



**Mestrado em Enfermagem
de Saúde Materna e Obstetrícia**

Relatório de Estágio

**Promoção do Empowerment da Grávida Adolescente
através do Plano de Parto: Um cuidado especializado do
EEESMO**

Mafalda Sofia de Oliveira Ferra

Lisboa

2017



**Mestrado em Enfermagem
de Saúde Materna e Obstetrícia**

Relatório de Estágio

**Promoção do Empowerment da Grávida Adolescente
através do Plano de Parto: Um cuidado especializado do
EEESMO**

Mafalda Sofia de Oliveira Ferra

Orientador: Professora Maria João Delgado

Co-Orientador: Maria Anabela Ferreira dos Santos

Lisboa

2017

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



Ninguém ensina nada a ninguém,
mas ninguém aprende sozinho.

Luisa D'Espiney (2015)

Obrigada,

A ti, que tantas vezes foste pai e mãe.

A eles, são os super-heróis.

À família, que me manteve à tona.

À Professora Maria João pelo empowerment, à Professora Anabela pelas novas lentes e, a ambas pelo apoio incondicional.

À Professora Luísa, à Inácia e ao Juan, por colmatarem as minhas lacunas.

Às Orientadoras dos contextos, por partilharem o seu saber.

Às manas, porque é mais fácil caminhar de mãos dadas.

Aos amigos e colegas a quem por vezes faltei, mas que estiveram sempre lá.

À Obstetra, cuja filha também se chama Mafalda, porque o projeto de maternidade, de facto, não tem de ser o único projeto de vida.

Obrigada!

LISTA DE ABREVIATURAS E/OU SIGLAS

AM - Aleitamento Materno

APEO – Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras

APTT - Ameaça de Parto Pré-Termo

BP - Bloco de Partos

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

CPP - Contato Pele a Pele

CTG - Cardiotocografia

DGS - Direção Geral da Saúde

DO - Docente Orientador

DR - Diário da Republica

EEESMO - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

ER - Estágio com Relatório

ESEL - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

FCF - Frequência Cardíaca Fetal

GA - Grávida Adolescente

ICM - International Confederation of Midwives

JBI - Joanna Briggs Institute

MCEESMO - Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

OE - Ordem dos Enfermeiros

OL - Orientadora Local

OMS - Organização Mundial da Saúde

PP - Plano de Parto

PPT - Parto Pré-Termo

PS - Pessoa Significativa

RE - Relatório de Estágio

RN - Recém-Nascido

SMO - Saúde Materna e Obstetrícia

TP - Trabalho de Parto

TPPT - Trabalho de Parto Pré-Termo

RESUMO

A evidência científica tem demonstrado os benefícios do *empowerment* das famílias para o seu trabalho de parto e parto. Pelas suas competências específicas, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO) é o profissional qualificado para proporcionar aos clientes os ganhos em saúde do *empowerment* em contexto de sala de partos. Nesta perspetiva os planos de parto (PP) têm-se mostrado uma estratégia válida de educação em saúde, que permite não só ao EEESMO conhecer os desejos e receios relativos ao parto dos seus clientes, como se torna um elemento facilitador da comunicação entre as famílias e os profissionais. Assim, através do apoio à construção e do respeito pelo plano de parto o EEESMO pode proporcionar as vantagens do *empowerment* às famílias no processo de nascimento.

Por outro lado a gravidez na adolescência, apesar de ser um fenómeno em decrescente, é ainda uma realidade no nosso país, com repercussões que dependem do meio cultural, social e económico em que a adolescente está inserida. No entanto, parece ser consensual que um apoio adequado durante a gravidez e parto pode minimizar as possíveis consequências negativas e sobejamente estudadas de uma gravidez precoce.

Assim, torna-se premente um acompanhamento especializado do EEESMO para com as grávidas adolescentes e suas famílias, tornando-se perceptíveis os benefícios da elaboração de um PP com estas clientes especificamente, proporcionando-lhes também as vantagens do *empowerment* no seu parto, favorecendo assim a equidade em saúde.

Este Relatório tem como objetivo dar a conhecer as intervenções levadas a cabo durante Estágio com Relatório (ER) e que permitiram a aquisição de competências preconizadas para o EEESMO, partindo da temática do *empowerment* da grávida adolescente para o seu parto pelo EEESMO através do PP, que será por isso aprofundada. Do ponto de vista metodológico, procurou usar-se uma prática reflexiva e baseada na evidência, tendo como ponto de partida uma revisão da literatura.

Palavras chave: Enfermeiras Obstétricas; Gravidez na Adolescência; *Empowerment*; *Plano de Parto*.

ABSTRACT

There is scientific evidence regarding the benefits of family empowerment during childbirth. The midwife, owing to its specific competences, is the most qualified professional to offer empowerment advantages in the delivery room.

In this perspective, birth plans have been considered a valid strategy of health education, allowing the Midwives to know the desires and concerns related to the delivery and to act as a facilitating element in the communication between families and health professionals, thus providing empowerment benefits to the families during the course of birth.

Moreover, teenage pregnancy, despite being a decreasing phenomenon, is yet a reality in our country with repercussions that are directly related with the teenager cultural, social and economic environment surrounding. There is consensus that an adequate support during pregnancy and labour may minimise the plenty studied possible negative effects of a premature pregnancy.

It is therefore urgent that teenage pregnant and their families have a specialised care of Midwives, so that the advantages of a birth plan in this particular population become apparent. This will provide the teenage pregnant the benefits of empowerment during their labour hence favoring health equity.

This report goal is to present the interventions accomplished during the internship that contributed to the acquisition of the competences established for a Midwife, starting from the thematic of teenage pregnant labour empowerment through birth plan.

The methodology used was focused on a reflective and evidence-based practice, beginning with a literature review.

Key words: Nurse Midwives, Pregnancy in Adolescence, *Empowerment*, *Birth Plan*

RESUMEN

La evidencia científica actual demuestra los beneficios del *empowerment* de las familias para el trabajo de parto y parto. El Enfermero Especialista en Salud Maternal, Obstétrica y Ginecológica (EESMO), debido a sus competencias específicas, es el profesional más cualificado para proporcionar a los clientes las más valías del *empowerment* en el contexto de la sala de partos. En este ámbito los planos de parto constituyen una estrategia válida de Educación para la Salud, permitiendo al EEESMO conocer los deseos y angustias de sus clientes relacionados con el parto y en simultáneo representar un papel facilitador de la comunicación entre las familias y los profesionales. De esta forma, a través del respeto por el plano de parto, el EEESMO proporciona las más valías del *empowerment* de las familias en el proceso del nacimiento.

Por otro lado, el embarazo en la adolescencia, apesar de ser un fenómeno en disminución, todavía representa una realidad en nuestro país, con consecuencias que dependen del medio cultural, social y económico en que la adolescente está insertada. A pesar de esto, se sabe que un apoyo adecuado durante el embarazo y parto puede minimizar las posibles consecuencias negativas, ampliamente estudiadas, de un embarazo precoz.

De esta forma, es primordial el seguimiento especializado de las embarazadas adolescentes y sus familias por parte del EEESMO, permitiendo evidenciar las más valías de la elaboración de un plano de parto específico y proporcionándoles también las más valías del *empowerment* en su parto, lo que favorece la equidad en Salud.

