



New Trends in
Qualitative
Research



VOLUMEN 24 | Nº 4

DOI:

<https://doi.org/10.36367/ntqr.20.4.2024.e1112>

Maria Helena Presado

Sandra Monteiro

Data de submissão: Março, 2024

Data de avaliação: Julho, 2024

Data de publicação: Outubro, 2024

AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS PARENTAIS DA GRÁVIDA ADOLESCENTE INSTITUCIONALIZADA

RESUMO

A gravidez na adolescência é considerada um problema de saúde pública, embora a taxa de fecundidade neste grupo etário tenha diminuído, em Portugal no ano de 2022 existiram 6,2 % de grávidas adolescentes. Algumas, sem apoio familiar e numa situação de vulnerabilidade acrescida; residem em instituições de acolhimento, levando a grávida a necessitar de uma intervenção psicossocial para o desenvolvimento de competências pessoais e parentais fundamentais para o desempenho do papel de mãe. O apoio social, é fundamental para proteger a grávida e a criança, prevenir comportamentos de risco e promover o desenvolvimento de competências parentais, facilitando o processo de transição para a parentalidade. O número insuficiente de funcionários das instituições sociais e de saúde, tem um impacto negativo no desenvolvimento das suas competências pessoais, sociais, profissionais ou parentais das grávidas adolescentes. Objetivo: conhecer o processo de aquisição de competências parentais da grávida adolescente institucionalizada. Métodos Estudo exploratório, descritivo de abordagem qualitativa, com recurso a entrevista a sete grávidas adolescentes residentes em três instituições de acolhimento. Resultados: A análise de conteúdo do relato das experiências de vida de 7 participantes revelam, medo e insegurança. Consideram importante o apoio do enfermeiro na gravidez para a aquisição de competências parentais através da integração de programas de preparação para o parto e parentalidade. Revelam falta de apoio no pós-parto. Salientando, o importante o apoio das técnicas da instituição de acolhimento. Conclusões. As grávidas adolescentes necessitam de apoio psicossocial, uma vigilância da gravidez e de um acompanhamento no pós-parto mais adequada às necessidades. É imperioso uma maior articulação e complementaridade entre os serviços de saúde e sociais.

Palavras-Chave

Gravidez na Adolescência; Adolescente institucionalizado; Competências parentais; Transição para a parentalidade.

ACQUISITION OF PARENTING SKILLS FOR INSTITUTIONALIZED PREGNANT ADOLESCENTS

Abstract

Teenage pregnancy is considered a public health problem, although the fertility rate in this age group has decreased, in Portugal in 2022 there were 6.2 % pregnant teenagers. Some, without family support and in a situation of increased vulnerability; reside in shelter institutions, leading pregnant women to require psychosocial intervention to develop personal and parental skills that are fundamental to fulfilling the role of mother. Social support is essential to protect pregnant women and children, prevent risky behavior and promote the development of parental skills, facilitating the transition process to parenthood. The insufficient number of employees in social and health institutions has a negative impact on the development of their personal, social, professional or parental skills among pregnant teenagers. Objective: understand the process of acquiring parental skills among institutionalized pregnant teenagers. Methods Exploratory, descriptive study with a qualitative approach, using interviews with seven pregnant teenagers living in three shelter institutions. Results: The content analysis of the report of the life experiences of 7 participants reveals fear and insecurity. They consider nurses' support during pregnancy to be important for the acquisition of parental skills through the integration of childbirth and parenting preparation programs. They reveal a lack of postpartum support. Emphasizing that the support of techniques from the host institution is important. Conclusions. Pregnant teenagers need psychosocial support, pregnancy monitoring and postpartum follow-up that is more suited to individual needs. Greater coordination and complementarity between health and social services is imperative.

Keywords

Adolescent; Institutionalized; Pregnancy in Adolescence; Parental skills; Transition to parenthood.

1. Introdução

A palavra adolescência deriva do latim “adolescere” que significa crescer. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) a adolescência define-se como o período da vida do indivíduo compreendido entre os 10 e os 19 anos, que se estende da puberdade à maturidade sexual e reprodutiva.

A adolescência é assinalada pela transição para a vida adulta, que se inicia com a puberdade e culmina com a sua independência, na qual se verifica a consolidação da própria identidade, a estruturação da independência psicológica e emocional, a aquisição de direitos e responsabilidades que irá permitir uma maior autonomia e o desempenho de papéis enquanto sujeito individual, profissional, membro de uma sociedade, de uma família (Carmona, 2018).

Este período caracteriza-se pelas mais variadas transformações físicas, psíquicas, afetivas, intelectuais e sociais, as adolescentes não estão fisicamente ou mentalmente preparadas para uma gravidez/maternidade precoce, estando sujeitas a graves consequências sociais, económicas e, essencialmente, para a sua saúde (OMS, 2019; Diabelková et al., 2023).

