



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

“PENSAR A ADOLESCÊNCIA: QUE CUIDADOS DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADOS RESPONDEM ÀS NECESSIDADES DA MULHER GRÁVIDA/PARTURIENTE?”

Iris Ana Bastos Medina

2012



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

ESTÁGIO COM RELATÓRIO

**“PENSAR A ADOLESCÊNCIA: QUE CUIDADOS DE
ENFERMAGEM ESPECIALIZADOS RESPONDEM ÀS
NECESSIDADES DA MULHER GRÁVIDA/
PARTURIENTE?”**

Iris Ana Bastos Medina

Orientador: Prof^a. Madalena Oliveira

2012

A nossa missão é criar um mundo em que todos, especialmente os **adolescentes** gozem os mais altos níveis de saúde e desenvolvimento, onde todos são protegidos, respeitados e acarinhados de forma a viver a vida em todo o seu potencial, assegurando que todas as suas necessidades e direitos são atendidos.

WHO, 2011

Espera-se que o EEESMOG seja detentor de um conjunto de **conhecimentos, capacidades, atitudes e comportamentos** que lhe permitam intervir nas necessidades do grupo alvo, a todos os níveis de prevenção.

OE, 2011

AGRADECIMENTOS

À Prof^a Madalena Oliveira pela orientação, disponibilidade, compreensão e apoio constantes. A sua competência, confiança, capacidade de construção e análise de conhecimento foram determinantes ao longo de todo este percurso.

À Prof^a Paula Mateus pelas orientações e conhecimentos transmitidos.

À Enf.^a ESMO Anabela Lobato, não só pelo ser humano especial que demonstra ser diariamente, mas também pela excelente profissional que, através da orientação prestada, procurou fazer deste ensino clínico uma mais-valia enquanto experiência profissional.

Ao Filipe, pelo amor compreensivo, paciente e atento e pelo incentivo diário, apesar dos inúmeros obstáculos e dificuldades vividas.

A toda a minha família, em especial, à minha Mãe (a melhor do Mundo), à Felicidade e ao António pelo carinho, afecto, compreensão e encorajamento constantes.

À Joana Bruno, amiga, colega e companheira de luta e viagem. Partilhámos tanto e tão intensamente que, sem ti, não seria possível.

Aos amigos, em especial à Ana Pataca, Joana Vilas Boas e Vera Ponte pela amizade, carinho, conselhos pessoais e profissionais, pelos risos mas também pelas lágrimas nos momentos difíceis.

A todos os Profissionais do Bloco de Partos do Hospital D. Estefânia pelo apoio prestado, disponibilidade, simpatia e partilha que enriqueceu a minha experiência e desenvolvimento pessoal e profissional.

A todas as utentes/ famílias que partilharam comigo momentos tão especiais.

Á Dra. Filomena Sousa, responsável pela consulta de adolescentes do HDE e à Técnica Sofia Oliveira da Casa de Santo António.

Á Enf.^a Paula Vicente e a todos os colegas do serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital SAMS.

OBRIGADA A TODOS!

RESUMO

Na unidade curricular “Estágio com Relatório” pretendeu-se desenvolver as competências essenciais do EEESMOG, segundo a OE e o ICM.

Elaborou-se um Projecto assente numa temática de interesse cuja questão de partida foi: “Pensar a adolescência: que cuidados de enfermagem especializados respondem às necessidades de grávidas/parturientes?”. Aprofundaram-se os conceitos de adolescência, sexualidade na adolescência e gravidez e maternidade na adolescência. De modo a aceder à evidência científica nesta temática, realizou-se uma revisão da literatura. As conclusões foram integradas nas actividades realizadas.

O trabalho desenvolvido seguiu a metodologia de trabalho de projecto com o objectivo de sensibilizar o EEESMOG para a temática em questão, perspectivando o desenvolvimento de estratégias para lidar com as grávidas/parturientes adolescentes durante a gravidez, parto e pós-parto. Para a sua persecução, procedeu-se à recolha de dados no bloco de partos e na consulta de grávidas adolescentes do HDE colaborando activamente com a consulta. Pretendeu-se igualmente conhecer uma das instituições de carácter social que apoia grávidas adolescentes e por fim, realizaram-se visitas domiciliárias com o objectivo de promover a saúde e garantir a continuidade de cuidados, e sobre as quais se elaboraram diários de campo.

A curto prazo, pretende-se partilhar os conhecimentos, habilidades e competências adquiridas, promovendo a reflexão e discussão entre os pares.

Palavras – chave: Adolescência, Gravidez e Maternidade na Adolescência; Cuidar a Gravidez Adolescente; Papel do EEESMOG.

ABSTRACT

On the program of study “Estágio com Relatório” was intended to develop the essential skills of the midwife, according to Ordem dos Enfermeiros and International Confederation of Midwives.

Was drawn up a project based on a theme of interest whose initial question was: "Thinking adolescence: With specialized nursing care meets the needs of pregnant women?". The concept of adolescence, adolescent sexuality and pregnancy and teenage motherhood were deepened. In order to access the scientific evidence on this issue, we carried out a literature review. The findings were incorporated into activities.

The work followed the methodology of project work, in order to raise awareness of Midwives, foreseeing the development of strategies for dealing with pregnant women / young mothers during pregnancy, childbirth and postpartum. For the prosecution, we proceeded to the collection of data and actively participate on antenatal appointments with pregnant adolescents in HDE.

It was also intended to meet one of the social institutions that supports pregnant teenagers and finally, home visits were carried out in order to promote health and to ensure continuity of care, and on which were drawn up the field diaries.

In the short term, we intend to share the knowledge, skills and competences acquired, promoting reflection and discussion among peers.

Key - words: Adolescence, Teenage Pregnancy, Teen Pregnancy Care, Midwife's Role

ÍNDICE

INTRODUÇÃO _____	12
1 – PLANO DE TRABALHO _____	16
1.1 – A NOÇÃO DE COMPETÊNCIA COMO FACTOR DE VALORIZAÇÃO PROFISSIONAL _____	16
1.2 - GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA _____	19
1.2.1 – ADOLESCÊNCIA _____	20
1.2.2 – SEXUALIDADE NA ADOLESCÊNCIA _____	26
1.2.3 - GRAVIDEZ E MATERNIDADE NA ADOLESCÊNCIA _____	29
1.3 – PERCURSO METODOLÓGICO _____	32
1.4 – REVISÃO DA LITERATURA _____	33
2 – QUESTÕES ÉTICAS _____	35
3 – RESULTADOS OBTIDOS _____	36
4- LIMITAÇÕES _____	46
5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS/QUESTÕES EMERGENTES _____	48
6 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS _____	52
ANEXOS _____	64
Anexo 1 – Consentimento Informado	
Anexo 2 – Guia orientador para elaboração de diários de campo de visitas domiciliárias	
APÊNDICES _____	69
Apêndice 1 – Projecto de Estágio	
Apêndice 2 – Características e principais resultados da revisão da literatura	
Apêndice 3 – Instituição Casa de Santo António	
Apêndice 4 – Diários de campo das visitas domiciliárias	
Apêndice 5 – Diário de aprendizagem Nº1	

Apêndice 6 – Diário de aprendizagem Nº 2

Apêndice 7 – Diário de Aprendizagem Nº3

Apêndice 8 – Folhetos realizados no âmbito da temática “Sexualidade na adolescência” (centro de atendimento para jovens)

Apêndice 9- Póster e respectivo certificado: “Adolescência e Educação para a Sexualidade” apresentado nas III Jornadas de Saúde Materna da ESEL

Apêndice 10 – Avaliação Formativa e Sumativa EC

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Caracterização dos três períodos da Adolescência	22
TABELA 2 – Metodologia PICOD.....	33
TABELA 3 – Cinco Níveis de Aquisição de Competências	37

LISTA DE ABREVIATURAS / SIGLAS

APF – Associação Portuguesa para o Planeamento Familiar

BP – Bloco de Partos

BJM – British Journal of Midwifery

CMESMO – Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

DR – Diário da República

EC – Ensino Clínico

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

EEESMOG - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecológica

HDE – Hospital D.Estefânia

ICM – International Confederation of Midwives

INE – Instituto Nacional de Estatística

IPPF -International Planned Parenthood Federation

IST – Infecções Sexualmente Transmissíveis

JMWH – Journal of Midwifery & Women's Health

JOGNN – Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing

MAC – Maternidade Alfredo da Costa

NANDA – North American Nursing Diagnosis Association

NWH- Nursing for Women's Health

OE – Ordem dos Enfermeiros

PNS – Plano Nacional de Saúde

RCM – Royal College of Midwives

RN – Recém-Nascido

RL – Revisão da Literatura

SMO – Saúde Materna e Obstetrícia

SSR- Saúde Sexual e Reprodutiva

TP – Trabalho de Parto

UC – Unidade Curricular

VD – Visita Domiciliária

WHO - World Health Organization

JRCM – Journal of the Royal College of Midwives

INTRODUÇÃO

Este relatório surge no âmbito da Unidade Curricular (UC) “Estágio com Relatório”, integrada no 5º Curso de Pós Licenciatura de Especialização/1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (CMESMO), da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL).

O EC (Ensino Clínico) decorreu no Bloco de Partos (BP) do Hospital D. Estefânia (HDE), no período entre 17 Janeiro e 1 de Julho de 2011 e no BP da Maternidade Alfredo da Costa (MAC), de 4 a 12 Julho de 2011. A orientação esteve a cargo da Enf.^a Anabela Lobato (orientadora local), da Prof.^a Paula Mateus (docente orientadora do EC) e da Prof.^a Madalena Oliveira (docente orientadora do projecto e relatório de estágio).

A Enfermagem, como profissão e como ciência, tem vindo a evoluir ao longo da história. Um desenvolvimento progressivo dos conhecimentos técnicos e científicos contribuiu para a clarificação e desenvolvimento dos seus saberes e das suas competências com um fim único - a melhoria da saúde das populações. A evolução do conhecimento nas múltiplas áreas do saber, assim como a crescente incorporação da inovação tecnológica na prática de cuidados de enfermagem impõe necessariamente uma maior especialização e formalização dos saberes profissionais (Alarcão e Rua, 2005).

A formação ao longo da vida é uma importante estratégia de valorização e de actualização dos profissionais, através da partilha de saberes, da discussão e do diálogo interdisciplinar. Segundo Caspar (2007), a formação constitui sobretudo, um caminho, uma viagem interior. “ (...) Formar-se é adquirir, refrescar ou desenvolver saber e saber-fazer, habilidades, capacidades, e desenvolver competências que combinam uma gama de comportamentos e de saberes face a problemas a resolver em situações específicas (...)” (p.93).

O presente relatório surge como resultado de um projecto que visou o desenvolvimento competências especializadas em enfermagem de saúde materna e obstetrícia (SMO), utilizando uma metodologia de projecto¹. A metodologia de projecto é um método centrado na análise e resolução de problemas, que surgem da necessidade de responder a um desejo, de resolver uma necessidade ou de enfrentar um desafio. Esta metodologia contribui de forma a promover uma aprendizagem relevante e útil, uma

¹ Neste relatório não foi utilizado o novo acordo ortográfico.

vez que estabelece ligações com a realidade e desenvolve competências fundamentais para a formação e para o desenvolvimento (Ramos, 2007).

O processo de desenvolvimento psicosexual e de identidade sexual é “uma das principais tarefas desenvolvimentais da adolescência e está associado às mudanças físicas, psicológicas e interpessoais que estão simultaneamente a ocorrer” (Dias, 2009, p.8). As alterações físicas que surgem em resultado do desenvolvimento e da maturação do aparelho reprodutor, vão originar a intensificação dos impulsos sexuais, provocando o aparecimento de novas sensações e emoções que podem traduzir-se em comportamentos sexuais (Dias, 2009). Este processo está ancorado a aspectos culturais. A transmissão de valores culturais engloba crenças relacionados com o género e a sexualidade, construindo uma identidade dentro do contexto sócio-económico (UNESCO, 2009).

As principais causas de morbilidade e mortalidade na adolescência não são as doenças, mas comportamentos de risco que prejudicam a saúde. A World Health Organization (WHO, 2004) e Hockenberry (2006), apontam como principais problemas de saúde específicos da adolescência, a gravidez indesejada, as infecções sexualmente transmissíveis (IST), o consumo de álcool, tabaco e drogas, os acidentes rodoviários e os hábitos alimentares.

A importância da saúde na adolescência foi formalmente reconhecida por várias organizações internacionais nomeadamente na Conferência Internacional do Cairo (1994), onde foi dada uma atenção especial às necessidades e direitos sexuais e reprodutivos dos adolescentes, considerados como um grupo populacional especialmente vulnerável.

A WHO (2007), baseada nos resultados da Cimeira Mundial da Criança (1990) e da Sessão Especial das Nações Unidas sobre a Criança (2002), promoveu a renovação e uma reafirmação do compromisso do mundo para com as crianças. As Nações Unidas em particular, focaram algumas das questões que afectam os direitos dos adolescentes, incluindo o casamento precoce, o acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva (SSR) e o cuidado com as grávidas adolescentes (United Nations, 2005).

A temática da adolescência e, particularmente, da gravidez na adolescência, suscitou o meu interesse/preocupação em ensinamentos clínicos anteriores mas, em especial, no EC-I (Cuidados de Saúde Primários) onde desenvolvi um projecto de intervenção envolvendo a organização e implementação de um centro de atendimento para

adolescentes e jovens². Esse projecto possibilitou-me aprofundar conhecimentos sobre esta problemática, contactando de perto com adolescentes e com o fenómeno da gravidez não planeada³.

Ballone (2007) considera a gravidez precoce, uma das ocorrências mais preocupantes relacionadas com a sexualidade na adolescência, com sérias consequências para a vida dos adolescentes envolvidos.

Portugal é o segundo país da Europa com maior número de gravidez na adolescência, apenas suplantado pelo Reino Unido. Em 2009, segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE), nasceram 4347 crianças, concebidas por mães com idades entre os 12 e os 19 anos.

A maternidade adolescente, surge como um fenómeno social importante que nos implica enquanto profissionais de saúde, pais, educadores e como cidadãos. Fabião (2008, p.24) aponta como um dos obstáculos [“a fragilidade do sistema social e a nossa incapacidade de proporcionar aos jovens desenvolverem o seu percurso de vida de acordo com os valores que a própria sociedade impõe: escolaridade, emprego, segurança, “carreira”].

Segundo a WHO (2011), as necessidades sexuais e reprodutivas dos adolescentes são diferentes dos adultos e são inadequadamente abordadas em todo o Mundo. Em 2007, a mesma organização também referia, que as circunstâncias pessoais e comportamentos das adolescentes grávidas variam muito, e conseqüentemente, são diferentes também as suas necessidades de cuidados de saúde. A falta de informação, significa que os profissionais estão mal preparados para as atender e apoiar correctamente e a dificuldade existente nas comunidades em reconhecer e abordar os assuntos relacionados com a gravidez adolescente complicam ainda mais a situação. A incapacidade de ultrapassar as barreiras anteriormente referidas, ameaça a melhoria da saúde destas jovens mães/famílias e recém-nascidos.

Acente nesta problemática, formulei a seguinte questão de partida que orientou o meu projecto: *“Pensar a adolescência: que cuidados de enfermagem especializados respondem às necessidades da mulher grávida/parturiente?”*

² Projecto de intervenção desenvolvido com vista à criação e implementação de um espaço de atendimento para jovens. Após o diagnóstico da situação, incidiu essencialmente na definição de objectivos, actividades a desenvolver e estabelecimento dos primeiros contactos de parceria (ver Apêndice 8).

³ No período decorrido entre 1 Janeiro 2010 e 18 Outubro 2010, de um total de 199 grávidas em vigilância de saúde materna na Unidade de Cuidados de Saúde de Benfica, 53 correspondem a adolescentes cujas gravidezes não foram planeadas.

O presente relatório tem como objectivos:

- Descrever e analisar as competências desenvolvidas como Enfermeiro Especialista em Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica (EESMOG);
- Reflectir sobre o percurso de aprendizagem;
- Promover a excelência dos cuidados de enfermagem;
- Contribuir para a avaliação da UC - “Estágio com Relatório”⁴

O documento encontra-se estruturado da seguinte forma: o primeiro capítulo engloba o plano de trabalho desenvolvido nomeadamente, o enquadramento teórico sobre a temática em estudo, o percurso metodológico realizado e a revisão da literatura. No segundo capítulo são exploradas as questões éticas e no terceiro capítulo são apresentados e discutidos os resultados obtidos. Por fim, faço referência às limitações deste estudo e teço algumas considerações que suscitam novas questões sobre a temática.

Segundo Schiefer, et al (2006) o relatório possibilita sistematizar, organizar e interpretar, grandes quantidades de informação sob a forma de síntese, transmitindo não só a informação como a sua conversão em conhecimento.

⁴ A apresentação e discussão pública deste relatório, prevê a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia.

1 – PLANO DE TRABALHO

De acordo com OE (2011), as competências do EEESMOG orientam-se para as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas no âmbito da SSR, demonstradas através de um elevado grau de adequação aos cuidados e necessidades de saúde das pessoas e grupos.

1.1 – A NOÇÃO DE COMPETÊNCIA COMO FACTOR DE VALORIZAÇÃO PROFISSIONAL

Segundo Brandão e Guimarães (2001), num mundo competitivo e em constante mudança, o desenvolvimento dos indivíduos no contexto das organizações, está intimamente ligado ao desenvolvimento de competências.

A concepção de competência que hoje se discute no plano curricular afasta-se da visão técnica do *skill*⁵ segmentar. Constitui-se como um sistema de conhecimentos complexo que agrega e articula conhecimento, dispositivos de operacionalização e capacidade mobilizadora (Tardif, 1996).

Trata-se sim, de revitalizar os conhecimentos transformando-os em agentes activos de compreensão, de organização do conhecimento e de acção e orientá-los no sentido de alimentarem eficazmente a construção da competência do aprendente. Uma educação “competencializadora” não dispensa nenhum saber, antes exige mais e mais diversos saberes, acrescidos da sua articulação orientada para a possibilidade de uso (cognitivo, prático, intelectual, ou outros). Estimula o “empowerment” que o conhecimento desejavelmente proporciona – tornando a pessoa mais “capaz de” (Hopkins, 2000; Domenico e Ide, 2005).

De acordo com Roldão (2009), a competência distingue-se pela capacidade que o sujeito manifesta de mobilizar/organizar adequadamente, em situação, a constelação de saberes de vários tipos, predisposições, e capacidade de análise de que dispõe e que a situação requer. A competência não é a aplicação de um saber, a competência é, neste entendimento, um saber em uso, activo e actuante.

A competência resulta de conteúdos de múltiplos saberes afins às diferentes áreas de conhecimento, mas ultrapassa a aquisição desses saberes. Implica a capacidade de questionar a natureza do conhecimento, de mobilizar, transferir, adequar ao contexto

⁵ *Skill* – significa habilidade, competência

singular da prática de cuidados, tendo presente que a competência dos profissionais de enfermagem, isto é, o domínio dos cuidados de enfermagem situa-se verdadeiramente na encruzilhada de um tríptico que tem como ponto de impacto o que diz respeito à pessoa, à sua limitação, ou à sua doença, o que diz respeito aos que a cercam e ao seu meio. Isto impõe a necessidade de reflexão sobre a acção, dada a natureza singular, dinâmica multideterminada e, como tal, imprevisível, o que remete para um quadro de complexidade da acção a exigir soluções diferenciadas caso a caso e situação a situação (Alarcão, 2005).

Para Le Boterf (1999), o operador competente é aquele ao qual é exigido conhecimento (que conheça o que faz), habilidades (que faça correctamente) e tenha atitudes adequadas para desempenhar o seu papel objectivando resultados positivos. É também aquele que consegue mobilizar e colocar em prática, com eficácia, as diferentes funções de um sistema que abrange recursos tão diversos quanto operações de raciocínio, conhecimentos, activações de memória, avaliações, capacidades relacionais ou esquemas comportamentais.

Segundo Martins (2006), a competência profissional do enfermeiro envolve, em si mesmo, três sub-competências fundamentais:

1) a competência cognitiva; 2) a competência técnica e 3) a competência comunicacional. Por sua vez, cada uma destas pode ainda ser desdobrada em micro-competências. Assim, a competência cognitiva implica, entre outros componentes: a identificação das necessidades do cliente; a análise e interpretação da informação recolhida; a planificação das actividades de acordo com as prioridades de cada situação; a justificação das intervenções; a avaliação da evolução de cada situação clínica. Por seu turno, a competência técnica pode sub-dividir-se também em micro-competências: efectuar correctamente os procedimentos respeitando as normas estabelecidas; possuir destreza manual; utilizar o material adequado a cada situação. E o mesmo se pode dizer da competência comunicacional que implica um conjunto de micro-competências, como: saber ouvir; comunicar de forma adequada às características do cliente/família; efectuar ensinamentos oportunos; registar de forma sistematizada a informação; transmitir informações correctas e pertinentes; estabelecer uma relação de ajuda.

Le Boterf (2000), considera que a competência é a capacidade de agir eficazmente num tipo de situação, capacidade de utilizar os conhecimentos e recursos, mas não se

reduzindo a eles. Considerando que o saber, o saber fazer e as aptidões e qualidades são os recursos inerentes ao profissional na construção da sua competência, o conjunto de actividades que uma profissão desenvolve, atribui a força para o reconhecimento da sua capacidade e poder (competência), a sua idoneidade.

De acordo com Perrenoud (2002, p.2), “quando nos preocupamos com as competências, estamos, acima de tudo, a lutar por uma formação profissional, baseada na realidade das práticas”. Contudo, isto também significa ter meios para fazer a profissão evoluir por meio do desenvolvimento de novas competências.

O mesmo autor refere que “(...) uma vez constituída nenhuma competência permanece adquirida por simples inércia” (2000, p.155) e que (...) as competências não são “pedras preciosas que se guarda num cofre, onde permaneceriam intactas, à espera do dia em que se precisasse delas” (2000, p.155). Assim sendo, o uso de competências torna-se mais vivo e mais completo, quando são enriquecidas com estudos, pesquisas, leituras, debates, cursos em que se participa, nos programas que se vê, nas experiências que se partilha, sendo necessário que o enfermeiro participe efectivamente e activamente, como forma de enriquecer o seu conhecimento e permanecer actualizado, continuamente.

Em 2006, a OE definiu quatro eixos prioritários para a investigação em enfermagem: (1) a adequação dos cuidados de enfermagem gerais e especializados às necessidades do cidadão; (2) educação para a saúde na aprendizagem de capacidades; (3) estratégias inovadoras de gestão/liderança e; (4) formação em enfermagem no desenvolvimento de competências.

De acordo com a ESEL (2011), o ciclo de estudos conducente ao grau de Mestre é um processo formativo centrado na aquisição e desenvolvimento de competências, que permita aos estudantes demonstrarem:

- a) Capacidade de análise acerca do desenvolvimento do conhecimento que sustentou e ou sustente a pratica de enfermagem, dominando a linguagem da comunidade científica e sendo capaz de comunicar as suas conclusões, e os processos de pensamento subjacentes, de forma clara;
- b) Compreensão aprofundada do(s) discurso(s) contemporâneo(s) sobre saúde, doença e cuidar/tratar e sua implicação nas políticas de saúde , na organização dos cuidados e na prática dos profissionais de saúde;
- c) Capacidade de análise das dimensões ética, política, histórica, social e económica da prática de enfermagem;

d) Saber aplicar o conhecimento de enfermagem e de outras disciplinas nos diferentes contextos da prática clínica, desenvolvendo projectos que reflectam e questionem práticas e paradigmas existentes a nível da enfermagem e processos de inovação ao nível das práticas de cuidados” (p.4)

Este EC, inserido na UC tem como finalidade a prestação de cuidados de qualidade e excelência consubstanciados nas competências essenciais à prática do EESMOG (OE, 2010; DR, 2011)⁶.

Destas competências, e baseada na metodologia de trabalho de projecto, emergiram os objectivos e o planeamento das actividades que nortearam o meu processo de formação e aprendizagem.

1.2 - GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

Cuidar é, numa perspectiva de saúde, ir ao encontro de outra pessoa acompanhando-a no seu processo de promoção da saúde. Cuidar é portanto, mais do que prestar cuidados, é tal como diz Hesbeen (2000, p. 10) “uma atenção especial que se vai dar a uma pessoa que vive uma situação particular com vista a ajudá-la, a contribuir para o seu bem-estar, a promover a saúde”. Ainda segundo o mesmo autor, “a atenção enquadra-se na perspectiva de prestar ajuda a uma pessoa, logo, de lhe aparecer como um profissional de ajuda, na sua situação singular e utilizando as competências profissionais que caracterizam os actores desta ou daquela profissão” (p.10).

A assistência de enfermagem aos adolescentes apresenta-se como um dos maiores desafios da sociedade moderna. Para a efectividade das intervenções de enfermagem e o alcance dos resultados esperados, necessitamos de conhecer e compreender as peculiaridades desta fase da vida.

Neste relatório, o conceito de adolescência é abordado, mais especificamente, do ponto de vista da sociedade ocidental. Contudo, as crenças, valores e costumes de cada sociedade determinam a forma como a adolescência é perspectivada.

⁶ ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010) – **Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica** aprovado em Assembleia Geral Extraordinária em 20 Novembro 2010

A adolescência não pode ser compreendida sem se ter em conta os aspectos psicológicos, físicos, cognitivos, socioculturais e económicos. A antropologia, a sociologia e a história mostram que o modo como se vive e manifesta a adolescência varia, sendo esta muito influenciada pelo meio sociocultural.

O ser humano é mutável e as suas relações são dinâmicas com o ambiente em que está inserido; as suas crenças, valores e símbolos adaptam-se e transformam-se temporalmente conforme as suas necessidades e desejos, constituindo assim, um contínuo processo de movimento e adaptação. Compreendendo o indivíduo como um ser temporal e a adolescência, como fase da existência humana, esta deve ser compreendida dentro de um determinado contexto sócio-histórico-cultural (Sousa, 2009).

1.2.1 – ADOLESCÊNCIA

A emergência da adolescência, como um período distinto do desenvolvimento humano, tem a sua génese no início do século passado quando, numa sociedade cada vez mais industrializada, os adultos começaram a ter em conta as necessidades, as capacidades fisiológicas e psicológicas específicas deste período de desenvolvimento. Fonte de contestação na sociedade, alvo de juízo de valor no seio da família e geradora de conflito interior no próprio jovem, a adolescência tem sido objecto de inúmeros estudos de filósofos e pedagogos (Guimarães et al, 2007).

Segundo a WHO a adolescência corresponde ao período de vida compreendido entre os 10 e os 19 anos. Existem no Mundo 1.2 mil milhões de adolescentes sendo que uma em cada cinco pessoas é adolescente (WHO, 2004, 2011).

A palavra adolescência vem de uma palavra latina *adulesco*, que significa “crescer”. É uma etapa do desenvolvimento humano, de transição entre a infância e a vida adulta, que contempla o crescimento físico e psíquico e o desenvolvimento psicológico e emocional do indivíduo (Braconnier e Marcelli, 2000; Ramos, Pereira, Rocha, 2001; Outeiral, 2003; Fabião, 2005; Davim et al., 2009; Sousa, 2009).

A adolescência constitui-se como um processo de abertura e de mudanças, de descoberta e de conquista que representarão outros tantos itinerários na vida do futuro adulto; mas é também o tempo da dúvida, do desinteresse e de uma expectativa impaciente, o tempo da esperança e da ilusão, e, por vezes, o da decepção. Fase de

emoções, de afectos, descoberta de si mesmo e do outro, a adolescência marca de forma duradoura o destino de cada um (Braconnier e Marcelli, 2000; Cartana e Ramos, 2005; Fabião, 2005; Matos, 2010).

De acordo com Davim [et al.] (2009), todas essas transformações são tidas como elementares na vida dos indivíduos, levando-se a identificar a adolescência como sendo uma fase crítica, envolvendo momentos de definições de identidade sexual, profissional, de valores e sujeita a crises. Os desafios enfrentados pelo adolescente são considerados próprios do desenvolvimento, incluindo adaptação às mudanças fisiológicas e anatómicas em relação à integração de uma maturidade sexual num modelo especial de comportamento.

Este processo de desenvolvimento ocorre a três níveis: o desenvolvimento cognitivo, a autonomia e a identidade. Estas vias não são paralelas, pelo contrário, entrecruzam-se amplamente o tempo todo. Apesar de haver uma continuidade no processo de desenvolvimento, tanto pode haver avanços como recuos e o percurso em alguns casos é tumultuoso (Fonseca, 2005).

É importante, por isso, percebermos como se caracteriza cada um destes níveis nos três períodos em que, classicamente, se divide a adolescência: o primeiro período, dos 10 aos 13 anos, também denominado de pré-adolescência; o segundo período, dos 13 aos 16 anos, conhecido por período médio da adolescência; e o 3º período, dos 16 aos 19 anos, o período final da adolescência (Fonseca, 2005).