El objetivo de este Informe es describir las intervenciones realizadas durante la Práctica Clínica que permitieron la adquisición de las competencias recomendadas para el EEESMO. Dando énfasis al desarrollo del *empowerment* de la adolescente embarazada en su proceso de parto, realizado por el EEESMO, con recurso al plano de parto. Las bases metodológicas utilizadas, se asentaron en una práctica reflexiva y basada en la evidencia, con recurso a una revisión de la literatura.

Palabras clave: Enfermeras Obstetricas; Embarazo en Adolescencia; *Empowerment*, *Plano de Parto*.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	12
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	14
2. METODOLOGIA PARA O DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS	24
2.1 Prática Baseada na Evidência	24
2.2 Revisão da Literatura	25
2.2.1 Discussão.....	31
2.3 Prática Reflexiva	37
3. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS OBJETIVOS, ATIVIDADES E RESULTADOS	38
3.1 Adquirir conhecimentos que permitam o desenvolvimento de competências para uma prática baseada em evidência no âmbito do cuidado especializado em SMO.....	40
3.2 Desenvolver competências especializadas em SMO no âmbito dos cuidados pré-natais.....	42
3.3 Desenvolver competências para a prestação de cuidados especializados à mulher e conviventes significativos nos quatro estádios do TP.....	47
3.4 Desenvolver competências que permitam o <i>empowerment</i> da grávida adolescente pelo EEESMO através do PP.....	58
4. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	64
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	66
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	67

Apêndices

Apêndice I – Extração de Dados dos Documentos

Anexos

Anexo I – Comprovativo de apresentação do Poster

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela1.Descriptores CINAHL <i>Plus with Full Text</i>	27
Tabela2. Descriptores MEDLINE <i>Plus with Full Text</i>	27
Tabela3. Diagrama Prisma	29
Tabela4.Estudos selecionados	30

INTRODUÇÃO

O presente Relatório de Estágio (RE) surge no contexto da unidade curricular ER, integrado no 6º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (CMESMO) da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL) e tem por objetivos servir como meio de apreciação e avaliação das aprendizagens realizadas e das competências adquiridas ao longo desta unidade curricular, espelhar todo o percurso de aprendizagem ao longo do CMESMO, obter o título de EEESMO e o grau de mestre na mesma área.

O ER que sustenta este RE decorreu no período compreendido entre 29 de Fevereiro e 08 de Julho de 2016 e permitiu a aquisição de competências preconizadas para o EEESMO pela Ordem dos Enfermeiros (OE) e disponíveis em Diário da República (DR) no REGULAMENTO N.º 127/2011 e pela *International Confederation of Midwives* (ICM) através de uma prática baseada em evidência e de uma prática reflexiva.

De acordo com COUTINHO (2015) um relatório é o suporte escrito que se elabora no sentido de comunicar resultados e procedimentos adotados.

A escolha da temática de interesse recaiu sobre a gravidez na adolescência e o *empowerment* da grávida usando como estratégia o PP, já que, são temáticas atuais e que vão ao encontro da necessidade constante de melhoria da qualidade dos cuidados prestados em saúde. Tendo também em consideração a necessidade de aquisição de competências, procurando dar resposta às diretivas da Organização Mundial de Saúde (OMS), à diretiva 2013/55/UE DO PARLAMENTO EUROPEU E DO CONSELHO, ao regulamento de competências e padrões de qualidade da Ordem dos Enfermeiros (OE), às competências emanadas pela ICM e às diretivas da ESEL relativamente ao ER, no âmbito do atendimento à mulher e família durante o trabalho de parto (TP).

Ao longo deste trabalho será apresentado o enquadramento concetual que sustenta a pertinência da temática escolhida, sendo esta também sustentada pela revisão da literatura apresentada, que teve por base a seguinte pergunta de investigação: “De que forma a elaboração do PP contribui para o empowerment da grávida adolescente pelo EEESMO?”

Posteriormente e, tendo em conta o projeto que serviu de base a este RE e a partir dos objetivos nele definidos para este ER serão apresentadas e discutidas as

atividades que pretendem demonstrar a integração de saberes teórico-práticos durante o ER, espelhando assim, a progressiva aquisição e desenvolvimento das já referidas competências preconizadas pela OE e ICM para a prática de cuidados especializados no âmbito da Saúde Materna e Obstetrícia (SMO), podendo desta forma desenvolver as atividades preconizadas para a parteira pela LEI N.º 9/2009 de 4 de Março que transpõe para a ordem jurídica interna a Directiva n.º 2005/36/CE, do Parlamento e do Conselho, de 7 de Setembro, relativa ao reconhecimento das qualificações profissionais.

As atividades que foram levadas a cabo ao longo deste ER tiveram como princípio o cuidado centrado na pessoa, sendo para isso feito uso do processo de enfermagem, promovendo assim o cuidado humanizado dirigido a resultados. O referencial teórico escolhido para nortear este processo, que se pretende sistemático e dinâmico, foi o modelo de adaptação desenvolvido por Callista Roy, sempre à luz dos princípios éticos e deontológicos da profissão.

Concretamente, os objetivos definidos para este ER foram:

- ✓ Adquirir conhecimentos que permitam o desenvolvimento de competências para uma prática baseada em evidência no âmbito do cuidado especializado em SMO;
- ✓ Desenvolver competências especializadas em SMO no âmbito dos cuidados pré-natais;
- ✓ Desenvolver competências para a prestação de cuidados especializados à mulher e conviventes significativos nos quatro estádios do TP;
- ✓ Desenvolver competências que permitam o *empowerment* da grávida adolescente pelo EEESMO através do PP.

A possibilidade de elaborar este RE, já que permite também ao discente analisar e refletir os diversos momentos de aprendizagem integrando a melhor evidência científica na sua prática de cuidados diária é, por si só, mais um momento privilegiado de aprendizagem no percurso do CMESMO.

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

A aquisição do conjunto de competências especializadas que se compreendem do EEESMO foi feita ao longo do CMESMO, com a integração dos conhecimentos teóricos na prática como pressupõe o processo formativo, tanto na área da ginecologia, como dos cuidados ao RN com alterações da normal adaptação à vida extrauterina, como do puerpério e cuidados ao RN saudável, da patologia materno-fetal e dos cuidados de saúde na comunidade, indo culminar por fim neste ER com o cuidar em contexto de bloco de partos (BP), sempre de acordo com as normas e valores da ESEL sob orientação da Docente Orientadora (DO) e da Orientadora do Local de Estágio (OL). Assim, este RE espelha essencialmente as competências especializadas adquiridas em BP mas, tem em consideração as competências previamente desenvolvidas em todo o percurso formativo, já que apenas assim foi possível atingir o atual nível de proficiência, BENNER (2001).

No contexto da prestação de cuidados especializados e de qualidade na área da SMO, WINDAU-MELMER (2013) defende que todas as grávidas merecem e precisam de respeito e proteção, estando incluído um cuidado especializado às mães e bebés marginalizados ou com acrescida vulnerabilidade como é o caso das adolescentes. A mesma autora defende ainda que todas as mulheres têm direito a informação adequada, ao consentimento informado, à recusa e ao respeito pelas suas escolhas e preferências, têm o direito à igualdade livre de discriminação, à equidade nos cuidados e ainda, que têm o direito à liberdade, autonomia e autodeterminação livre de coerção. Na mesma linha o NURSING AND MIDWIFERY COUNCIL (2015) defende como sendo boas práticas dos enfermeiros e parteiras o respeito e preservação dos direitos humanos, o cuidar em parceria com as pessoas para garantir um cuidar efetivo, fomentar o *empowerment* das pessoas para que estas sejam capazes de decidir sobre a sua saúde e os cuidados e, respeitar e apoiar o direito das pessoas em aceitar ou recusar qualquer tipo de tratamento.