Em Portugal, grande percentagem das gravidezes, ocorre acidentalmente em adolescentes com pouca escolaridade, vindas de famílias com instabilidade económica e sem acesso à informação (Oliveira, 2017), normalmente, está associada a adolescentes com problemas emocionais, de baixa autoestima, ausência de figuras significativas de vinculação ou que sofreram abusos sexuais (Monteiro & Presado, 2022). No entanto, importa referir que outras são mesmo planeadas, seja por uma questão de anseio da adolescente em tornar-se adulta, seja por questões étnicas/culturais.

Embora se verifique um decréscimo da taxa de fecundidade na adolescência em Portugal na última década (INE, 2023), de acordo com a OMS (2019), a gravidez na adolescência continua a ser um problema global de saúde pública, com uma maior incidência em países em desenvolvimento, caracterizados pela pobreza, baixos níveis de escolaridade e com poucas oportunidades de emprego. Segundo dados revelados pela OMS (2020), cerca de 21 milhões de adolescentes engravida entre os 15 e os 19 anos, e 777 mil fica grávida antes dos 15 anos. Como tal, continua a ser uma questão importante para a OMS, implementar estratégias de prevenção de gravidez na adolescência em todo o mundo (Visacri et al., 2023).

De acordo com dados do Instituto Nacional de Estatística (INE) em Portugal, a taxa de fecundidade tem vindo a diminuir consideravelmente na última década (Tabela 1).

Tabela 1. Taxa anual de fecundidade na adolescência (‰)

Local de residência (NUTS - 2013)		Taxa de fecundidade na adolescência (‰)					
		Anos de referência dos dados					
		2022	2020	2018	2016	2014	2012
Portugal	PT	6,2 ‰	6,7 ‰	7,5 ‰	8,1 ‰	9,3 ‰	12,2 ‰

Fonte: INE, Indicadores demográficos

https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0008275&contexto=bd&selTab=tab2

Dados do último ano registado (2022) mostram que em cada 1000 adolescentes ocorreram 6 nascimentos, valor considerado ainda alto para os dias de hoje, em que a divulgação de informação e o acesso à educação para a saúde sexual se encontram cada vez mais presentes.

No entanto, a aprovação da lei para interrupção voluntária da gravidez em 2007, poderá distorcer a diminuição da taxa que tem sido verificada desde então (Monteiro & Presado, 2022).

A gravidez na adolescência está muitas vezes associada a jovens que vivem em situações desfavorecidas do ponto de vista social e económico, com baixos níveis educacionais, inseridas em famílias disfuncionais e problemáticas (Figueiredo et al., 2006). Muitas vezes, associada à ausência de suporte familiar, estas jovens necessitam de uma intervenção psicossocial que permita o desenvolvimento de competências pessoais, sociais e parentais.

Considera-se que a adolescente grávida está em situação de vulnerabilidade acrescida, embora o conceito de vulnerabilidade seja ainda impreciso Carmo e Guizardi (2018) compreende-se como a pessoa ou grupo social frágil que pode estar em risco ou exposto a potenciais danos e que necessita de ajuda. A inexistência de uma rede de apoio familiar, leva a grávida adolescente a necessitar de uma intervenção psicossocial para o desenvolvimento de competências pessoais e parentais fundamentais para o desempenho do papel de mãe.

A Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo em vigor desde 2001 promove os “direitos e a proteção das crianças e dos jovens em perigo, por forma a garantir o seu bem-estar e desenvolvimento integral”, possibilitando salvaguardar os direitos e proteger estas jovens. Neste sentido, muitas vezes, surge a necessidade de um acompanhamento, levando à necessidade de institucionalização destas grávidas adolescentes. Neste sentido, existe a resposta social Centro de Apoio à Vida (CAV) desenvolvida por Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), criada e regida pelo Decreto-Lei nº 32/2002 de 20 de Dezembro e pela Portaria 446/2004 de 30 de Abril com o intuito de proteger e proporcionar um acompanhamento a mulheres em risco social.

O acolhimento em instituição é uma medida de proteção descrita no artigo 49.º, ponto 1) e 2) do Decreto-Lei n.º 147/99 definido por “O acolhimento residencial tem como finalidade contribuir para a criação de condições que garantam a adequada satisfação de necessidades físicas, psíquicas, emocionais e sociais das crianças e jovens e o efetivo exercício dos seus direitos”.

A relação estabelecida entre jovens e a equipa multidisciplinar das instituições demonstram ter um impacto positivo no desenvolvimento pessoal e social (Patrício et al., 2016), corroborando a ideia de Carvalho (2018) que afirma que o apoio social concedido por redes secundárias, é fundamental para proteger a grávida e a criança nascida, de forma a evitar comportamentos de risco e promover o desenvolvimento de competências parentais, facilitando dessa forma a transição para a parentalidade.

