da comunidade e os profissionais de saúde têm, como se comprovou, um papel de enorme importância na vida destas adolescentes. O apoio com que estas mães adolescentes fazem a sua transição para a parentalidade é essencial na construção da pessoa e da mãe que serão no futuro.

Um objetivo a longo prazo, que pretendo não abandonar, é a criação de um grupo de apoio a nível hospitalar, com a intervenção de Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica e Saúde da Criança e do Jovem, com intervenção à adolescente durante a gravidez e maternidade. O pretexto do seguimento da gravidez destas adolescentes ser feito a nível hospitalar e o de uma percentagem considerável delas fazer o seu curso de preparação para a parentalidade na instituição anunciam-se como momentos privilegiados para intervir. As perguntas *como, onde, com que meios e por quem* são ainda questões sem resposta materializada, a necessitarem de trabalho de campo. Contudo, acredito que este é um projeto exequível, e com enorme pertinência e relevância.

Acredito que o meu projeto tem fundamento e que posso/podemos, enquanto enfermeiros, fazer a diferença na vida destas adolescentes. Acredito que o trabalho de intervenção à mãe adolescente tem de ser partilhado com as várias áreas de especialidade e em parceria com os cuidados na comunidade. Acredito que estas adolescentes podem ser felizes com os seus filhos, exercendo competentemente o papel que, precocemente, foram ou não forçadas a desempenhar – o de mãe.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ahmann, E. & Dokken, D. (2012). Implementing patient and family-centered care:Part I: Understanding the challenges. *Pediatric Nursing*, 38(1), 44-47.
- American Academy of Pediatrics. (2003). Family-centered care and pediatrician's role. *Pediatrics*, 112, 691-696.
- Armelin, C., Wallau, R., Sarti, C. & Pereira, S. (2005). A comunicação entre os profissionais de pediatria e a criança hospitalizada. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 15(2), 45-54.
- Azevedo, P. & Sousa, P. (2012). Partilha de informação de enfermagem: dimensões do papel de prestadores de cuidados. *Referência, III Série* (7), 113-122.
- Azevedo, P. & Sousa, P. (2012). Partilha de informação de enfermagem: dimensões do papel do prestador de cuidados. *Enfermagem Referência*, 7, 113-122.
- Batista, M. (2006). Comunicar com o adolescente hospitalizado. *Nursing*, 36-39.
- Bayle, F. (2006). *À volta do nascimento*. Lisboa: Climepsi.
- Bayle, F. & Martinet, S. (2008). *Perturbações da parentalidade*. Lisboa: Climepsi.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito:excelência e poder na prática clínica em enfermagem*. Coimbra: Quarteto.
- Brazelton, T. (2007). *O grande livro da criança*. Lisboa: Editorial Presença.
- Canavarro, M. (2001). *Psicologia da gravidez e da maternidade*. Coimbra: Quarteto.
- Carlos, A., Pires, A., Cabrita, T., Alves, H., Araújo, C. & Bentes, M. (2007). Comportamento Parental de mães adolescentes. *Análise Psicológica*, XXV (2), 183-194.
- Corlett, J. & Twycross, A. (2006). Negotiation of parental roles within family-centred care:a review of the research. *Journal of Clinical Nursing*, 15, 1308-1316.
- Correia, M. (2000). No mar de emoções:ser mãe adolescente. *Sexualidade e Planeamento Familiar*, 27/28, 13-16.
- d'Espiney, L. (2008). Enfermagem-de velhos percursos a novos caminhos. *Revista Sísifo*, 6, 7-20.
- DeVito, J. (2010). How adolescent mother feel about becoming a parent. *Journal of Perinatal Education*, 19(2), 25-34.

- Direcção-Geral da Saúde (2010, Outubro 14). *Programa Nacional de Saúde Escolar*. Disponível em www.dgs.pt
- Direcção-Geral da Saúde (2012, Fevereiro 21). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010*. Disponível em: <http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/capa.html>
- Fernandes, L. (2009). Experiências de mães e pais adolescentes. *Sexualidade e Planeamento Familiar*, 52/53, 11-17.
- Fonseca, H. (2005). *Viver com adolescentes*. Lisboa: Editorial Presença.
- Gaspar, T. & Matos, M. (2008). *Qualidade de vida de crianças e adolescentes- Versão portuguesa dos instrumentos Kidscreen*. Cruz Quebrada: Aventura Social e Saúde.
- Gomes, S. (2006). Maternidade e paternidade responsáveis na adolescência. *Adolescência e Saúde*, 3(3), 11-17.
- Graça, L., Figueiredo, M. & Correia, M. (2011). Contributos da intervenção de enfermagem de cuidados de saúde primários para a transição para a maternidade. *Referência*, 4, 27-35.
- Guedeney, N. & Guedeney, A. (2004). *Vinculação-conceitos e aplicações*. Lisboa: Climepsi.
- Hockenberry, M., Wilson, D. & Winkelstein, M. (2006). *Wong, Fundamentos de Enfermagem Pediátrica* (7ª ed.). São Paulo: Elsevier.
- James, N. (2010). Supporting Parents with a learning disability. *Learning Disability Practice*, 27(37), 12-17.
- Jarman, H. (2007). Consultant nurses as clinical leaders. *Nursing Management*, 14(3), 22-26.
- Johnson, S., Blum, R. & Giedd, J. (2009). Adolescent maturity and the brain: the promise and pitfalls of neuroscience research in adolescent health policy. *Journal of Adolesc Health*, 45(3), 216-221.
- Kearvell, H. & Grant, J. (2008). Getting connected: how nurses can support mother/infant attachment in the neonatal intensive care unit. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 27(37), 75-81.
- Letourneau, N., Stewart, M. & Barnfather, A. (2004). Adolescent mothers: support needs, resources and support-education interventions. *Journal of adolescent health*, 35, 509-525.