	1º período (10-13 anos)	2º período (13-16 anos)	3º período (16-19 anos)
Auto-imagem	- Focalização nas transformações pubertárias: "Será que sou normal?"	-Preocupação de que o corpo seja atractivo.	- Aceitação do seu próprio corpo.
Independência	-Separação emocional dos pais. - Menor interesse nas actividades em família. - Início de uma identificação mais forte com os pares. - Início de comportamentos de experimentação.	- Pico de conflitos com os pais. - Riscos aumentados para a saúde (álcool, tabaco).	- Reaceitação do suporte parental. - Capacidade de ter em conta as necessidades dos outros. - Capacidade de rejeitar a pressão do grupo. - Desenvolvimento de autonomia social.
Intimidade	- Relacionamento predominantemente com o mesmo sexo.	- Máximo da identificação com o grupo de pares.	- Relacionamento mais íntimo, embora ainda não muito profundo.
Sexual	-Maior necessidade de privacidade. - Desenvolvimento de identidade sexual (orientação sexual).	- Comportamento exploratório. - Grande interesse	- Consolidação da identidade sexual.

		heterossexual pelos pares. - Necessidade de agradar.	
Moral	- Definição de objectivos idealistas. - Dificuldade em controlar impulsos.	-Contestação das regras. - Identificação da lei com a moral. - Aumento da capacidade verbal. - Início da adopção de uma ideologia (religiosa/política).	- Definição de limites. - Maior controlo de impulsos. - Capacidade de fazer compromissos. - Identificação da diferença entre lei e moral. - Maior aceitação ou rejeição de ideologias políticas/religiosas.

Tabela 1 – Caracterização dos três períodos da adolescência (Fonseca, 2005,p.87)

A adolescência corresponde, de facto, a uma etapa de experimentação que é apropriada e socialmente adaptativa, assumindo o comportamento exploratório uma função importante no desenvolvimento do adolescente. O envolvimento deste em actividades de risco é esperado, contudo alguns desses comportamentos envolvem riscos elevados, com implicações ao nível da saúde e bem-estar dos jovens. “Actualmente, verifica-se que as ameaças para a saúde dos adolescentes são na sua maioria consequência de factores ambientais, sociais, psicológicos e comportamentais” (Dias, 2009, p.59).

Ainda segundo a mesma autora, se procurarmos particularizar o conceito de risco na adolescência, são apontadas três interpretações: riscos com consequências imediatas, como a adopção de comportamentos perigosos; riscos com consequências para o período pós adolescência, como a obesidade e; riscos que incluem consequências tanto actuais como remotas, como a passagem imediata ao acto por intolerância sistemática às frustrações.

Uma das transformações significativas neste período, diz respeito ao alcançar da maturidade reprodutiva e sexual: a puberdade. (Sprinthall e Collins, 2008). De acordo com Matos (2010), o impacto imediato da puberdade na auto-imagem e no humor do adolescente pode ser relativamente discreto, mas o timing da maturação física afecta o desenvolvimento social e emocional do jovem de formas importantes. Uma maturidade mais precoce ou tardia tem reflexos diferentes em rapazes e raparigas, estando associada a maturidade mais precoce, a aspectos mais positivos para os rapazes do que para as raparigas.

Com a puberdade, mais precoce ou tardia, surge uma nova etapa na sexualidade dos seres humanos. À medida que a maturidade sexual é conquistada, verifica-se um maior interesse pelo ritual do namoro (Cronnolly et al, 2004) e o início da actividade sexual (Graber et al, 1998). Estes processos fazem parte da sexualidade do adolescente, mas mais uma vez a questão do timing parece uma questão muito importante, nomeadamente no que diz respeito ao início da actividade sexual. Esse timing parece estar associado a questões biológicas (surgimento da puberdade), sociais (por exemplo, as normas dos pares e de outros grupos relevantes, como a família) e psicológicas (como por exemplo, as competências para lidar com estas mudanças e acontecimentos (Cartana e Ramos, 2005; Matos, 2010).

O indivíduo adolescente pode perceber nesse período a premente possibilidade de perda da sua condição de criança, pois a partir de então, necessita de estabelecer uma nova forma de se relacionar com o mundo. Como as modificações psicológicas e biológicas ocorrem concomitantemente, é necessário que seja elaborado um trabalho penoso de luto pelo indivíduo. Esse trabalho de luto deverá compreender a perda do corpo e da identidade de criança, que necessitará de ser substituída por uma ideologia que permita a adaptação do adolescente ao mundo (Campos, 2006; Sousa, 2009).

O adolescente vai-se tornando adulto no aspecto sexual e intelectual, continuando, no entanto, ainda criança no aspecto social e afectivo. Continua criança socialmente, pois continua a ser menor e dependente; permanece-o afectivamente na medida em que é ainda incapaz de se desligar de laços anteriores (Fabião, 2005).

“Os caracteres fisiológicos que surgem na adolescência são imbuídos de diversos significados atribuídos pelos adultos e pela sociedade e que se modificam conforme o contexto histórico” (Ozella, 2002, p.21). Apesar dos padrões de beleza se modificarem ao longo do tempo, a busca pela identificação com o corpo considerado esteticamente perfeito, poderá trazer sofrimento aos adolescentes. A representação que o corpo toma numa sociedade que tanto valoriza a imagem e a beleza é significativa e, o adolescente, encontrando-se numa fase intermédia entre a infância e vida adulta, vivencia uma situação de conflito com sua nova imagem ainda distante do corpo adulto idealizado e do corpo infantil perdido (Sousa, 2009).

A crise vivida pelo adolescente pode ainda ser compreendida como um “período de tomada consciente de decisões relacionado com a formação de identidade” (Papalia et al, 2006, p. 479). Uma das vivências mais importantes e de conflito interior parece ser a

busca de identidade. A identidade pode ser entendida como “uma representação simbólica que a pessoa faz de si própria e que se forma pela crença das diferenças e se constrói numa dimensão interpessoal” (Duarte, 2007, p.24). A construção da identidade é permeada por um complexo de subjectividades individuais e colectivas que colaboram na formação de elos constitutivos de uma nova visão de mundo a partir das experiências vividas e dos conhecimentos absorvidos. (Lowdermilk e Perry, 2008; Sousa, 2009)

A consciência da identidade, do auto-conceito, das representações de si mesmo e, por conseguinte, das atitudes, comportamentos, escala de valores e sentido de vida estão em estreita relação com a subjectividade humana (Duarte, 2007; Sousa, 2009).

Também Fabião (2005), Ventura e Corrêa (2006) e Sousa (2009) referem ser esta uma etapa na qual há a possibilidade de se identificar padrões de género, de sexualidade e reprodução a partir de representações e discursos sociais que retratem pensamentos e comportamentos de gerações passadas.

Ainda de acordo com Fabião (2005), apresenta-se igualmente como um período de fragilidade psicoactiva, caracterizado por enormes flutuações, mas também de grande plasticidade, em que a acção do meio é muito importante, no sentido de encorajar ou impedir o processo maturativo normal.

A crise de desenvolvimento torna-se preocupante quando não existe da parte dos adultos a estabilidade psicológica e social que permita compreender a fase da adolescência. Em determinada altura, o adolescente tem necessidade de se distanciar dos pais, o que pode ser interpretado por estes como desinteresse afectivo. Este afastamento transitório e normal no ciclo vital, pode originar uma situação que pode ser trágica, (a qual se deve evitar a todo o custo) – a ruptura da comunicação pais-filhos (Strech, 2002; Fabião, 2005).

Durante a fase da adolescência, o corpo sofre não só um conjunto de alterações biológicas representadas pela adopção/aquisição dos caracteres sexuais secundários, mas também “ alterações qualitativas e quantitativas relativas ao pensamento formal, formação do pensamento hipotético-dedutivo e ao alargamento das perspectivas temporais” (Mendes, 1998, p.24).

Também a vida social sofre modificações que passam pela “... dupla tarefa de emancipação da tutela parental e adopção de novas relações de grupo, e a representação de si mesmo (construção da identidade) passando a relacionar se com

uma nova subjectividade, consequência destas transformações sexuais, cognitivas e sociais” (Aries, 1988 citado por Mendes, 1998, p.24).

Para, Dynell (2003) a adolescência não pode ser entendida como um tempo que termina, como a fase da crise ou de trânsito entre a infância e a vida adulta. Mas como o momento do início da juventude, um momento cujo núcleo central é constituído de mudanças do corpo, dos afectos, das referências sociais e relacionais. Um momento no qual se vive de forma mais intensa um conjunto de transformações que estarão presentes, de algum modo, ao longo da vida.

A ambivalência da adolescência relaciona-se com as transformações globais que ocorrem no indivíduo e que tornam este nível etário de difícil compreensão: pelos outros e pelos próprios. Coabitam, nesta fase, desejos ambivalentes de crescer e de regressir, de se sentir ainda criança e já adulto, de autonomia e de dependência, de ligação ao passado e de vontade de se projectar no futuro.

O actual período de escolaridade, na sociedade ocidental, prolongou-se no tempo, o que torna o adolescente familiar e socialmente dependente; contudo, são-lhe exigidas, ao mesmo tempo, autonomia e responsabilidade. Esta situação reflecte-se em expressões que são contraditórias e paradoxais. O mesmo adulto pode dizer ao mesmo adolescente: já não és criança, tens idade para ser responsável; ainda não tens idade para saberes o que queres. E o adolescente reconhece e sente bem esta ambivalência. A fragilidade sentida pode estimular surtos regressivos, alienações, comportamentos anti-sociais e dificuldades. Para muitos autores, o mal-estar sentido pelos jovens, na sociedade actual, tem a ver com a indefinição do seu estatuto social. No entanto, a adolescência não é obrigatoriamente uma fase perturbada, até porque grande parte dos problemas são ultrapassados na passagem para jovem adulto (Sprinthall e Collins, 2008).

Contudo, cada adolescente é único na forma como realiza o seu desenvolvimento, pois é influenciado pela família, sociedade, grupo de pares, cultura, religião e condições sócio-económicas (Fabião, 2005; Davim et al, 2009).

Depreende-se da abordagem sobre o tema que a adolescência está caracterizada por um período de vulnerabilidade física, psicológica e social, que sofre influências da sua cultura e sub-cultura, da família e dos companheiros, com complexas mudanças para o desenvolvimento do ser humano, constituindo um dos grupos mais sensíveis aos graves problemas na actualidade. A WHO (2004) aponta como principais problemas de

saúde específicos da adolescência a gravidez indesejada, as IST, o consumo de álcool, tabaco e drogas, os acidentes rodoviários e os hábitos alimentares.

Por este ser um período vulnerável, a experiência do adolescente vai exigir da família, dos profissionais de saúde e de educação uma atenção especial para esse adolescente, com vista a um atendimento eficiente, ajudando-o a lidar com situações e problemas que possam provocar danos e pôr em causa a sua saúde.

1.2.2 – SEXUALIDADE NA ADOLESCÊNCIA

A compreensão da sexualidade na adolescência é imprescindível para o estudo e análise de alguns fenómenos, nomeadamente a gravidez na adolescência (Matos, 2010).

Como grandeza humana eminentemente relacional e íntima, a sexualidade, tem uma vertente emocional que constitui o elemento central na formação da identidade global, do auto-conceito, da auto-estima e do bem-estar físico e emocional dos indivíduos. De acordo com Sprinthall e Collins (2008, p.405), “engloba as emoções, os comportamentos e as atitudes que estão associadas não apenas ao ser capaz de procriar, mas também aos padrões sociais e pessoais que acompanham as relações físicas íntimas, durante a vida do indivíduo”.

Segundo Brás e Azeredo (2009), a sexualidade é uma das características humanas que o processo de socialização tornou mais plástica, podendo considerar-se, que tudo o que somos, pensamos, desejamos, fantasiemos e fazemos no domínio sexual é fruto de um processo contínuo de reflexões, interações e aprendizagens, que se opera em todos os círculos de vida, nas relações entre pares, contextos sociais e no seio familiar. A sexualidade tem um papel fulcral no crescimento e desenvolvimento do adolescente, na aquisição da auto-estima, da comunicação, do relacionamento interpessoal, da autoconfiança, da assertividade, na solidificação da personalidade e no respeito pelo próximo, sendo por isso a sua orientação uma medida não só necessária, como também, imperativa na obtenção de uma adolescência mais harmoniosa, responsável e segura (Fonseca e Machado, 2007; Matos, 2010).

É nesta fase que surge, frequentemente, o primeiro amor, que se intensifica o conhecimento do próprio corpo e do corpo do outro e se multiplicam novas experiências, vividas com extrema intensidade; é descoberta uma relação de intimidade, partilha e confiança com outra pessoa (Fonseca e Machado, 2007).

O processo de desenvolvimento psicosexual e de identidade sexual é uma das principais tarefas desenvolvimentais da adolescência e está associado às mudanças físicas, psicológicas e interpessoais que estão simultaneamente a ocorrer (Dias, 2009). As alterações físicas que surgem em resultado da maturação do aparelho reprodutor, vão originar a intensificação dos impulsos sexuais, provocando o aparecimento de novas sensações e emoções que conduzem o adolescente a comportamentos sexuais. Papalia, Olds e Feldman (2006) referem que a maturidade sexual pode variar cronologicamente em virtude de factores fisiológicos e ambientais e, caracterizam a puberdade por alterações radicais que fazem parte de um complexo processo de amadurecimento. Tal processo resulta num rápido crescimento em altura e peso, mudanças nas proporções e na forma do corpo e, obtenção de maturidade sexual, podendo ainda apresentar ramificações psicológicas que continuam até a idade adulta (Sousa, 2009).

Contudo, a descoberta do amor, a partilha dos afectos e todos os aspectos positivos da sexualidade não são as únicas características da sexualidade na adolescência. De acordo com Fabião (2005, p.36), "...os jovens são capazes de ter relações sexuais e de conceber filhos muito antes de estarem suficientemente amadurecidos no aspecto emocional para criarem um relacionamento sexual íntimo ou estável e, por norma, muito antes de desejarem mesmo ter quaisquer relacionamentos sexuais⁷.

De facto, existem factores negativos que não devem ser esquecidos, pela ameaça que podem acarretar para a saúde física e psicológica do jovem adolescente. Segundo Brás e Azeredo (2009, p.67) "...a sexualidade pode também estar relacionada com episódios negativos, problemas de ordem emocional, ocorrência de gravidezes não desejadas, recurso ao aborto, contágio de doenças de transmissão sexual, violência e abuso".

Há algumas gerações passadas, a relação sexual era vivenciada de forma "envergonhada" e rodeada de tabus e proibições morais. Percebe-se que actualmente existe uma excessiva exposição e descompromisso do acto sexual, muitas vezes desconectado da realidade. Segundo Sousa (2009), uma distorção de valores e significados acerca das relações sexuais pode provocar nos adolescentes uma

⁷ Leal (2005), refere que existe uma idade biológica, psicológica e social para se ser mãe e estas podem frequentemente não coincidir.

compreensão superficial das suas vivências, as quais podem trazer consequências negativas para as suas próprias experiências sexuais.

Braconnier e Marcelli (2000) referem que a adolescência representa um momento particular em que está em jogo a harmonia entre a vida amorosa e a vida sexual, de forma sempre mais exigente para as raparigas, e de forma inicialmente menos atenta para os rapazes.

De facto, as questões de género são importantes na condução das escolhas reprodutivas de adolescentes, particularmente o momento da primeira relação sexual e o primeiro parceiro sexual. Na maioria das vezes, a iniciação sexual de adolescentes do sexo masculino ocorre mais precocemente quando comparada com a de adolescentes do sexo feminino. Deste modo, a similaridade das idades de iniciação sexual entre rapazes e raparigas pode ser uma evidência das transformações ocorridas no comportamento sexual da população (Borges e Schor, 2005).

O estudo de Borges e Schor (2005) demonstra com clareza algumas das transformações mencionadas, evidenciando a diminuição das diferenças presentes entre os adolescentes de hoje quanto à idade de iniciação sexual. Apesar das similaridades encontradas, Borges (2007) afirma que as raparigas, na sua maioria, ao contrário dos rapazes, aguardam que a sua primeira relação seja compartilhada com um parceiro cujo relacionamento compreenda um compromisso, persistindo uma ideia de confiança e romantismo sobre o sexo.

São vários os factores que se encontram associados ao início precoce da actividade sexual dos adolescentes. Em 2006, um estudo realizado em Portugal Continental e referenciado por Matos (2010), destacou alguns desses factores nomeadamente, os comportamentos de risco (como o consumo de substâncias e o envolvimento em situações de violência), as normas dos grupos de amigos, a ligação à escola e as saídas nocturnas com os amigos. Os resultados deste estudo sugerem também que continuam a existir algumas diferenças de género no que diz respeito à sexualidade. Há mais rapazes do que raparigas que dizem já ter tido relações sexuais, sendo os rapazes (tal como em estudos anteriores) a iniciar a vida sexual mais cedo.

Ainda de acordo com Dias (2009), os comportamentos sexuais precoces aumentam a vulnerabilidade ao nível da saúde sexual e que com a idade aumenta também a probabilidade do envolvimento em mais comportamentos de risco. E apesar dos meios disponíveis na sociedade actual permitirem um acesso facilitado à informação, num

estudo realizado em parceria entre a Associação do Planeamento Familiar (APF) e o Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa, comprova que a nível da educação sexual, os jovens revelam ter insuficientes níveis de conhecimentos em temas como o período fértil e gravidez, onde podem ser adquiridos os contraceptivos, os riscos de gravidez não desejada, o método do calendário, a pílula do dia seguinte, a toma da pílula e as IST (Vilar e Ferreira, 2008).

1.2.3 - GRAVIDEZ E MATERNIDADE NA ADOLESCÊNCIA

Se a adolescência é descrita como uma fase caracterizada por confusões, contradições e ambivalências vivenciadas e geridas na construção da identidade, é claro, que todo este processo pode complicar-se com o surgimento de uma gravidez já que, também este é um período que para além das exigências físicas apela à reestruturação e a reajustamentos psicológicos.

Segundo Machado e Zagonel (2003, p. 26), tanto a adolescência, quanto a gravidez, “são eventos vitais marcados por períodos de euforia, deslumbramento e realização, como também, de ansiedade, desequilíbrio, stress físico e emocional”. Neste contexto, pode ser considerado um duplo esforço de adaptação interna e uma dupla movimentação de duas realidades que convergem num único movimento: estar grávida e ser adolescente (Correia, 2000 in Leal, 2005; Fabião, 2005).

Portugal é o segundo país da Europa com maior número de gravidez na adolescência, apenas suplantado pelo Reino Unido. Em 2009, segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE), nasceram 4347 crianças, concebidas por mães com idades entre os 12 e os 19 anos. A nível mundial, por sua vez, 1 em cada 10 nascimentos são de mães adolescentes (Malta, Madeira & Projecto ROSA, 2006; Matos, 2010).

De acordo com Camarano (1998) é durante a adolescência que o indivíduo elabora o seu projecto de vida, desenvolvendo estratégias para a concretização do seu sonho. A gravidez não planeada, poderá ser considerada como um obstáculo e provavelmente um factor de desvio para que concretize o seu projecto de vida.

Uma gravidez na adolescência pode trazer uma série de prejuízos ao desenvolvimento da adolescente com implicações na construção da sua identidade. A experiência da maternidade pode fazer com que a mãe adolescente experimente a perda da sua própria identidade como adolescente, uma vez que as exigências

relacionadas com o assumir de um novo papel acrescidas às exigências do cuidado ao seu filho, podem fazer com que ela se sinta aprisionada a um novo e diferente modo de vida.

Embora alguns autores acreditem que os impactos negativos da gravidez e parto na adolescência sejam exagerados, existe um consenso geral que a maternidade na adolescência pode aumentar as dificuldades para a jovem mãe, pai, criança, família e comunidade (Healthy Teen Network, 2006; Herrman, 2006b; SmithBattle, 2009). Os pais adolescentes têm uma menor probabilidade de obterem bons resultados na escola, terminarem o ensino secundário e prosseguirem com níveis superiores de educação. Persona, Shimo e Tarallo (2004) encontraram dados que demonstraram que há um elevado abandono escolar como resultado de uma gravidez na adolescência. Limitações educacionais e económicas podem resultar em menos oportunidades de carreira, trabalhos mal pagos, situações de emprego mais precárias, aumento da pobreza e opções de carreira menos satisfatórias. Estudos demonstraram que rapazes e raparigas revelam que a gravidez tem consequências negativas em áreas como a vida social, relações familiares e relações íntimas com outros (Herrman, 2008).

Contudo, Clemmens, 2003; Lima et al, 2004;. Koniak-Griffin et al., 2006; Herrman, 2006b, 2007) salientam que muitos adolescentes podem entender a parentalidade como uma experiência positiva. Muitas mães adolescentes evidenciam sentimentos positivos após o parto como o aumento da auto-estima, orgulho e felicidade. Os benefícios perceptíveis são uma maior maturidade, um maior sentido de responsabilidade e uma melhor tomada de decisão. Alguns adolescentes tendem a abandonar os comportamentos de risco (como medida de protecção para os seus filhos), assumem uma maior independência e desenvolvem uma relação mais próxima com a sua família, como resultado de alterações pessoais positivas (Afable-Munsuz et al, 2006).

Assim, a maternidade na adolescência pode ser um objecto motivador da mãe adolescente, que apesar de muitas vezes interromper os seus estudos, pode ainda continuar a fazer planos para reiniciar ou continuar a estudar e obter um emprego (Esteves e Menandro, 2005; Andrade, Ribeiro e Silva, 2006;Gontijo e Medeiros, 2008).

Actualmente, existe uma minoria de estruturas sociais que não encaram a gravidez na adolescência de uma forma perjurativa. Podemos referir, como exemplo, a comunidade cigana e algumas comunidades africanas, onde a gravidez na adolescência se insere num padrão cultural estável em que a paternidade e maternidade se inserem num casamento e correspondem a um reforço dos rituais de passagem à vida adulta. “Neste contexto, a gravidez constitui um acto valorizado e aceite” (Fabião, 2005,p.37).

No entanto, o contexto social dominante que rodeia a grávida adolescente, é bem diferente. Nas sociedades ocidentais, a gravidez na adolescência surge como um grave problema social. Para que a maternidade e paternidade se exerçam em boas condições, é necessário a autonomia psicológica resultante da conclusão do processo maturativo dos pais e a autonomia na vida real, ou seja, a independência económica, o trabalho estável e o apoio da família e da sociedade (Fabião, 2005).

Apesar de as mães adolescentes com uma vigilância pré-natal adequada terem geralmente bebés saudáveis, as mães jovens tendem a estar presentes num menor número de consultas e a iniciar mais tarde o seguimento da gravidez (Beers e Hollo, 2009; Smith & Roberts, 2009). Estes factos podem causar problemas de saúde e complicações como má nutrição, anemia, hipertensão arterial, diabetes gestacional, infecção urinária, incompatibilidade feto-pélvica, restrição de crescimento intra-uterino, prematuridade, aborto e até complicações puerperais (Klein, 2005; Stevens, 2006; Silva, 2007).

Os filhos destas jovens mães, tem uma maior probabilidade de ser hospitalizados, ter problemas de saúde e doenças crónicas, ter maiores custos de saúde, viver em pobreza e se tornarem eles próprios pais adolescentes, quando comparados com filhos de mães mais velhas (Hoffman, 2006; Matos, 2010).

Perante a gravidez, a adolescente ultrapassa marcos importantes no seu desenvolvimento, transformando-se ainda numa experiência emocionalmente difícil. Segundo Silva e Calvo (2006), os prejuízos emocionais associados à maternidade precoce envolvem a baixa auto-estima, a ausência de apoio familiar, a vivência de um alto nível de stress, poucas expectativas frente ao futuro e a presença de sintomas depressivos.

Embora estas conclusões não retratem todas as famílias de pais adolescentes, representam desafios relevantes. As famílias que têm grandes sistemas de apoio e

recursos adequados são capazes de superar os desafios colocados pela parentalidade (Beers e Hollo, 2009; Dallas, 2004). Por outro lado, as famílias que não possuem esses sistemas requerem uma vigilância e uma intervenção de enfermagem mais presente, atenta e cuidada.

1.3 – PERCURSO METODOLÓGICO

A metodologia de trabalho de projecto consiste na adopção de um conjunto de procedimentos, técnicas e instrumentos com vista a atingir os objectivos do projecto (Ramos, 2007).

Esta metodologia contribui de forma a promover uma aprendizagem relevante e útil, uma vez que estabelece ligações com a realidade e desenvolve competências fundamentais para a formação e o desenvolvimento. Ainda de acordo com Ramos (2007), é um elemento importante dentro da investigação para o desenvolvimento da profissão de enfermagem, pois sem a participação activa no projecto, dificilmente há uma evolução de forma consistente nas vertentes teórica e/ou prática.

Segundo Castro e Ricardo (2002), assume características fundamentais:

- É uma actividade intencional, ou seja, pressupõe um objectivo, formulado pelos autores e executores do projecto ou apropriado por eles, que dá sentido às várias actividades, e está associada a um produto final que procura responder ao objectivo inicial e reflecte o trabalho realizado;
- Pressupõe iniciativa e autonomia daqueles que o realizam, os quais se tornam co-responsáveis pelo trabalho e pelas escolhas ao longo das sucessivas fases do seu desenvolvimento;
- A autenticidade, ou seja, o projecto foca um problema genuíno para quem o executa e envolve alguma originalidade;
- Envolve complexidade e incerteza, isto é, são as tarefas complexas e problemáticas que precisam de ser "projectadas";
- Tem um carácter prolongado e faseado, estendendo-se ao longo de um período de tempo e percorrendo as várias fases desde a formulação do objectivo central até à apresentação dos resultados e sua avaliação" (p.27).

Assim sendo, a primeira etapa envolveu o diagnóstico da situação e consequente escolha da temática. Na segunda etapa procedeu-se à planificação das actividades a desenvolver, incluindo os recursos e as estratégias necessárias para alcançar os

objectivos pré-definidos. A etapa seguinte consistiu na implementação e execução das actividades planeadas. E, por fim, a avaliação constituiu a etapa final do projecto.

O Projecto de estágio baseado nesta metodologia respeitou todas as etapas já descritas (ver Apêndice 1). No que concerne, à avaliação dos resultados obtidos, estes itens serão abordados no 3º capítulo.

1.4 – REVISÃO DA LITERATURA

A revisão da literatura contribui para a definição do contexto do problema em estudo, do seu significado e importância científica, da fundamentação da selecção das variáveis e da justificação da definição das hipóteses. Assim, permite ter acesso às teorias, modelos e quadros conceptuais que fundamentam o problema de investigação. Para além disso, permite ter acesso a diferentes métodos ou abordagens para o desenvolvimento de investigações na área em estudo (Freixo, 2010).

O protocolo de pesquisa foi delineado segundo a metodologia PICOD (Participantes, Intervenções, Resultados e Desenho):

P	Participantes (Participant)	Mulher Grávida/ Parturiente Adolescente	Palavras-Chave
I	Intervenções (Intervention)	Cuidados de Enfermagem	Adolescent; Adolescent pregnancy; Pregnancy in Adolescent; Teen Pregnancy;
O	Resultados (Outcomes)	Melhoria dos Cuidados a prestar à mulher Grávida/ Parturiente Adolescente	Nursing care; Midwifery support; Midwife role

Tabela 2 – Metodologia PICOD

Foram consultadas duas plataformas electrónicas de bases de dados: EBSCO host, e B-On. Na EBSCOhost foram pesquisados estudos publicados nas seguintes bases: CINAHL Plus With Full Text, MEDLINE with Full text, Cochrane Database of Systematic Reviews, Academic Search Complete, ERIC, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive e MedicLatina. Através do interface B-on pesquisou-se a Annual Reviews, Elsevier - Science Direct (Freedom collection), Nature, PubMed, SpringerLink (Springer/Kluwer), Taylor & Francis, Web of Science (ISI) e Wiley Online Library (Wiley).

Guyatt e colaboradores (2002) preconizam que as revisões da literatura devem ter em conta a evidência dos últimos cinco anos. No entanto, considerou-se um período temporal de dez anos (2001-2011), de modo a beneficiar de uma maior abrangência

face ao conhecimento existente sobre a problemática em análise.

A pesquisa foi realizada em Junho de 2011. As palavras-chave foram introduzidas agrupando as que pertencem ao mesmo conceito por OR e ligando as que pertencem a conceitos diferentes por AND. Obteve-se um total final com 5 artigos.

Os critérios de inclusão de artigos privilegiaram os artigos baseados em estudos científicos com foco na problemática referida. Foram excluídos todos os artigos ou linhas de orientação para a prática clínica sem relação com a problemática em estudo, repetidos nas bases de dados, com data anterior a 2001; que não apresentassem texto completo, em línguas que não o Português, Inglês e Castelhana, que não fossem estudos científicos e todos aqueles sem relação com o objecto de estudo.

A análise final e extracção dos dados incluídos nesta revisão, encontra-se descrita no Apêndice 2, com referência ao estudo (título, autores, país e ano de publicação), objectivos, participantes, intervenções, tipo de estudo e principais resultados.

2 – QUESTÕES ÉTICAS

Qualquer investigação realizada junto de seres humanos levanta questões éticas muito sensíveis. A ética está relacionada não só com a honestidade, mas também com a “atitude que cada um leva para o campo de investigação e com a sua interpretação pessoal dos factos” (Graue e Walsh, 2003, p. 76).

Ao longo desta caminhada, procurei sempre, salvaguardar os princípios éticos que devem nortear o processo de investigação entre os quais, o da beneficência, não maleficência, fidelidade, justiça, veracidade e confidencialidade. Tive em consideração, que existe um limite que nunca deve ser ultrapassado: o respeito pela pessoa e a protecção do seu direito de viver livre e dignamente enquanto ser humano (Fortin, 1999; Lee, 2003).