Não obstante, o número insuficiente e a rotatividade de funcionários destas instituições sociais, tem um impacto negativo na intervenção com as grávidas adolescentes e, consequentemente, no desenvolvimento das suas competências pessoais, sociais, profissionais ou parentais.

2. Método

Desenvolvemos um estudo exploratório, descritivo de abordagem qualitativa, com o objetivo de conhecer o processo de aquisição de competências parentais da grávida adolescente institucionalizada, através do relato das suas experiências, ou seja, o modo como interpretam e dão sentido às suas experiências de vida por forma a compreendermos a realidade social das pessoas, grupos e culturas.

A abordagem qualitativa proporciona um entendimento dos fenómenos em estudo no seu contexto (Minayo & Costa, 2018). O fenómeno em estudo ocorre em número diminuto, pelo que, verificámos uma disponibilidade reduzida de grávidas adolescentes que tivessem sido confrontados com a institucionalização. Assim, optou-se por uma «amostragem intencional» (Fontanella, 2021), de grávidas adolescentes entre os 16 e 19 anos, angariadas em três instituições de acolhimento (IPSS) pela vulnerabilidade acrescida presente nestas jovens distribuídas por várias regiões de Portugal Continental e que aceitaram participar no estudo.

Como método de recolha de dados, privilegiou-se a entrevista semidiretiva, para responder à questão “Como a grávida adolescente institucionalizada, vivenciou o processo de aquisição de competências parentais?”, por considerarmos que, esta estratégia de colheita de dados, permite ao entrevistador uma flexibilidade para adequar a linguagem com o decorrer da conversação (Magalhães & Paul, 2021).

Foi elaborado um guião de entrevista, com questões pré-definidas e maioritariamente abertas que visam dar resposta ao objeto de estudo, permitindo ao participante falar abertamente sobre o tema proposto. Com este tipo de entrevista “(...) as perguntas podem ser elaboradas e exploradas em maior detalhe. Permite ao entrevistador alterar a ordem das questões colocadas ou introduzir novas questões.” (Magalhães & Paul, 2021, p.69), dirigindo a entrevista, mas num contexto semelhante ao de uma conversa informal.

Após autorização da Comissão de Ética da ESEL Nº: 865/2022/CE de 03/março/2022, foram contactadas várias IPSS a nível nacional e apenas três deram autorização para convidar as grávidas a participar no estudo.

A interação estabelecida entre o participante e o entrevistador revela-se importante, na medida em que irá facilitar a espontaneidade do participante, possibilitando uma maior abertura para partilhar as suas opiniões, os seus pensamentos e emoções sobre um determinado tema.

Na preparação da entrevista, cada candidata foi informada sobre o estudo e os seus objetivos. A participação na investigação foi livre e voluntária e sem qualquer prejuízo com a decisão de não participar, garantindo o respeito pelos grupos vulneráveis, pela vida privada e pela confidencialidade das informações pessoais. Após esclarecimento de dúvidas relativamente à participação e após ser assegurado a confidencialidade e anonimato, cada participante assinou o consentimento livre e esclarecido (Direção Geral de Saúde, 2015). As entrevistas foram realizadas, face a face, na data, hora e local de preferência das adolescentes de forma a facilitar todo o processo. As entrevistas decorreram entre abril e junho de 2022, cada entrevista durou entre 40 minutos e 1 hora, foram todas gravadas com o seu consentimento, e posteriormente, transcritas para análise.

Participaram sete adolescentes com idades compreendidas entre 16 e 19 anos, sendo que, cinco foram entrevistadas em dois momentos distintos: durante a gravidez e durante o período de puerpério; e duas durante o primeiro mês de vida dos recém-nascidos.

Após a transcrição integral das gravações dos discursos das participantes, procedemos a validação pelos dois investigadores de modo assegurar a tradução fiel do que foi relatado pelos participantes. procedemos à análise de conteúdo proposta por Bardin (2018), em consonância com as três fases distintas: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.

Neste sentido, foi realizada uma “leitura flutuante”, para ter uma ideia geral do conteúdo. Seguida da análise que envolveu a organização sistematizada dos discursos dos participantes em que os dados foram agregados em unidades temáticas proporcionando uma descrição exata das características pertinentes do conteúdo (Bardin, 2018). A constituição de um corpus implicou atender à representatividade, exaustividade, homogeneidade e pertinência.

Para maior proteção dos dados, garantia do anonimato, confidencialidade e do direito à privacidade, os dados foram codificados separadamente no que concerne à caracterização das participantes e da gravação áudio, com a atribuição de um código numérico, garantindo-se que apenas a investigadora tinha acesso aos dados pessoais, a cada entrevista foi atribuído um código: 1ª entrevista (E1), e assim, sucessivamente, enumeradas pela ordem em que foram realizadas (E1-E7).