- Lopes, M., Catarino, H. & Dixe, M. (2010). Parentalidade positiva e enfermagem: revisão sistemática da literatura. *Referência, III Série* (1), 109-118.
- Machado, M. & Zagonel, I. (2003). O processo de cuidar da adolescente que vivencia a transição para o papel materno. *Cognitare Enfermagem*, 8(2), 27-33.
- Meleis, A. (2007). *Theoretical Nursing: Development & Progress* (4ª ed.). New York: Lippincott-Raven.
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: middle range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Melo, L. & Pettengill, M. (2010). Dor na infância: atualização quanto à avaliação e tratamento. *Sociedade Brasileira de Enfermagem Pediátrica*, 10(2), 97-102.
- Mendes, T., Soares, I., Jongenelen, I. & Martins, C. (2011). Mães adolescentes: Adaptação aos múltiplos papéis e a importância da vinculação. *Psicologia: Reflexão Crítica*, 24(2), 309-317.
- Mendes, M. & Martins, M. (2012). Parceria de cuidados de enfermagem em pediatria: do discurso à ação dos enfermeiros. *Referência, III Série* (6), 113-121.
- Merriam, S. (2001). *The new update on adult learning theory*. Califórnia: Jossey-Bass.
- Ordem dos Enfermeiros (2009, Setembro 19). *Código deontológico do enfermeiro*. Disponível em www.ordemenfermeiros.pt
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria* (Vol. 1). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em www.ordemenfermeiros.pt
- Ordem dos Enfermeiros. (2010, Outubro 20). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Disponível em Ordem dos Enfermeiros: www.ordemenfermeiros.pt
- Ordem dos Enfermeiros. (2011, Outubro). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Disponível em Ordem dos Enfermeiros: www.ordemenfermeiros.pt
- Petronilho, F. (2010). A transição dos membros da família para o exercício parental de cuidadores quando incorporam um membro dependente no auto-cuidado: uma revisão da literatura. *Investigação em Enfermagem*, 21, 43-58.

- Pontes, A., Leitão, I. & Ramos, I. (2008). Comunicação terapêutica em enfermagem: instrumento essencial do cuidado. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 6(3), 323-318.
- Ribeiro, C. & Rosendo, I. (2011). Saúde do Adolescente em Medicina Geral e Familiar. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 184-186.
- Ribeiro, J. (2011). Autonomia profissional dos enfermeiros. *Referência, III Série* (5), 27-36.
- Rios, K., Williams, L. & Aiello, A. (2007). Gravidez na adolescência e impactos no desenvolvimento infantil. *Adolescência e Saúde*, 4(1), 6-11.
- Royal College of Nursing (2006). *Improving continence care for patients-the role of the nurse*. Disponível em <http://www.rcn.org.uk/>
- Serrano, M., Costa, A. & Costa, N. (2011). Cuidar em Enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s). *Referência, III Série* (3), 15-23.
- Serrano, M., Costa, A. & Costa, N. (2011). Cuidar em enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s). *Enfermagem Referência*, 3, 15-23.
- Silva, T. (2007). A gravidez na adolescência sob a perspectiva dos familiares: compartilhando projectos de vida e cuidados. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 14(2), 199-206.
- Simões, C. & Simões, J. (2007). Avaliação inicial de enfermagem segundo a linguagem CIPE segundo as necessidades básicas fundamentais. *Referência, II Série* (4), 10-23.
- Tomey, A. & Alligood, M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra-Modelos e Teorias de Enfermagem* (5ª ed.). Loures: Lusociência.
- Vieira, M. & Lima, R. (2002). Crianças e adolescentes com doença crónica: convivendo com mudanças. *Revista Latina em Enfermagem*, 10(4), 552-560.

APÊNDICES

APÊNDICE I

Taxa de gravidez na adolescência em Portugal e no HFF

APÊNDICE II

Taxa de população imigrante nos concelhos da Amadora e
Sintra

APÊNDICE III

Cronograma de estágio

APÊNDICE IV

Análise reflexiva da 1.^a experiência de estágio

APÊNDICE V

Análise reflexiva da 2.^a experiência de estágio

APÊNDICE VI

Portefólio “Intervenção de enfermagem ao adolescente”

APÊNDICE VII

Guia de observação da mãe adolescente

APÊNDICE VIII

Guião de entrevista semiestruturada à mãe adolescente

APÊNDICE IX

Consentimento informado para a realização das entrevistas

APÊNDICE X

Transcrição e análise de entrevista a uma mãe adolescente

APÊNDICE XI

Guião de avaliação inicial de enfermagem à mãe adolescente
hospitalizada com o seu filho

APÊNDICE XII

Folhetos informativos distribuídos na associação de apoio à
mãe adolescente

APÊNDICE XIII

Guião de intervenção de enfermagem à mãe adolescente
hospitalizada com o seu filho

APÊNDICE XIV

Organograma de intervenção de enfermagem à mãe
adolescente no serviço de Pediatria

APÊNDICE XV

Questionário aplicado aos enfermeiros do serviço de Pediatria

APÊNDICE XVI

Resultados do questionário aplicado aos enfermeiros do
serviço de Pediatria

APÊNDICE XVII

Planeamento da sessão de formação “Maternidade na adolescência: qual o papel do enfermeiro?”