Para assegurar a defesa destes princípios e direitos, adoptei os seguintes procedimentos:

- Referi a cada uma das intervenientes que a não participação neste projecto, não traria alterações na qualidade da prestação de cuidados de enfermagem;
- Garanti a confidencialidade e o anonimato, relativos a todos os dados que pudessem de alguma forma identificar as utentes ou profissionais em questão;
- Foi entregue um documento para o consentimento informado (ver Anexo 1), aquando da realização das visitas domiciliárias. O consentimento foi também solicitado sempre que realizei algum procedimento;
- Os direitos sexuais e reprodutivos integram os direitos humanos, pelo que promovi os doze direitos consagrados na “Carta dos Direitos Sexuais e Reprodutivos⁸” da International Planned Parenthood Federation (IPPF) e referidos pela APF (2003).

⁸ Carta dos Direitos Sexuais e Reprodutivos

1-Direito à vida; 2-Direito à liberdade e segurança da pessoa; 3-Direito à igualdade e o direito a estar livre de todas as formas de discriminação; 4- Direito à privacidade; 5- Direito à liberdade de pensamento; 6- Direito à informação e educação; 7- Direito de escolher casar ou não e de constituir família e planear família; 8- Direito de decidir ter ou não filhos e quando os ter; 9- Direito aos cuidados e à protecção da saúde; 10- Direito aos benefícios do progresso científico; 11- Direito à liberdade de reunião e participação política; 12- Direito a não ser submetido a tortura, nem a tratamento desumano ou degradante.

3 – RESULTADOS OBTIDOS

O conhecimento obtido através da investigação em enfermagem proporciona o desenvolvimento de uma prática baseada na evidência, melhorando a qualidade dos cuidados e otimizando os resultados em saúde. Desta forma, considera-se uma prática de enfermagem baseada na evidência como sendo a “incorporação da melhor evidência científica existente conjugada com a experiência, opinião de peritos e os valores e preferências dos utentes, no contexto dos recursos disponíveis” (OE, 2006, p.1).

Em 2006, a mesma entidade, definiu quatro eixos prioritários para a investigação em enfermagem: a adequação dos cuidados de enfermagem gerais e especializados às necessidades do cidadão; educação para a saúde na aprendizagem de capacidades; estratégias inovadoras de gestão/liderança e a formação em enfermagem no desenvolvimento de competências.

Segundo Martins (2008), num ambiente formativo, procura-se desenvolver atitudes e processos de auto-regulação e integrar, mobilizar e estimular os conhecimentos adquiridos no ensino teórico e prático, através da interacção com situações reais em contextos diferenciados. Este ambiente proporciona um contexto de aprendizagem que “favorece não só o contacto com a prática (na sua previsibilidade e imprevisibilidade); a mobilização, integrada e contextualizada, de diferentes saberes (seleccionados em função da sua pertinência) e a caminhada para a identidade profissional” (Martins, 2008, p. 44)

Gomes (2006) diz que, como enfermeiro e perito na área em que se especializou, o enfermeiro especialista é também consultor, educador e investigador, nas matérias abrangidas pela sua área de formação. Pereira (2010, p.19) refere que é “fundamental dar a conhecer (...) aquilo que investigamos, pois só assim se revestirá de importância para a profissão e para o desenvolvimento”.

Findo o período de dois anos de formação, considero que tive oportunidade de desenvolver as sete competências do EESMOG preconizadas pela OE (2010). Contudo, devido às especificidades desta UC, nomeadamente a necessidade de dar cumprimento às directrizes comunitárias do Parlamento Europeu e do Conselho da União Europeia, irei abordar com maior detalhe, as competências

2,3,4 e 7⁹. Todas as actividades realizadas estão registadas no Manual do Estudante.

O grupo-alvo do EESMOG, são as “mulheres em idade fértil”¹⁰, no entanto, e tendo em conta a problemática apresentada, o meu foco de atenção foi a mulher grávida/ parturiente adolescente.

De acordo com Benner (2001, p.42) a aquisição e o desenvolvimento de competências do enfermeiro “passa por cinco níveis sucessivos: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito” constituindo estes, reflexos de mudanças que se introduzem aquando da aquisição de uma competência.

Iniciado	Não tem nenhuma experiência das situações com que possa ser confrontado.
Iniciado Avançado	O comportamento do iniciado avançado é aquele que pode ser aceitável, pois já fez frente a situações reais
Competente	Trabalha no mesmo serviço há 2 ou 3 anos. Torna-se competente quando começa a aperceber-se dos seus actos em termos objectivos ou dos planos a longo prazo dos quais está consciente.
Proficiente	Apercebe-se das situações com uma globalidade e não em termos isolados, e as suas acções são guiadas por máximas. Aprende pela experiência quais os acontecimentos típicos que acontecem numa determinada situação.
Perito	Não se apoia sobre um princípio analítico (regra, indicação, máxima) para passar do estado de compreensão da situação ao acto apropriado. Tem uma enorme experiência, compreende de maneira intuitiva cada situação e apreende directamente o problema.

Tabela 3 – Níveis de Competências segundo Benner (2001)

COMPETÊNCIA 2 – Acompanhar, orientar e cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal

No início desta UC, realizei contactos com todos os elementos da equipa, que me permitiram reconhecer o interesse e a necessidade da exequibilidade do meu projecto.

O estabelecimento de uma comunicação eficaz e terapêutica com o utente constitui um dos maiores desafios nos cuidados de enfermagem (Bush e Boccadora, 2001). Uma boa comunicação é extremamente importante para assegurar que um cuidado consistente e apropriado é prestado. Quando esse

⁹ **Competência 2:** Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal

Competência 3: Cuida a mulher inserida na família e comunidade, durante o trabalho de parto

Competência 4: cuida a mulher inserida na família e comunidade, durante o período pós-natal

Competência 7: Cuida o grupo-alvo (mulheres em idade fértil) promovendo cuidados de qualidade inserido na comunidade

¹⁰ Referido pela OE (2010)

utente é uma grávida adolescente, a magnitude desta comunicação pode ser complexa (King-Jones, 2008).

O enfermeiro encontra-se, frequentemente, na primeira linha de contacto dos adolescentes com a entidade prestadora de cuidados (Cassata e Dallas, 2005). O tipo de relação que o EESMOG estabelece é assim determinante da qualidade da relação subsequente.

No decorrer desta UC, tive oportunidade de participar na consulta de vigilância pré-natal de grávida adolescente do HDE¹¹, onde estabeleci os primeiros contactos com os profissionais que ali trabalham, com as utentes e suas famílias. A Dra. Filomena Sousa é o elemento responsável pela consulta que funciona todas as 2^{as} feiras, das 14h-18h no gabinete 25, da consulta externa do HDE. A maior parte das jovens, é referenciada através dos centros de saúde que fazem parte da área de abrangência do hospital ou são encaminhadas através de algumas instituições de carácter social. Uma das instituições que acolhe grávidas adolescentes é a Casa de Santo António e que, posteriormente tive oportunidade de visitar e conhecer (ver Anexo 3).

Mandú e Paiva (2001, p.132) referem que a consulta de enfermagem deve constituir-se, eminentemente, como um espaço de expressão/captação de necessidades, de resolução de problemas da competência profissional de enfermeiros e de articulação com outros grupos, profissionais e estruturas de apoio”.

Analisei a problemática da adolescência, tendo em conta o modelo teórico de Betty Neuman. Este modelo distanciou-se dos modelos contemporâneos tradicionais, baseados no conceito de doença, passando a olhar a pessoa como um ser multidimensional, de uma forma global e não compartimentada como até aí. Trata-se de uma teoria que vê todos os elementos fisiológicos, psicológicos, sócio-culturais, espirituais, de desenvolvimento, em permanente interacção (Neuman, 2001; Alligood e Toney, 2002).

Realizei entrevistas para colheita de dados, procurando aplicar técnicas de comunicação eficazes, baseadas nos pressupostos da relação de ajuda¹². Segundo Vilagrasa (1991), a entrevista de acolhimento, é sobretudo um diálogo

¹¹ No CMESMO realizei um total de 110 exames Pré-Natais: 7 no EC-II; 93 no EC-I e 10 no EC-IV. Destes, 24 foram a grávidas adolescentes entre os 16 e os 19 anos.

¹² Pressupostos da relação de ajuda: clarificação, respeito, congruência, empatia e escuta (Lazure, 1994).

onde, o profissional, através das suas habilidades pessoais vai recolhendo da pessoa entrevistada os aspectos que necessita para que se prestem cuidados de qualidade.

Apartir destas entrevistas, tentei identificar as forças e os elementos stressores internos e externos. A grávida/família é submetida a um conjunto de agentes stressores intensos, intra, inter e extra pessoais, que podem causar desequilíbrio e crise, sendo as nossas acções determinantes para que a utente/cliente desenvolva respostas face a esses agentes stressores. O objectivo será manter ou recuperar a estabilidade do sistema que pode ser atingida, através de um conjunto de intervenções que implicam o estabelecimento de diagnósticos de enfermagem¹³ objectivos de enfermagem e intervenções. Este processo prevê igualmente a avaliação dos resultados como forma de validar se os objectivos foram ou não atingidos, e se necessário a sua reformulação (Neuman, 2001; Alligood e Toney, 2002).

Alguns autores, sugerem que a falta de acesso a serviços de saúde, a não disponibilização de cuidados pré-natais adequados e a ineficácia da comunicação entre adolescentes e profissionais de saúde, são factores que podem ter implicações ao nível da assiduidade nas consultas de vigilância pré-natal e conseqüentemente mais risco de complicações obstétricas e neonatais (BJM, 2003; JRCM, 2005, 2007).

Segundo BJM (2003, p. 22), os cuidados pré-natais têm que ser adaptados à medida das necessidades holísticas de cada adolescente¹⁴. É essencial assegurar um modelo de cuidados adaptado a este grupo etário, e que assegure as necessidades emocionais e sociais das adolescentes. Estas precisam de sentir-se protegidas, respeitadas e valorizadas para confiarem nos profissionais de saúde e estabelecerem uma relação efectiva.

Apesar de não ser uma prática comum, penso que outras estratégias a utilizar seriam a possibilidade de flexibilidade dos horários das consultas e a simplificação dos serviços em termos de rapidez e eficiência uma vez que é uma das questões mais negativas referenciadas pelas adolescentes.

¹³ Os diagnósticos foram definidos tendo por base a taxonomia da North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). O estabelecimento destes diagnósticos permite a identificação de factores de risco, como também orientar e prestar uma assistência qualificada, intervindo adequadamente para prevenir ou minimizar possíveis complicações.

¹⁴ "Antenatal clinics need to be tailor-made to meet the holistic needs of the teenager" (BJM, p.22)

COMPETÊNCIA 3 - Acompanhar, orientar e cuidar a mulher inserida na família e comunidade, durante o TP

Durante o EC colaborei com a equipa médica e de enfermagem do BP, participando na prestação global de cuidados a todas as mulheres grávidas/parturientes tendo seleccionado, sempre que possível, as grávidas adolescentes para dar cumprimento ao meu projecto.

Gradualmente, fui adquirindo competências na prestação de cuidados especializados nos quatro estádios do trabalho de parto, de início como observadora e progressivamente com maior autonomia e destreza com o apoio incondicional da Enf.^a Anabela Lobato.

As actividades realizadas passaram pelo exame físico, manobras de Leopold, avaliação da altura do fundo do útero, pelvimetria, cervicometria, determinação da apresentação, posição e variedade fetais, vigilância do bem-estar materno fetal, amniotomia, avaliação da progressão do trabalho de parto, identificação de desvios na sua evolução e encaminhamento adequado.

Prestei cuidados de enfermagem especializados a 148 mulheres grávidas (15 das quais adolescentes, entre os 16 e os 19 anos). Efectuei 38 partos¹⁵ eutócicos (4 dos quais a adolescentes, entre os 17 e os 19 anos) e colaborei em 30 partos distócicos¹⁶.

Com o desenrolar do trabalho de parto (TP) e parto, a mulher pode libertar-se das dores do parto, mas não da experiência de as ter sentido, sendo determinante, contudo, o que os enfermeiros peritos (Benner, 2001) podem fazer de diferente na forma como a pessoa vivencia esse sofrimento.

Rodrigues e Carvela, (2006, p.40) afirmam que é importante “que o enfermeiro veja o corpo da mulher, não como uma máquina que desenvolve o seu trabalho (parir), mas como um todo, uma pessoa que para além de cuidados físicos precisa de outros cuidados”.

Baseado em Rodrigues e Carvela (2006) tive sempre presente que o acto de cuidar “implica compromisso como dar do seu tempo; dar da sua competência;

¹⁵ Realizei 24 episiotomias/episiorragias e reparei 11 lacerações (7 de grau I e 4 de grau II). 3 Partos com períneo intacto.

¹⁶ 30 Mulheres cujos trabalhos de parto foram por mim monitorizados mas que, por situações variadas, culminaram em partos distócicos

dar do seu saber; dar do seu interesse; dar da sua capacidade de escuta e compreensão” (p.32).

Ao longo deste período, promovi uma assistência de qualidade e respeito humano, adoptando uma postura de proximidade e proporcionando tranquilidade, conhecimento, segurança, confiança e compreensão¹⁷.

Outro dos aspectos a que dei particularmente atenção, foi o envolvimento do pai adolescente. Estimulei e incentivei a sua participação e colaboração ao longo do TP e processo de parto.

Sabendo como é um factor extraordinariamente importante, procurei sempre favorecer a vinculação e o apego mãe/pai/RN, estimulando o toque e o contacto pele a pele o mais precocemente possível.

Tendo presente que a educação para a saúde é extremamente importante, e sendo esta uma das principais áreas de actuação do EESMOG, a informação a todas as grávidas/ parturientes foi uma constante. Preocupei-me em informar, capacitar e empoderar as mulheres abordando temáticas como o processo de TP, dor no TP (técnicas não farmacológicas e farmacológicas de alívio da dor), evolução do TP, procedimentos realizados, amamentação, esclarecimento de dúvidas, alerta para sinais e sintomas de risco e preparação para a alta.

Competência 4- Acompanhar, orientar e cuidar a mulher inserida na família e comunidade, durante o período pós-natal

De acordo o Internacional Confederation of Midwives (ICM, 2002) são seis as competências essenciais para uma boa prática de base em enfermagem de saúde materna e obstetrícia, sendo a quinta e a sexta, as que directamente se relacionam com a actuação ao nível do Puerpério. Ambas as competências integram capacidades e conhecimentos básicos e adicionais, que permitem EESMOG promover a saúde materna e infantil, conduzindo a melhores indicadores de saúde, e a uma qualidade de serviços prestados certamente muito mais enriquecida

¹⁷ Ex: perguntar como se sente, apagar ou diminuir a intensidade da luz, reduzir o ruído envolvente, dar oportunidade para escolher a música ambiente, fornecer um chá, ou apenas servir de elo de ligação com outros profissionais...são alguns dos cuidados/acções/intervenções que, embora não sendo específicos, são imprescindíveis nas grávidas/parturientes adolescentes.

O puerpério apresenta-se como uma etapa de profundas alterações no âmbito social, psicológico e físico da mulher, caracterizando-se como um período instável, que exige a necessidade de um conhecimento mais completo desta etapa de vida (Crum, 2008).

As muitas dificuldades enfrentadas pela puérpera, como a amamentação, a relação mãe-RN-família, além dos problemas que podem advir do tipo de parto e as suas consequências são, em geral, vividos como uma mistura enorme de sentimentos como euforia, alívio, desconforto físico, medo, sentimentos de decepção (Conde e Figueiredo, 2007). Esta equação complica-se quando juntamos o companheiro/ família. Procurei ao longo desta UC, contribuir com os meus conhecimentos enquanto futura EESMOG na vigilância da saúde da puérpera/RN¹⁸, proporcionando orientação e apoio neste período de adaptação. Na maior parte dos casos, acompanhei o 4^aestadio de TP das mulheres às quais realizei o parto e sempre que possível no dia seguinte, visitei as puérperas/RN no internamento, dando continuidade ao meu trabalho e à relação estabelecida.

O cuidado desenvolvido pelo enfermeiro à puérpera deve ser planeado de forma individualizada, respeitando a sua singularidade, crenças e valores, no sentido de proporcionar o conforto físico e emocional.

Um ponto referenciado por algumas adolescentes e também presente na bibliografia consultada é o reduzido número de dias de internamento de puerpério (48h- parto eutócico). Segundo BJM (2003, P.7), “pequenas estadias no hospital dão pouco tempo para fornecer a vital educação de saúde e apoio a estas mulheres”. “Ainda não me sinto preparada...queria ficar mais alguns dias” (sic) confidenciou-me uma das adolescentes.

Para monitorizar as grávidas adolescentes às quais realizei o parto (4 adolescentes), planeei então, uma visita domiciliária a cada uma delas.

Como duas das adolescentes recusaram, organizei apenas duas visitas domiciliárias, sobre o qual irei abordar mais especificamente na competência 7.

¹⁸ Durante o CPLEESMO, vigiei, observei e orientei um total de 123 puérperas: 6 no EC-I; 64 no EC-V e 42 no EC-IV. Destas, 6 eram adolescentes (entre os 17 e os 19 anos).
Prestei cuidados, examinei e monitorizei o bem-estar de 107 RN saudáveis e 12 RN com necessidades especiais

COMPETÊNCIA 7 - Cuidar o grupo alvo

De acordo com Martins (2003, p.33), os “cuidados de saúde domiciliários são a componente de um cuidado de saúde global em que os serviços de saúde são prestados aos indivíduos/famílias nas suas residências, com a finalidade de promover, manter ou recuperar a saúde, ou maximizar a independência”. Logo, e segundo a mesma autora, a visita domiciliária não é algo improvisado, mas sim uma actividade implementada numa base regular, planeada e coordenada. Neste contexto, é entendida como método, técnica e instrumento e constitui-se como um momento rico, no qual se estabelece o movimento das relações, ou seja, a escuta qualificada, o vínculo e o acolhimento, favorecendo que os grupos familiares ou comunidades tenham melhores condições de se tornarem mais independentes na sua própria produção de saúde. Importante ressaltar também que a visita se estabelece *in loco*, permeando o lugar do seu quotidiano, do seu mundo vivido e enfrentado, de acordo com a sua visão do mundo (Duarte, 2010).

Realizei duas visitas domiciliárias a duas puérperas adolescentes a quem prestei cuidados no TP, parto e puerpério e sobre as quais elaborei dois diários de campo (ver Apêndice 4).

O diário de campo é, segundo Lopes et al (2008), o relato escrito daquilo que o investigador ouve, vê, experiencia e pensa no decurso da recolha e reflexão.

Para Lewgoy e Arruda (2004, p. 123), o diário consiste num instrumento capaz de possibilitar “o exercício académico na busca da identidade profissional” à medida que, através de aproximações sucessivas e críticas, pode realizar-se uma “reflexão da acção profissional quotidiana, revendo os seus limites e desafios”. É um documento que apresenta tanto um “carácter descritivo-analítico”, como também um carácter “investigativo e de sínteses cada vez mais provisórias e reflexivas”, ou seja, consiste numa “fonte inesgotável de construção, desconstrução e reconstrução do conhecimento profissional e do agir através de registos quantitativos e qualitativos.

O guia orientador para registos em diário de campo da visita domiciliária de Lopes et al, 2008 (Anexo 2) deve ser ajustado a cada situação particular, excluindo ou ampliando o número de itens a serem abordados.

Os enfermeiros em cuidados domiciliários procuram desenvolver, reconhecer e adaptar-se aos valores culturais e práticas do utente e família. As

relações de confiança estabelecidas devem ser consolidadas, sendo que as intervenções de enfermagem são edificadas em função das necessidades individuais, dentro do contexto próprio do utente. Implica manter relações efectivas com os utentes e família, definir a identidade, fronteiras de responsabilidade, autonomia e cooperação e desenvolver um nível de confiança que permita que as intervenções de enfermagem sejam oferecidas e aceites (Marques e Ferreira (2002); Hanson, (2005); Tavares e Botelho (2009).

Apesar das necessidades quase sempre acrescidas da família, é importante lembrar que os pais adolescentes mostram características semelhantes a outros pais – geralmente, desejam que os seus filhos sejam felizes e saudáveis, esforçam-se para ser os melhores pais que conseguem e são receptivos para intervenções que acreditam os irão ajudar na concretização dos objectivos. Influências ambientais e de desenvolvimento podem afectar a capacidade dos pais adolescentes de responder à intervenção. Os adolescentes podem ser confrontados com desafios significativos ao longo do seu percurso parental que dificultem serem modelos de referência positivos, prestadores de cuidados, protectores e disciplinadores das suas crianças. Os enfermeiros (e muito concretamente o EESMOG), têm um papel fundamental demonstrando serem sensíveis às necessidades dos pais adolescentes e ajudando-os na promoção e desenvolvimento das suas capacidades parentais. (Kahn e Reeg, 2008).

Tendo a intervenção de enfermagem o objectivo de proporcionar o retorno à estabilidade total do sistema, actuar-se-á, se necessário, aos três níveis de prevenção: primária, secundária e terciária. A promoção da saúde é uma finalidade específica das acções de enfermagem, pelo que a educação e mobilização de recursos para reduzir os factores de stress e aumentar as resistências do cliente, são prioritários. (Neuman, 2001)

No âmbito da intervenção o enfermeiro já conhecedor da situação e com a sua experiência profissional tem como objectivo atingir o nível máximo de saúde para o cliente sistema (equilíbrio homeostático) (Alligood e Toney, 2002)

Segundo Mandú e Paiva (2001), o aspecto mais importante é a necessidade de se ter em consideração a vulnerabilidade, as necessidades e as circunstâncias a que estas adolescentes estão sujeitas e então, direccionar as acções no

sentido da conquista da autonomia e da responsabilidade da adolescente, perspectivando a sua qualidade de vida e saúde.

As adolescentes referem querer um enfermeiro prestador de cuidados que eduque mas que também oriente as suas escolhas. Esta constatação também é confirmada, em 2007 pela Royal College of Midwives (RCM) que designa esta relação por “therapeutic mentorship” (p.14).

Contudo, acarreta alguns riscos, sendo um deles o de os enfermeiros se substituírem aos adolescentes nas suas decisões o que obviamente contraria o conceito de empowerment e de parceria de cuidados e como tal, deve ser gerido com muito cuidado, no sentido de salvaguardar o princípio da autonomia.

Ainda segundo a Nursing Women’s Health (2008), é indispensável que o enfermeiro reconheça a importância de uma comunicação efectiva, eficaz e terapêutica com as grávidas adolescentes.

O enfermeiro terá que realizar uma auto-análise para determinar quais as características que poderão prejudicar a comunicação, nomeadamente preconceitos pessoais, dificuldades de aprendizagem, atitudes autoritárias e insensibilidade para com as diferenças. O reconhecimento destas lacunas e o esforço para melhorá-las e ultrapassá-las será determinante na relação com a adolescente.

4- LIMITAÇÕES

Ao longo deste E.C e no âmbito desta Unidade Curricular, deparei-me com algumas dificuldades/ limitações:

Pouco tempo depois de iniciar este EC, surgiram rumores sobre o possível encerramento do BP¹⁹, o que gerou momentos de ansiedade e frustração sobre aquilo que iria acontecer e como iria eu conseguir concretizar os objectivos e as actividades planeadas. Foi assim, necessário proceder a algumas alterações ao planeamento e programação das actividades de E.C planeadas, factores que foram também sentidos como stressores acrescidos ao trabalho que vinha a desenvolver.

Relativamente à consulta de vigilância pré-natal da grávida adolescente, consegui estar presente em 10 consultas, o que ficou um pouco aquém do inicialmente previsto. Este facto deveu-se, no entanto, à necessidade de se gerir o número de pessoas presentes na consulta, uma vez que estavam em simultâneo a estagiar alguns internos de Medicina. Considero que o respeito pela pessoa da adolescente grávida devia neste caso, prevalecer sobre a minha necessidade de ter mais experiências a este nível.

Outro aspecto a salientar, prende-se com a produção de conhecimento científico realizada nos últimos anos sobre gravidez na adolescência. Este tem sido mais direccionado para a explicação e caracterização do perfil dos adolescentes em situação de gravidez do que efectivamente para a caracterização da assistência em saúde, o que dificultou as pesquisas por mim efectuadas.

Por fim, o número de dias de internamento após o parto (mais frequente 48h) não facilita o estabelecimento de uma relação mais próxima e estreita com as adolescentes que permitisse um cuidado continuado e de proximidade, tão importantes para fornecer o suporte e apoio adequados²⁰. Este facto vai de encontro ao preconizado por Mercer e Walker (2006) e Soares (2008), ao referirem que existe um “timing” (um espaço-tempo) necessário para o estabelecimento de uma verdadeira relação terapêutica, que permita a

¹⁹ De facto, no dia 6 junho 2011, o BP do HDE encerrou, transitando todas as equipas para a MAC. Inicialmente, acordou-se que enquanto as equipas estivessem em integração, eu não estaria presente. Estive ausente do EC cerca de um mês e findo esse período, realizei os últimos turnos no BP da MAC, prolongando o período de EC até 12 Julho 2011.

²⁰ Um dos aspectos que promoveu e justificou a realização de visitas domiciliárias.

expressão de sentimentos e a construção de uma relação de confiança, securarizante para a adolescente, mas também para o enfermeiro.

5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS/QUESTÕES EMERGENTES

O cuidar humanizado de enfermagem, tem como central as questões da comunicação e da relação terapêutica. No caso específico das adolescentes grávidas, pelos motivos já evocados relativos à etapa do desenvolvimento em que se encontram, somente vão expôr os seus temores, dúvidas, angústias, dificuldades e expectativas frente a esse acontecimento novo (gravidez) se se instituir um vínculo de suporte confiável, no meio de tantas modificações e sensações novas (Machado e Zagonel, 2003); (Soares, 2008; BJM, 2010).

Nem toda a gravidez na adolescência deve ser interpretada como um problema. É fundamental dar suporte aos adolescentes para que desenvolvam habilidades que os ajudem a questionar e propor acções promotoras de uma cidadania activa e o desenvolvimento de comportamentos seguros e responsáveis. Para tal, devemos garantir o seu direito à escolha sobre os aspectos relativos às suas vidas, necessitando estes, contudo, de alguma orientação que não os substitua nas suas opções.

De acordo com Ferreira (2005), cada vez mais é exigido aos enfermeiros, capacidade de decisão baseada num raciocínio lógico e disciplinado, exigindo conhecimento empírico, permanente actualização do mesmo através de uma cultura de investigação, experiência, pensamento crítico e intuição, para além de outros atributos de natureza emocional, relacional e ética.

Neste contexto, é fundamental que os enfermeiros tenham a capacidade de reconhecer, interpretar e analisar os problemas, bem como explicar o seu processo de pensamento e agir, estabelecendo prioridades face a cada situação e avaliar e corrigir, se necessário, o seu próprio pensamento.

A gravidez na adolescência deve ser entendida dentro de um contexto amplo, profundo e complexo, onde vários factores se interligam, interagindo e influenciando nos resultados tanto para a mãe como para o pai e futuro bebé. Considerar não apenas os componente físicos ou clínicos, mas toda a história de vida e as relações familiares e sociais dos adolescentes. É essencial para compreender em que contexto se inserem, conhecermos o que pode contribuir positivamente para as suas vidas ou o que pode prejudicá-las. Dessa forma, conseguiremos interferir, interagir e apoiar mais eficazmente.

Assim sendo, os EESMOG necessitam de estar preparados para a diversidade dos modos de viver a adolescência e de viver a sexualidade na adolescência. É essencial que se realizem intervenções comunitárias que incluam a participação da família, dos pares, da escola e da comunidade, criando programas que promovam competências pessoais e sociais adaptadas a grupos específicos de jovens.

De acordo com Matos (2010, p.157), “esta é uma das razões que justifica a importância do investimento em programas de educação sexual, adaptados às novas gerações de adolescentes, tendo em conta os seus valores, a forma como ocupam os seus tempos livres, as novas fontes de informação e atendendo às especificidades da idade, do género e dos factores sócio-económicos.”.

Nesse sentido, o ambiente educativo a criar terá que ter necessariamente em conta desafios tais como: olhar para o adolescente na sua necessidade de desenvolvimento situado no cruzamento das linhas da consolidação da identidade e da capacidade de inter-relação; catalizar o seu processo de descoberta de si próprio como pessoa única, valiosa, digna; possibilitar o contacto, pessoal e estável, com figuras significativas, bem como o confronto com valores, atitudes e ideais que poderão dar sentido e objectivos à sua vida. Esse ambiente educativo deverá proporcionar ao adolescente a possibilidade do encontro consigo mesmo, num contexto simultaneamente protegido e aberto, que lhe dê todo o tempo necessário para se ir consolidando como pessoa, sem ter que esconder, recalcar, ou converter em agressividade descontrolada, as suas fragilidades, dúvidas e descobertas (Sampaio, 2002; Jeolás e Ferrari, 2003; Hopkins, Tayner e Raymond, 2004; Guimarães et al, 2007; Shaffer et al, 2008).

Todas as competências adquiridas e/ou desenvolvidas na área da saúde sexual e reprodutiva ao longo deste curso e, muito concretamente, no âmbito deste Ensino Clínico, contribuíram para a realização de intervenções proactivas de capacitação e empoderamento das utentes que cuidei, que podem ter dado o seu contributo para a obtenção de ganhos em saúde. O cuidado foi sendo adaptado ao indivíduo e modificado em função das respostas e das necessidades individuais, sempre em alteração.

O EESMOG tem muito para oferecer na área da educação para a saúde, e o seu trabalho com grávidas adolescentes é inestimável (BJM, 2003; Correia et al, 2012).