A organização do conteúdo em categorias, permite condensar a informação pertinente e facilita a interpretação dos dados (Bardin, 2018) A categorização semântica pareceu ser o critério mais adequado, permitindo a simplificação e organização dos dados em bruto, por temas, facilitando deste modo o tratamento de dados. Neste sentido, foram definidas categorias e subcategorias que permitiram o agrupamento de unidades de registo com o mesmo significado, facilitando à posteriori, o tratamento e interpretação dos resultados obtidos.

Segundo Bardin (2018), as categorias e subcategorias podem ser formuladas à priori ou à posteriori, neste caso, optou-se por definir à priori de forma a facilitar a análise, no entanto, verificou-se a necessidade de se ajustar ao longo da exploração do material (Monteiro & Presado, 2022). A codificação foi realizada separadamente por cada investigador e posteriormente validada a versão final de codificação pelo consenso dos dois investigadores recorrendo a um 3º sempre que necessário.

A tabela 2 apresenta as categorias e subcategorias definidas e os respetivos códigos que facilitaram a identificação de unidades de registo correspondentes para posterior análise de dados.

Tabela 2. Categoria e Subcategorias Temáticas.

Categorias	Subcategorias
Transição para a parentalidade	Sentimentos (S)
	Necessidades na gravidez (NG)
Competências parentais	Papel parental (PP)
	Cuidados ao RN (CRN)
	Educação para a saúde (ES)
Confiança materna	Autonomia no papel parental (AP)
	Dificuldades no papel parental (DP)
	Rede de apoio (RA)

3. Resultados e Discussão

Seis participantes são de nacionalidade portuguesa e uma migrante do Gana, maioritariamente têm mais de 18 anos, todas referem ter concluído o 3º ciclo do ensino básico, no entanto, apenas duas continuam a frequentar o ensino secundário, encontrando-se as restantes sem emprego.

No historial de gravidez na adolescência, apenas uma refere não existir gravidez na adolescência no seio familiar. Apenas uma grávida relata ter sido uma gravidez planeada, mas todas tiveram uma gravidez vigiada desde o primeiro trimestre, apenas uma refere ter descoberto tardiamente (28 semanas de gestação). Duas adolescentes revelam já terem recorrido à IVG, antes desta gravidez.

Relativamente aos progenitores, têm idades entre os 16 e os 33 anos, três grávidas referem manter relação com o progenitor e uma alega que é um pai presente embora não mantenha relação.

Na análise dos discursos das 7 participantes, de acordo com as categorias e subcategorias definidas, a apresentação e discussão dos achados será em concordância com as categorias: 1)Transição para a parentalidade; 2)competências parentais e 3) confiança materna.

No que concerne à Transição para a parentalidade, as grávidas demonstraram algum medo e insegurança, conforme expressado: “(...) eu não sei cuidar de uma criança (...) *“Dar banho ao bebé, tenho bué medo.”* (E1); *“o meu medo era amamentar”* (E3); *“(...) medo de magoar por exemplo ou fazer qualquer coisa de errado que o magoe.”* (E5).

As adolescentes, indicam insegurança e falta de preparação, corroborando estudos de Mangeli et al. (2017) ao afirmarem que as mães adolescentes no processo de transição para a maternidade, revelam sentir-se inseguras e pouco confiantes para desempenhar funções como mãe. Aliada à insegurança demonstrada, evidencia-se o negativismo relativo à prestação de cuidados ao RN.

A culpa foi o sentimento evidenciado por uma das participantes, que descreveu *“Sentia-me muito mal por estar grávida (...) encorajaram-me a não sentir triste ou mal por estar grávida. (...) disseram para ser feliz porque já aconteceu. (...) Que tudo ia ficar bem. Foram bons para mim.”* (E2). O apoio e motivação do enfermeiro obstetra (EESMO) foram essenciais para as mães adolescentes ganharem confiança e acreditarem na sua capacidade para cuidar dos seus filhos, (Atkinson & Peden-McAlpine, 2014; Monteiro & Presado, 2022).

As adolescentes que tiveram acompanhamento e vigilância da gravidez relatam: *“(...) a enfermeira que me acompanhou durante a gravidez foi esclarecendo as minhas dúvidas. (...) estive internada 2 dias (...) a minha enfermeira esteve lá comigo, (...) ajudou-me imenso (sorriso).”* (E3) *“Tem sido boa, tem-me acompanhado e também já me puseram naqueles grupos de trabalho de pós-parto, fui à escola de enfermagem (...) foram uns enfermeiros que vieram cá falar sobre as gravidezes e essas coisas e depois fomos lá. E o pai do bebé também foi. (...) Foi abordado o banho... como é que se deve dar... a alimentação hum as mudas de fralda e isso. Também o dar o peito como é que se faz e isso.... aah e também foi como é que.... ao pôr o bebé a dormir...”* (E5); *“Todas as dúvidas que pudesse ter, eles esclareciam-me (...) falámos das posições de amamentação e das posições que devemos pôr o bebé e não pôr.”* (E6).