Estas diretrizes visam a melhoria da saúde perspetivando a qualidade de vida dos clientes cursando precisamente com o *empowerment*, o apoio e respeito pelo plano de parto e os cuidados individualizados à grávida/parturiente.

Justificando-se assim em parte a temática escolhida, optou-se por direcionar para a grávida adolescente (GA) já que, as vantagens do *empowerment* e da tomada de decisão informada, nomeadamente através do PP, por parte das famílias

no seu parto, estão largamente estudadas, sendo já reconhecidas como um direito das mulheres. Parece pois adequado, que o EEESMO salvasse esses mesmos direitos e promova a equidade em saúde possibilitando também à GA usufruir das vantagens associadas a estas práticas que promovem a melhoria e a qualidade nos cuidados em saúde. Sendo que esta melhoria deve ser encarada como uma questão essencial e intrínseca à prestação de cuidados e não apenas como uma dimensão desejável, mas acessória conforme lembram CAMPOS, BORGES e PORTUGAL (2009). Esta especial atenção à GA, torna-se pertinente, já que estas representam um grupo vulnerável, conforme corrobora RODRIGUES (2010), a gravidez na adolescência tem sido associada à falta de vigilância, maior morbidade materna e fetal podendo interferir no desenvolvimento pessoal e portanto considerada um problema de saúde pública.

O relatório Situação da População Mundial (2013) do Fundo da População das Nações Unidas aponta Portugal como o décimo sexto país da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) com mais gravidezes na adolescência em 2008, de um total de 35 países. De acordo com a Eurostat (2017) em 2015 fomos o 13º país europeu com maior número de gravidezes em jovens entre os 15 e os 19 anos e o 12º em jovens entre os 10 e os 14 anos. Concretamente, no nosso país, os dados do Instituto Nacional de Estatística (2016) mostram que entre 2011 e 2013, os nados vivos de mães adolescentes entre os 10 e os 19 anos, representaram 4% dos nados vivos em Portugal, baixando para 3% em 2014 e para 2,6% em 2015.

Apesar da progressiva diminuição deste fenómeno, que é a gravidez na adolescência, as adolescentes e as suas famílias são um grupo específico, com necessidades particulares, tornando-se pois o desenvolvimento de competências nesta área um meio para objetivar futuros ganhos em saúde. Este fenómeno é multifatorial, não podendo ser visto como um fenómeno isolado, já que tem relação direta com condições físicas, psíquicas, sociais, económicas, relacionais, culturais e legais da adolescente, devendo por isso ser analisado caso a caso.

Sendo o EEESMO, de acordo com o Regulamento nº 127/2011 disponível em DR, o profissional que assume a responsabilidade dos cuidados nas áreas de intervenção: gravidez, parto e puerpério, parece natural que seja este profissional a assumir um papel de destaque no apoio e *empowerment* destas grávidas, enquanto seres sociáveis, únicos, com dignidade própria e direito a autodeterminarem-se.

De acordo com a OMS (2011) são adolescentes os jovens com idades compreendidas entre os 10 e os 19 anos de idade. Assim, atualmente na nossa sociedade, ser adolescente de acordo com DIAS E TEIXEIRA (2010) implica uma conjugação de transformações biológicas, cognitivas, emocionais e sociais sendo encarada como uma etapa de transição, onde a preparação para o trabalho, através da escolarização, e a construção de um senso pessoal de identidade são elementos centrais. Posto isto, a gravidez na adolescência é percebida como uma experiência que pode restringir as possibilidades de exploração de identidade e de preparação para o futuro profissional, e portanto, uma situação de risco biopsicossocial capaz de trazer consequências negativas não apenas para as adolescentes, mas para a sociedade em geral. Os mesmos autores reforçam que a gravidez na adolescência do ponto de vista da saúde pública, é um fenómeno com repercussões negativas, na medida em que implica riscos de saúde para mães e bebés, nomeadamente risco de cuidados inadequados à criança.

De fato, de acordo com BERTHOUD e ROBSON (2001), DIAS e TEIXEIRA (2010); GRAÇA (2010) e HOCKENBERRY E WILSON (2014) parecem existir maiores riscos quando a gestação acontece na adolescência. Destacam-se, risco aumentado de anemia durante a gravidez e de baixo peso no recém-nascido, parecendo haver também uma maior associação com prematuridade, morte fetal, restrições no crescimento intrauterino, hipertensão induzida pela gravidez e infeções genito-urinárias, embora não seja consensual se isto se deve à imaturidade biológica das fibras uterinas e de todo o sistema reprodutivo, ou a fatores sociodemográficos como falta de vigilância ou vigilância tardia durante a gravidez. Parece existir também um risco aumentado de trabalho de parto prolongado e cesariana, em especial se a adolescente tiver idade inferior a 15 anos, por incompatibilidade feto-pélvica. Referem ainda, que muitas adolescentes têm expectativas irreais relativamente à criança, o que, associado a falta de maturidade, estratégias de *coping* ineficazes e ausência de um projeto de maternidade, potenciam o risco de maus tratos à criança, desenvolvimento cognitivo menor que o esperado para a idade e mesmo morte no primeiro ano de vida, por cuidados inadequados.

Apesar dos riscos individuais e sociais que uma gravidez na adolescência parece acarretar certo é, que alguns autores defendem que um acompanhamento adequado durante a gravidez e parto e um suporte familiar firme parecem minimizar as possíveis consequências negativas.

Assim, CANAVARRO e PEDROSA (2012), referem que potenciar o desenvolvimento de características individuais das adolescentes como vinculação segura, recursos psicológicos, conhecimentos e expectativas realistas acerca da maternidade e do bebé ajudam-nas a lidar positivamente com a maternidade nesta fase do ciclo de vida, levando-as a constituírem-se como resilientes, ou seja, com níveis de adaptação e funcionalidade adequados, apesar das circunstâncias de risco em que se encontram. De acordo com os mesmos autores, algumas destas mães adolescentes conseguem atingir um nível favorável de adaptação, tendo o apoio social vindo a impor-se como um importante fator protetor passível de minorar os possíveis efeitos negativos da maternidade adolescente, no que respeita quer ao desenvolvimento da mãe, quer ao desenvolvimento do bebé.

SMYTH E ANDERSON (2014) descrevem que as mães adolescentes se sentem muitas vezes estigmatizadas, isoladas e embaraçadas na sua condição. Mesmo aquelas que planeiam e/ou desejam a sua gravidez, de acordo com CARMONA (2012) revelam características como baixa auto-estima, necessidade de afeto e de aceitação por parte da família e comunidade. Daí que, mesmo quando a gravidez faz parte do projeto de vida destas clientes, deve ser garantido um acompanhamento especializado. De acordo com CRISTINO (2012) as adolescentes podem necessitar de maior suporte e apoio no momento do parto, justificando assim a necessidade de se desenvolverem competências nesta área específica do cuidar.