De acordo com Le Boterf (2006, p. 63), competente “é aquele que, não só é capaz de agir com pertinência numa dada situação, mas que compreende, igualmente, o porquê e o como agir”. Para ser EESMOG é fundamental ser capaz de associar e mobilizar conhecimentos, habilidades e capacidades, utilizando o pensamento crítico e fundamentando a acção. Agir de modo pertinente e oportuno demonstrando uma atitude de salvaguarda e promoção dos direitos, promovendo o empoderamento e a autonomia dos utentes que têm a seu cuidado.

Actualmente, a promoção da saúde tem como foco principal o cidadão, perspectivando-o como alguém livre, com capacidades e habilidades de liderança do seu processo de vida e de saúde.

O investimento nas questões da cidadania activa que o plano nacional de Saúde (PNS), tão bem evoca, impõe uma redefinição de papéis, nomeadamente das equipas de saúde, cujas intervenções deverão passar pelo estabelecimento de uma relação de ajuda, promoção da adesão ao esquema terapêutico, capacitação, advocacy²¹ e educação para a saúde, como formas de potenciar o empowerment, libertando o cidadão para que possa atingir uma maior autonomia e ganhos em Saúde (Hockenberry et al, 2006; PNS 2011-2016).

A frequência deste CMESMO foi pautada por momentos relevantes de aprendizagem e interiorização de experiências e vivências, possibilitando-me desenvolver e complementar competências científicas, técnicas e relacionais, alcançando uma maior maturidade e crescimento pessoal e profissional.

Um dos maiores ensinamentos que retiro, é o facto de me ter permitido contextualizar, reflectir e repensar profundamente a importância dos conhecimentos e das competências do EESMOG, nas suas várias áreas de actuação. Contudo, foi efectivamente na prática clínica que reconheci e

²¹ Advocacy: “(...) a acção do sistema - interventor em defesa ou em representação do sistema - cliente”. (Carmo, 1999, p.161 citado por Pinhel (2006))

O enfermeiro ao advogar a favor do cidadão assume a protecção dos seus interesses, defendendo-o, protegendo-o na sua dignidade e no respeito pelos seus interesses e decisões.

apreendi verdadeiramente a dimensão e alcance das suas competências e o papel determinante que o EESMOG pode ter no âmbito da saúde sexual e reprodutiva, para o qual procurarei dar o meu melhor.

Neste sentido, gostaria de terminar apresentando as seguintes reflexões/questões, abordando igualmente projectos futuros:

Poderá a actual conjuntura, ser perspectivada como uma oportunidade para o EESMOG operacionalizar as competências preconizadas pela OE, no que concerne ao desenvolvimento de um trabalho de maior proximidade com a população?

Relativamente à minha actividade profissional, deste trabalho, surgiu a ideia de me propor como consultora no âmbito da consulta de adolescentes da instituição onde desempenho funções como enfermeira.

Ao nível das intervenções autónomas de enfermagem, a visita domiciliária aparece ainda como uma área a explorar pelo EESMOG e para a qual ele é detentor da melhor qualificação no âmbito da saúde sexual e reprodutiva. Por essa razão, gostaria de organizar e implementar um programa de visitação domiciliária.

Outro aspecto para o qual me sinto disponível, é o de planear e programar um curso de preparação para a parentalidade, que possa contribuir para responder a algumas das necessidades das grávidas (adolescentes ou não) expressas ao longo deste trabalho.

Por fim, seria interessante analisar a temática da gravidez adolescente sob o ponto de vista de outras culturas, nomeadamente na cultura cigana.

6 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AFABLE-MUNSUZ, A. [et al] (2006) - Acculturation and the sexual and reproductive health of Latino youth in the United States: A literature review. In: **Perspectives on Sexual and Reproductive Health**. Vol. 38 (4), p. 208-219. ISSN: 1931-2393.

ALARCÃO, I.; RUA, M. (2005) - Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. In: **Revista Texto & Contexto Enfermagem**. Florianópolis. Vol.14 (3), p. 373-82. ISSN:0104-0707.

ALLIGOOD, M.; TONEY A. (2002) - **Nursing theorists and their work**. St Louis: Mosby.

ANDRADE, P.; RIBEIRO, C.; SILVA, C. (2006) – Mãe adolescente vivenciando o cuidado do filho: um modelo teórico. In: **Revista Brasileira de Enfermagem**. Vol. 59 (1), p. 30-35. ISSN: 0034-7167.

ASSOCIAÇÃO PARA O PLANEAMENTO DA FAMÍLIA (2003) - **Carta dos Direitos Sexuais e Reprodutivos**. Consultado a: 14/02/2012. Disponível em: <http://www.apf.pt/index.php?area=004&mid=001&sid=000&ssid=000>.

BALLONE, G. (2007) - **Gravidez na Adolescência**. In: PsiqWeb Internet. Acedido a 30 de Janeiro de 2011. Disponível em: <http://www.psiqweb.med.br>

BEERS, L.; HOLLO, R. (2009). Approaching the adolescent and the family: A review of teen parenting. In: **Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care**. Vol. 39 (9), p. 216–233. ISSN: 15385442.

BENNER, P. (2001) - **De Iniciado a Perito**. Coimbra: Quarteto Editora. ISBN: 972-8535-97-X.

BORGES, A. (2007) - Relações de género e iniciação sexual de mulheres adolescentes. In: **Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**. Vol. 41(4), p. 597-604. ISSN:1980-220X.

BORGES, A.; SCHOR, N. (2005) - Trajetória afetivo-amorosa e perfil reprodutivo de mulheres adolescentes residentes no Município de São Paulo. In: **Revista Brasileira de Saúde Materna e Infantil**. Vol 5 (2), p. 163-70. ISSN: 1519-3829.

BRÁS, M.; AZEREDO, Z. (2009) – A perspectiva dos Enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários sobre a Sexualidade dos Adolescentes:

Desenvolvimento e validação de uma escala. In: **Revista Investigação em Enfermagem**. Coimbra. Nº19. ISSN: 0874-7695.

BRACONNIER, A.; MARCELLI, D. (2000) – **As mil faces da adolescência**. Lisboa: Climepsi. ISBN: 972-8449-56-9.

BRANDÃO, H.; GUIMARÃES, T. (2001) – Gestão de competências e Gestão de desempenho: tecnologias distintas ou instrumentos de um mesmo construto? In: **Revista de Administração de Empresas**. São Paulo. Vol 41(1), p.8-15. ISSN: 2178-938X.

BRITISH JOURNAL OF MIDWIFERY (2003) – **Antenatal guidelines: quality not quantity**.

BRITISH JOURNAL OF MIDWIFERY (2010) – **The complexities of supporting teenagers in pregnancy**.

BUSH, K., BOCCADORA, D. (2001). Do you really listen to patients? In: **Journal of Nursing**. Vol. 64(3), p. 35–37. ISSN: 1940-696.

CAMARANO, A. (1998) - Fecundidade e anticoncepção da população jovem. In: **Comissão Nacional de População e Desenvolvimento**. Brasília, p.109-133.

CAMPOS, G. (2006) – **Adolescência: de que crise estamos falando?**. Tese de Doutorado. Universidade Católica de S. Paulo.

CARTANA, M.; RAMOS, F. (2005) - O adolescente e o jovem brasileiros - elementos para uma atenção integral. In: Verdi, M.; Boehs, A.; Zampieri, M. - **Enfermagem na atenção primária de saúde: textos fundamentais**. Florianópolis: cap.16, p.330-351.

CASSATA, L.; DALLAS, C. (2005) - Nurses' attitudes and childbearing adolescents: Bridging the cultural chasm. In: **The ABNF Journal**. Vol.16 (4), p. 71–76. ISSN: 1536-5026.

CASPAR, P. (2007) - Ser formador nos dias que correm — Novos actores, novos espaços, novos tempos. Texto da conferência proferida na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa, a 4 de Novembro de 2005. In: **Sísifo: Revista de Ciências da Educação**. Nº2, p. 87-94. ISSN: 1649 4990. Consultado a 14/05/2011. Disponível em: <http://sisifo.fpce.ul.pt>

- CASTRO, L. B.; RICARDO, M. (2002) – **Gerir o Trabalho de Projecto: Guia para a Flexibilização e Revisão Curriculares**. Lisboa: Texto Editores. ISBN: 9789724717258.
- CLEMMENS, D. (2003) – Adolescent mother's depression after the birth of their babies: Weathering the storm. In: **Adolescence**. Vol. 37 (147), p. 551-565. ISSN: 0001-8449.
- CONDE, A.; FIGUEIREDO, B. (2007). Preocupações de mães e pais, na gravidez, parto e pós-parto. In: **Análise Psicológica**, 3 (XXV), p. 381-398. ISSN: 0870-8231.
- CORREIA, P. [et al] (2012) – Dados e Reflexão sobre a saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes portugueses. In: **Revista Sinais Vitais** Nº100 p.42-46. ISSN: 0872-8844.
- CONNOLLY, J. [et al] (2004) – Mixed-gender groups, dating, and romantic relationships in early adolescence. In: **Journal of Research on Adolescence**. Vol.14 (2), p. 185-207. ISSN: 1532-7795.
- CRUM, K. (2008) – Fisiologia materna no período pós-parto. In: Lowdermilk, D.; Perry, S.– **Enfermagem na Maternidade**. 7ª Ed. Loures: Lusodidacta, p. 478-489. ISBN 978-989-8075-16-1.
- DALLAS, C. (2004). Family matters: how mothers of adolescent parents experience adolescent pregnancy e parenting. In: **Public Health Nursing**. Vol. 21(4), 347-353. ISSN: 1525-1446.
- DALLAS, C. (2009) – Interactions between Adolescent Fathers and Health Care Professionals during pregnancy, labor and early postpartum. In: **Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing**. Vol. 38, p. 290-299. ISSN: 1552-6909.
- DAVIM, R. [et al] (2009) – Adolescente/Adolescência: revisão teórica sobre uma fase crítica da vida. In: **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**. Fortaleza. Vol.10 (2) (Abril/Junho), p.131-140. ISSN: 1517-3852.
- DIAS, S. (2009) - **Comportamentos sexuais nos adolescentes: promoção da saúde sexual e prevenção do VIH/SIDA**. 1ªed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. ISBN 978-972-31-1292-4.
- DIÁRIO DA REPÚBLICA (2011) - Regulamento nº127/2011, 2ªsérie nº35 18 Fevereiro 2011, p.8662-8666

- DOMENICO, E.; IDE, C. (2005) - Estratégias apontadas pelos docentes para o desenvolvimento das competências nos diferentes níveis de formação superior em enfermagem. In: **Revista Brasileira de Enfermagem**. Vol. 58(5), p. 509-512. ISSN: ISSN 0034-7167
- DUARTE, S. (2010) – **Continuidade em Cuidados Domiciliários: O papel do Enfermeiro**. Tese Doutorado em Enfermagem. Universidade de Lisboa com a participação da Escola de Enfermagem de Lisboa.
- DYNELL, J. (2003) - O jovem como sujeito social. In: **Revista Brasileira de Educação**. Belo Horizonte. N.4, p.40-52. ISSN: 1413-2478.
- ESCOLA DE ENFERMAGEM DE LISBOA (2011) – Regulamento de Mestrado.
- ESTEVES, J.; MENANDRO, P. (2005) – Trajetórias de vida: repercussões da maternidade adolescente na biografia de mulheres que viveram tal experiência. In: **Estudos de Psicologia**. Vol. 10 (3), p.363-370. ISSN: 1678-4669.
- FABIÃO, J. (2005) – Adolescentes grávidas: vidas e (m) desenvolvimento. In: **Revista Investigação em Enfermagem**, nº11 (Fevereiro), p.34-45.ISSN: 0874-7695.
- FABIÃO, J (2008) – **Mães Adolescentes: Percursos de Vida**. Dissertação de Doutorado em Ciências de Enfermagem. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto.
- FONSECA, H. (2005) – **Viver com Adolescentes**. Lisboa: Editorial Presença. ISBN: 972-23-3366-6.
- FONSECA, E.; MACHADO, A. (2007) – As competências Afectivo/Emocionais na Vivência da Sexualidade dos Adolescentes. In: **Revista Sinais Vitais**. Nº72. ISSN: 0872-8844.
- FORTIN, Marie-F. (1999) – **O processo de investigação: da concepção à realização**. 2ªed. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-10-X
- FREIXO, M. (2010) – **Metodologia científica: fundamentos, métodos e técnicas**. 2ªed. Lisboa: Instituto Piaget. ISBN 978-989-659-047-5.
- GOTIJO, D.; MEDEIROS, M. (2008) – Significado da Maternidade para adolescentes com experiência de vida nas ruas. In: **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro. Vol. 24 (2), p.469-472. ISSN: ISSN 1678-4464.
- GRABER, J. [et al] (1998) – Betwixt and between: Sexuality in the context of adolescent transitions. In: Jessor J. - **New perspectives on adolescent risk behavior**. New York: Cambridge University Press. p. 270-316.

- GUIMARÃES, M.; [et al] (2007) – Adolescência na Escola: O desafio do Desenvolvimento Integral. **Revista Interações**. Vol 3 (5), p..82-109. ISSN 1646-2335.
- GUYATT, G. e colaboradores (2002) – **User's Guide to the Medical Literature: Essentials of Evidence-based on Clinical Practise**. 2ª ed. United States of America. ISBN: 13978-0-07-159038-9
- GOMES, B. (2006) - Contributos da formação para o Desenvolvimento de Competências na área de enfermagem de reabilitação. In: **Revista Texto & Contexto de Enfermagem**. Florianópolis. Vol.15 (2), p. 193-204. ISSN: 0104-0707.
- HANSON, S. (2005) – **Enfermagem de cuidados de saúde à família: Teoria, Prática e Investigação**. 2ªed. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-83-5.
- HEALTHY TEEN NETWORK. (2006) - **The unique needs of young fathers**. Acedido a: 12/05/2012. Disponível em: <http://www.healthyteennetwork.org>
- HESBEEN, W. (2000) – Cuidar no hospital. Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar. Lisboa: Lusociência. ISBN: 972-8383-11-8.
- HOPKINS, D. (2000) - Powerful learning, powerful teaching, powerful schools. In: **The Journal of Educational Change**. Vol.1 (2), p.135-154. ISSN: 1573-1812.
- HOPKINS, C.; TAYNER, B.; RAYMOND, K. (2004) – Risk avoidance versus risk reduction: a framework and segmentation profile for understanding adolescent sexual activity. In: **Health Marketing Quarterly**. Vol 21, P.79-106. ISSN 1545-0864. Acedido em 02/02/2011. Disponível em: [|HTTP://WWW.INFORMAWORLD.COM/SMPP/TITLE~DB=ALL~CONTENT=T792306865~TAB=SUMMARY](http://www.informaworld.com/SMPP/TITLE~DB=ALL~CONTENT=T792306865~TAB=SUMMARY)
- HERRMAN, J. (2006) - The voices of teen mothers: The experience of repeat pregnancy. In: **MCN: The American Journal of Maternal Child Nursing**. Vol. 31 (4), p. 243-249. ISSN: 0361-929X.
- HERRMAN, J. (2007) - Repeat pregnancy in adolescence: Intentions and decision making. In: **MCN: The American Journal of Maternal Child Nursing**. Vol.32 (2), p.89–94. ISSN: 0361-929X.

- HERRMAN, J. (2008) - Adolescent perceptions of teen births: A focus group study. In: **Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing**. Vol 37 (1), p.42–50. ISSN: 1552-6909
- HOCKENBERRY, M. [et al] (2006) - **Wong: Fundamentos de Enfermagem Pediátrica**. 7^a ed. Rio de Janeiro: Elsevier. ISBN: 853- 5219-18-8.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (2009) - Disponível em: <http://www.ine.pt>. Acedido a 24/01/2011.
- INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES (2002) – **Essential Competencies for Basic Midwifery Practice**.
- JOURNAL OF ROYAL COLLEGE OF MIDWIVES (2005) – **Position Statements**.
- JOURNAL OF ROYAL COLLEGE OF MIDWIVES (2007) – **Position Papers Archive**.
- JEÓLAS, L.; FERRARI, R. (2003) - Oficinas de prevenção em um serviço de saúde para adolescentes: espaço de reflexão e de conhecimento compartilhado. In: **Ciência & Saúde Coletiva**. Vol. 8 (2), p. 611-620. ISSN: 1413-8123.
- KAHN, A., REEG, R. (2008) - **A policy platform to promote health and success among young families**. Baltimore, MD: Healthy Teen Network.
- KING-JONES, T. (2008) – Pregnant Adolescents: Perils and Pearls of Communication. In: **Nursing for Women’s Health**. Vol.12 (2), p.106 -113. ISSN: 1751-486X.
- KLEIN, J. (2005) – Adolescent Pregnancy: Current Trends and Issues. In: **Pediatrics**. Vol. 116 (1), p. 281-286. ISSN: 1098-4275.
- KONIAK-GRIFFIN, D. [et al] (2006) – Contemporary Mothering in a Diverse Society. In: **Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing**. Vol. 35 (5), p.675-678. ISSN: 1552-6909.
- LAZURE, H (1994) - **Viver a Relação de Ajuda: abordagem teórica e prática de um critério de competência da enfermeira**. Lisboa: Lusodidacta. ISBN:978-972-9539-954
- LE BOTERF, G. (1999) - **Compétence et navigation professionnelle**. Paris: Éd. d’Organisation.
- LE BOTERF, G. (2000) – **Desenvolvendo a competência dos Profissionais**. 3ªedição, Porto Alegre: Artmed Editora. ISBN: 2-7081-2445-5

- LE BOTERF, G. (2006) - Avaliar a competência de um profissional. Três dimensões a explorar. **Pessoal**. P. 60 – 63. Acedido a 12/07/2011. Disponível em: <http://www.guyleboterfconseil.com/Article%20evaluation%20version%20directe%20Pessoal.pdf>.
- LEAL, I. (2005) - **Psicologia da Gravidez e da Parentalidade**. Lisboa: Fim de Século. ISBN 972-754-235-2.
- LEE, R. (2003) - **Métodos Não Interferentes em Pesquisa Social**. Lisboa: Gradiva. ISBN: 978-972-662-887-3.
- LEWGOY, A.; ARRUDA, M. (2004) - Novas tecnologias na prática profissional do professor universitário: a experiência do diário digital. In: **Revista Textos e Contextos**. Porto Alegre. Nº 2, p. 115-130. ISSN: 0104-0707.
- LIMA, C. [et al] (2004) – Perceções e práticas de adolescentes grávidas e de familiares em relação à gestação. In: **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**. Vol 4 (1), p.71-83. ISSN: 1519-3829.
- LOW, L. [et al] (2003) - Adolescents' Experiences of Childbirth: Contrasts With Adults. In: **The Journal of Midwifery & Women's Health**. Vol.48(3), p.192–198. ISSN: 1526-9523.
- LOPES, W. [et al] (2008) – Visita Domiciliar: tecnologia para o cuidado, o ensino e a pesquisa. In: **Revista Ciência, Cuidado e Saúde**. Vol. 7 (2) p. 241-247. ISSN:1984-7513.
- LOWDERMILK, D.; Perry, S. (2008) - **Enfermagem na maternidade**. 7ª Edição. Loures: Lusodidacta. ISBN:978-989-8071-16-1.
- MACHADO, M.; ZAGONEL, I. (2003) – O processo de cuidar da adolescente que vivencia a transição do papel materno. In: **Cogitare Enfermagem**. Vol. 8 (8), p.26-33. ISSN: 2176-9133.
- MALTA, I.; MADEIRA, C. (2006) – **Projecto ROSA**. Associação Portuguesa para o Planeamento da Família.
- MANDÚ, E.; PAIVA, M. (2001) - Consulta de enfermagem a adolescentes. In: **Adolescer, compreender, atuar, acolher**. Brasília: Ministério da Saúde, p.131-39.
- MARQUES, V.; FERREIRA, A. (2002) - Responsabilidades do enfermeiro como agente de mudança. **Revista Sinais Vitais**. Nº68, p.19-22. ISSN: 0872-0844.
- MARTINS, D. (2003). **Estatuto da Criança e do Adolescente & Política de Atendimento**. Curitiba: Juruá.

- MARTINS, C. [et al] (2006) - Perfil do Enfermeiro e necessidades de desenvolvimento de competência profissional In: **Revista Texto & Contexto Enfermagem**. Florianópolis. Vol.15 (3), p.472-478. ISSN: 0104-0707.
- MARTINS, J. (2008) – Investigação em Enfermagem: Alguns apontamentos sobre a dimensão ética. In: **Pensar Enfermagem** Vol. 12 (2), p. 62-66 ISSN:0873-8904.
- MATOS, M. (2010) – **Sexualidade, Afectos e Cultura: Gestão de problemas de saúde em meio escolar**. Lisboa: Coisas de Ler. ISBN: 978-989-8218-49-0.
- MEAD, M. [et al] (2005) – Evaluation of a Midwifery support service for pregnant teenagers. In: **British Journal of Midwifery**. Vol. 13 (12), p.762-766. ISSN: 0969-4900.
- MENDES, M. (1998) – **Psicopedagogia: uma identidade em construção**. Dissertação de Candidatura a Mestrado em Psicologia. São Paulo: Universidade de São Marcos.
- MERCER, R. WALKER, A. (2004) – Becoming a Mother versus Maternal Role Attainment. In: **Journal of Nursing Scholarship**. Vol. 36 (3), p. 226-232. ISSN: 1547-5069.
- MONTEIRO, R. (2005) - **O que dizem as mães: mulheres trabalhadoras e suas experiências**. Coimbra: Quarteto Editora, ISBN 989-558-037-1.
- NEUMAN, B (2001) - **The Neuman Systems Model**. Fourth Edition. New Jersey: Prentice Hall. ISBN 013-02-7856-4.
- NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION (2009) - **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: Definições e Classificação 2009-2011**. Porto Alegre: Artmed. ISBN:978853632104.
- NURSING FOR WOMEN’S HEALTH (2008) – **Improving Health Literacy**.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2006) – **Investigação em Enfermagem: Tomada de Posição**. Lisboa: 26 de Abril de 2006.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010) – **Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica** aprovado por unanimidade em 20 Novembro 2010.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2011) – **Proposta do Programa Formativo da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e**

Ginecológica aprovada em reunião da mesa do Colégio de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica em 18 Junho 2011.

OUTEIRAL, J. (2003) – **Adolescer. Estudos revisados sobre a adolescência.** 2ªed. Rio de Janeiro: Revinter.

OZELLA, S. (2002) – Adolescência: uma perspectiva crítica. In: Contini, M. [et al] - **Adolescência e psicologia: concepções , práticas e reflexões críticas.** Brasília: Conselho Federal de Psicologia. P.16-24. Acedido a 17/11/2011. Disponível em: <http://www.crprj.org.br/publicacoes/cartilhas/adolescencia.pdf>

PAPALIA, D. [et al] (2006) – **Desenvolvimento Humano.** 8ªed. Porto Alegre: Artmed. ISBN: 0-07-232139-3.

PEREIRA, M. (2010) - A importância da Investigação na profissão de Enfermagem. In: **Revista Sinais Vitais** nº92. ISSN: 0872-0844.

PERRENOUD, P. (2002) - **A prática reflexiva no ofício de professor: profissionalização e razão pedagógica.** Porto Alegre: Artmed. ISBN: 85-7307-963-0.

PINHEL, M. (2006) – **Experiências de cidadania em contexto Comunitário.** Porto. 2006. Tese de Mestrado.

PERSONA, L.; SHIMO, A.; TARALLO, M. (2004) - Perfil de adolescentes com repetição da gravidez atendidas num ambulatório de pré-natal. In: **Revista Latino - Americana de Enfermagem.** V. 12 (5), p.745-50. ISSN: 0104-1169.

PORTUGAL. Ministério da saúde. Alto Comissariado para a Saúde (2010) - **Plano Nacional de Saúde 2011-2016: Cuidados de Saúde Hospitalares.** Lisboa.

PETERSON, W. [et al] (2007) - Adolescent's perceptions of postpartum nursing care. In: **Qualitative Health Research.** Salt Lake City. Vol.17 (2), p. 201-212. ISSN: 1552-7557.

RAMOS, F.; PEREIRA, S.; ROCHA, C. (2001) – Viver e adolescer com qualidade. In: **Adolescer, compreender, acuar, acolher.** Brasília: Ministério da Saúde. P. 11-18.

RAMOS, S. (2007) - **Introdução à Metodologia de Trabalho de Projecto.** Acedido a 10/04/2010. Disponível em: http://livre.fornece.info/media/download_gallery/recursos/metodologia_projecto/TIC-Metodologia-Projecto.pdf

- RODRIGUES, A.; CARVELA, E. (2006) – A experiência de ser cuidada na sala de partos. In: **Revista Sinais Vitais**. Nº67, p.39-44. ISSN 0872-0844.
- ROLDÃO, M. (2009) - O lugar das competências no currículo – ou o currículo enquanto lugar das competências? In: **Educação Matemática Pesquisa**. São Paulo. Vol.11 (3), p.585-596. ISSN: 1983-3156.
- ROYAL COLLEGE OF MIDWIVES (2007) – **Supporting Women in Labour: Midwifery Practice Guideline**. 4ª edição, p.1-13.
- SAMPAIO, D. (2002) –**Vozes e Ruídos: Diálogos com Adolescentes**. Lisboa: Editorial Caminho. ISBN: 978- 9722-108324.
- SAULS, D. (2010) – Promoting a Positive Childbirth Experience for Adolescents. In: **Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing**. Vol. 39, p.703-712. ISSN: 1552-6909.
- SCHAFFER, U. [et al] (2006) – **Método Aplicado de Planeamento e Avaliação: Manual de Planeamento e Avaliação de Projectos**. Cascais: Principia. ISBN 972-8818-58-0.
- SILVA, D. (2007) – **Mães-menininhas: A gravidez na adolescência escutada pela psicanálise e educação**. Tese de Doutoramento. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Educação.
- SILVA, A.; CALVO, M. (2006) - **Encontros e desencontros na trajetória percorrida pelos adolescentes a partir da gravidez**..Florianópolis: Editora da UFSC. p. 119-133.
- SOARES, H. (2008) – **O acompanhamento da família no seu processo de adaptação e exercício da parentalidade: Intervenção de Enfermagem**. Porto: Dissertação de Candidatura ao grau de Mestre em Ciências de Enfermagem. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto.
- SOUSA, L. (2009) – **O significado da maternidade para mães adolescentes à luz da teoria das representações sociais**. Tese de Mestrado. Universidade Federal do Rio Grande.
- SMITH, D., ROBERTS, R. (2009) - Young parents' perceptions of barriers to antenatal and postnatal care. In: **British Journal of Midwifery**. Vol. 17(10), p. 620–627. ISSN: 0969-4900.

- SMITHBATTLE, L. (2009) - Reframing the risks and losses of teen mother. In: **MCN The American Journal of Maternal Child Nursing**. Vol. 34 (2), p.122–128. ISSN: 0361-929X.
- STEVENS, C. (2006) - Being healthy: Voices of adolescent women as parents. In: **Journal for Specialists in Pediatric Nursing**, Vol. 11(1), p. 28–40. ISSN: 1744-6155.
- STRECHT, P. (2002) - **Interiores: Uma Ajuda aos Pais sobre a Vida Emocional dos Filhos**. Lisboa: Assírio &Alvim
- SPRINTHALL, N.; COLLINS, A. (2008) – **Psicologia do Adolescente: Uma abordagem desenvolvimentista**. 4ªed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. ISBN 978-972-31-0634-3.
- TARDIF, J. (1996) - Le transfert des compétences analysé à travers la formation de professionnels. In: Meirieu, P. [et al] - **Le concept de transfert de connaissances en formation initiale et en formation continue**. Lyon: CRDP
- TAVARES, M.; BOTELHO, M. (2009) – Prevenir a Depressão Pós-Parto: Uma análise ao conhecimento existente. In: **Pensar Enfermagem**. Vol.13 (2), p. 19-29. Lisboa. ISSN: 0873-8904.
- UNITED NATIONS (2005) – **Youth at The United Nations: World Youth Report**. Acedido em 28/12/2010. Disponível em: <http://www.un.org/esa/socdev/unyin/wyr05.htm>
- UNITED NATIONS EDUCATIONAL, SCIENTIFIC AND CULTURAL ORGANIZATION (2009) - **International Technical Guidance on Sexuality Education**. Paris.
- VENTURA, M.; CORREA, S. (2006) – Adolescência, Sexualidade e reprodução: construções culturais, controvérsias normativas, alternativas interpretativas. In: **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro. Vol. 22 (7), p. 1505-1509. ISSN: 1678-4464.
- VILAGRASA, P. (1991) – **Perfil profesional del persona de acogida de los hospitales**. Barcelona: Interamericana. ISSN: 0212-1972.
- VILAR, D.; FERREIRA, P. (2008) - **Associação para o Planeamento da Família – A educação sexual dos jovens portugueses: conhecimentos e fontes**. APF, Lisboa.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2001) - **Sexual Relations among young people in developing countries: evidences from WHO case studies.** Genebra.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2004) - **Young People's Health in Context.** Copenhagen.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2007) – **Family Planning: a Global handbook for providers.** United States of America.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2011) - **Young People's Health in Context.** Acedido a 25/09/2011. Disponível em: <http://www.who.int/en/>

ANEXOS

Anexo 1 – Consentimento Informado

TERMO DE CONSENTIMENTO ESCLARECIDO PARA VISITAÇÃO DOMICILIÁRIA DE ENFERMAGEM

Concordo com a visita domiciliária a ser realizada pelo(a) Senhor(a) Enfermeiro(a)....., estudante do 5º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia/1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, eventualmente com a colaboração do Centro de Saúde local, com o objectivo de me serem prestados cuidados de enfermagem ou ao meu filho, livres de quaisquer encargos.