A preparação adquirida durante o processo gravídico, irá facilitar a experiência de transição. As puérperas que frequentaram o curso de preparação para o parto e parentalidade obtiveram conhecimento que permitiu desenvolver confiança no desempenho do papel materno (Faria, 2016).

A falta de apoio e informação durante a gravidez evidencia-se nos relatos: *“Quando eu ia... aahh.... ao hospital, quando eu ia... eles verificavam tudo e diziam que estava tudo bem. Eles não diziam mais nada (...) para me concentrar em ter o bebê e que tudo ia ficar bem, como eu tenho apoio da instituição, para não pensar muito.”* (E2); *“Antes não me explicaram nada.... eu fui lendo... fui vendo na net.”* (E7); *“(...) a única coisa que me deram foi aquele panfleto que era para dizer quantas peças de roupa.... o que é que era necessário para levar para a maternidade.”* (E4). Os relatos revelam insatisfação por parte de algumas jovens, que se sentiram desamparadas durante a gravidez e que se refletiu após o nascimento dos seus filhos. O que corrobora os estudos que indicam que a falta de comunicação e a pouca disponibilidade dos profissionais de saúde, ocasionaram a insatisfação de grávidas e mães adolescentes (Hunter et al., 2014; Marques et al., 2022).

Relativamente às competências parentais e ao desempenho do papel mãe, a maioria das adolescentes diz não estar preparada: *“Ah eu não estou preparada... elas (enfermeiras) dizem que eu vou estar preparada quando ela nascer. Quando ela nascer vou ter o instinto de mãe (...) eu não sei ver se tem fome, se ele tem xixi, se ele tem cócó, se tem cólicas.. eu sei lá..”* (E1); *“Não, não estava preparada de todo (...) Mas eu dizia sempre: não estou preparada, não estou preparada ... não vou conseguir ter um filho”* (E3); *“Não, não sabia. Nada(...) há uma responsabilidade grande que temos que ter mas eu acho que vou conseguir treinando e também treino com os meninos daqui e tudo.”* (E5)

Por já terem cuidado de crianças no seio familiar, três adolescentes assumem estar preparadas: *“(...) já tinha vivido a gravidez da minha irmã mais nova. Fui eu que cuidei dela. Pronto já estava minimamente preparada nesse aspeto.”* (E4); *“Porque eu já tomei conta dos meus irmãos quando eram pequenos e então eu sempre quis... realmente sempre quis ser mãe, não muito nova, mas sempre quis ser mãe.”* (E6); *“a minha cunhada que tinha uma menina, de vez em quando eu ajudava. Via-a a preparar as coisas.... de vez em quando ela pedia-me ajuda”* (E7)

As adolescentes contam ter passado por um processo de adaptação, após o nascimento do bebê, que não foi fácil. Salientam a ansiedade e falta de confiança presente nos primeiros dias após o parto. Nesta altura, surgiram dúvidas até mesmo nas que manifestavam estar preparadas para ser mãe. Como se pode constatar nas expressões: *“(...) eu estava exausta (...) durante a noite então eu não dormia (...) Estar sempre a acordar para dar de mamar de 3 em 3 horas, na altura tive de dar de 2h30 em 2h30, nos primeiros 15 dias. Foi um bocado difícil.”* (E3); *“Quando o bebê nasceu, sentia-me muito cansada. Meu Deus. (risos)”* (E2) *“Como colocar na cama? E o banho, como fazer? como colocar o creme?”* (E2); *“Se a água está quente, se está fria...se está boa para ele.”* (E1); *“Ensinou-me a usar fraldas porque eu achava que sabia mas era um zero à esquerda...”* (E6), a interação com o profissional de saúde é essencial para o desenvolvimento de estratégias facilitadoras para o processo de transição (Monteiro & Presado, 2022).

A educação para a saúde, incute aquisição de competências para lidar com o processo de transição. As adolescentes referem os ensinamentos do enfermeiro durante a gravidez e no pós parto, elucidando sobre a importância na aquisição de competências para cuidar dos seus filhos: *“Ela explicou sempre tudo... Ela... inclusive ela explicava como é que devia meter o braço, como é que eu ia dar o banho. Tanto que o primeiro banho foi ela que deu lá no hospital (...) Ela disse mesmo, isto agora não é um boneco, agora é o teu filho e vais conseguir... vê e o próximo banho vais ser tu a dar.”* (E3); *“Elas ensinaram-me a usar almofada de amamentação para colocar o (nome do bebê) (...) e que às vezes eu preciso colocar o bebê assim (gesto em direção ao peito) para ele perceber que está perto da mãe (...) ela tinha uma marcação comigo. Veio e fez comigo.”* (E2) (ensinamentos sobre cuidados ao RN); *“(...) levou-nos para uma salinha e explicou como devíamos preparar e dar banho, limpar os olhos e o umbigo”* (E5);