Neste sentido, SMYTH e ANDERSON (2014) reforçam que as grávidas adolescentes precisam de parir bebés saudáveis, tornarem-se mães confiantes e em última análise serem encorajadas a procurar um futuro melhor para elas e para os seus bebés, neste contexto as *midwives* têm vindo a desenvolver grupos especializados para apoiar as mães adolescentes, existindo, entre outros, desde 2006 um serviço público de prevenção no Reino Unido, o *Family Nurse Partnership*, precisamente, para ajudar e dar suporte às jovens mães, desde a gravidez até aos dois anos de vida da criança. Em Portugal, existem também instituições deste cariz, como é exemplo a Ajuda de Mãe.

Posto isto, o EEESMO poderá ter um papel de educador em saúde que ajudará a maximizar as competências da adolescente e pessoas significativas (PS) contribuindo para uma transição adaptável para o papel parental. De acordo com SILVA, FERREIRA, SILVA e SILVA (2012) e HOCKENBERRY e WILSON (2014) o enfermeiro, particularmente o EEESMO, pode aumentar a sensação de competência

da jovem mãe, dando *feedback* positivo sobre as competências parentais adquiridas e favorecendo o apoio aos jovens pais, atuando assim perante o fenómeno de parentalidade na adolescência a fim de que a mesma seja vivenciada de forma saudável e responsável. Este é muito mais que um fenómeno biológico, pois os adolescentes são forçados a vivenciar papéis de transição e a darem um novo sentido aos seus projetos de vida, olhando muitas vezes a gravidez como um evento impeditivo no que respeita aos seus projetos pessoais. O EEESMO pode pois, ser um elemento facilitador na unificação dos projetos individuais com a gravidez.

Ao longo deste trabalho farei referência à GA e suas PS, não especificando o outro progenitor como acompanhante, pois verifiquei no contexto de ER que estas jovens estão muitas vezes acompanhadas por outras pessoas como a mãe, uma irmã ou a sogra por exemplo.

FORSSÉN (2012) lembra que a gravidez e o parto tomam grande importância na vida das mulheres e os sentimentos relacionados com a maternidade nomeadamente de abuso e violação da dignidade ficam para toda a vida e são uma ameaça à sua saúde e bem-estar. É pois inegável a necessidade de intervenção nesta área, aumentando o potencial de saúde das famílias, através do apoio, respeito e dignidade durante o TP, indo ao encontro da OE (2015) que defendo que o EEESMO, de acordo com uma prestação de cuidados centrados na mulher, assume o papel de seu defensor, permitindo-lhe tomar as suas próprias decisões, enfatizando a sua capacitação para a tomada de decisão informada, facilitando a afirmação da sua força e competências pessoais, para permitir um aumento da satisfação com o momento do parto e favorecer o *empowerment*.

MALHEIROS (2009) aponta a expressão inglesa de *empowerment* como clara e precisa, negando existir em português uma expressão equivalente. Assim o autor define *empowerment* como “dar poder” e secundariamente como “dar capacidade” ou “fornecer competências”. *Empowerment* não é, portanto uma operação paternalista de concessão do direito de intervenção e participação, mas sim uma forma de estar e cuidar em saúde que visa que o cidadão assuma o controle/gestão da sua saúde. Podemos assim entender *empowerment* como uma evolução na conceção de autonomia e responsabilidade dos indivíduos nos seus processos de saúde/doença que lhes permite aumentarem a eficácia do seu exercício de cidadania.

Neste contexto, SILVA (2012) sublinha que é essencial promover a autonomia e a tomada de decisão da mulher, especificamente, no parto. A assistência adequada à mulher no momento do parto representa um passo indispensável para que ela possa exercer a maternidade com segurança e bem-estar. Defendendo ainda que, promover a autonomia da mulher, com a elaboração e respeito por um plano de parto, com a presença de um acompanhante à sua escolha, e com o direito à informação sobre os procedimentos a que são submetidas é respeitar os seus direitos de cidadania.

Assim, de acordo com o Parecer N°7/2012 da MESA DO COLÉGIO DA ESPECIALIDADE DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTETRÍCIA (MCEESMO) (2012) um indicador de qualidade dos cuidados prestados no âmbito da saúde materna e obstetrícia é a “taxa de grávidas que frequentam a preparação para o parto e elaboraram plano de parto [...] e, faz parte da consulta de Enfermagem Pré-natal, a formulação dos planos de parto e de parentalidade.”

Ainda de acordo com o mesmo autor e com WHITFORD, ENTWISTLE, TEIJLINGEN, AITCHISON, DAVIDSON e HUMPHREY (2014), o plano de parto é uma expressão das preferências e desejos dos clientes em relação ao trabalho de parto e parto. Este documento serve de elo de comunicação com a equipa de saúde permitindo aos profissionais ir ao encontro das expectativas das famílias, estimular a comunicação, possibilitar a discussão e dar resposta às preocupações relativas ao nascimento. Para a sua elaboração o apoio do EEESMO é fundamental, já que pressupõe que os clientes sejam detentores de informação correta sobre todo o processo de parto.

Como corroboram KUO et al. (2010) e WHITE-COREY (2013) a elaboração do plano de parto vai promover o *empowerment* da grávida/ PS para o seu trabalho de parto, já que lhes dá a conhecer quais os seus direitos e quais os procedimentos eventualmente necessários e em que circunstâncias, estimulando a autonomia e resgatando o seu protagonismo durante o trabalho de parto através da liberdade de escolha e do conhecimento do seu corpo, diminuindo a imposição da cultura medicalizada/ intervencionista durante o TP e parto levado a maiores níveis satisfação e confiança na experiência de parto, vindo estas a ter um impacto positivo na relação mãe-filho a longo prazo e contribuindo para aumentar o potencial no que respeita à parentalidade positiva.

O respeito pelo PP, possibilita à família vivenciar o parto como momento único, humano e individualizado, preservando sempre a segurança da parturiente e do RN, numa perspectiva de cuidados centrados na mulher e não no profissional. Promovendo também uma relação terapêutica do EEESMO com a GA, já que como lembram GRAÇA (2010) e BRÁS e PEREIRA (2011), esta é um ser vulnerável que necessita de uma vigilância particular, requerendo técnicos de saúde motivados e diferenciados que proporcionem espaço para o diálogo.

Desta forma, surge a necessidade de desenvolver competências no que diz respeito ao apoio às famílias na elaboração e implementação dos PP, já que de acordo com a OE (2015) quando a mulher não apresenta um PP à chegada à sala de partos deve ser encorajada a pronunciar-se sobre as suas preferências e sentir que estas serão suportadas. Questões como a escolha do acompanhante, monitorização fetal, estratégias de gestão da dor, posições para o trabalho de parto e parto, corte do cordão umbilical, contacto pele a pele (CPP) e aleitamento materno (AM) por exemplo, podem e devem ser discutidas.

Neste contexto, procurei iniciar a implementação do projeto nos Ensinos Clínicos III e IV, correspondendo aos cuidados na comunidade e à medicina materno-fetal respetivamente, sensibilizando, incentivado e apoiando para o desenvolvimento do PP junto das grávidas e famílias que cuidei e dos profissionais com quem tive o privilégio de aprender.

Posto isto, e tendo em conta as intervenções do EEESMO no contexto em que desenvolvi o ER e particularmente direcionadas para a GA e o seu *empowerment* através do PP, as competências especificamente desenvolvidas e cuja aquisição este RE pretende espelhar, respeitando o código internacional de ética das *Midwives* emanado pela ICM (2013) são: Competência 3: Os EEESMO providenciam cuidados pré-natais de qualidade, potenciando uma gravidez saudável, detetando, tratando e encaminhando complicações de acordo com a situação. Competência 4: Os EEESMO garantem cuidados de qualidade culturalmente sensíveis durante o parto, conduzindo a um parto saudável detetando precocemente complicações, garantindo a saúde da mulher e do recém-nascido. E Competência 5: Os EEESMO garantem cuidados abrangentes, de alta qualidade e culturalmente sensíveis à mulher nos pós parto.