Declaro também que me foram fornecidas todas as informações pelo(a) Senhor(a) Enfermeiro(a) acima mencionado, bem como sobre os meus direitos, nomeadamente:

I – Ter acesso aos melhores cuidados disponíveis, de acordo com as minhas necessidades;

II – Ser tratado(a) com humanidade e respeito, tendo os cuidados a prestar o único objectivo de melhorar as minhas condições de saúde;

III – Ter garantido o sigilo das informações que me digam respeito;

IV – Receber todas as informações disponíveis sobre a minha situação de saúde e sobre os cuidados prestados;

V – Todas as alíneas anteriores aplicam-se de igual modo às informações, necessidades e cuidados respeitantes a qualquer outro membro do meu agregado familiar, em especial ao meu filho recém-nascido.

Lisboa, de de

Assinatura da utente (puérpera)

Endereço:.....

..... Tel:

**Anexo 2 – Guia orientador para elaboração de diários de campo
de visitas domiciliares**

GUIA PARA A ELABORAÇÃO DOS DIÁRIOS DE CAMPO DE VISITAS DOMICILIÁRIAS

Data:

Hora:

PARTE DESCRITIVA

Retratos dos sujeitos

Reconstruções dos diálogos

Descrição do espaço físico

Relatos de acontecimentos particulares

Descrição de actividades e comportamentos

O comportamento do Observador

PARTE REFLEXIVA

Reflexão sobre a análise

Reflexões sobre o método

Reflexões sobre conflitos e dilemas éticos

Reflexões sobre o ponto de vista do observador

Pontos de clarificação

LOPES, W. [et al] (2008) – Visita Domiciliar: tecnologia para o cuidado, o ensino e a pesquisa. In: Revista Ciência, Cuidado e Saúde. Vol. 7 N°2 (Abril/Junho). P. 241-247. ISSN:1984-7513.

APÊNDICES

Apêndice 1 – Projecto de Estágio



**5º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em
Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia**

**1º Curso de Mestrado em Enfermagem de
Saúde Materna e Obstetrícia**

UNIDADE CURRICULAR

" SEMINÁRIO DE INVESTIGAÇÃO II "

PROJECTO DE ESTÁGIO

ENSINO CLÍNICO IV – BLOCO DE PARTOS

HOSPITAL D.ESTEFÂNIA

Lisboa

Fevereiro 2011

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

**5º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em
Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia**

1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

**UNIDADE CURRICULAR “SEMINÁRIO DE
INVESTIGAÇÃO II” - PROJECTO DE ESTÁGIO**

Elaborado por: **Iris Medina**

Nº2422

Orientador do Local do Ensino Clínico: Enf.ª Anabela Lobato

Docente Orientador do Ensino Clínico: Prof.ª Paula Mateus

Docente Orientador do Projecto de Estágio: Prof.ª Madalena Oliveira

Lisboa

Fevereiro 2011

ÍNDICE

LISTA DE SIGLAS /ABREVIATURAS _____	4
INTRODUÇÃO _____	5
1- FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA SOBRE A TEMÁTICA EM ESTUDO_____	8
2- PROJECTO GLOBAL DE APRENDIZAGEM _____	11
2.1 - METODOLOGIA _____	11
2.2 - OBJECTIVOS E PLANIFICAÇÃO DAS ACTIVIDADES _____	12
2.3 - RECURSOS _____	13
3 - REFLEXÃO FINAL _____	14
4 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS _____	15
Apêndices_____	17

Apêndice I – ACTIVIDADES A DESENVOLVER NO ENSINO CLINICO IV

Apêndice II – CRONOGRAMA DO PROJECTO

LISTA DE SIGLAS / ABREVIATURAS

ABCF – Auscultação dos Batimentos Cardíacos Fetais

APF – Associação Portuguesa para o Planeamento Familiar

BP – Bloco de Partos

BCF – Batimentos Cardíacos Fetais

BISG - Boletim Individual de Saúde da Grávida

CTG – Cardiotocógrafo

CMESMO – Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

EC – Ensino Clínico

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

EESMO – Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia

HDE – Hospital D.Estefânia

ICM – International Confederation of Midwives

INE – Instituto Nacional de Estatística

IST – Infecções Sexualmente Transmissíveis

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

RN – Recém-Nascido

SMO – Saúde Materna e Obstetrícia

TP – Trabalho de Parto

WHO - World Health Organization

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular “Seminário de Investigação II”, integrada no 5º Curso de Pós Licenciatura de Especialização/1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (CMSMO) da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), foi-nos solicitado a elaboração de um Projecto de Estágio para o Ensino Clínico (EC) IV, incidindo especificamente numa problemática de interesse.

O EC IV irá decorrer no Bloco de Partos do Hospital D. Estefânia (HDE), com início a 17 Janeiro de 2011 e término a 1 de Julho de 2011. A orientação estará a cargo da Enf.^a Anabela Lobato (orientadora local), da Prof.^a Paula Mateus (docente orientadora do EC) e da Prof.^a Madalena Oliveira (docente orientadora do projecto de estágio).

Nos dias de hoje, temos conhecimento de que a melhoria do estado de saúde da população se deve em grande parte, à intervenção a nível de estilos e hábitos de vida. Segundo o Internacional Confederation of Midwifery (ICM, 2002) e a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2010)²², o EESMO tem um papel único na promoção da saúde da mulher e das famílias, desenvolvendo uma intervenção ao nível da saúde sexual e reprodutiva da mulher, família e comunidade. Devido ao seu contacto próximo com a população, é um agente de mudança na promoção da saúde e na prevenção da doença.

Ao longo da história da humanidade e para um grande número de sociedades, a adolescência tem vindo a ser considerada um período de transição altamente significativo. Alguns acontecimentos sociais e culturais parecem ter influenciado a emergência da adolescência como uma fase do desenvolvimento humano. Representa um conjunto de respostas situacionais dadas pelos indivíduos numa fase de transição para a vida adulta, numa dada sociedade ou cultura. Pode-se então considerar que a adolescência constitui um período, mais ou menos longo, que separa a infância da idade adulta (Sprinthall e Collins, 2008).

²² Regulamento das Competências Específicas do EESMO da OE, aprovado em 20 de Novembro 2010

De acordo com Hockenberry (2006), as principais causas de morbidade e mortalidade na adolescência não são as doenças, mas comportamentos de risco que prejudicam a saúde. Estas causas incluem acidentes, depressão, violência, adição, infecções sexualmente transmissíveis e gravidez.

A gravidez precoce é uma das ocorrências mais preocupantes relacionadas com a sexualidade na adolescência, com sérias consequências para a vida dos adolescentes envolvidos, de seus filhos que nascerão e de suas famílias (Ballone, 2007).

A temática da adolescência e particularmente da gravidez na adolescência, suscitou o meu interesse/preocupação em ensinamentos clínicos anteriores mas, em especial, no EC-I onde desenvolvi um projecto de intervenção envolvendo a organização e implementação de um centro de atendimento para adolescentes e jovens. O projecto possibilitou-me aprofundar conhecimentos sobre esta problemática e os comportamentos de risco associados, contactando de perto com adolescentes e com o fenómeno da gravidez não planeada²³.

Percebi que apesar de existirem cada vez mais políticas públicas voltadas para a prevenção da gravidez na adolescência, o número de partos é ainda muito significativo. No período decorrido entre 24 Junho 2010 e 27 Janeiro 2011, de um total de 1207 partos ocorridos no HDE, 44 corresponderam a partos de mães adolescentes entre os 13 e os 19 anos.²⁴

Considerando o processo de gravidez, trabalho de parto e parto como experiência única para quem a vive, e, uma vez que nesta etapa do ciclo vital, muitas adolescentes ainda não atingiram nem a maturidade psicológica nem fisiológica para serem mães, questiono-me, em que consistirão as intervenções específicas do EESMO face à problemática das grávidas/parturientes adolescentes.

²³ No período decorrido entre 1 Janeiro 2010 e 18 Outubro 2010, de um total de 199 grávidas em vigilância de saúde materna na Unidade de Cuidados de Saúde de Benfica, 53 correspondem a adolescentes cujas gravidezes não foram planeadas

²⁴ Dados recolhidos através do livro de registos de movimentos do Bloco de Partos do HDE

Com base no que foi exposto, a questão norteadora do projecto de intervenção será: *“Pensar a adolescência: que cuidados de enfermagem especializados respondem às necessidades das grávidas/ parturientes?”*

A construção deste projecto terá subjacente uma revisão da literatura com o objectivo de conhecer a evidência científica e adoptando a metodologia PICOD (Participantes, Intervenções, Resultados e Desenho).

Compreendo que para desenvolver uma prática assistencial é necessário escolher um referencial teórico que sirva como facilitador e dê suporte à prática. Optei por utilizar a teoria de Betty Neuman. Neuman (2001), considera o ser humano como único, com conhecimentos próprios e características pessoais inatas. Refere a importância dos vários factores relacionados com o ambiente, a sua potencial influência enquanto stressores do sistema e a relação entre o ser humano e as diferentes variáveis: fisiológica, psicológica, desenvolvimentista, sociocultural e espiritual.

Assim sendo, elaborei este documento de trabalho com as seguintes finalidades:

- Definir os objectivos individuais de aprendizagem e as actividades preconizadas para a sua consecução;
- Contribuir para a avaliação da Unidade Curricular – “Seminário de Investigação II”;
- Estabelecer a base de sustentação para a realização do Relatório de Estágio cuja apresentação e discussão pública servirá para obter o grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia.

O documento encontra-se estruturado da seguinte forma: O primeiro capítulo envolve uma fundamentação teórica sobre a temática em estudo. No segundo capítulo, encontra-se o projecto global de aprendizagem e a planificação das actividades a desenvolver. No terceiro capítulo apresento uma reflexão final e termino com as referências bibliográficas que suportam teoricamente a elaboração deste documento.

1 - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA SOBRE A TEMÁTICA EM ESTUDO

Actualmente, cada vez mais, é exigido aos enfermeiros, capacidade de decisão baseada num raciocínio lógico e disciplinado, exigindo conhecimento empírico, permanente actualização do mesmo através de uma cultura de investigação, experiência, pensamento crítico e intuição, para além de outros atributos de natureza emocional, relacional e ética. Neste contexto, é fundamental que os enfermeiros tenham a capacidade de reconhecer, interpretar e analisar os problemas, bem como explicar o seu processo de pensamento e agir, estabelecendo prioridades face a cada situação com que se deparam e, avaliar e corrigir, se necessário, o seu próprio pensamento (Ferreira, 2005)

Segundo a World Health Organization (WHO, 2004) a adolescência e juventude, são os períodos da vida compreendidos entre os 10 e os 19 anos e entre os 15 e os 24 anos, respectivamente.

O processo de desenvolvimento psicosssexual e de identidade sexual é uma das principais tarefas desenvolvimentais da adolescência e está associado às mudanças físicas, psicológicas e interpessoais que estão simultaneamente a ocorrer” (Dias, 2009). As alterações físicas que surgem em resultado da maturação do aparelho reprodutor, vão originar a intensificação dos impulsos sexuais, provocando o aparecimento de novas sensações e emoções que conduzem o adolescente a comportamentos sexuais.

De acordo com Sprinthall e Collins (2008, p.405), a sexualidade “engloba as emoções, os comportamentos e as atitudes que estão associadas não apenas ao ser capaz de procriar, mas também aos padrões sociais e pessoais que acompanham as relações físicas íntimas, durante a vida do indivíduo”.

A adolescência corresponde portanto, a um período de experimentação que é apropriado e socialmente adaptativo, assumindo o comportamento exploratório uma função importante no desenvolvimento do adolescente. O envolvimento do adolescente em actividades de risco é esperado, contudo alguns desses comportamentos envolvem riscos elevados, com implicações ao nível da saúde e bem-estar dos jovens. “Actualmente, verifica-se que as ameaças para a

saúde dos adolescentes são na sua maioria consequência de factores ambientais, sociais, psicológicos e comportamentais” (Dias, 2009, pág.59).

Ainda segundo o mesmo autor, se procurarmos particularizar o conceito de risco na adolescência, são apontadas três interpretações: riscos com consequências imediatas, como a adopção de comportamentos perigosos; riscos com consequências para o período pós adolescência, como a obesidade e; riscos que incluem consequências tanto actuais como remotas, como a passagem imediata ao acto por intolerância sistemática às frustrações. Podemos dizer que estão em jogo tanto as características do indivíduo e da percepção do ambiente (prazer do risco), como outras mais ligadas ao comportamento manifesto (consumo de drogas lícitas e ilícitas) e outras derivadas ao ambiente (oportunidades para o sexo casual, para o uso de veículos motorizados

A WHO (2004) aponta como principais problemas de saúde específicos da adolescência a gravidez indesejada, as IST, o consumo de álcool, tabaco e drogas, os acidentes rodoviários e os hábitos alimentares.

Portugal é o segundo país da Europa com maior número de gravidez na adolescência, apenas suplantado pelo Reino Unido. Em 2009, segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE), nasceram 4347 crianças, concebidas por mães com idades entre os 12 e os 19 anos.

O estudo sobre “Comportamentos sexuais nos adolescentes: promoção da saúde sexual e prevenção do VIH/SIDA” (Dias, 2009) evidencia que os comportamentos sexuais precoces aumentam a vulnerabilidade ao nível da saúde sexual e que com a idade aumenta também a probabilidade do envolvimento em mais comportamentos de risco. E apesar dos meios disponíveis na sociedade actual permitirem um acesso facilitado à informação, num estudo realizado em parceria entre a Associação do Planeamento Familiar (APF) e o Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa, comprova que a nível da educação sexual, os jovens revelaram ter insuficientes níveis de conhecimentos em temas como o período fértil e gravidez, onde podem ser adquiridos os contraceptivos, os riscos de gravidez não desejada, o método do

calendário, a pílula do dia seguinte, a toma da pílula e as IST (Vilar e Ferreira, 2008).

Para o desenvolvimento e a implementação de programas de intervenção efectivos, oportunos e direccionados para os adolescentes, a investigação no âmbito dos seus conhecimentos, atitudes e comportamentos sexuais é essencial. (United Nations, 2005).

Nesse sentido, o ambiente educativo a criar terá que ter necessariamente em conta desafios tais como: olhar para o adolescente na sua necessidade de desenvolvimento situado no cruzamento das linhas da consolidação da identidade e da capacidade de inter-relação; catalizar o seu processo de descoberta de si próprio como pessoa única, valiosa, digna; possibilitar o contacto, pessoal e estável, com figuras significativas, bem como o confronto com valores, atitudes e ideais que poderão dar sentido e objectivos à sua vida. Esse ambiente educativo deverá proporcionar ao adolescente a possibilidade do encontro consigo mesmo, num contexto simultaneamente protegido e aberto, que lhe dê todo o tempo necessário para se ir consolidando como pessoa, sem ter que esconder ou recalcar, ou converter em agressividade descontrolada, as suas fragilidades, dúvidas e descobertas (Sampaio, 2002); (Hopkins, Tayner & Raymond, 2004); (Guimarães et al, 2007).

De acordo com Pereira e Freitas (2002) e Ferreira (2006), educação para a saúde não significa simplesmente modificações nos hábitos e comportamentos geradores de doença, mas visa sobretudo a implicação do adolescente numa maior responsabilização nas opções que dizem respeito à saúde e ao bem-estar, quer em termos individuais quer colectivos, apoiando-se cada vez mais na promoção de atitudes positivas do que na agitação do espectro da doença. A educação para a saúde pressupõe uma educação para a vida.

A gravidez na adolescência é um fenómeno social importante, sendo a sua abordagem habitualmente feita no contexto das profissões de saúde, por vezes com perspectivas pessoais estereotipadas quer através das “leituras” que cada profissional faz, de acordo com uma dada formação académica ou científica, ou mesmo da sua percepção pessoal acerca do fenómeno (Fabião, 2005).

Ao tentarmos compreender a experiência vivida pela adolescente na sua situação de gravidez, podemos contribuir para que as práticas de enfermagem dos profissionais possam melhor adequar-se àquela adolescente que está grávida, ou seja, que o planeamento das intervenções de enfermagem esteja de acordo com as suas necessidades.

2 – PROJECTO GLOBAL DE APRENDIZAGEM

2.1 - METODOLOGIA

A problemática das competências na área da enfermagem não é nova, mas é sempre actual, pela multiplicidade de fronteiras que tem com técnicos de formação muito diversificada. Contudo, a especialização em enfermagem de saúde materna e obstétrica traz responsabilidades acrescidas, na medida em que, para além das suas funções como especialista, são-lhe atribuídas um conjunto de actividades muito específicas, que estão para além das funções de qualquer enfermeiro especialista, e que lhe exigem um saber e lhe conferem uma autonomia muito próprias.

O Trabalho de projecto baseia-se numa metodologia de investigação centrada na resolução de problemas que constituem uma oportunidade para novas aprendizagens. A tomada de decisão para responder ao problema clínico identificado e para implementar intervenções de enfermagem inovadoras pressupõe a evidência científica. Para tanto levarei a cabo uma revisão sistemática da literatura científica relativa à gravidez na adolescência, bem como da experiência adquirida em EC.

Neste EC pretende-se a prestação de cuidados de qualidade e excelência face às Competências Essenciais à prática de Enfermagem de SMO que vêm descritas no novo Regulamento da OE (2010), e de onde emergiram a definição dos objectivos pessoais e o planeamento de actividades, que irão nortear o processo de formação e aprendizagem.

2.2– OBJECTIVOS E PLANIFICAÇÃO DAS ACTIVIDADES

OBJECTIVO GERAL

- Desenvolver competências humanas, técnicas, científicas e relacionais que permitam prestar uma assistência de enfermagem especializada, à mulher grávida/RN/família, potenciando capacidades de compreensão e de resolução de problemas complexos, em situações novas e em contextos multidisciplinares.

OBJECTIVOS ESPECIFICOS

- 1 - Conhecer a estrutura física, orgânica, dinâmica e filosofia do BP do HDE, interagindo de forma activa com todos os elementos da equipa prestadora de cuidados e integrando a equipa de enfermagem de SMO;
- 2 - Acompanhar, orientar e cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o períodos pré-natal e, no caso de admissão da utente²⁵;
- 3 - Acompanhar, orientar e cuidar a mulher inserida na família e comunidade, durante o TP²⁶;
- 4 - Acompanhar, orientar e cuidar a mulher inserida na família e comunidade, durante o período pós-natal²⁷;
- 5 - Prestar cuidados ao recém-nascido normal e de risco, de parto eutócico e distócico, na adaptação à vida extra – uterina;
- 6 - Sensibilizar os enfermeiros e outros profissionais de saúde para a problemática da gravidez na adolescência, perspectivando o desenvolvimento de estratégias para lidar com as grávidas/parturientes adolescentes durante a gravidez, parto e pós-parto;
- 7 - Desenvolver capacidades e competências reflexivas e de análise crítica da prestação de cuidados de enfermagem especializados durante o EC.

²⁵ De acordo com a competência nº2 da OE (2010)

²⁶ De acordo com a competência nº3 da OE (2010)

²⁷ De acordo com a competência nº4 da OE (2010)

De forma a cumprir o limite de páginas para o Projecto de Estágio, a descrição das actividades a desenvolver para cada objectivo apresenta-se em Anexo (Apêndice I).

2.3 - RECURSOS

Recursos Físicos:

- BP do HDE
- Consulta de adolescentes do HDE
- Instituições de carácter social que se articulam com o HDE, no âmbito das grávidas adolescentes

Recursos humanos:

- Equipa orientadora do EC
- Equipa multidisciplinar do BP do HDE
- Equipa médica e de enfermagem da consulta de adolescentes do HDE
- Responsáveis das Instituições de carácter social que se articulam com o HDE, no âmbito das grávidas adolescentes Mulher/RN/Família

Recursos Materiais

- Equipamento Informático
- Pesquisa Bibliográfica
- Conteúdos Teóricos leccionados nas disciplinas de ESMO I e II, Neonatologia e Seminário de Investigação I e II
- Manuais, Documentos, Normas e Protocolos do HDE
- Internet

3 - REFLEXÃO FINAL

Os Enfermeiros precisam de analisar as suas práticas, reflectir sobre elas e trilhar os melhores caminhos, assegurando o seu papel nos cuidados globais de saúde, influenciando inclusivamente as políticas neste sector. Com o avanço continuado dos conhecimentos profissionais, os contributos de uma disciplina como a Enfermagem, podem e devem influenciar a sua capacidade de funcionar em complementaridade com outras áreas de saúde, preservando a sua área de autonomia própria.

Antes de iniciar a elaboração deste projecto, tomei consciência da sua relevância, não só para o desenvolvimento e aprofundamento dos meus conhecimentos na área da SMO, mas também para a estruturação e enriquecimento do próprio ensino clínico.

O projecto constitui um documento de intenções, construtivo, flexível e dinâmico que me permitirá reformular os seus conteúdos sempre que se verifique a sua pertinência e necessidade com o intuito de alcançar os objectivos propostos e permitindo-me delinear os caminhos que pretendo percorrer.

No entanto, considero a sua realização desde já bastante benéfica e proveitosa, pois contribuiu para uma reflexão da prática, do que pretendo com esta pós-licenciatura/mestrado e, principalmente interiorizar uma vez mais, que ao adquirir novas competências, novas responsabilidades e ao diversificar os meus saberes, estou a contribuir para ganhos em saúde, enquanto participante de um sistema integrado de saúde.

Neste momento, vivo sentimentos diversos, motivação, expectativa, medo, satisfação, no entanto estou plenamente consciente das dificuldades e dos obstáculos com que me irei deparar ao longo deste percurso; espero conseguir ultrapassá-los graças á minha motivação, dedicação e humildade, permitindo-me alcançar maior maturidade, crescimento pessoal e profissional.

4 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BALLONE, G.J. (2007) - **Gravidez na Adolescência**. In: PsiquWeb Internet. Acedido a 30 de Janeiro de 2011. Disponível em: <http://www.psiqweb.med.br>

DIAS, S. (2009) - **Comportamentos sexuais nos adolescentes: promoção da saúde sexual e prevenção do VIH/SIDA**. 1ªed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. ISBN 978-972-31-1292-4.

FABIÃO, Joana (2005) – Adolescentes grávidas: vidas e (m) desenvolvimento. In: **Revista Investigação em Enfermagem**, nº11 (Fevereiro), p.34-45.ISSN: 0874-7695.

FERREIRA, A. [et al] (2006) – Responsabilidades do enfermeiro como agente de mudança. **Revista Sinais Vitais**. Nº68 (Set.2006) P.19-22. ISSN: 0872-0844.

GUIMARÃES, M.; [et al] (2007) – Adolescência na Escola: O desafio do Desenvolvimento Integral. **Revista Interações**. ISSN 1646-2335.Vol 3, nº5 (2007). P.82-109. Acedido em 22/01/2011. Disponível em: <http://nonio.eses.pt/interaccoes/>

HOCKENBERRY, M. [et al] (2006) - **Wong: Fundamentos de Enfermagem Pediátrica**. 7ª ed. Elsevier. Rio de Janeiro .ISBN: 853- 5219-18-8.

HOPKINS, C. D. ; [et al] (2004) – Risk avoidance versus risk reduction: a framework and segmentation profile for understanding adolescent sexual activity. **Health Marketing Quarterly**. ISSN 1545-0864. Vol 21, nº3 (2004) P.79-106. Acedido em 02/02/2011. Disponível em: [|HTTP://WWW.INFORMAWORLD.COM/SMPP/TITLE~DB=ALL~CONTENT=T792306865~TAB=SUMMARY](http://WWW.INFORMAWORLD.COM/SMPP/TITLE~DB=ALL~CONTENT=T792306865~TAB=SUMMARY)

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (2009) - Disponível em: <http://www.ine.pt>. Acedido a 24/01/2011.

INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES (2002) – **Essential Competencies for Basic Midwifery Practice**.

NEUMAN, B (2001) - **The Neuman Systems Model**. Fourth Edition. New Jersey: Prentice Hall. ISBN 013-02-7856-4

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010) – **Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica** aprovado por unanimidade em 20 Novembro 2010.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2011) – Proposta do Programa Formativo da **Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica** aprovada em reunião da mesa do Colégio de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica em 18 Junho 2011.

PEREIRA, M.; FREITAS, F. (2002) – **Educação Sexual: Contextos de Sexualidade e Adolescência**. 3ªed. Porto: Edições Asa. ISBN 972-41-2583-1.

PRAZERES, V. (2002) – **Adolescentes, Pais e tudo o mais**. 1ªedição. Lisboa: Texto Editora. ISBN 972-47-2216-3.

SPRINTHALL, N.; COLLINS, A. (2008) – **Psicologia do Adolescente: Uma abordagem desenvolvimentista**. 4ªed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. ISBN 978-972-31-0634-3.

UNITED NATIONS (2005) – **Youth at The United Nations: World Youth Report**. Acedido em 28/12/2010. Disponível em: <http://www.un.org/esa/socdev/unyin/wyr05.htm>

VILAR, D.; FERREIRA, P. (2008) - **Associação para o Planeamento da Família – A educação sexual dos jovens portugueses: conhecimentos e fontes**. APF, Lisboa.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2004) - **Young People's Health in Context**. Copenhagen: WHO.