“(...) ajudou-me a dar-lhe leite porque é uma coisa que.... quando nós somos mães, às vezes não sabemos. E ajudou-me a preparar e a explicar-me como é que se dava banho e a pôr o creme de muda de fraldas. Ensinou-me a usar fraldas porque eu achava que sabia mas era um zero à esquerda...” (E6); “Em termos de explicarem como é que se alimentava, como é que o banho e tudo isso ajudou. Ajudou bastante. Senti-me apoiada. Depois qualquer coisa que eu também tivesse estavam logo lá.” (E7).

A relação de confiança e empatia estabelecida favoreceu a partilha de informação essencial para adquirem competências. A comunicação deve ser eficaz de forma a permitir que se estabeleça uma relação de confiança entre o enfermeiro e a adolescente (Atkinson & Peden-McAlpine, 2014; Harisson et al., 2017). É essencial ter capacidade para compreender as necessidades individuais de cada adolescente e adaptar os ensinamentos e acompanhamento.

Também relatam que nos primeiros dias pós-parto, foi inexistente a comunicação e relação de confiança e empatia, causando insatisfação com a prestação de cuidados: *“(...) elas (enfermeiras no hospital) iam dar o banho aos bebés e depois traziam-nos. Quando eu dava leite e ele não bebia, elas levavam-no para o alimentar. Sim, durante três dias não explicaram nada... eles não falavam comigo. Como fazer isso... Não... (triste) (...) então... na primeira semana eu estava... Precisava de alguém para ficar comigo e ensinar-me a lavar o cabelo, a colocar o creme, vestir e colocá-lo a dormir.” (E2).* Mesmo quando pedia ajuda, a jovem relata *“Se ele não bebia o leite, eu chamava-as... elas levavam e davam-lhe leite (...) A enfermeira disse que eu deveria dar leite (fórmula) porque eu não tenho leite. Então elas diziam que eu devia experimentar... no dia seguinte eu comecei a ter leite e elas disseram para lhe dar (mama) mas não me ensinaram.” (E2)*

Apenas sentiu apoio de outras mulheres com quem partilhava o quarto: *“Estávamos 3 no mesmo quarto e a senhora do meu lado explicou-me como fazer, quando recebeu visitas, percebi que ela já tinha tido um bebé. Era uma mulher adulta. Quando ela colocava as fraldas eu via.” (E2).* Outra adolescente relata ter tido apenas apoio do médico de família no pós-parto: *“Quem me ajudava com isso era o médico de família. A enfermeira estava de baixa na altura.” (E6),* deixando estas jovens inseguras e pouco confiantes. Atestando que as adolescentes sentem falta de acolhimento e pouco apoio dos enfermeiros, e que o cuidado se centra em protocolos e procedimentos desadequados, descurando as reais necessidades das grávidas adolescentes (Marques et al., 2022).

Relativamente à confiança materna no pós-parto poucas demonstram segurança e autonomia a cuidar dos seus recém-nascidos nos primeiros dias: *“O banho aqui foi o pai que lhe deu (...) e como já era o segundo filho que o meu namorado tem, disse mesmo... não, vais ter que ser tu. Ele é muito pequenino e eu não consigo.” (E3); “(...) na primeira semana eu não conseguia dar banho ao bebé. Estava com muito medo (...) como colocá-lo a dormir? Como vestir... quando davam banho eu não via... então eu não sabia como fazer.” (E2); “(...) pedia para lhe darem banho porque tinha medo.” (E7); “As maiores dificuldades foi porque foi mais dela conseguir mamar (...)” (E6); “Estava a correr tão bem lá na maternidade e cheguei aqui.... fiquei sem leite. Dei o quê? um mês, nem isso.” (E7).* Os cuidados de higiene e a amamentação são as principais dificuldades relatadas, como tal, é fundamental a intervenção do EESMO para minimizar sentimentos de insegurança, dificuldade e ansiedade características deste período, uma vez que é da sua competência promover e apoiar no aleitamento materno (OE, 2019). Apenas duas adolescentes consideraram sentirem-se seguras sem quaisquer dificuldades: *“(...) na maternidade eu não precisei de ajuda que eu conseguia dar o banho a ela (...) eu não acho que tive dificuldades” (E4); “Eu nunca tive dificuldades a não ser a situação do banho... mas isso depois passou.” (E3).*

Relativamente ao apoio no pós-parto, estas descrevem um apoio inexistente do enfermeiro obstetra “(...) já não tinha apoio da enfermeira (triste) (...) aquela enfermeira acompanhava apenas as grávidas (...) na consulta pós-parto, ela esteve presente. Foi a única vez, depois já não a vi mais.”(E3); “poderiam ajudar com o banho (risos).” (E2); “Sim... gostaria de ter tido apoio em relação à amamentação aos cuidados ao recém-nascido ou ao banho.” (E7), assemelhando-se aos estudos de Marques et al. (2022) que revelam que as adolescentes sentem pouco apoio do enfermeiro no pós-parto.