Desta forma, objetivou-se a aquisição de competências que permitam futuramente de acordo com o regulamento nº127/2011 disponível DR assumir

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 do ciclo reprodutivo da mulher. Indo assim, ao encontro do perfil de competências do EEESMO, nomeadamente no que diz respeito à competência H2 Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, H3 Cuida a mulher inserida na família durante o trabalho de parto, H4 Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal, H5 Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério e H6 Cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica; particularmente de acordo com os critérios de avaliação H2.1.9. Promove o plano de parto, aconselha e apoia a mulher na decisão; H3.1.1. Atua de acordo com o plano de parto estabelecido com mulher, garantindo intervenções de qualidade e risco controlado; H3.1.3 Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção do conforto e do bem-estar da mulher e conviventes significativos e H3.1.4 Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção da vinculação mãe/pai/recém-nascido.

O referencial teórico escolhido para nortear este trabalho e a organização do processo de enfermagem que visou uma prestação de cuidados centrados na pessoa e o desenvolvimento de intervenções que permitissem a aquisição das referidas competências, foi o modelo de adaptação desenvolvido por Callista Roy (2001), de acordo com esta autora a enfermagem é uma disciplina científica orientada para a prática e o objetivo de um modelo de enfermagem é fornecer orientação para essa prática. Mais uma vez, de acordo com ROY (2001), a pessoa cuidada é um sistema holístico adaptável e, portanto indissociável do seu contexto biopsicossocial, sendo o papel do enfermeiro auxiliar a pessoa a mudar comportamentos ineficazes e a manter e aumentar os comportamentos adaptáveis, contribuindo assim para a saúde e qualidade de vida da pessoa. Já, saúde é definida por ROY (2001) como um estado e um processo de ser e vir a ser uma pessoa integrada e total, sendo do ponto de vista da enfermagem esta a meta para o comportamento da pessoa. O enfermeiro age por forma a preparar a pessoa para as mudanças antecipadas, através do fortalecimento dos seus mecanismos regulador

(resposta automática através de processos de resistência endócrina, química e nervosa) e cognitivo (resposta através de canais cognitivos: informação perceptiva, aprendizagem, avaliação e emoção). A pessoa por sua vez é respeitada como criativa e ativa no uso dos seus mecanismos de resistência ou processos de *coping*. Posto isto, o apoio e educação prestados pelo EEESMO às famílias na elaboração do PP e o respeito pelo mesmo tendo em vista o *empowerment* das famílias para o seu parto pode ser encarado como um instrumento para elaboração do processo de enfermagem, e assim permitir ao enfermeiro identificar os diversos estímulos identificados por ROY – focal (aquilo que acontece no ambiente e nos afeta de imediato, como o nascimento de uma criança), contextual (circunstâncias envolventes e que podem influenciar a resposta ao estímulo focal, por exemplo isolamento social) e residual (crenças, atitudes e características do indivíduo que influenciam a resposta atual mas foram adquiridas anteriormente como por exemplo a forma de resposta à dor), bem como o atual estado de adaptação através da recolha de dados sobre o comportamento, permitindo assim ao enfermeiro estabelecer prioridades visando uma intervenção que facilite uma resposta adaptativa ou positiva a estes estímulos por forma a manter a integridade das parturientes.

Sendo a pessoa um sistema adaptável, existem quatro modos adaptáveis que manifestam uma atividade reguladora e cognitiva e através das quais as respostas são dadas e o nível de adaptação pode ser observado.

Assim, e tendo em conta a temática específica deste RE, encontramos no processo de gravidez e especificamente do parto alterações no que respeita ao **modo fisiológico** como sejam, por exemplo, as alterações hormonais específicas, aqui o EEESMO é detentor de conhecimentos técnico científicos especializados que lhe permitem atuar em conformidade com as necessidades de adaptação apresentadas e esclarecer as famílias, informá-las e educá-las acerca dos diversos processo fisiológicos para que a mulher seja detentora do conhecimento que lhe permite vivenciar e compreender o processo de parto como natural e onde ela e a sua PS são os protagonistas, já que a própria mulher pode compreender os estímulos e entender os seus comportamentos no modo fisiológico como adaptáveis ou não.

Relativamente ao **modo do autoconceito**, as alterações físicas e possivelmente dos projetos individuais inerentes à gravidez e particularmente na GA,

podem interferir na forma como a grávida se autoperceciona e percebe as reações dos outros. Sendo um modo muito suscetível a respostas ineficazes. O envolvimento da GA no seu processo de parto, a tomada de decisão informada, a percepção do respeito pelos profissionais de saúde e a partilha com a PS dos processos de gravidez e parto, proporcionando as vantagens do *empowerment* e o apoio por parte da PS vai facilitar uma resposta adaptável neste modo, essencialmente pela aquisição de mecanismos de *coping* pelo subsistema cognitivo, proporcionando a integridade da identidade.

No que respeita ao **modo da função da vida real** ou seja à integridade social, concretamente na GA, o comportamento adaptável neste modo pode estar comprometido, já que o papel primário de adolescente na nossa sociedade e cultura não pressupõe a assunção de tarefas como a maternidade enquanto papel secundário e a ocorrência de uma gravidez pode por em causa o desempenho dos papéis secundários e terciários espetáveis, comprometendo por isso os comportamentos instrumentais e expressivos. Assim, ao apoiar a elaboração do PP, respeitando-o e envolvendo a PS, o EEESMO está a avaliar, diagnosticar e a intervir para promover a adaptação e lidar com problemas de adaptação, identificando assim possíveis conflitos dentro do papel ou entre papéis, sendo o *empowerment* pelas suas já referidas vantagens uma estratégia de intervenção que pode contribuir para evitar o fracasso do papel. De acordo com ROY (2001), o papel maternal é permanente, começando a transição do papel secundário de não mãe para mãe com a gravidez, sendo importante um autoconceito positivo para que a mulher se possa encarar a si mesma como mãe. Ainda a mesma autora lembra que embora o papel secundário de mãe possa ter lugar em qualquer fase de desenvolvimento é mais compatível com a satisfação das tarefas de desenvolvimento de um adulto jovem. O EEESMO apoia a adolescente, no sentido de prevenir uma rotura potencial no âmbito do papel maternal fazendo uso do PP como estratégia de *empowerment*.

No que respeita ao **modo de interdependência**, o envolvimento da PS, nas expectativas e desejos da GA é um meio facilitador para favorecer as interações com o outro significativo relacionadas com o dar e receber amor, respeito e valor favorecendo um sentimento de segurança e portanto evitando os problemas comuns de adaptação neste modo como ansiedade e solidão.

Neste propósito, o EEESMO pretende facilitar um processo de vida integrado, apesar dos fatores de risco inerentes à gravidez na adolescência.

2. METODOLOGIA PARA O DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS

2.1 Prática Baseada na Evidência

Como já foi referido anteriormente, este RE visa espelhar a aquisição e o desenvolvimento de competências que conduzem nomeadamente à obtenção do título de EEESMO. A aquisição de competências teve por base a prática baseada na evidência, nomeadamente através da realização de uma *Scoping Review*, procurando assim, uma atualização contínua e adequada de informação pertinente, visando dar resposta aos problemas da prática profissional.