APÊNDICES

(PROJECTO DE ESTÁGIO)

APÊNDICE I: ACTIVIDADES A DESENVOLVER NO EC-IV

OBJECTIVOS	ACTIVIDADES
1 - Conhecer a estrutura física, orgânica, dinâmica e filosofia do BP do HDE, interagindo de forma activa com todos os elementos da equipa prestadora de cuidados e integrando a equipa de enfermagem de SMO	Visita guiada conhecendo a sua estrutura física; Percepção do funcionamento e organização do serviço; Consulta de documentos existentes no serviço, guias orientadores, projectos, protocolos, normas; Integração da metodologia de trabalho da equipa; Manifestação de comportamento adaptativo face a situações não previstas; Demonstração de responsabilidade e manifestação de interesse e empenho nas situações de aprendizagem; Aceitação da crítica de forma construtiva; Solicitação de ajuda sempre que necessário; Aplicação de uma correcta comunicação oral e escrita; Desenvolvimento de um bom relacionamento com a equipa.
2 - Acompanhar, orientar e cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal e, no caso de admissão da utente	Realização de colheita de dados à utente; Observação e interpretação do Boletim Individual de Saúde da Grávida (BISG) bem como exames de diagnóstico; Avaliação de sinais vitais maternos; Execução de manobras de Leopold; Avaliação do bem-estar fetal através da percepção de movimentos fetais activos, ABCF e monitorização cardiotocográfica; Identificação de sinais de risco materno-fetal; Identificação do estadio de TP; Identificação de sinais premonitórios de TP; Identificação correcta das características da dinâmica uterina; Avaliação correcta da cervicometria, reconhecendo características do colo, avaliação da integridade das membranas e características do líquido amniótico; Demonstração de capacidade de decisão relativa ao internamento; Interação com equipa médica sempre que a situação o exija.
3 - Acompanhar, orientar e cuidar a mulher inserida na família e comunidade, durante o TP	Promoção do conforto à grávida através do posicionamento adequado, higiene, e alívio da dor através de medidas não farmacológicas e farmacológicas; Conhecimento das expectativas da grávida/casal em relação ao TP e Parto; Consulta do processo clínico da mulher/grávida/parturiente; Realização das manobras de Leopold para a identificação da apresentação e posição fetal; e interpretação do bem-estar fetal; Análise do CTG e Partograma para detectar precocemente alterações existentes e introduzindo as medidas correctivas adequadas; Avaliação da cervicometria, identificação da integridade das membranas, características do LA (se ruptura das membranas) e determinação da atitude, posição, apresentação, variedade e plano de Hodge;

	<p>Monitorização da progressão do TP através dos registos precisos, completos e contínuos no Partograma; Promoção da participação da pessoa significativa ; Preparação da mesa de parto e organização dos instrumentos cirúrgicos; Execução de procedimentos prévios ao parto como posicionamento da utente, desinfeção do períneo e zonas circundantes e infiltração de anestésico local; Avaliação da eficácia da contractibilidade uterina; Orientação e estimulação de esforços expulsivos; Realização da amniotomia se indicada e salvaguardando as condições de segurança; Realização da técnica de episiotomia e reconstrução do períneo (lacerações ou episiorrafia) se necessário; Avaliação do estado geral da parturiente, do períneo e do canal de parto e ponderar a episiorrafia; Aquisição de competências técnicas, científicas e humanas que permitam a tomada de decisão no processo de condução do TP; Aperfeiçoamento progressivo da técnica do parto a nível técnico, científico e relacional; Promoção da relação precoce Mãe/RN através do contacto pele a pele; Diagnóstico precoce de complicações para saúde da mulher e do RN;; Vigilância e identificação dos sinais e mecanismos de dequitação; Revisão da integridade placentária, transmissão de informação sobre a retenção de restos placentares, promovendo a continuidade de cuidados; Revisão do períneo e canal de parto para despiste de lacerações; Aquisição de competências em situações de urgência e emergência Obstétrica e Ginecológica; Promoção da relação precoce da díade/tríade; Realização de intervenções relacionadas com a Educação para a saúde; Realização de registos no BISG, processo e Partograma; Estabelecimento de comunicação precisa e concisa dirigida à mulher/casal/ família durante a condução de todo o TP e parto; Demonstração de atitudes de empatia, respeito e postura adequada.</p>
<p>4 - Acompanhar, orientar e cuidar a mulher inserida na família e comunidade, durante o período pós-natal</p>	<p>Promoção da relação precoce da díade/tríade, promovendo o aleitamento materno; Vigilância de perdas sanguíneas vaginais; Prevenção da hemorragia e infecção; Promoção de higiene, conforto e bem-estar à puérpera; Promoção de alimentação à puérpera; Vigilância do períneo; Verificação do globo de segurança de Pinard; Avaliação de sinais vitais; Realização de intervenções relacionadas com a Educação para a saúde de acordo com as necessidades verbalizadas; Elaboração de registos precisos, claros e concisos; Assegurar a transferência da utente para o serviço de puerpério 2 horas após o parto, após avaliação da mesma; Despistar alterações à normalidade.</p>
<p>5 - Prestar cuidados ao recém-nascido normal e de risco, de parto eutócico e distócico, na adaptação à vida extra – uterina</p>	<p>Identificação de situações de risco; Avaliação do Índice de Apgar; Prestação de cuidados imediatos ao RN (manutenção de ambiente aquecido, secagem da superfície corporal, aspiração de secreções da oro e nasofaringe, estimulação táctil, laqueação definitiva do cordão umbilical, administração de vitamina K intramuscular e aplicação oftálmica de colírio, pesar e colocação de pulseira de identificação, detecção de possíveis malformações); Adaptação do RN à mama promovendo o aleitamento materno e a relação precoce da díade; Colaboração na promoção do estabelecimento da relação da tríade; Realização de registos claros e objectivos.</p>

<p>6 - Sensibilizar o EEESMOG para a problemática da gravidez na adolescência, perspectivando o desenvolvimento de estratégias para lidar com as grávidas/parturientes adolescentes durante a gravidez, parto e pós-parto</p>	<p>Revisão da literatura sobre a temática em questão; Recolha de dados estatísticos no bloco de partos e na consulta de grávidas adolescentes do HDE; Acompanhamento e vigilância do TP, sempre que possível, das grávidas adolescentes no bloco de partos do HDE; Entrevista informal com a médica e equipa de enfermagem responsável pela consulta de grávidas adolescentes do HDE, a fim de perceber a organização e dinâmica da consulta; Observação e participação na consulta de grávidas adolescentes no HDE; Visita às instituições de carácter social que apoiam grávidas adolescentes e que se articulam com o HDE e entrevista informal aos responsáveis pelas mesmas; Visita domiciliária a pelo menos 2 grávidas adolescentes a quem tenha realizada vigilância do TP e parto. Elaboração de diários de campo, registando as principais observações; Organização e gestão dos recursos disponíveis de acordo com as necessidades; Partilha com a equipa de enfermagem de todas as informações, dados e estudos pesquisados e recolhidos na elaboração do trabalho; Promoção da reflexão e discussão sobre a problemática em questão e avaliação das actividades realizadas</p>
<p>7 - Desenvolver capacidades e competências reflexivas e de análise crítica da prestação de cuidados de enfermagem especializados durante o EC</p>	<p>Discussão e reflexão de situações ao longo do EC, potenciadoras e impulsionadoras de desenvolvimento e de crescimento pessoal e profissional; Elaboração de três diários de aprendizagem; Elaboração do Relatório de Estágio.</p>

Apêndice 2 – Características e principais resultados da Revisão da Literatura

Título do Estudo, Autor(es), País, Publicação e Ano de Publicação	Objectivos do estudo	Participantes	Metodologia	Resultados
<p>Adolescents' Experiences of Childbirth: Contrasts With Adults</p> <p>Low, L. [et al]</p> <p>Estados Unidos da América</p> <p>Journal of Midwifery & Women's Health</p> <p>2003</p>	<p>Identificar possíveis diferenças entre a forma como adolescentes experienciam o parto comparativamente ao que é descrito na literatura</p> <p>Sugerir como os profissionais de saúde podem influenciar positivamente a experiência de nascimento das adolescentes</p>	<p>25 Puérperas adolescentes</p>	<p>Estudo explorativo, qualitativo</p> <p>Entrevistas com questionário</p>	<p>Existem diferenças entre o que constitui uma experiência de parto positiva para as adolescentes e o que está descrito na literatura.</p> <p>A maioria das diferenças parece ser impulsionada pelo desenvolvimento. No entanto, a associação entre dor e responsabilidade pelo RN e o contexto social em que vivem constituem um desafio aos prestadores de cuidados.</p> <p>As adolescentes pretendem que a relação com os prestadores de cuidados tenha por base o respeito, o carinho e o apoio.</p> <p>Pretendem que seja prestada informação educativa</p> <p>Esta relação foi classificada como "therapeutic mentorship". As adolescentes querem olhar a pessoa e sentir-se aceitas e valorizadas.</p> <p>Enquanto a mulher adulta deseja informação/educação mas com autonomia para tomar as suas próprias decisões, a adolescente quer um profissional de saúde que forneça educação para guiar as suas escolhas.</p>
<p>Promoting a Positive Childbirth Experience for Adolescents</p> <p>Sauls, D.</p> <p>Estados Unidos da América</p> <p>Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing</p> <p>2010</p>	<p>Identificar e descrever quais as necessidades de apoio das adolescentes em trabalho de parto e que promovam uma experiência de parto/nascimento positiva</p>	<p>185 adolescentes internadas em unidades de puerpério de 3 hospitais no Texas</p>	<p>Estudo quantitativo e qualitativo.</p> <p>Questionários</p>	<p>O comportamento mais eficiente foi o de fornecer medicação para a dor. Pelos níveis de desenvolvimento psicossocial, as adolescentes mais novas distinguem a enfermeira louvando-a como sendo a melhor ajuda enquanto as adolescentes mais velhas distinguem a medicação para a dor como sendo a ajuda mais útil.</p> <p>Quatro temas principais emergem das respostas das adolescentes: valorizam os cuidados de enfermagem, a ajuda no controlo da dor, ajuda à pessoa de apoio da adolescente e o acompanhamento no parto.</p>

<p>Evaluation of a midwifery support service for pregnant teenagers</p> <p>Mead, M. [et al]</p> <p>Inglaterra</p> <p>British Journal of Midwifery</p> <p>2005</p>	<p>Avaliar dois modelos de cuidado para grávidas adolescentes</p>	<p>Duas maternidades que estabeleceram diferentes tipos de cuidado para melhorar o apoio às grávidas adolescentes.</p>	<p>Diários de campo, Entrevistas Discussão em grupo</p>	<p>No 1º caso, Uma EESMOG foi contratada como elemento extra e proporcionou apoio para as jovens adicionalmente ao cuidado fornecido pelas parteiras e outros prestadores de cuidados de saúde. A outra EESMOG ficou responsável por um número restrito de jovens e proporcionou cuidados completos. A análise permite verificar que existem diferenças entre os dois modelos: A EESMOG extra foi capaz de fazer contacto e envolver um grande número de outros profissionais que podem ser determinantes na redução da exclusão social, mas não foi capaz de prestar cuidados contínuos de parteira. Por outro lado, a EESMOG do 2º caso oferecia esta continuidade de cuidado.</p> <p>As respostas das jovens mulheres sugerem que o uso recursos destinados especificamente à prestação de serviços adaptados às suas necessidades têm benefícios positivos a nível social, educacional e de saúde. O papel desempenhado por estas duas parteiras pode ser muito desafiante mas também isolador.</p>
<p>Interactions Between Adolescent Fathers and Health Care Professionals During Pregnancy, Labor, and Early Postpartum</p> <p>Dallas, C.</p> <p>Estados Unidos da América</p>	<p>Examinar a interacção entre os pais adolescentes e os profissionais de saúde, segundo a perspectiva das famílias</p>	<p>111 participantes, entre os quais: 25 pais adolescentes, 50 avós e 11 avôs</p>	<p>Estudo qualitativo Análise de conteúdo</p>	<p>Foram identificadas importantes interacções entre os pais adolescentes e os prestadores de cuidados de saúde. Salientam-se as interacções de apoio/ suporte informativo, educacional, emocional e material. Os enfermeiros constituem uma presença contínua desde o diagnóstico da gravidez até ao pós-parto pelo que têm todo o potencial para agir como um importante recurso para os pais adolescentes e podem influenciar, a longo prazo, o seu comportamento parental.</p> <p>O parto/nascimento é um processo social pelo que o pai/acompanhante da grávida também necessita de apoio nesta fase de transição.</p> <p>Os pais podem não receber cuidados directos dos serviços de saúde durante a gravidez, parto e pós-parto mas influenciam o comportamento das suas companheiras na gravidez e as</p>

<p>Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing 2009</p>				<p>interações dos seus filhos nos primeiros contactos com os serviços de saúde.</p>
<p>Adolescent's perceptions of postpartum nursing care Peterson et al Estados Unidos da América Qualitative Health Research 2007</p>	<p>Descrever as experiências satisfatórias e não satisfatórias do cuidado de enfermagem prestado no pós-parto e tentar perceber o significado dessas experiências</p>	<p>14 puérperas adolescentes</p>	<p>Entrevistas gravadas, realizadas entre uma semana e 2 meses após o parto Análise de conteúdo</p>	<p>As adolescentes revelaram ter sentido ansiedade, medo e nervosismo enquanto estiveram no hospital; estavam preocupadas com a segurança e saúde dos seus filhos, estavam nervosas com os cuidados aos seus filhos e tinham receio que os seus filhos lhes fossem retirados pela comissão de protecção de crianças; estão mais satisfeitas quando participam nos seus próprios cuidados e a sua participação foi facilitada com o desenvolvimento de uma relação enf/adolescente. Este facto facilitou a comunicação e a mais fácil identificação das suas preocupações e necessidades. As qualidades dos cuidados de enfermagem que proporcionaram conforto foram descritas como cuidados que são proporcionados de forma amigável, paciente, respeitosa e com conhecimento das necessidades individuais.</p> <p>Quando alguma destas qualidades não está presente, os cuidados podem ser entendidos como sendo insatisfatórios. Os cuidados que são prestados de uma maneira agressiva, imbuída de juízos de valor, que não têm em consideração as circunstâncias individuais, podem desencorajar a interacção das adolescentes com as enfermeiras e provocar desagrado.</p>

Apêndice 3 – Instituição Casa de Santo António

A Casa de Protecção e Amparo de Santo António é uma instituição particular de solidariedade social, fundada em 1931 com a missão de apoiar a causa da maternidade desprotegida. O seu fundador – Prof. Dr. D. Pedro da Cunha, obstetra e ginecologista, na altura director da Maternidade Alfredo da Costa – apercebendo-se do flagelo das mulheres que, após darem à luz, não tinham para onde ir, criou a instituição para o “apoio à mãe solteira”, recorrendo a uma equipa de senhoras voluntárias. Sempre fiel aos seus princípios, a obra foi-se desenvolvendo e adaptando à evolução da sociedade. De 1945 a 1998 a obra contou com a ajuda de uma congregação de irmãs, sendo que a sua direcção se foi mantendo na família que lhe deu origem. Em 1945 foi criada a creche e jardim de infância e em 1956 a pastelaria cujo grande intuito era fazer biscoitos para as senhoras que assistiam voluntariamente a Casa. Nos dias de hoje, o objecto social está focado nas grávidas adolescentes em dificuldade.

No dia 15 Junho 2011 às 11h, tal como foi previamente combinado, fui recebida pela técnica Sofia Oliveira na Casa de Santo António. Tive oportunidade de conhecer o espaço físico e todo o trabalho desenvolvido pela instituição e pelos profissionais que ali trabalham.

Nestes 80 anos já ajudou cerca de 2700 mães e, conseqüentemente, 2700 crianças e famílias. O principal objectivo é que as mães adquiram competências maternas, se reinsiram social e profissionalmente e, sobretudo, construam o seu projecto de vida com vista a contribuírem positivamente para a nossa sociedade.

A missão da Casa de Santo António é promover a unificação destas pequenas famílias e potenciar os talentos de cada ser humano para um contributo positivo para a nossa sociedade. O objectivo é educar para os afectos, para o respeito, para a cidadania, para a autonomia e para a fé.

A Instituição está dividida em 3 valências: casa das Mães (lar de crianças e jovens), residência que acolhe 20 mães e seus filhos; casa das Crianças (Creche) que acolhe 35 crianças entre as internas e externas e casa dos sabores (actividade comercial na área da restauração) que se pretende motor de sustentabilidade para as restantes valências de resposta social.

As mães são provenientes dos diferentes mecanismos de apoio social, comissões de protecção de crianças e jovens, tribunais, centros de saúde ou linhas de apoio.

A casa das mães tem cerca de 1500 m² de área útil, 10 quartos espaçosos e devidamente equipados, uma sala de formação, refeitório com capacidade para 60 pessoas, salas de estar para mães e crianças, capela, espaço de arrecadação, jardins, gabinetes técnicos e operacionais. De forma global, senti um ambiente familiar e acolhedor num espaço amplo, limpo e luminoso com cores suaves.

As adolescentes têm ao seu dispor um conjunto de apoios operacionais que lhes permitem estabelecer-se com todo o conforto e segurança. Estão acompanhadas 24 horas por dia, podendo aprender conhecimentos e habilidades em várias áreas, entre as quais, puericultura, lazer ou cidadania.

Por outro lado, é-lhes facultado um conjunto de ferramentas técnicas, que as ajudam a delinear, por um período médio de 3 anos, um projecto de vida sólido e acompanhado nomeadamente ao nível familiar, escolar, profissional, psicológico e social.

Durante esses 3 anos, deverão construir e desenvolver os diferentes passos para o seu novo projecto de vida. Sempre acompanhadas, há uma vigilância de gravidez, acompanhamento no momento do parto, promovendo o cumprimento da licença de maternidade e o início de um percurso escolar ou profissional adequado ao seu projecto. Para tanto, é imprescindível o apoio da casa das crianças, creche situada no mesmo espaço físico da Casa das Mães, que os seus filhos frequentam enquanto cada mãe caminha no seu novo percurso de vida. Nos últimos meses a equipa concentra-se na preparação da fase de autonomia, procurando apetrechar as jovens de ferramentas que suportem o sucesso de uma nova vida.

A equipa multidisciplinar (assistentes sociais, psicólogos, terapeutas ocupacionais,) foi desenvolvendo e aperfeiçoando o leque de actividades que coloca ao dispor das suas utentes.

É promovido um conjunto de actividades pontuais, de lazer ou comemorativas; e um conjunto de actividades periódicas, formativas ou de colaboração com o objectivo da Instituição. Esta diversidade contribui para o objectivo de alargar horizontes, introduzir novos hábitos e fortalecer o espírito de grupo. É

preocupação da equipa, planear o calendário de actividades por forma a não interferir com o tempo necessário para o exercício da maternidade. As actividades pontuais envolvem concertos, parques temáticos, cinema, festas de natal, arraiais, jogos de futebol, baptismos e crismas e peregrinação a Fátima. As actividades periódicas passam pela formação em literacia financeira, competências maternas, labores, nutrição e etiqueta; sessões formativas na casa dos sabores, teatro, natação, catequese, missas, coro e recolhas alimentares.

Pequena reflexão...

A constatação de que, muitas vezes, se torna absolutamente necessário retirar as mães do ambiente em que vivem – pelo facto de o mesmo constituir uma ameaça à sua integridade e/ou à vida do seu bebé – conduziu nos últimos anos à abertura de casas de acolhimento temporário, onde as mães vivem a sua gravidez e pós-parto num ambiente familiar, beneficiando de um acompanhamento e formação contínuos, de modo a que, a partir da sua gravidez, possam construir um novo projecto de vida que, a prazo, possibilite a sua autonomização e plena reintegração na sociedade.

Nestas instituições é proporcionado uma vivência familiar em que todas as jovens participam nas tarefas e rotinas diárias, ao mesmo tempo que adquirem competências maternas e pessoais, amadurecem a sua vida espiritual e são formadas em diversas áreas (afectividade, sexualidade, planeamento familiar, cuidados maternos, ...).

Há, de facto, uma metodologia focada na vinculação mãe-criança, no desenvolvimento de habilidades para o cuidado, na construção de um projeto de vida e desenvolvimento da autonomia, de modo a garantir a proteção à adolescente e a seu(s) filho(s).

O cuidado nesses serviços parece ser conduzido por profissionais qualificados sensíveis às necessidades das crianças e das suas mães adolescentes. Além do desenvolvimento de habilidades para o cuidado com a criança e consciencialização acerca do papel de mãe, é importante favorecer e estimular a continuidade dos estudos por parte da adolescente, viabilizar sua inserção em actividades culturais, de desporto, lazer e qualificação profissional, além de orientação especializada nas questões referentes ao desenvolvimento da

sexualidade e aos direitos sexuais reprodutivos. Ressalta-se, ainda, que todos os esforços são empreendidos no sentido do fortalecimento dos laços familiares ou reconstrução de vínculos familiares rompidos, de modo a que as adolescentes e os seus filhos possam retornar ao convívio com as famílias de origem.

Apêndice 4 – Diários de campo das visitas domiciliares

Após a alta da maternidade, o relacionamento com o recém-nascido em casa é uma experiência nova, vivida com grande expectativa e, habitualmente, muito exigente para os pais/família, pois é a altura em que estes se confrontam pela primeira vez com muitas dificuldades relacionadas com o cuidar do recém-nascido.

Os conhecimentos adquiridos durante a gravidez e os poucos dias de permanência da mulher na maternidade, não permitem o esclarecimento de todas as dúvidas, e os dias que se seguem, embora muito desejados, são difíceis, pois para além de ter necessidade de ajustar as suas expectativas e os seus ritmos de vida às características do recém-nascido à satisfação das suas necessidades, coincide com o período de tempo em que ainda está a recuperar do stress físico da gravidez e do trabalho de parto.

As acções de promoção de saúde pertinentes e de qualidade desenvolvidas no contexto dos cuidados de saúde, são fundamentais porque visam facultar aos pais os conhecimentos necessários ao melhor desempenho da sua função parental.

VISITA DOMICILIÁRIA Nº1

Data: 26 Abril 2011

Hora. 11h

PARTE DESCRITIVA

No dia 26 Abril 2011, organizei uma visita domiciliária à puérpera adolescente C.V. de 18 anos, cujo parto tinha realizado (parto eutócico a 13/04/2011, períneo com episiorrafia, RN sexo feminino com 3075g, índice de apgar 9/10, puerpério sem intercorrências, alta hospitalar a 15/04/2011).

Durante o parto C.V foi sempre acompanhada pela tia ou pela prima, o que suscitou a minha curiosidade sobre a dinâmica familiar existente.

Cerca das 11h, cheguei a um apartamento localizado num 1º andar de um prédio antigo mas bem conservado. 3 assoalhadas, com saneamento básico, água e electricidade. Tectos altos, divisões espaçosas mas pouco iluminadas.

Boas condições de acesso a transportes (metro e carris).

Fui recebida timidamente por C.V, nacionalidade cabo-verdiana e cuja personalidade introvertida, inibida e de poucas palavras era já uma constante no BP. Comunica mais quando é solicitada. Aparência muito jovem, inferior à idade real, magra, franzina e de estatura baixa (1,50).

Primeiramente foi entregue e explicado o termo de consentimento informado, que C.V prontamente assinou.

Com o decorrer da conversa fui-me apercebendo das circunstâncias familiares de C.V. Veio para Portugal há 3 anos para estudar, e ficou a viver com uns familiares durante um tempo. Entretanto, a tia que é empregada doméstica, arranhou-lhe um trabalho em regime part-time para cozinhar e fazer companhia a uma idosa (Sra. M), sua cliente e vizinha. Pouco tempo depois, C.V mudou-se para esta casa, da Sra. M, onde habita desde então com ela e onde tem um quarto.

A sra M. encontrava-se confortavelmente sentada numa poltrona de cor verde musgo na sala. Sorriso rasgado, aparentando mais ou menos 80 anos ainda detentora plena das suas capacidades. Calorosamente deu-me as boas vindas, “olá bom dia enf.^a...então veio ver a minha menina? C.V para mim é como se fosse uma filha.”

Depois calmamente dirigimo-nos ao espaço mais pessoal e privado de C.V, um pequeno quarto com casa de banho privativa, mas que a meu ver tem um pormenor negativo, é um quarto interior sem janela e como tal sem luz natural e pouco arejado.

Abordei com C.V as circunstâncias da gravidez e a relação com o pai do RN. “Engravidei numa das viagens que fiz a Cabo-verde, para visitar o meu pai e os meus irmãos (a minha mãe já faleceu- acidente de viação). Já conhecia o A.R (pai da minha bebé). Já tínhamos sido namorados mas nessa viagem voltamos a estar juntos. Não estava a fazer nenhuma contraceção”. A.R. tem 31 anos e é polícia em Cabo-Verde.

A gravidez não foi planeada mas logo de imediato desejada. Segundo C.V, “toda a família ficou muito feliz e decidiu que C.V ficava em Portugal até ao parto. Nesta casa sente-se apoiada pela tia e pela prima que a têm visitado diariamente e apoiado em tudo. O pai da RN vai chegar a Portugal no final de

Maio e de acordo com C.V, pretende levar a família para Cabo Verde em Agosto.

Durante a VD, disponibilizei-me para que C.V partilhasse comigo algumas dúvidas ou questões, que timidamente foram surgindo. Tive oportunidade de realizar o exame físico completo à puérpera e ao RN. Pude observar uma mamada do RN e corriji a pega que não estava a ser correcta e, por isso, a causa do aparecimento de fissuras nos mamilos.

A sua maior preocupação além da “dor nos mamilos” eram as cólicas do RN e por isso exemplifiquei as técnicas utilizadas para o alívio das cólicas e relaxamento do RN. Outro dos aspectos que abordámos em conjunto com a sua tia foi a importância da alimentação materna uma vez que C.V referiu não ter “muito apetite”.

No final da VD, alertei ainda para a vacinação do RN e para a data da consulta de revisão do puerpério. Despedi-me, agradecendo o facto de me receber e dei-lhe o meu contacto telefónico na eventualidade de precisar de alguma coisa.

PARTE REFLEXIVA

No acompanhamento que prestei, procurei apreender e compreender melhor as circunstâncias familiares e de vida de C.V uma vez que no BP tive muito pouco tempo para estabelecer uma relação mais próxima.

Apesar das circunstâncias familiares possam ser “diferentes”, incluindo para mim, foi-me transmitido um sentimento de segurança e organização familiar (com a tia e com prima) apenas a necessitar de apoio nalgumas questões pontuais.

Inicialmente, o facto de C.V ser tímida, introvertida, causou-me algum constrangimento por estar a “invadir” o seu espaço. Por vezes, até me pareceu vislumbrar um olhar triste...Mas depois percebi... quando falámos do pai da RN, o seu rosto iluminou-se... “eu só queria que ele estivesse aqui...mas já falta pouco para vir para Portugal...”

É importante priorizar os aspectos emocionais desta fase, reforçando os factores positivos e minimizando os negativos, considerando que as reacções

de cada pessoa são ditadas pelo seu mundo interno, sua história e o seu contexto familiar.

Apesar de tudo, C. V revela ser uma mãe extremosa e carinhosa com a sua RN sendo ela que se ocupa de todos os cuidados sob supervisão da tia que, como tal, foi igualmente um elemento participativo e atento durante a VD. C.V aceita de bom agrado sugestões e novas aprendizagens mas não gosta que façam por ela, assume a responsabilidade de ser ela a fazer, quer ser mais capaz de assumir o seu papel de mãe.

Deveremos ver a mãe adolescente como um ser individualizado, com características próprias, caracterizando-se muito mais como parte de u processo de amadurecimento e de intensa aprendizagem. É preciso respeitar a cultura, interagir com as diversas formas de cuidar, consciente de que as orientações e os cuidados prestados às mães adolescentes têm um impacto considerável neste período de vida, ajudando-as a assumir responsabilidades pelo cuidado com o filho, prevenindo incidentes, promovendo o vínculo afectivo e a sua autonomia.

Breve Nota: Ao fim de um mês (final de Maio 2011), surpreendentemente, C.V contactou-me telefonicamente e a sua voz nem parecia a mesma...muito alegre, bem-disposta, mais vivaça...o pai da RN já tinha chegado e ela estava felicíssima. Queria agradecer mais uma vez a VD, disse-me que continua a amamentar a RN, queria confirmar a data da consulta de revisão de puerpério e esclarecer algumas questões relacionadas com a contracepção.e o início da actividade sexual.

VISITA DOMICILIÁRIA Nº2

Data: 30 Maio 2011

Hora. 15h

PARTE DESCRITIVA

No dia 30 Maio 2011, organizei uma visita domiciliária à puérpera adolescente S.Z de 17 anos, cujo TP acompanhei integralmente e cujo parto foi por mim realizado (parto eutócico a 24/05/2011, períneo com episiorrafia, RN sexo masculino, com 3485g, índice de apgar 9/10, puerpério sem intercorrências, alta hospitalar a 16/05/2011).

Cerca das 15h, cheguei a uma casa localizada num r/c de um prédio muito antigo. 4 Assoalhadas, com saneamento básico, água e electricidade. Corredores estreitos e divisões de pequenas dimensões (atrevo-me mesmo a designar de cubículos). Fácil acesso a transportes (metro e carris).

Fui recebida calorosamente por S.Z e sua mãe Sra. T. Ambas extrovertidas, simpáticas e muito comunicativas, especialmente a Sra. T.

Agradei a disponibilidade demonstrada para me receberem e primeiramente foi entregue e explicado o termo de consentimento informado, que S.Z assinou, apenas referindo "...desde que não tire fotografias..."

Após ter-me sido feita uma visita guiada à casa, percebi que ali vivem diferentes elementos da família. S.Z e o seu RN, a mãe Sra. T, o marido (padrasto de S.Z), dois irmãos mais novos de S.Z (de 12 e de 6 anos) e ainda um tio (irmão da Sra T. de 34 anos). Frequentemente, V. namorado de SZ. também permanece alguns dias. Quase sempre uma casa "agitada" segundo a Sra. T.

Entretanto, no decorrer da VD constatei que apesar de S.Z demonstrar carinho e afecto pelo RN, além da amamentação poucos são os cuidados que presta, "dar banho não consigo, limpar o umbigo faz-me impressão, mas não se preocupe enf.^a, a minha mãe faz" diz S.Z e a Sra. T sorrindo orgulhosamente refere "sabe enf.^a eu adoro crianças, tive 6 filhos, morreu-me um, 2 já têm a

vida feita e tenho estes 3 cá em casa, mas ando a tentar ter um filho com o meu novo marido e ainda não consegui, por isso este netinho foi uma bênção”. Esta situação permitiu-me intervir no sentido de explicar a necessidade de a Sra. T incentivar a S.Z a assumir o seu papel de mãe e logo aí surgiu, no momento certo, uma muda de fralda e conseqüente desinfecção do coto umbilical que, S.Z, apesar de muito renitente, acabou por pôr fazer. Reforçei positivamente S.Z e incentivei-a a continuar.

Outra questão que tentei averiguar foi em relação ao pai do RN. S.Z referiu que namorava há 9 meses com P. quando engravidou. S.Z referiu que “era a 1ª vez que tínhamos relações...sempre achei que não se engravidava logo...” P. tem 19 anos e agora está a trabalhar numa fábrica. Como o local de trabalho fica mais próximo da casa dos seus pais, na margem sul, não consegue estar presente durante a semana. Todos os fins-de-semana vem ver S.Z e seu filho. Durante a VD, tive a oportunidade de realizar o exame físico tanto à puérpera como ao RN. S.Z pediu especificamente para que eu observasse o seu períneo e a evolução da episiorrafia, visto ainda lhe causar desconforto (“os pontos são a minha única queixa”).

Senti igualmente necessidade aconselhar no que diz respeito a outras necessidades observadas ou verbalizadas, nomeadamente, cuidados higiene ao RN, sinais de alerta, posicionamento do RN, padrões de eliminação, consulta de vigilância do RN, prevenção de acidentes, reinício da vida sexual, contracepção e consulta de revisão do puerpério.

Terminei a visita, disponibilizando o meu contacto telefónico, para qualquer esclarecimento. Fui acompanhada pela Sra. T até à porta e procurei alertá-la para a importância de estimular S.Z a prestar os cuidados ao RN de forma autónoma, assumindo plenamente o seu papel.

PARTE REFLEXIVA

No caso de puérperas adolescentes, muitas vezes, quem apoia na realização dos cuidados ao RN ou mesmo toma para si a responsabilidade por esses cuidados é a avó. Este caso é exemplificativo. A presença da avó, principalmente a materna (Sra. T), junto à adolescente configura segurança e apoio para a realização dos cuidados. No entanto, pode haver transferência do

exercício da maternidade para a avó, o que geralmente faz com que a adolescente tenha dificuldades em construir a sua própria identidade de mãe e a uma possível confusão de papéis.

De facto, por momentos, senti-me desconfortável por sentir que a avó estava efectivamente a “substituir” aquela mãe, chegando mesmo a responder por ela. Assim sendo, a determinada altura da VD, pedi delicadamente para falar com S.Z a sós e percebi que houve uma aproximação. SZ sentiu-se mais à vontade a falar comigo e a partilhar comigo outras dúvidas e questões.

O estímulo à liberdade de acção da adolescente é determinante, de modo a valorizar a sua auto-estima e a confiabilidade em si própria, contribuindo, assim, para que se sinta apoiada, segura e confiante nos cuidados ao RN.

Incorporar a família como parte integrante deste processo é fundamental, no entanto, devem estimular-se esses familiares para procederem de maneira a promover a independência da adolescente no que respeita ao cuidado que presta ao filho, não deixando de apoiá-la, porém ajudando a construir um ambiente familiar facilitador da relação mãe-pai-RN.