Neste período, destaca-se o apoio social que encontram nas instituições, uma vez que, o apoio familiar nestes casos é praticamente nulo: “Duas semanas depois do bebé nascer, as técnicas começaram a vir durante o dia para me ajudar com o bebé.” (E2); “Nos primeiros tempos nós somos seguidas, até mesmo para vestir...hmm...cuidar deles (...)” (E7); “Tenho tido ajuda das funcionárias aqui da instituição” (E5), “As funcionárias também já veem e as doutoras, e dizem que eu já estou preparada e que agora tenho é que ter confiança em mim mesma...” (E5). O apoio social concedido nas instituições, para além de evitar comportamentos de risco, protege a grávida e o RN facilitando o processo de transição para a parentalidade (Carvalho, 2018).

Uma das adolescentes faz referência à importância da presença e acompanhamento do enfermeiro no pós-parto: “Eu acho que fazia todo o sentido não só para mim mas para todas as grávidas que estão a ser acompanhadas depois do parto. Porque depois do parto, estamos mais sensíveis, depois não sabemos o que fazer porque é o nosso primeiro filho.... E temos aquela pessoa que nos acompanhou a gravidez toda, pelo menos o primeiro meio ano da criança... acho que devíamos ser acompanhados por eles... sim.” (E3). O EESMO tem competências para intervir junto da adolescente grávida, de modo que esta encontre um ponto de equilíbrio durante o processo de transição que está a vivenciar. (OE, 2019)

As relações sociais estabelecidas entre o jovem e a instituição têm uma grande influência no seu desenvolvimento pessoal, uma relação estabelecida entre a grávida/mãe adolescente e os profissionais institucionais, tem impacto positivo no processo de transição para a parentalidade (Patrício et al., 2016). O recurso a equipas multidisciplinares enriquece e promove a qualidade da aprendizagem das grávidas (DGS, 2015), lançando a importância da integração de um EESMO nas equipas destas instituições.

4. Considerações Finais

Consideramos que este é um estudo preliminar, efetuado com jovens institucionalizadas, com uma vulnerabilidade acrescida, o que não permite uma generalização dos resultados à população adolescente do nosso país.

De um modo geral, estas adolescentes, embora demonstrem algum medo e insegurança, o acompanhamento na gravidez e a preparação para a parentalidade, contribuíram para que se sentissem preparadas para cuidar dos seus filhos, evidenciando-se o contributo positivo para a aquisição de competências parentais. Não obstante, este acompanhamento não foi suficiente para algumas adolescentes.

Após o nascimento, revelam terem passado por um processo de difícil adaptação onde as competências parentais não estavam tão bem consolidadas, o que se refletiu na falta de autonomia para cuidar do recém-nascido.

Descrevem terem tido apoio das técnicas das instituições de acolhimento, revelando um parco acompanhamento dos serviços de saúde. Importa investir na educação para a saúde e acompanhamento destas grávidas adolescentes, para aquisição de competências parentais e uma maior articulação e trabalho conjunto entre as instituições de saúde e sociais.

Este estudo só foi possível através da abordagem qualitativa e pensamos que tem contributos para a investigação qualitativa. Sendo imperioso alargar o estudo.

5. Referências

Atkinson, L. D., & Peden-McAlpine, C. J. (2014). Advancing adolescent maternal development: a grounded theory. *Journal of pediatric nursing*, 29(2), 168–176. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2013.08.005>

Bardin, L. (2018). *Análise de Conteúdo*. Edições 70

Carmo, M. E., & Guizardi, F. L. (2018). O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. *Cadernos de Saude Publica*, 34(3). <https://doi.org/10.1590/0102-311X00101417>

Carmona, A. (2018) *Gravidez na Adolescência na Região de Lisboa: Cultura ou Literacia em Saúde?* Tese de Doutoramento. <http://hdl.handle.net/10400.2/8530>

Carvalho, B. (2018) *Maternidade na adolescência: os desafios de ser mãe em contexto institucional*. [Relatório de Estágio]. Faculdade de Psicologia e de ciências da Educação. Universidade de Coimbra. <https://eg.uc.pt/bitstream/10316/85481/1/RELAT%C3%93RIO%20DE%20EST%C3%81GIO.pdf>

Decreto-Lei n.º 147/99 da Assembleia da República. (1999). *Diário da República: I Série A*, n.º 204/99. <https://data.dre.pt/eli/lei/147/1999/09/01/p/dre/pt/html>