Para frasear PEARSON, FIELD e JORDAN (2007) a evidência é a base da prática profissional de cuidar, do julgamento clínico e da melhoria das práticas. Para estes autores, prática baseada na evidência significa integrar os conhecimentos individuais, adquiridos pela experiência prática com a melhor evidência aceite para cada situação de cuidar.

Conforme corrobora BORK (2005) por muito tempo o atendimento em saúde foi baseado na experiência profissional, na opinião de especialistas e nas teorias fisiopatológicas. Estes processos de decisão valorizam as crenças do profissional sobre o que ele acha melhor para o paciente e deixam o conhecimento científico para segundo plano. Assim, o que parece melhor para um profissional pode não o ser para o outro, em situações clínicas semelhantes. Desta forma a prática baseada em evidência visa integrar a melhor evidência disponível com a experiência clínica e as características individuais de cada paciente. O profissional de saúde assume o compromisso de utilizar as evidências científicas para decidir qual a melhor conduta disponível e apropriada para o seu paciente, devendo esse também participar da decisão e ter acesso à fonte de conhecimento.

2.2 Revisão da Literatura

Tendo como linha orientadora a *Scoping Review* de acordo com o *The Joanna Brigs Institute* (JBI), formulou-se a questão de investigação que constitui a pergunta de partida: “De que forma a elaboração do PP contribui para o *empowerment* da GA pelo EEESMO?”

Desenvolveu-se uma revisão da literatura pela metodologia *scoping*, de acordo com o JBI (2015), já que visa um mapeamento da informação disponível, não se restringindo a evidência qualitativa, quantitativa ou estudos primários. Tendo em conta que, apesar de muito se ter estudado no que respeita ao PP e ao *empowerment* das famílias no âmbito do parto, no que respeita ao relacionamento destes conceitos com as especificidades da parturiente adolescente os estudos primários encontrados numa pesquisa experimental foram escassos, percebendo-se que há ainda uma lacuna no estudo e discussão destas questões.

Assim, optando por este tipo de revisão e tendo em conta o contexto de aprendizagem em que este trabalho se situa, não se restringe o tipo de informação à qual se tem acesso, sendo que tanto se torna relevante o resultado de uma intervenção específica, como os contextos de cuidados, ou as preferências das pacientes e dos profissionais.

O objetivo desta revisão da literatura é identificar como a elaboração do plano de parto contribui para o *empowerment* da grávida adolescente pelos EEESMO. Formulou-se pois a já enunciada questão de investigação tipo PCC (População, Contexto, Conceito), procurando-se conseguir assim desenvolver uma prática baseada em evidência que permita uma prestação de cuidados direcionada para as necessidades individuais das clientes. Define-se então: **População:** Grávidas/ Parturientes Adolescentes, **Conceitos:** *Empowerment*, Plano de Parto, o contexto está implícito e será o parto.

O parto humanizado, enquanto descritor em ciências da saúde (2017) pressupõe uma relação de respeito entre os profissionais de saúde e as mulheres durante o processo de parto e, compreende: 1. o parto como um processo natural e fisiológico; 2. respeito aos sentimentos, emoções, necessidades e valores culturais; 3. disposição dos profissionais para ajudar a mulher a diminuir a ansiedade, a insegurança e outros temores; 4. promoção e manutenção do bem-estar físico e emocional ao longo do processo da gestação, parto e nascimento; 5. Informação e orientação permanente à parturiente sobre a evolução do trabalho de parto; 6.

espaço e apoio para a presença de um(a) acompanhante que a parturiente deseje; e 7. Direito da mulher na escolha do local de nascimento e co-responsabilidade dos profissionais para garantir o acesso e a qualidade dos cuidados de saúde. Este conceito cursa com o apoio à elaboração e posterior respeito pelo PP, pelo que, para efeitos de pesquisa e tendo em conta que ainda é escassa a relação do ponto de vista da evidência do conceito de PP e da população GA, aceitou-se também parto humanizado e tomada de decisão informada enquanto conceitos para efeitos de inclusão dos estudos. Refletindo também a realidade do contexto do ER, já que as adolescentes não tinham PP formais realizados previamente ao internamento em sala de partos.

Critérios de inclusão:

Tipo de participantes: Grávidas/ Parturientes/ puérperas adolescentes, entre os 10 e os 19 anos) de qualquer cultura ou etnia.

Tipos de Conceitos: *Empowerment* da mulher para o seu parto; Planos de parto/ nascimento; respeito pela tomada de decisão informada; parto humanizado.

Quanto aos tipos de evidência, a fonte de informação poderá incluir qualquer tipo de informação que se julgue pertinente para o propósito desta revisão.

No que respeita a estudos primários, são considerados estudos de natureza quantitativa incluindo estudos experimentais/intervenção - ensaios controlados randomizados; quasi- experimentais - ensaios controlados não randomizados; observacionais sejam correlacionais – caso controlo ou coortes; ou descritivos – estudos de caso, e de natureza qualitativa, sejam eles fenomenológicos, *grounded theory* ou etnográficos.

Serão apenas considerados estudos que se apresentem em português, inglês e espanhol, pois são as línguas mais faladas e utilizadas em produção científica.

A fonte de informação será filtrada de acordo com a data de publicação entre 2010 e 2016, garantindo assim o acesso a informação atual e de acordo com as condições sociais atuais e, portanto, aplicável, já que como podemos constatar anteriormente, o fenómeno da gravidez na adolescência e a forma como se vivência e prepara o parto são mutáveis de acordo com o espaço temporal e as sociedades em que nos inserimos e, porque foi em 2010 que a APEO publicou conjuntamente com a OE o documento “Pelo direito ao parto normal” e portanto questões como o *empowerment* e o plano de parto começaram a ter maior expressão nas salas de parto em Portugal.

Crítérios de exclusão: Complicações materno-fetais da gravidez e parto; estudos com mulheres de idade superior a 19 anos.

A pesquisa teve por base os seguintes descritores, em terminologia indexada e em linguagem natural:

Tabela1. Descritores CINAHL *Plus with Full Text*

População	Conceito	Conceito
MM "Pregnancy in Adolescence"	MM "Patient Participation"	Birth plan
Teenage pregnancy	MM "Decision Making"	Birth choices
Adolescent Mothers	MM "Prenatal Education"	Birth decision
Teenage Mothers	Empowerment	Birth knowledge
Adolescent pregnancy		Birth preferences
Young mothers		Humanizing delivery
		Humanizing pregnancy
		Humanizing birth
		Early breastfeeding
		Delivery plan
		Birth care

Tabela2. Descritores MEDLINE *Plus with Full Text*

População	Conceito	Conceito
Adolescent Mothers	Taking power	Humanizing delivery
Adolescent pregnancy	Give power	Humanizing birth
Teenage Mothers	Provide power	Midwifery birth
MM "Pregnancy in Adolescence"	Pregnancy education	Friendly birth
Young mothers	Birth education	Early breastfeeding
Adolescent pregnancy	Delivery knowledge	Birth preferences
Teenage pregnancy	Women empowerment	Birth decision
	Capability to birth	Birth plan
	MM "Patient participation"	Birth choices
	Empowerment	
	Health education	

Os termos encontrados foram combinados e conjugados em pesquisa, utilizando os operadores booleanos de pesquisa *and* e *or* (*or* enter os termos da mesma coluna e *and* entre os termos relativos à população e aos dois conceitos).