Breve Nota: No dia 30 Junho contactei telefónicamente S.Z para saber como tudo estava a correr. Prontamente me disse que os sogros tinham-se disponibilizado para pagar a renda de uma pequena casa na margem-sul para S.Z e P. morarem juntos. S.Z mostrou-se muito agradecida uma vez que “desde que a enf^a esteve cá em casa, a minha mãe obrigou-me mais vezes a tomar conta do meu bebé a sério, já dou banho e tudo! Custou-me um bocadinho mas agora que vou morar longe dela sinto-me mais segura para cuidar do bebé, acho que vou ser capaz...Obrigado!”

Apêndice 5 – Diário de aprendizagem Nº1



5º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em
Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

1º Curso de Mestrado em Enfermagem de
Saúde Materna e Obstetrícia

ENSINO CLINICO IV

Diário de Aprendizagem nº1

Competência e Autonomia do EESMO

Elaborado por: Iris Medina

Nº2422

Lisboa

Abril 2011

LISTA DE SIGLAS

EC – Ensino Clínico

EESMO – Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia

OE – Ordem dos Enfermeiros

TP – Trabalho de Parto

É indiscutível que a enfermagem como profissão cresceu em muitos sentidos, baseada em conhecimentos próprios, sedimentada pela investigação nos fenómenos de enfermagem, dando a conhecer-se à população, com muita força de vontade de todos os intervenientes dentro da profissão.

Os Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstetrícia (EESMO), fazem parte de um passado longínquo e de uma cultura antiga, sobrevivente a muitas transformações próprias de cada época. Hoje, trabalham principalmente em meio hospitalar, articulando-se numa equipa multidisciplinar, em que a permanência de boas relações inter-pessoais constitui uma garantia da sua autonomia profissional. Dada a interdependência das profissões na área da saúde, considero ser importante o desenvolvimento de estratégias de parceria ou de interligação com as outras profissões, tendo para isso que assumir o seu lugar no contexto da equipa multidisciplinar. No contexto da acção, na sala de partos de um hospital especializado, o EESMO desenvolve um papel fundamental na intervenção junto das grávidas e família, com o objectivo de os ajudar a viver o trabalho de parto e parto positivamente.

Este diário de aprendizagem sobre competência e autonomia do EESMO, surge como fruto de uma profunda análise, pesquisa e reflexão pessoal relacionada com diversas situações vivenciadas no âmbito do Ensino Clínico (EC) IV.

Le Boterf (2000), considera que a competência é a capacidade de agir eficazmente num tipo de situação, capacidade de utilizar os conhecimentos e recursos, mas não se reduzindo a eles. Considerando que o saber, o saber fazer e as aptidões e qualidades são os recursos inerentes ao profissional na construção da sua competência. Assim, o conjunto de actividades que uma profissão desenvolve, atribui a força para o reconhecimento da sua capacidade e poder (competência), a sua idoneidade.

De facto, a responsabilidade que o EESMO assume é bem distinta daquela a que estou habituada a assumir enquanto enfermeira generalista. Confesso que no início desta especialidade foi um aspecto que me causou alguma ambivalência de sentimentos: por um lado, alegria, entusiasmo, expectativa e

excitação, por outro lado, medo, receio, apreensão, dúvidas, será que vou ser capaz...

No quotidiano de uma sala de partos de um hospital especializado, desenvolvem-se múltiplas práticas, que se enlaçam na grávida, feto/recém-nascido, família. Para além das actividades rotineiras do dia-a-dia, o EESMO desenvolve um leque de intervenções autónomas e interdependentes, que vão ao encontro daquela que é a sua área de intervenção. Segundo a OE (2010, p.1) o EESMO “assume no seu exercício profissional intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos fisiológicos e processos de vida normais no ciclo reprodutivo da mulher e intervenções autónomas e interdependentes em todas as situações de médio e alto risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos patológicos e processos de vida disfuncionais no ciclo reprodutivo da mulher”.

No decorrer do EC, tenho vindo a aperceber-me que uma das maiores diferenças reside na autonomia e no poder de decisão que se reconhece ao EESMO.

O EESMO, e na ausência da chefia, é responsável por tudo aquilo que acontece no serviço estando por isso atento a todos os casos e a par da evolução de todas as utentes. É o elemento a quem os outros profissionais recorrem quando existem dúvidas, questões, necessidades de ajuda teórica e prática ou ainda especificidades de gestão do próprio serviço. Por vezes existem pequenos sinais, pequenos dados para os quais o enfermeiro generalista não está desperto e é aí, também, que o enfermeiro especialista faz a diferença na identificação precoce de várias complicações.

O EESMO desempenha sem dúvida alguma, um papel multifacetado no qual é responsável não só pela qualidade do serviço de enfermagem, quer ao nível da competência técnico-científica, relacional e ética, quer ao nível individual e colectivo, através da promoção do trabalho em equipa, ou da intervenção nas políticas estratégicas, metodológicas, organizativas e estruturais.

A autonomia consiste na liberdade que temos em tomar decisões com base nos conhecimentos e competências necessárias ao exercício da profissão. O EESMO assume o conhecimento, a responsabilidade e a competência nos cuidados que presta, devendo adoptar uma posição adequada com as exigências de um agir autónomo. Face a uma situação nova e inesperada que exige uma decisão torna-se necessário não só a mobilização dos conhecimentos que deve possuir, mas também o confronto com a prática e o agir. Agir com sentido de responsabilidade é considerado um meio para garantir a autonomia nas práticas (Costa et al, 2004); (Ferreira, 2005); (Ribeiro, 2009).

Ter autonomia, é não depender de outros profissionais para tomar decisões, é poder decidir sobre as intervenções de enfermagem. Esta autonomia está directamente ligada à responsabilidade, o que implica uma intervenção mais atenta nas práticas, na medida em que se sentem responsabilizados. Agir com sentido de responsabilidade é considerado um meio para garantir a autonomia nas práticas.

O conceito de autonomia parece assumir especial relevância, quando entendido na área de competências do EESMO, uma vez que se considera ser fundamental saber qual o limite da nossa autonomia; isto é, saber onde acaba a nossa responsabilidade na tomada de decisão e onde começa a responsabilidade de intervenção de outros profissionais. Da mesma forma o conteúdo funcional assume também alguma relevância, na medida em que nos ajuda a discernir, até onde podemos avançar na nossa intervenção de forma autónoma.

O EESMO assume ao longo de todo o processo de trabalho de parto e parto intervenções que desenvolve com autonomia as quais (resumidamente) incidem desde a avaliação das necessidades da grávida, avaliação da dinâmica uterina, analgesia do TP, controlo do ritmo da perfusão de ocitocina, a necessidade de deambulação da grávida, a vigilância do bem-estar fetal, a avaliação da progressão da apresentação, a posição fetal e a compatibilidade feto-pélvica; até, no momento do parto, a decisão de fazer a episiotomia, a

laqueação e corte do cordão umbilical, a dequitada e a decisão de como fazer a episiorrafia.

É necessário avaliar cada situação, decidir e intervir, assumindo a responsabilidade da decisão tomada. Torna-se imperativo reflectir sobre as acções praticadas e saber justificá-las correctamente, salvaguardando não só o nosso trabalho mas igualmente defendendo os interesses e as necessidades das utentes.

Os saberes adquiridos pela experiência na prática surgem como importantes para o desenvolvimento das práticas com autonomia. O conhecimento prático associado ao conhecimento teórico reforça ou ajuda a garantir a autonomia nas práticas, porque proporciona mais segurança e torna-se fundamental para a adopção de determinadas atitudes e comportamentos. O conhecimento é uma estratégia e um veículo para garantir a autonomia, permitindo a obtenção de maior confiança para uma acção autónoma e o reconhecimento de capacidades técnico-científicas, importantes na definição profissional perante os outros profissionais (Sardo e Sousa, 2000); (Franco, 2001); (Lucas et al, 2010).

Um outro ensinamento que eu retiro deste EC é a importância da partilha. Partilhar saberes com outros elementos da equipa considerados mais experientes, é um comportamento que se considera facilitar a autonomia, na medida em que valorizar essa experiência, permite tomar decisões com maior tranquilidade. (Ribeiro, 2009); (Lucas et al, 2010). Assim, trabalhar em equipa, respeitando os saberes e competências de cada um dos intervenientes, é sinónimo de autonomia.

Para finalizar gostaria de referir que contribuir para a autonomia é também ajudar a reflectir sobre as práticas, é proporcionar momentos de "pensar sobre o que se faz", em que as situações portadoras de significado constituem o suporte e são o vector para que isso aconteça. Foi isso mesmo, que procurei fazer neste diário de aprendizagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ♣ COSTA, A. [et al] (2004) – Autonomia em enfermagem. In: **Revista Sinais Vitais**, nº56 (Setembro 2004), p.63-64.
- ♣ FERREIRA, O. (2005) – Enfermagem: do cuidar instintivo à autonomia. In: **Revista Sinais Vitais**, Nº 61 (Julho 2005), p.61-64.
- ♣ FRANCO, J. (2001) - **As actividades do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica: contributos para o desenvolvimento curricular**. Coimbra: Trabalho apresentado em concurso de provas públicas para a categoria de Professor - Coordenador na Escola Superior de Enfermagem de Bissaya Barreto em Coimbra.
- ♣ LE BOTERF, Guy (2000) – **Desenvolvendo a competência dos Profissionais**. 3ªedição, Porto Alegre: Artmed Editora. ISBN: 2-7081-2445-5
- ♣ LUCAS, A. [et al] (2010) - Da identidade dos enfermeiros à autonomia em enfermagem - perspectivas de desenvolvimento. In: **Revista Sinais vitais** nº92 (Setembro 2010), p. 7-10.
- ♣ ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010) – **Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica** aprovado por unanimidade em 20 Novembro 2010.
- ♣ RIBEIRO, J. (2009) – **Autonomia Profissional dos Enfermeiros**. Porto: Dissertação de Candidatura ao grau de Mestre em Ciências de Enfermagem. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.
- ♣ SARDO, D.; SOUSA, P.(2000) - Autonomia e responsabilidade. In: **Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras**, nº2, p.8-9.

Apêndice 6 – Diário de aprendizagem Nº 2



5º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em
Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

1º Curso de Mestrado em Enfermagem de
Saúde Materna e Obstetrícia

ENSINO CLINICO IV

Diário de Aprendizagem nº2

Impacto de um RN prematuro

na vida familiar

Elaborado por: Iris Medina

Nº2422

Lisboa

Mai 2011

São pequenos, por vezes, muito pequenos: são os bebés prematuros.

Nasceram “antes de tempo”) e por isso, um longo caminho tem que percorrer, desde que entram na Unidade de Neonatologia até ao dia da sua alta.

Caminho longo, cheio de “atalhos” e de incertezas, que fazem deste percurso, um percurso sempre cheio de surpresas, nem sempre desejadas, nem sempre com um final feliz! Frágeis e indefesos, dependentes da tecnologia que lhes permite sobreviver, mesmo assim, necessitam de todo o calor humano que cada gesto transmite. E cuidar deles, mais do que uma função, é antes de tudo um desafio às capacidades humanas que cada profissional coloca no seu cuidado e ao trabalho de uma vasta equipa.

Graça Roldão (2006)

LISTA DE SIGLAS

EC – Ensino Clínico

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

RN – Recém - Nascido

A criança que nasce prematuramente necessita, na maioria das vezes, para sobreviver de ser assistida numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN), sendo separada dos seus pais imediatamente após o seu nascimento. Aí permanece por um período mais ou menos longo, num ambiente que, embora imprescindível para a sua sobrevivência, pela tecnologia sofisticada que lhe assegura eventualmente a vida, lhe é também hostil pela agressividade das técnicas e procedimentos invasivos a que é submetida, assim como pela privação afectiva a que é sujeita.

Este diário de aprendizagem, surge no âmbito do estágio de observação participada realizado na UCIN do Hospital D. Estefânia, no período de 16 a 20 Maio de 2011, e que se insere no Ensino Clínico (EC) IV.

Foi nesta situação, que contactei de perto com o recém-nascido (RN) pré-termo Manuel (nome fictício) e seus pais. 1º filho, parto distócico - cesariana às 28s+2d por descolamento placentar com 980g e Índice de Apgar 7/8/9. Diagnósticos identificados na admissão: prematuridade e muito baixo peso ao nascimento; doença das membranas hialinas e síndrome polimalformativa (imperfuração anal, quisto do mesentério, artéria umbilical única e malformação no 1º dedo da mão direita).

Senti desde logo, por parte dos pais, extrema ansiedade, apreensão e uma necessidade de constante solicitação e atenção. Diariamente os profissionais eram abordados com questões como “ está tudo bem com o nosso bebé?”, “o que vão fazer agora?”, “porque é que precisa desse aparelho?”, “ele não terá frio?”, “e dores?”, “ porquê tantas análises? “, “e o médico quando vai vê-lo novamente?”. Confesso que no meio de tantas perguntas e, muitas vezes repetidas, já não sabia o que dizer... Com o passar dos dias, com tudo aquilo que apreendi, que observei e que reflecti, pude compreender verdadeiramente aqueles pais.

De facto, o nascimento de um RN prematuro está documentado como sendo um acontecimento gerador de stress e crise para a família. A percepção de perda e luto, pela antecipada e abrupta interrupção da gravidez; sentimentos de culpa e frustração relacionados com a incapacidade de “levar” a termo a

gravidez; incerteza, no que concerne ao futuro desenvolvimento saudável do bebé e a imediata separação, por um longo período, do bebé e da família; são alguns dos factores que estão na origem deste problema.

A UCIN apresenta um ambiente físico que pode ser assustador para os pais devido a toda a tecnologia envolvente e à atmosfera, habitualmente, carregada de sensação de urgência. Tal como nos refere Cunha (1986,p.24), “entrar numa unidade de cuidados intensivos para recém-nascidos pode ser um choque. Os pais das crianças que aí recebem tratamento sentem-se muitas vezes perdidos ou afastados dos filhos por toda aquela tecnologia agressiva e desconhecida geradora de medo ou impotência”.

Numa UCIN, além da competência para lidar com todo o equipamento técnico imprescindível para a manutenção da vida e da compreensão de todos os parâmetros, o que é esperado de facto, dos enfermeiros é uma componente humana que permita a partilha dos momentos de angústia vivida pelos pais.

Nem sempre é fácil, aos pais num primeiro momento, olhar para o seu bebé, tocá-lo e senti-lo como seu! Estar disponível, saber ouvir, compreender os seus medos e dificuldades, a agressividade por vezes latente nas suas palavras e comportamentos, é também parte do desafio de cuidar destes pequenos bebés, pois estes não existem sem os seus pais, nem cuidamos deles, sem cuidar também dos seus pais, apoiando-os nos momentos difíceis e partilhando com eles as vitórias do dia-a-dia.

Torna-se pois necessário, no melhor interesse do RN que os cuidados especializados de enfermagem consigam orientar a prática segundo um modelo que se insira num paradigma, que para além da manutenção da vida, defenda como valor fundamental a qualidade de vida do recém - nascido, que depende também e muito do estabelecimento de uma relação significativa e forte com a sua família (Tamez e Silva, 2006).

De modo a minimizar esta situação, percebo a necessidade dos pais serem integrados na equipa de saúde responsável pela prestação de cuidados ao bebé prematuro de forma precoce. De acordo com (Brito, 2006) e (Friaças, 2008), a participação dos pais nos cuidados ao seu filho implica uma relação de parceria com a equipa de enfermagem, sem que sejam estabelecidas

barreiras pré - determinadas, divisão de tarefas, mas antes um desenvolvimento conjunto de acções complementares, tendo em vista o bem-estar do recém-nascido e da sua família, de forma a prepará-la para o desafio que é a alta, tornando-os mais aptos em termos de aprendizagem de capacidades, e seguros para tratarem do filho no seio do lar.

Foi isso mesmo que verifiquei. Gradualmente os pais foram, dentro das possibilidades, integrados na prestação de cuidados ao seu filho, as suas dúvidas e questões sempre esclarecidas e foram permitidos momentos de reflexão, foi dado espaço para os ouvir, para os escutar verdadeiramente, porque muitas vezes apenas queriam desabafar, transpôr cá para fora todas aquelas emoções que lhes apertavam a alma e o coração...

Segundo Martins (2004,p.62), "encorajar os pais a falarem sobre estes sentimentos, particularmente sobre o acontecimento e as dificuldades específicas que percebem como causa da falta de auto-controlo, permite-lhes dissipar a energia emocional investida nestes sentimentos e reunir as condições necessárias para se dedicarem à vinculação e aos cuidados efectivos ao bebé."

O papel dos pais durante a internamento é valioso e insubstituível, recomendando-se que os cuidados sejam amplos o bastante para incluí-los, permitindo-lhes que sintam a sua contribuição como essencial e que passem por esta experiência junto com o filho. Oferecer um ambiente humanizado, que reconheça os pais como indivíduos capazes de oferecer elementos vitais aos cuidados do filho, representa um poderoso auxílio para aliviar o stress parental e da criança, tornando a experiência mais tolerável.

As intervenções que facilitam incluem estratégias que os capacitam a compreender e delinear um padrão de comunicação clara com a equipa. A diminuição da ansiedade dos pais é a melhor maneira de auxiliá-los relacionarem-se com o RN. É recomendado que as mães toquem nos seus filhos, estimulando a interacção entre eles. As explicações e informações fornecidas pelos profissionais da UCIN, vão ajudar os pais a compreender as

decisões da equipa de saúde, bem como os aspectos técnicos envolvidos nos cuidados a prestar ao bebé (Tamez e Silva, 2006).

O estabelecimento de uma relação empática com os pais, diminui a ansiedade, dissipa os medos e aumenta a confiança na equipe, o que reforça o sucesso dos cuidados prestados.

Em todo o processo de cuidar devemos ter em conta, todos os seus intervenientes, os cuidados e os cuidadores respeitando como os seres individuais com vivências e sentimentos únicos, em constante interação e adaptação, ao longo de todo o seu processo evolutivo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRITO, I. (2006) – O Acolhimento e a Hospitalização da Criança Pequena. In: **Instituto de Apoio à Criança**. Acolhimento e Estadia da Criança e do Jovem no Hospital. Lisboa: Fundação Glaxo Smithkline das Ciências da Saúde.

CUNHA, O. (1986) – **O sítio entre o céu e a terra**. Porto: Unidade Neonatologia Hospital de Sto. António Porto.

FRIAÇAS, M. (2008) – Acolher o pai de um recém-nascido internado na UCIN. In: **Revista Sinais Vitais** nº79 (Julho 2008), p.56-57.

ROLDÃO, G. (2006) – **Ser Enfermeiro numa Unidade de Neonatologia**. Acedido em: 21/05/2011. Disponível em: <http://ucern.blogspot.com/2006/10/ser-enfermeiro-numa-unidade-de.html>

MARTINS, C. (2004) – Repercussões de um prematuro na vida familiar. In: **Revista Sinais Vitais** nº55 (Julho 2004), p.61-62.

TAMEZ, R.; SILVA, M. (2006) - **Enfermagem na UTI Neonatal: Assistência ao Recém-nascido de Alto Risco**. 3ª Edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, ISBN 85-277-1147-8.

Apêndice 7 – Diário de Aprendizagem Nº3



5º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em
Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

1º Curso de Mestrado em Enfermagem de
Saúde Materna e Obstetrícia

ENSINO CLINICO IV

Diário de Aprendizagem nº3

Elaborado por: Iris Medina

Nº2422

Lisboa

Julho 2011

“O processo de parto constitui uma época de alegria e de ansiedade para a mulher e para as pessoas que a cercam. Num período relativamente curto, elas experimentam uma das mais profundas mudanças nas suas vidas.”

Símkín (1996)

LISTA DE SIGLAS

BP – Bloco de Partos

BPM - Batimentos por Minuto

CM - Centímetros

CTG - Cardiotocógrafo

EC – Ensino Clínico

EESMO - Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia

FCF - Frequência Cardíaca Fetal

IG – Idade Gestacional

IO - Índice Obstétrico

RN – Recém – Nascido

O trabalho de parto que culmina no nascimento do recém-nascido (RN), é o evento fisiológico que representa o final da gravidez, o início da vida extra-uterina e uma mudança na vida familiar. Alguns autores como Lowdermilk e Perry (2008) atribuem tamanha importância ao momento que transforma a mulher em mãe, que afirmam estar vinculado ao sentimento de apego que definirá a maneira através da qual a mulher alcança um novo patamar na sua evolução como ser humano. Independente de como é visto, não há como manter-se indiferente às manifestações físicas e psicológicas que caracterizam este evento. Também não se pode deixar de reconhecer o profundo significado que o parto exerce na vida da mulher, seu companheiro, seu filho e à família vinculada ao casal.

Este 3º diário de aprendizagem relativo ao Ensino Clínico (EC) IV, surge uma vez que gostaria de “tentar” transmitir por palavras um pouco daquilo que percorre a minha alma quando participo num parto e o quanto é importante a relação que estabelecemos com a grávida/casal durante todo o trabalho de parto.

Foi no Bloco de Partos (BO), num turno da Noite, que contactei com R.B de 27 anos e o seu marido. Gravidez vigiada sem intercorrências. Índice Obstétrico (IO): 0000 e Idade Gestacional (IG): 40 semanas + 1 dia.

Á chegada, na admissão, apresentava-se ansiosa e queixosa mas controlada. Cardiotocógrafo (CTG) tranquilizador com frequência cardíaca fetal (FCF) na ordem dos 145 batimentos por minuto (BPM), com registo de dinâmica uterina regular de média amplitude. Ao toque: observa-se um colo fino com 4 centímetros (CM) de dilatação pelo que ficou internada.

Após o acolhimento, procedimentos e explicações iniciais, foi proposta analgesia epidural com a qual a utente concordou e que aliviou de imediato o desconforto sentido até então. Este primeiro contacto na unidade é determinante, podendo dar-se início a uma relação de ajuda, cumplicidade e reciprocidade. É importante que a grávida acredite nos profissionais de saúde e em si própria, para que numa verdadeira relação terapêutica, de amizade e companheirismo, vivencie uma experiência de vida, de prazer e amor.

A relação que se estabelece entre o enfermeiro e a parturiente torna-se fundamental sendo determinante que o enfermeiro veja o corpo da mulher, não como uma máquina que desenvolve o seu trabalho (parir), mas como um todo, uma pessoa que para além de cuidados físicos precisa de outros cuidados (Coutinho, 2004).

Pouco tempo depois, R.B foi incentivada a deambular, o qual prontamente acedeu. De acordo com Lamaze (2003), o movimento e a deambulação constituem a melhor forma de usar a força da gravidade para ajudar o bebé a descer, a ajustar o tamanho e a forma da bacia.

O trabalho de parto evoluiu de forma rápida e ao fim de 2 horas de ter sido admitida, R.B apresentava dilatação completa. Iniciou esforços expulsivos, primeiramente de cócoras, passando depois para a cama onde foi posicionada. R.B espontâneamente sente o impulso de fazer força e pouco depois nasceu a M., com 3380g, cheia de vitalidade e com um choro vigoroso intenso. A saída gloriosa do bebé é para a mãe, a melhor recompensa do mundo após o esforço único e universal de todas as suas células e de todo o seu organismo. Pai e mãe transbordaram lágrimas de alegria... Dequitadura sem intercorrências e períneo intacto. O desfecho não podia ser melhor.

Recordo-me que atrás de mim, na sala, também estava a pediatra que proferiu o seguinte comentário: “ Há muito tempo que não assistia a um parto tão bonito”.

São, de facto, emoções, sensações e sentimentos tão intensos quanto inexplicáveis. Vivencio estes momentos envolvida pela felicidade, pela excitação e pela adrenalina, mas também repleta de nervosismo, medo e receio, num misto de frio e calor, de alegria, de tensão e emoção que culminam nesta experiência fantástica e maravilhosa: o nascimento de uma nova vida!

O parto é um momento espectacular, único, um extraordinário milagre e é uma enorme honra e privilégio poder fazer parte deste acontecimento tão especial na vida de uma mulher e de uma família.

No final, tudo vale a pena, e é extremamente gratificante ouvir “ Muito Obrigada por tudo”, “Obrigada pelo vosso apoio e carinho”, “Obrigada, Obrigada...”

A atitude da mulher face à maternidade é bastante variável, existindo contudo uma enorme carga de sentimentos e emoções, independentemente da sua exteriorização ou não, variando de acordo com o padrão de cada sociedade. A todas as grávidas se colocam dúvidas e receios, atravessando-as o medo do desconhecido (Wolf, 2004).

O EESMOG deve perceber a importância deste momento para a mulher e sua família, promovendo uma assistência de qualidade e respeito humano, proporcionando tranquilidade, conhecimento, segurança, confiança e compreensão e, ao mesmo tempo, fornecendo orientações para que a parturiente auxilie a equipe dentro do processo de parto. Isto porque, ao ser acompanhada e informada sobre os sinais e sintomas desse processo, ela fica mais tranquila e colabora, favorecendo o parto, o nascimento e o trabalho da equipa.

Termino esta reflexão, com a certeza que no futuro, vou novamente vivenciar todas estas sensações mas de uma forma ainda mais intensa, como futura mãe!!!

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

COUTINHO, E (2004) – A experiência de ser cuidada na sala de partos. In: **Millenium - Revista do Instituto Politécnico de Viseu**. Nº30.ISSN:1647-662X

LAMAZE (2003) – **Instituto Lamaze para o Parto Normal: Práticas de atenção e cuidados que promovem o Parto Natural**.

LOWDERMILK, D.; PERRY, S. (2008) – **Enfermagem na Maternidade**. 7ª Edição. Loures: Lusodidacta. ISBN 978-989-8075-16-1.

SIMKIN, P. (1996) – The experience of maternity in a woman's life. In: **Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing**. Vol 25, Nº3 (Março 1996). P. 247-252. ISSN: 0884-2175.

WOLFF, L. (2004) **Representações sociais de mulheres sobre assistência no trabalho de parto e parto**. Tese de Doutoramento. Universidade Federal do Rio de Janeiro / Escola de Enfermagem Anna Nery.

Apêndice 8 – Folhetos realizados no âmbito da temática “Sexualidade na adolescência” (centro de atendimento para jovens)



A maioria das IST podem ser completamente curadas, caso sejam diagnosticadas atempadamente.

O tratamento pode implicar a toma de antibióticos para as infecções bacterianas.

Os vírus como o VIH e o herpes não têm cura, o tratamento pode aliviar alguns sintomas.

Prevenção das IST

Sexualidade:

Usar o preservativo em todos os relacionamentos sexuais.

Diminuir o número de parceiros sexuais

Objectos contaminados:

Não partilhar objectos pessoais que estejam em contacto com sangue

Não partilhar seringas ou agulhas usadas

Dá cor à tua vida, Usa o preservativo.!



Para qualquer esclarecimento, contacta a equipa de enfermagem.

Consulta do Adolescente

Vaginose bacteriana (VB)

Clamídia (bactéria)

Gonorréia (bactéria)

Sífilis (bactéria)

Herpes (vírus)

Tricomonose (protozoário)

Hepatite A e B (vírus)

Vírus do Papiloma Humano (HPV)

Condiloma / verrugas genitais (vírus)

SIDA (vírus)

Sarna

Foliculite pilosa

Condilóme filaroso

Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)

IST - O QUE SÃO?

São doenças contagiosas cuja forma mais frequente de transmissão são as relações sexuais.

A infecção é causada pela presença e a multiplicação de agentes patogénicos (vírus, bactérias, fungos, parasitas) que se encontram nos fluidos corporais (como o sangue, o esperma, a saliva e as secreções vaginais) ou nas mucosas da vagina e do pénis.

Algumas infecções sexuais podem ocorrer por simples contacto genital sem que tenha havido penetração.

Podem ainda ocorrer pelo sexo oral e anal.



- Comimento invulgar da vagina ou do pénis, que poderá ter diversas colorações e/ou odores
- Dor ou ardor ao urinar
- Necessidade de urinar mais frequente
- Comichões, ardores, gânglios, úlceras, verrugas ou bolhas nos órgãos genitais ou na proximidade
- Dores Genitais
- Comimentos sanguíneos após o acto sexual ou entre períodos menstruais

SIDA



É uma doença causada pelo vírus de imunodeficiência humana. Este vírus, quando se introduz no organismo humano pode permanecer "adormecido", sem produzir sintomas durante muito tempo.

Quando o vírus "desperta" ou é "activado", destrói progressivamente os mecanismos de defesa que, no corpo humano, combatem as doenças. Desta forma, uma pessoa infectada está sujeita a contrair ou a desenvolver vários tipos de infecções ou certos tipos de cancro.

GONORREIA

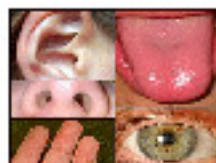
A gonorreia é causada por uma bactéria que entra no corpo através de qualquer abertura corporal (vagina, boca, recto).

Nos homens, a infecção normalmente começa na uretra (o canal por onde passa a urina). Nas mulheres, a bactéria normalmente infecta primeiramente o colo do útero.



HEPATITE

A Hepatite B é uma doença infecciosa frequentemente crónica, que é causada pelo vírus da hepatite B (VHB). Pode progredir para cirrose hepática ou cancro do fígado.



A Hepatite C é uma inflamação do fígado provocada por um vírus, que pode conduzir à cirrose, insuficiência hepática e cancro.

SIFILIS



É uma doença infecciosa crónica muito perigosa.

FASE PRIMÁRIA: é caracterizada pelo cancro duro, uma lesão, geralmente nos órgãos genitais.