Decreto-Lei n.º 32/2002 da Assembleia da República. (2002). *Diário da República: I Série A*, n.º 294/2002. https://www.igf.gov.pt/leggeraldocs/LEI_032_2002.htm

Diabelková, J., Rimárová, K., Dorko, E., Urdzík, P., Houžvičková, A., & Argalášová, L. (2023). Adolescent Pregnancy Outcomes and Risk Factors. *International journal of environmental research and public health*, 20(5), 4113. <https://doi.org/10.3390/ijerph20054113>

Direção-Geral da Saúde (2015). *Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco*. Lisboa: DGS

Faria, N. (2016). *A Preparação para o Nascimento no desenvolvimento da Confiança Materna nos Cuidados ao Recém-Nascido*. [Relatório de Estágio]. Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/17512/1/Dissertac%C3%A7%C3%A3o_Nat%C3%A9rcia%20Faria_A%20Prepara%C3%A7%C3%A3o%20para%20o%20Nascimento%20no%20desenvolvimento%20da%20Confian%C3%A7a%20Mater.pdf

Figueiredo, B.; Pacheco, A., Costa, R. & Magarinho, R. (2006). Gravidez na adolescência: das circunstâncias de risco às circunstâncias que favorecem a adaptação à gravidez. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(1), 97-125. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33760107>

Fontanella, B.J.B. (2021). Participantes em investigação qualitativa. In Gonçalves, S.P., Gonçalves, J.P., & Marques, C.G., *Manual de Investigação Qualitativa* (pp.25-40). Lisboa: Lidel.

Harrison, M. E., Clarkin, C., Rohde, K., Worth, K., & Fleming, N. (2017). Treat Me But Don't Judge Me: A Qualitative Examination of Health Care Experiences of Pregnant and Parenting Youth. *Journal of pediatric and adolescent gynecology*, 30(2), 209–214. <https://doi.org/10.1016/j.jpag.2016.10.001>

Instituto Nacional de Estatística. (2023). *Taxa de fecundidade na adolescência 2012-2022*. Lisboa, Portugal: INE. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0008275&contexto=bd&selTab=tab2

- Marques, T., Marski, B., Souza, B., Bonelli, M., Fabbro, M., & Wernet, Monika. (2022). Adolescentes grávidas que experienciaram o nascimento prematuro: Percepções acerca do cuidado pré-natal. Escola Anna Nery, 26. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0253>
- Magalhães, J. & Paul, V. (2021). Entrevista. In Gonçalves, S.P., Gonçalves, J.P., & Marques, C.G., Manual de Investigação Qualitativa (pp.63-85). Lisboa: Lidel
- Mangeli, M., Rayyani, M., Cheraghi, M. A., & Tirgari, B. (2017). Exploring the Challenges of Adolescent Mothers From Their Life Experiences in the Transition to Motherhood: A Qualitative Study. Journal of family & reproductive health, 11(3), 165–173. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6045691/>
- Minayo, M.C.S. & Costa, A.P. (2018). Fundamentos teóricos das técnicas de investigação qualitativa. Revista Lusófona de Educação, 40, 139-153
- Monteiro, S. & Presado, H. (2022). O Enfermeiro Obstetra na aquisição de competências parentais da grávida adolescente. [Relatório de Estágio]. Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/44571/1/MESMO_9650_original.pdf
- Oliveira, P. (2017). Maternidade na Adolescência. [Dissertação de doutoramento]. Universidade Católica Portuguesa. [https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/24204/1/Maternidade %20na%20Adolescencia.pdf](https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/24204/1/Maternidade%20na%20Adolescencia.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica. Diário Da República, II Série, nº 85/2019. <https://dre.pt/application/conteudo/122216892>
- Ordem dos Enfermeiros. (2021). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23179/ponto-3_padr%C3%B5esqualidade-dos-cuidados-eesmo.pdf
- Organização Mundial de Saúde (2019). Adolescent pregnancy: Evidence brief. Geneva: World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-RHR-19.15>
- Organização Mundial de Saúde (2023). Adolescent health. Geneva: World Health Organization. https://www.who.int/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1
- Patrício, J., Calheiros, M., & Martins, A. (2016) Self-representation questionnaire for youths in residential care. Children and Youth Services Review. 61. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2016.01.007>
- Visacri, M.; Komoda, D.; Meza, I.; Clavero, M. (2023). Pregnancy in adolescence: a public health issue. In Adolescent Pregnancy Prevention: Educational Strategies and Implementation in Public Health. Inajara Rotta (Ed.). <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/150076/2/629665.pdf>

Maria Helena Presado

Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem,
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Portugal
 <https://orcid.org/0000-0002-6852-7875>
✉ mhpresado@esel.pt

Sandra Monteiro

ULS Amadora-Sintra, Portugal
 <https://orcid.org/0009-0002-5396-0921>
✉ sandra.monteiro@hff.min-saude.pt