Uma primeira pesquisa experimental nas bases de dados foi efetuada a 03 de Maio de 2015 e foi repetida sempre que justificável até à entrega do relatório final, tendo sido a pesquisa definitiva realizada entre 25 e 26 de Outubro de 2016.

Pretendeu-se encontrar literatura publicada e não publicada (literatura cinzenta) e a estratégia de pesquisa realizou-se em três etapas. Uma primeira etapa foi limitada às bases de dados da MEDLINE *Plus with Full Text* (tabela 2) e CINAHL *Plus with Full Text*, (tabela1) visto serem as bases de dados na área da saúde com termos de indexação, garantindo assim maior segurança que os estudos encontrados respondem de fato à questão colocada. Foi feita uma primeira análise dos estudos através da leitura do título e do *abstract* e assim feita uma primeira seleção. Dos selecionados, e para os quais foi possível o acesso ao *full text*, foi então feita uma seleção pela leitura do texto integral.

Numa segunda etapa, fazendo uso das palavras-chave e termos indexados exploraram-se outras bases de dados como a *The Cochrane Library*, *The Joanna Briggs Institute EBP Database*, o Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal e Google Académico. Tendo em conta a natureza da revisão da literatura escolhida, caso se justifique para além de estudos primários, são tidos em conta também revisões sistemáticas, protocolos institucionais, *guidelines*, artigos de peritos, posters e documentos de instituições de referência no âmbito do relatório.

Os estudos selecionados foram exportados para o software de gestão de referências bibliográficas - Mendley, permitindo assim a identificação de duplicados.

Foram identificados (10) artigos, sendo que destes (2) encontram-se indexados na *Medline Plus with Full Text* e (8) na *CINAHL Plus with FullText*, Numa segunda análise dos estudos selecionados foi efetuada uma leitura do resumo tendo sido considerados elegíveis (3), dos quais foram selecionados um total de (2), pois não foi possível aceder ao full text dum terceiro texto.

Foi igualmente efetuada pesquisa no *The Cochrane Library*, *The Joanna Briggs Institute EBP Database*, o Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal e Google Académico, tendo por base o conceito do *empowerment* da grávida adolescente usando como estratégia o respeito pelo plano de parto, tendo sido selecionados (8), (2) dos quais foram eliminados pois eram duplicados, e outros (2) porque após uma leitura integral se compreendeu não responderem à questão de partida conforme espelha a tabela 3.

Foram analisados os 5 estudos apresentados na tabela 4 e a extração dos dados fez-se com base no instrumento de extração de dados do JBI (2015) apropriado a este tipo de revisão: a. *Author(s)*

b. *Year of publication*

- c. Origin/country of origin
- d. Aims/purpose
- e. Study population and sample size
- f. Methodology/methods
- g. Intervention type, comparator and details of these
- h. Duration of the intervention
- i. Outcomes and details of these
- j. Key findings that relate to the scoping review question/s.

Os dados extraídos podem ser consultados no Apêndice I.

Os resultados da presente *scoping* irão ser apresentados numa descrição narrativa.

Não existiu, em nenhuma ocasião, conflitos de interesses entre os revisores.

TABELA 3. DIAGRAMA Prisma 2009 (*Search Strategy decision tree template do JBI*)