FASE SECUNDÁRIA: é a disseminação da bactéria pelo corpo todo. Podem estar comprometidos cérebro, rins, fígado, tubo digestivo, olhos, ossos, tendões, cartilagens e articulações.

NA FASE TERCIÁRIA devido ao comprometimento do sistema cardiovascular, em geral fatal, é chamada sífilis cardiovascular.



HERPES

Infecção recorrente, causada por um grupo de vírus que determinam lesões em forma de pequenas bolhas agrupadas que, em 4-5 dias formam ferida, seguida de cicatrização espontânea do tecido afectado. As lesões com frequência são muito dolorosas e precedidas por vermelhidão no local.



Lesões no pénis (fase inicial)



Lesões no períneo feminino



Lesões localizadas no pénis



Herpes Labial

Esterilização

Esterilização Masculina/Vasectomia

- Cirurgia que bloquia ou corta os canais que transportam os espermatozoides desde os testículos até à uretra;
- Continua a produzir hormonas masculinas;
- Não afecta o desejo sexual, a erecção, a ejaculação nem o orgasmo.

Esterilização Feminina/Laqueação de Trompas

- Cirurgia que bloquia ou corta as trompas de Falópio para impedir o encontro entre o óvulo e o espermato.
- Não interfere com o ciclo menstrual

Contraceção de Emergência

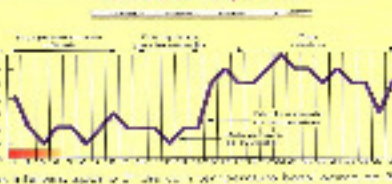
- Conhecida pela pílula do dia seguinte, corresponde a uma dose muito elevada de hormonas
- Usada quando há falha do método contraceptivo
- Deve ser tomada até 72 horas após uma relação desprotegida

Métodos Naturais

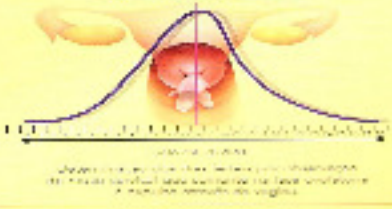
Método do calendário

Trata-se de um método que consiste em evitar a relação sexual nos dias férteis do ciclo menstrual. Este método é pouco eficaz e não protege contra as doenças sexualmente transmissíveis.

Método da temperatura



Método do muco cervical



Todos os métodos naturais são métodos com uma baixa eficácia contraceptiva. Não protegem de uma gravidez indesejada nem das doenças sexualmente transmissíveis.

Toda a gente cresce

Se fores rapaz, um dia serás Homem
Se fores rapariga, um dia serás Mulher
E quando lá chegares,
Sê tu próprio,
Pensa por ti,
Não faças coisas só porque os outros o fazem.

Não te esqueças,

tu és uma pessoa especial!



Para qualquer esclarecimento, contacta a equipa de enfermagem.

MÉTODOS CONTRACEPTIVOS



Preservativo

O preservativo masculino é um produto normalmente feito de látex, de fácil colocação e que cobre o pênis durante a relação sexual de forma a evitar a gravidez e as doenças sexualmente transmissíveis.



O preservativo feminino é de fácil colocação e deve cobrir o colo do útero e recobrir a vagina. Tal como o preservativo masculino, protege das doenças sexualmente transmissíveis.



Pílula



- Consiste na toma de 1 comprimido diário, habitualmente durante 21 dias. Após o 21º dia, faz-se uma semana de pausa, durante a qual ocorre a hemorragia.

- ✦ Evita gravidezes não desejadas
- ✦ Reduz problemas do ciclo menstrual
- ✦ Diminui acne
- ✦ Diminui dor menstrual



- Não protege das Doenças Sexualmente Transmissíveis.
- Perde o efeito aquando da toma de antibióticos e em caso de vômitos ou diarreia

Dispositivo Intra-Uterino

- ✦ Pequeno aparelho de cobre ou silicone
- ✦ Pode permanecer dentro do corpo da mulher durante 3/5 anos.
- ✦ É colocado no útero pelo médico de família ou ginecologista.
- ✦ Não protege das doenças sexualmente transmissíveis



Implante

- ✦ Pequena cápsula de silicone flexível, com 4cm de comprimento e 2mm de diâmetro
- ✦ Colocado por baixo da pele, na face interna do braço, sob anestesia local
- ✦ Liberta hormonas que impedem a ovulação e torna espesso o muco cervical (dificulta a entrada dos espermatozoides). Não protege das doenças sexualmente transmissíveis
- ✦ Eficaz durante 3 anos
- ✦ É colocado no útero pelo médico de família ou



Anel Vaginal



- ✦ Anel flexível e incolor colocado na vagina pela mulher
- ✦ Mantém-se colocado durante 3 semanas e depois é removido para uma semana de pausa, na qual ocorre uma hemorragia
- ✦ O anel possui hormonas que impedem a ovulação

Adesivo

- ✦ O adesivo contém hormonas que impedem a ovulação
- ✦ Pode ser colocado no abdômen, nádegas ou parte superior do braço.
- ✦ Mudado semanalmente durante 3 semanas ao fim das quais se faz uma pausa de 1 semana na qual ocorre a hemorragia



Apêndice 9- Póster e respectivo certificado: “Adolescência e Educação para a Sexualidade” apresentado nas III Jornadas de Saúde Materna da ESEL

ADOLESCÊNCIA E EDUCAÇÃO PARA A SEXUALIDADE

A adolescência é a idade do amor e do risco (Sampaio, 2002, p. 27)

A adolescência é “um período de vida caracterizado por sucessivos renascimentos, por uma predisposição de abertura a outro, no que ele encerra em si de novo, de transposição de fronteiras, num suceder de descobertas e desilusões”.

Pereira e Freitas (2002, p.19)



Portugal é o segundo país da Europa com maior número de gravidez na adolescência. Em 2005, nasceram 5 519 crianças, concebidas por mães com idades entre os 12 e os 19 anos. (INE, 2009)

A incidência de IST's continua a aumentar em Portugal, com 15% de jovens infectados com SIDA com menos de 25 anos e 8,8 % dos jovens com menos de 15 anos que têm relações sexuais sem preservativo. (INE, 2009)



Na adolescência, surgem as primeiras relações afectivas importantes, em regra precedidas de envolvimentos mais fugazes. Podem, por isso, aparecer grandes paixões, vividas com uma intensidade às vezes avassaladora. São momentos muito importantes na vida de um jovem, que pais e profissionais têm dificuldade em compreender. **A verdade é que o percurso para a autonomia que caracteriza a adolescência é feito também de riscos afectivos, de aproximações e recuos inevitáveis.** (Sampaio, 2002)

É prioritário examinar os factores relacionados com a iniciação sexual e também aprofundar o conhecimento acerca dos factores que poderão ajudar os jovens sexualmente activos a tomar decisões saudáveis no que respeita aos seus comportamentos sexuais. (Hopkins et al, 2004)

Educação para a saúde não significa simplesmente modificações nos hábitos e comportamentos geradores de doença, mas visa sobretudo a implicação do adolescente numa maior responsabilização nas opções de saúde e bem-estar, quer em termos individuais quer colectivos.

Educação para a saúde pressupõe uma educação para a vida!

Adolescência :

- Período de transição entre a vida de criança e a vida de adulto
- Fase de oportunidades especiais para intervenções preventivas e de promoção da saúde
- Flexibilidade do adolescente
- Processo de busca de identidade e de novos valores.

(Prazeres ,2002) e (Dias, 2009)

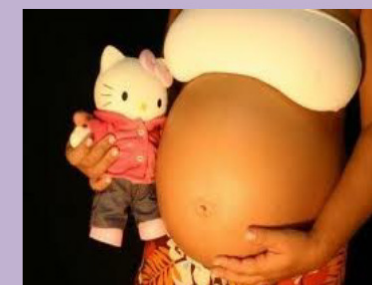
Para o desenvolvimento e a implementação de programas de intervenção efectivos, oportunos e direccionados para os adolescentes, a investigação no âmbito dos seus conhecimentos, atitudes e comportamentos sexuais é essencial. (United Nations, 2005).

A O.E (parecer nº6, 2009) não estabelece limite de idade em relação ao fornecimento de contraceptivos a menores, mas sim, o início da menarca, e consequentemente o início da idade fértil.

Com o eventual início da actividade sexual, esporádica ou não, deve ser proporcionado aos jovens clientes os cuidados de informação, educação, meios e métodos contraceptivos, sempre que forem solicitados, com a avaliação e o encaminhamento mais adequados ao nível de maturidade de cada pessoa.

O ambiente educativo deverá proporcionar ao adolescente a possibilidade do encontro consigo mesmo, num contexto simultaneamente protegido e aberto, que lhe dê todo o tempo necessário para se ir consolidando como pessoa, sem ter que esconder ou recalcar, ou converter em agressividade descontrolada, as suas fragilidades, dúvidas e descobertas.

(Guimarães et al, 2003).



AUTORIA:

Enf.ª Iris Medina (5ºCPLEESMO/1ºCMESMO-ESEL)

III JORNADAS DE SAÚDE MATERNA

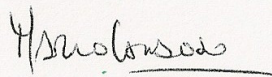
24 e 25 de FEVEREIRO de 2011

Auditório do Pólo Artur Ravara


CERTIFICADO

*IRIS ANA BASTOS MEDINA, apresentou o poster
ADOLESCÊNCIA E EDUCAÇÃO PARA A
SEXUALIDADE nas III Jornadas de Saúde Materna,
da ESEL, realizadas em Lisboa, nos dias 24 e 25 de
Fevereiro de 2011*

A Comissão Organizadora



A Presidente da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa



Prof.ª Doutora Maria Filomena Mendes Gaspar

Apêndice 10 – Avaliação Formativa e Sumativa EC

AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO EM ESTÁGIO COM RELATÓRIO

FORMATIVA (primeira avaliação)

FINAL

Estudante: IRIS Ana Bastos Medina

DATA: 14 / 3 / 2011

Nível Atingido	Estudante					Orientador				
	Insuf.	Suficiente	Bom	Muito Bom	Exce lente	insuf	Suficiente	Bom	Muito Bom	Exce lente
Indicadores para Avaliação										
Revela capacidade de integração / socialização ao contexto do Ensino Clínico				X				X		
Elabora projecto pertinente e adequado			X					X		
Demonstra autonomia, criatividade e eficiência no desenvolvimento das actividades			X					X		
Promove a qualidade dos cuidados aos três níveis de prevenção, perspectivando a continuidade de cuidados <ul style="list-style-type: none"> • Avaliação inicial • Identificação de necessidades / problemas / diagnósticos de enfermagem • Planeamento das intervenções • Avaliação/eventual reformulação • Promoção continuidade cuidados 			X				X			
Desenvolve processos de educação em saúde ao indivíduo / família			X					X		
Presta cuidados especializados à mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal <ul style="list-style-type: none"> • Promove a saúde, diagnostica precocemente, previne complicações e providencia cuidados à mulher, facilita a sua adaptação em situações de abortamento e/ou morte fetal 		X					X			
Presta cuidados especializados à mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto efectuando o parto de forma segura e dominando situações de emergência no sentido de maximizar a saúde da mulher e seu recém nascido <ul style="list-style-type: none"> • Promove a saúde da mulher durante o trabalho de parto e optimiza a adaptação do RN à vida extra-uterina, • Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e RN; • Providencia cuidados à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez e/ou trabalho de parto 		X					X			
Presta cuidados especializados à mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal <ul style="list-style-type: none"> • Promove a saúde da mulher e RN no período pós-natal • Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e RN durante o período pós-natal; • Providencia cuidados nas situações que possam afectar negativamente a saúde da mulher e RN no período pós-natal; 				X				X		
Demonstra autonomia, capacidade de negociação e			X					X		

tomada de decisão face às necessidades de cuidados			X				X		
Revela capacidade de utilização de pensamento crítico na análise e resolução de problemas			X				X		
Revela capacidade de análise e reflexão crítica sobre o percurso de aprendizagem.			X				X		
Analisa e discute as situações vividas			X						
Demonstra atitudes e comportamentos adequados à situação de estudante em EC e ao desempenho de cuidados de enfermagem especializados <ul style="list-style-type: none"> Assiduidade e pontualidade Assertividade Assunção do seu processo formativo Utilização de técnicas de comunicação adequadas com indivíduos / famílias / equipa de saúde Capacidade de negociação com a equipa multiprofissional Capacidade de autoavaliação e reacção à crítica Actuação de acordo com os princípios éticos, valores e referenciais orientadores da profissão 				X			X		
Revela capacidade de integração / socialização ao contexto do Ensino Clínico			X				X		

Classificações Finais:

10 a 13 valores – Suficiente; 14 e 15 valores – Bom; 16 e 17 valores – Muito Bom; 18 a 20 valores – Excelente
(Dec-Lei nº 42/2005 de 22 de Fevereiro Artº 17º)

ENFERMEIRO ORIENTADOR

[Faint handwritten text, likely a signature or stamp, mostly illegible due to fading.]

APRECIÇÃO GLOBAL

ESTUDANTE

No decorrer do EC, consegui facilmente integrar-me na dinâmica do serviço, estabelecendo uma boa relação com toda a equipa de trabalho e demonstrando atitudes e comportamentos adequados à situação do estudante. Na elaboração do projecto, e com as orientações do Prof. Madalena Oliveira, estabeleci objectivos e actividades pertinentes e relevantes.

Tenho procurado desenvolver, gradualmente, competências com vista a atingir uma maior autonomia e eficiência no desenvolvimento das actividades, envolvendo processos de educação e orientação à grávida/puérpera e família.

Penso que a minha maior dificuldade, neste momento, traduz-se na insegurança que ainda demonstro na realização do parto. No entanto, tenho considerado sempre, de forma positiva, críticas, sugestões ou ensinamentos que me são transmitidos, procurando reflectir sobre as situações vividas e evoluindo enquanto profissional, potenciando conhecimentos e experiência.

ENFERMEIRO ORIENTADOR

O estudante revela grande motivação, boa integração/socialização ao contexto do Estúdio Clínico e capacidade de análise e reflexão crítica sobre o processo de aprendizagem, analisando e discutindo as situações vividas.

De acordo com a fase do Estúdio Clínico, demonstra ainda alguma dificuldade em desenvolver eficientemente algumas actividades de forma a prevenir complicações e a documentar situações de emergência. É amável e participativo.

Avaliação formativa 14/Março 2011

A Iris integrou-se com facilidade na dinâmica da equipe multidisciplinar do bloco do parto, interagindo com facilidade com a mesma.

Presta cuidados de enfermagem especializados a grávidas / parturientes / RN / acompanhantes, tendo em conta as necessidades apresentadas, necessitando, nesta fase inicial do estudo clínico, de supervisão / auxílio por parte do orientador do local.

Efeita registros com facilidade e corretamente. Necessita de aprofundar conhecimentos técnicos no que concerne às patologias inerentes à gravidez, de modo a antever problemas e saber como agir dentro das competências inerentes ao Enfermeiro ESMO.

E assinado o contrato

Luiz Roberto
Mestrado



Estudante:

Teresa Ana Baston Medeiros

Estágio com Relatório	Docente				
	Insuf.	Suficiente	Bom	Muito Bom	Exce-lente
Nível Atingido					
Indicadores para Avaliação					
Revela capacidade de integração / socialização ao contexto do Ensino Clínico				X	
Elabora projecto pertinente e adequado			X		
Demonstra autonomia, criatividade e eficiência no desenvolvimento das actividades			X		
Promove a qualidade dos cuidados aos três níveis de prevenção, perspectivando a continuidade de cuidados <ul style="list-style-type: none"> • Avaliação inicial • Identificação de necessidades / problemas / diagnósticos de enfermagem • Planeamento das intervenções • Avaliação/eventual reformulação • Promoção continuidade cuidados 			X		
Desenvolve processos de educação em saúde ao indivíduo / família				X	
Presta cuidados especializados à mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal <ul style="list-style-type: none"> • Promove a saúde, diagnostica precocemente, previne complicações e providencia cuidados à mulher, facilita a sua adaptação em situações de abortamento e/ou morte fetal 			X		
Presta cuidados especializados à mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto efectuando o parto de forma segura e dominando situações de emergência no sentido de maximizar a saúde da mulher e seu recém nascido <ul style="list-style-type: none"> • Promove a saúde da mulher durante o trabalho de parto e otimiza a adaptação do RN à vida extra-uterina, • Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e RN; • Providencia cuidados à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez e/ou trabalho de parto 			X		
Presta cuidados especializados à mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal <ul style="list-style-type: none"> • Promove a saúde da mulher e RN no período pós-natal • Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e RN durante o período pós-natal; • Providencia cuidados nas situações que possam afectar negativamente a saúde da mulher e RN no período pós-natal; 			X		
Demonstra autonomia, capacidade de negociação e tomada de decisão face às necessidades de cuidados			X		
Revela capacidade de utilização de pensamento crítico na análise e resolução de problemas			X		
Revela capacidade de análise e reflexão crítica sobre o percurso de aprendizagem.			X		
Analisa e discute as situações vividas				X	
Demonstra atitudes e comportamentos adequados à situação de estudante em EC e ao desempenho de cuidados de enfermagem especializados <ul style="list-style-type: none"> • Assiduidade e pontualidade • Assertividade • Assunção do seu processo formativo • Utilização de técnicas de comunicação adequadas com indivíduos / famílias / equipa de saúde • Capacidade de negociação com a equipa multi-profissional • Capacidade de autoavaliação e reacção à crítica • Actuação de acordo com os princípios éticos, valores e referenciais orientadores da profissão 				X	

O DOCENTE:

João Loureiro

Data:

30 10 2011

AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO EM ESTÁGIO COM RELATÓRIO

FORMATIVA (2ª avaliação)

FINAL

Estudante: IRIS Ana Bastos Medina

DATA: 30/05/2011

Nível Atingido	Estudante					Orientador				
	Insuf.	Suficiente	Bom	Muito Bom	Exce lente	Insuf	Suficiente	Bom	Muito Bom	Exce lente
Indicadores para Avaliação										
Revela capacidade de integração / socialização ao contexto do Ensino Clínico				X					X	
Elabora projecto pertinente e adequado				X					X	
Demonstra autonomia, criatividade e eficiência no desenvolvimento das actividades				X				X		
Promove a qualidade dos cuidados aos três níveis de prevenção, perspectivando a continuidade de cuidados <ul style="list-style-type: none"> • Avaliação inicial • Identificação de necessidades / problemas / diagnósticos de enfermagem • Planeamento das intervenções • Avaliação/eventual reformulação • Promoção continuidade cuidados 				X				X		
Desenvolve processos de educação em saúde ao indivíduo / família				X					X	
Presta cuidados especializados à mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal <ul style="list-style-type: none"> • Promove a saúde, diagnostica precocemente, previne complicações e providencia cuidados à mulher, facilita a sua adaptação em situações de abortamento e/ou morte fetal 			X					X		
Presta cuidados especializados à mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto efectuando o parto de forma segura e dominando situações de emergência no sentido de maximizar a saúde da mulher e seu recém nascido <ul style="list-style-type: none"> • Promove a saúde da mulher durante o trabalho de parto e otimiza a adaptação do RN à vida extra-uterina, • Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e RN; • Providencia cuidados à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez e/ou trabalho de parto 			X					X		
Presta cuidados especializados à mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal <ul style="list-style-type: none"> • Promove a saúde da mulher e RN no período pós-natal • Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e RN durante o período pós-natal; • Providencia cuidados nas situações que possam afectar negativamente a saúde da mulher e RN no período pós-natal; 				X					X	
Demonstra autonomia, capacidade de negociação e			X						X	

tomada de decisão face às necessidades de cuidados									
Revela capacidade de utilização de pensamento crítico na análise e resolução de problemas			*					X	
Revela capacidade de análise e reflexão crítica sobre o percurso de aprendizagem.			X					X	
Analisa e discute as situações vividas			X					X	
Demonstra atitudes e comportamentos adequados à situação de estudante em EC e ao desempenho de cuidados de enfermagem especializados <ul style="list-style-type: none"> Assiduidade e pontualidade Assertividade Assunção do seu processo formativo Utilização de técnicas de comunicação adequadas com indivíduos / famílias / equipa de saúde Capacidade de negociação com a equipa multiprofissional Capacidade de autoavaliação e reacção à crítica Actuação de acordo com os princípios éticos, valores e referenciais orientadores da profissão 				X				X	
Revela capacidade de integração / socialização ao contexto do Ensino Clínico			X					X	

Classificações Finais:

10 a 13 valores – Suficiente; 14 e 15 valores – Bom; 16 e 17 valores – Muito Bom; 18 a 20 valores – Excelente
(Dec-Lei nº 42/2005 de 22 de Fevereiro Artº 17º)

APRECIÇÃO GLOBAL

ESTUDANTE Desde a última avaliação formativa, senti evolução nomeadamente no desenvolvimento das actividades e na prestação de cuidados especializados à mulher/família.

Tenho procurado participar activamente no maior número de experiências possíveis a fim de apreender conhecimentos e desenvolver competências.

Penso igualmente que continuo a revelar interesse pela aprendizagem, pesquisando, questionando e esclarecendo as minhas dúvidas.

ENFERMEIRO ORIENTADOR

A estudante tem revelado uma muito boa capacidade de integração e socialização ao contexto de Trabalho Clínico.

Ao longo deste percurso tem usado uma atitude de muito empenho demonstrando grande motivação e dedicação quer pelas tarefas propostas quer por aquelas a que se propõe, demonstrando por isso um bom processo evolutivo.

Análise formativa de 28 Maio 2011

AJZIS está perfeitamente integrada na
equipe. Tem vontade de enfrentar perante
situações mais complexas, o que faz transparer
seu conhecimento de conhecimentos por
parte da aluna.

Em situações de período expulso,
necessita por vezes de auxílio, bem como
de orientações mais complexas.

Tem em conta a multiculturalidade dos utentes
conseguindo adequar os cuidados às creches
e hábitos da grávida / parturiente / acompanhante.

Presta cuidados ao RN com segurança.

Tem tido alguns turnos "apenas" de
vigilância de trabalho de parto, o que
provoca alguma preocupação na aluna
numa fase em que o número de partos
efetuados é valorizado.

Tem sido assídua e pontual.

Alexandre Martins

IBIS MEDINA

Estudante: IPir Medina

Estágio com Relatório	Docente				
	Insuf.	Suficiente	Bom	Muito Bom	Exce-lente
Nível Atingido					
Indicadores para Avaliação					
Revela capacidade de integração / socialização ao contexto do Ensino Clínico					X
Elabora projecto pertinente e adequado				X	
Demonstra autonomia, criatividade e eficiência no desenvolvimento das actividades				X	
Promove a qualidade dos cuidados aos três níveis de prevenção, perspectivando a continuidade de cuidados <ul style="list-style-type: none"> • Avaliação inicial • Identificação de necessidades / problemas / diagnósticos de enfermagem • Planeamento das intervenções • Avaliação/eventual reformulação • Promoção continuidade cuidados 				X	
Desenvolve processos de educação em saúde ao indivíduo / família				X	
Presta cuidados especializados à mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal <ul style="list-style-type: none"> • Promove a saúde, diagnostica precocemente, previne complicações e providencia cuidados à mulher, facilita a sua adaptação em situações de abortamento e/ou morte fetal 				X	
Presta cuidados especializados à mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto efectuando o parto de forma segura e dominando situações de emergência no sentido de maximizar a saúde da mulher e seu recém nascido <ul style="list-style-type: none"> • Promove a saúde da mulher durante o trabalho de parto e optimiza a adaptação do RN à vida extra-uterina, • Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e RN; • Providencia cuidados à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez e/ou trabalho de parto 				X	
Presta cuidados especializados à mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal <ul style="list-style-type: none"> • Promove a saúde da mulher e RN no período pós-natal • Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e RN durante o período pós-natal; • Providencia cuidados nas situações que possam afectar negativamente a saúde da mulher e RN no período pós-natal; 				X	
Demonstra autonomia, capacidade de negociação e tomada de decisão face às necessidades de cuidados				X	
Revela capacidade de utilização de pensamento crítico na análise e resolução de problemas				X	
Revela capacidade de análise e reflexão crítica sobre o percurso de aprendizagem.				X	
Analisa e discute as situações vividas				X	
Demonstra atitudes e comportamentos adequados à situação de estudante em EC e ao desempenho de cuidados de enfermagem especializados <ul style="list-style-type: none"> • Assiduidade e pontualidade • Assertividade • Assunção do seu processo formativo • Utilização de técnicas de comunicação adequadas com indivíduos / famílias / equipa de saúde • Capacidade de negociação com a equipa multi-profissional • Capacidade de autoavaliação e reacção à crítica • Actuação de acordo com os princípios éticos, valores e referenciais orientadores da profissão 					X

O DOCENTE: Álvaro Paulo Matos

Data: 13/07/2011

AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO EM ESTÁGIO COM RELATÓRIO

FORMATIVA

FINAL

Estudante: YRIS MEDINA

DATA: 13 / 07 / 2011

Nível Atingido	Estudante					Orientador				
	Insuf.	Suficiente	Bom	Muito Bom	Exce-lente	Insuf.	Suficiente	Bom	Muito Bom	Exce-lente
Indicadores para Avaliação										
Revela capacidade de integração / socialização ao contexto do Ensino Clínico				X						X
Elabora projecto pertinente e adequado				X						X
Demonstra autonomia, criatividade e eficiência no desenvolvimento das actividades				X					X	
Promove a qualidade dos cuidados aos três níveis de prevenção, perspectivando a continuidade de cuidados <ul style="list-style-type: none"> • Avaliação inicial • Identificação de necessidades / problemas / diagnósticos de enfermagem • Planeamento das intervenções • Avaliação/eventual reformulação • Promoção continuidade cuidados 				X					X	
Desenvolve processos de educação em saúde ao indivíduo / família				X					X	
Presta cuidados especializados à mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal <ul style="list-style-type: none"> • Promove a saúde, diagnostica precocemente, previne complicações e providencia cuidados à mulher, facilita a sua adaptação em situações de abortamento e/ou morte fetal 				X					X	
Presta cuidados especializados à mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto efectuando o parto de forma segura e dominando situações de emergência no sentido de maximizar a saúde da mulher e seu recém nascido <ul style="list-style-type: none"> • Promove a saúde da mulher durante o trabalho de parto e optimiza a adaptação do RN à vida extra-uterina, • Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e RN; • Providencia cuidados à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez e/ou trabalho de parto 				X					X	
Presta cuidados especializados à mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal <ul style="list-style-type: none"> • Promove a saúde da mulher e RN no período pós-natal • Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e RN durante o período pós-natal; • Providencia cuidados nas situações que possam afectar negativamente a saúde da mulher e RN no período pós-natal; 				X						X
Demonstra autonomia, capacidade de negociação e				X					X	

tomada de decisão face às necessidades de cuidados										
Revela capacidade de utilização de pensamento crítico na análise e resolução de problemas				X					X	
Revela capacidade de análise e reflexão crítica sobre o percurso de aprendizagem.				X					X	
Analisa e discute as situações vividas				X					X	
Demonstra atitudes e comportamentos adequados à situação de estudante em EC e ao desempenho de cuidados de enfermagem especializados <ul style="list-style-type: none"> • Assiduidade e pontualidade • Assertividade • Assunção do seu processo formativo • Utilização de técnicas de comunicação adequadas com indivíduos / famílias / equipa de saúde • Capacidade de negociação com a equipa multiprofissional • Capacidade de autoavaliação e reacção à crítica • Actuação de acordo com os princípios éticos, valores e referenciais orientadores da profissão 				X					X	
Revela capacidade de integração / socialização ao contexto do Ensino Clínico				X						X

Classificações Finais:

10 a 13 valores – Suficiente; 14 e 15 valores – Bom; 16 e 17 valores – Muito Bom; 18 a 20 valores – Excelente
(Dec-Lei nº 42/2005 de 22 de Fevereiro Artº 17º)

APRECIÇÃO GLOBAL

ESTUDANTE

Neste ensino clínico penso não ter tido dificuldades na integração e socialização no serviço, estabelecendo uma boa dinâmica de trabalho em equipa. Relativamente à prestação de cuidados especializados, evolui de forma positiva, procurando sempre fazer mais e melhor, em busca de novos conhecimentos, aprendizagens, adquirindo novas competências. Demonstrei igualmente atitudes e comportamentos adequados à situação do estudante em EC. Revelar capacidade de análise, reflexão e pensamento crítico, quer na avaliação de situações vividas, quer através dos diários de aprendizagem.

IRISMeding

ENFERMEIRO ORIENTADOR

No longo de todo o Ensino Clínico, a estudante revelou uma excelente capacidade de integração/socialização adaptando-se às diferentes situações adversas vividas durante este período. O seu processo de aprendizagem manteve sempre uma situação positiva de avaliação no desempenho de cuidados de enfermeiros especializados, graças ao seu empenho e motivação. Como orientador e "pessoa" gostaria de parabenizar a estudante por toda esta aprendizagem, a estudante revelou possuir valores e princípios éticos essenciais e orientadores desta profissão.

Helder Vaz

Realização Seminário 13 julho 2011

A Três após um interregno que se deveu à transição / integração dos profissionais do Bloco de partos do H. SE para a Maternidade Dr. Alfredo da Costa, retomou o seu E.C. num outro espaço físico, no qual se integrou sem dificuldades.

Ao longo das semanas preconizadas para este EC verificou-se a desenvoltura e aquisição de competências preconizadas para um futuro emp. ESMO.

Tendo em conta todo o desempenho da aluna ao longo do EC, é-lhe atribuída a classificação de Muito Bom - 17 valores.

Luís Mateus