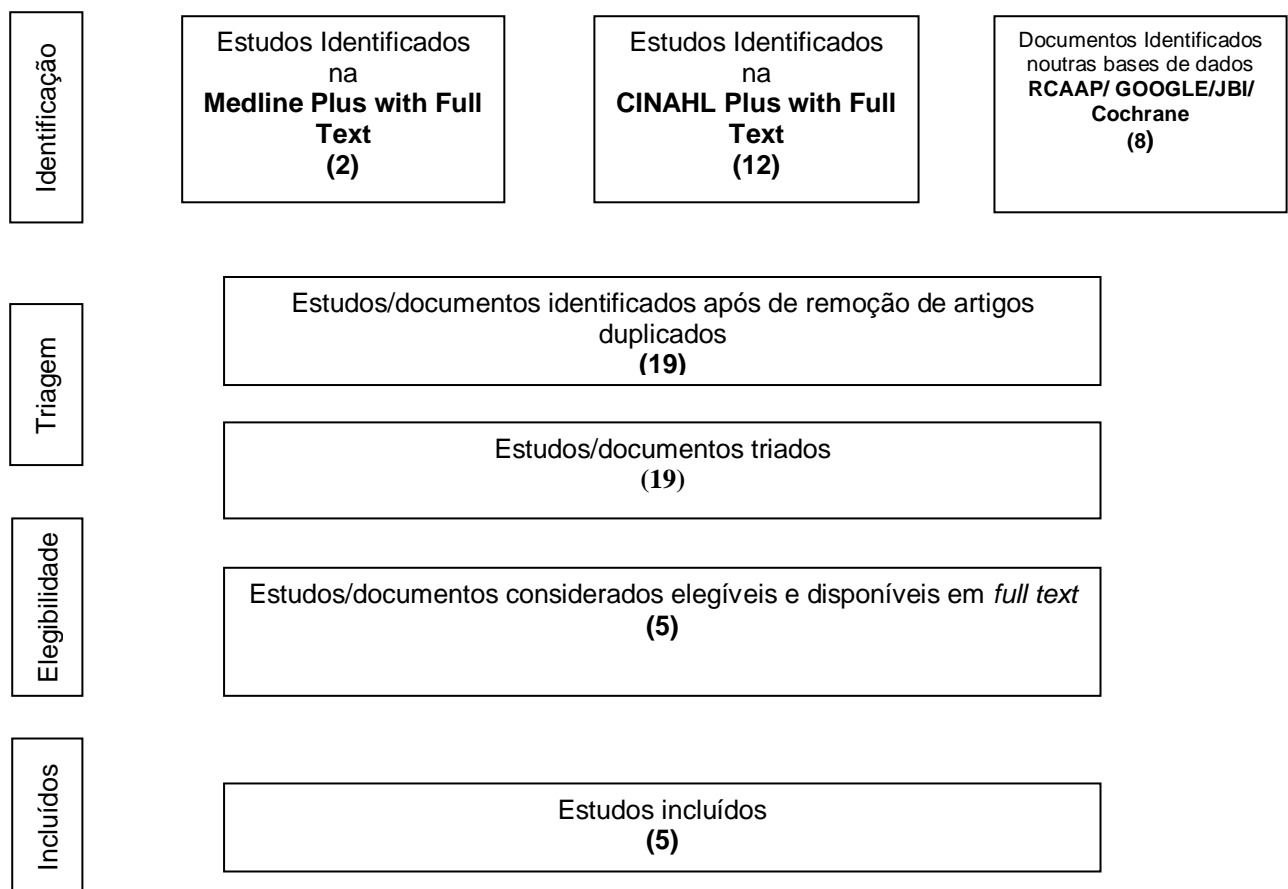


Tabela4. Estudos Seleccionados

	Titulo	Autores	Tipo de estudo/ Objetivos	Ano de publicação/ Local/ Base de dados
1	Disempowered, passive and isolated: how teenage mothers' postnatal inpatient experiences in the UK impact on the initiation and continuation of breastfeeding	Hunter, Louise; Magill-Cuerden, Julia; McCourt, Christine	Estudo qualitativo de visão construtivista que pretende explorar a realidade que as jovens mulheres constroem por forma a dar sentido às suas experiências de internamento e explicar as decisões relativas à alimentação dos seus filhos.	2015/ UK/ CINAHL
2	Delivery in adolescents: qualitative factors of care.	Enderle, Cleci de Fátima; Kerber, Nalú Pereira da Costa; Susin, Lulie Rosane Odeh; Gonçalves, Bruna Goulart	Abordagem qualitativa que investiga a assistência ao parto de adolescentes num centro obstétrico do Brasil, com o objetivo de compreender o que entendem as adolescentes por cuidados apropriados durante o parto. Dados colhidos através de entrevista individual que se baseou nas preconizações do Ministério da Saúde sobre o parto humanizado.	2012/ Brasil/ CINAHL
3	Experiences in the process of teenage Pregnancy	Escobal, Ana P.; Soares, Marilu; Meincke, Sonia; Kerber, Malu; Santos, Cristiano; Matos, Greice:	Abordagem qualitativa com carácter descritivo com o objectivo de conhecer as experiências das puérperas adolescentes no processo de parto, tendo emergido dois temas: percepções das puérperas sobre o cuidados recebido no centro obstétrico e os profissionais de saúde no processo de parto.	2016/ Brasil/ Google
4	Evaluation of birthing care provided to adolescents in a university hospital	Enderle, Cleci de Fátima; Kerber, Nalú Pereira da Costa; Susin, Lulie Rosane Odeh; Mendoza-Sassi, Raúl;	Estudo descritivo, com abordagem quantitativa com o objectivo de avaliar a atenção ao parto na ótica de adolescentes assistidas num hospital universitário. Fazendo a comparação dos achados com as recomendações do ministério da saúde para os cuidados perinatais.	2012/ Brasil/ RCAAP
5	The Humanized assistance in parturition: the perception of teenagers	Vargas, Pricilla; Vieira, Bianca; Alves, Valdecyr; Rodrigues, Diego; Leão, Diva; Silva, Luana.	Pesquisa descritiva exploratória de natureza qualitativa que pretende identificar as perceções das adolescentes em relação à assistência oferecida no momento do seu trabalho de parto e parto numa maternidade do Rio de Janeiro e discutir essas perceções com a assistência humanizada no seu trabalho de parto e parto.	2013/ Brasil/ RCAAP

2.2.1 Discussão

A análise dos resultados encontrados, está organizada com o propósito de responder à questão de investigação elaborada, pretendendo aprofundar conhecimentos sobre o *empowerment* da grávida adolescente pelo EEESMO, utilizando como estratégia o PP. Nesta perspectiva, foram identificados três núcleos temáticos, após a análise dos estudos selecionados, respectivamente: **A assistência desejada** pelas adolescentes no âmbito do seu TP e parto e tendo em vista o preconizado para o parto de acordo com a melhor evidência disponível de forma a que o protagonismo da mulher seja resgatado, **necessidade de orientação** e **necessidade de respeito**, esta última foi organizada de forma a reflectir algumas das opções que a mulher pode referir no seu PP e que o EEESMO deve certamente trabalhar com as famílias que cuida.

Relativamente à **assistência desejada**, os estudos salientam as fragilidades das adolescentes enquanto pessoas numa fase de transição conturbada e com muitas modificações e lembram a necessidade de um suporte ativo no período periparto.

Encontramos no estudo (1) que as participantes descrevem as suas experiências de parto como relevantes para a manutenção da sua autoconfiança, da sua relação com os bebés e conseqüentemente para a manutenção das suas decisões prévias, como é exemplo a amamentação. No mesmo estudo as adolescentes relatam que na enfermaria de puérperas se sentiam expostas e julgadas pelas *midwives* e pelas outras mulheres, sentindo-se por vezes vítimas de discriminação por parte dos profissionais. Igualmente, no estudo (2), as adolescentes descrevem um acolhimento pelos profissionais que não tem por base a paciência, a atenção e o carinho, reconhecendo que a evolução do TP se torna assim mais difícil para todos os envolvidos e que se reflete no desfecho do nascimento. Estes achados vêm salientar a importância de um cuidado direcionado e especializado para a GA com foco no seu *empowerment* e recuperação do seu protagonismo no TP e parto.

No estudo (1) as adolescentes caracterizam como essenciais o elogio e um apoio proativo. Que as *midwives* dispensem algum tempo com as adolescentes e com elas trabalhem lado a lado sem induzir stress ou assumindo o controlo, tranquilizando-as sim, acerca da conduta que adotam. No mesmo estudo, entende-se que facilitar o desenvolvimento de estratégias de *coping* pelas jovens é uma

forma de as ajudar a assumir o controle e lidar com os desafios da vida adulta. A assistência desejada pelas adolescentes é referida nos estudos (1), (2), (3), (5) como aquela em que é considerada a individualidade de cada parturiente, onde são respeitadas as suas crenças e valores, considerando os princípios da bioética, em que se acredite no potencial de cada mulher de conduzir o TP com a orientação adequada, em que o profissional adota uma conduta baseada no carinho, escuta ativa, compreensão, atenção e paciência, defendendo que um relacionamento próximo entre a parturiente e o profissional é fundamental para a humanização do parto e o *empowerment* da mulher. Nos estudos (3) e (5) as jovens entrevistadas entenderam como bons cuidados o serem ouvidas, sentirem as suas dúvidas esclarecidas, as suas necessidades reconhecidas e poderem participar com os profissionais nas decisões acerca dos procedimentos a acontecer nos seus partos, permitindo esta conduta a satisfação com o parto.

Os estudos são unânimes na importância de uma assistência individualizada não baseada em rotinas e tarefas em que as jovens são tratadas como objetos em vez de pessoas, já esta conduta padronizada leva a que se sintam *desempowered* e vulneráveis adotando um papel passivo e conduzindo a uma incapacidade de desafiar/ questionar as práticas estabelecidas e os rituais hospitalares, impossibilitando uma vivência positiva do processo de parto. Assim, fica o reforço da importância da construção de um PP com as parturientes por forma a favorecer o seu *empowerment* e vivência positiva do período perinatal.

É também defendida nos estudos a importância da sensibilização/ formação dos profissionais para uma assistência mais humanizada e centrada na mulher no TP e parto. O estudo (1) relembra que as jovens mães requerem particular suporte relacional, consideração e validação e que têm ainda falta de confiança e competências sociais para acederem a uma assistência adequada, diferente da proporcionada pelas normas e rotinas, surge assim pois o segundo tema, **necessidade de orientação**.

Neste núcleo temático, **necessidade de orientação**, dos vários estudos sobressai a hegemonia do profissional enquanto detentor do saber e a impossibilidade/ incapacidade da parturiente se manifestar. No estudo (5), as adolescentes descrevem que adotavam o comportamento que consideravam que os profissionais esperavam delas, numa tentativa de obter o cuidado adequado, dando como exemplo “não gritar”.

No estudo (1) as participantes entendem que as atividades desenvolvidas pelos profissionais no pós-parto nada fazem para melhorar o seu sentimento de impotência, aliviar o seu desconforto, encorajá-las ou guiá-las no seu papel de mães, inclusive referem receio de tocar o seu RN sem autorização do profissional.

Os estudos (2) e (3) salientam a valorização dada pelas parturientes à informação e orientação para que se sintam incluídas no processo de parto e não meras coadjuvantes. Sendo valorizada a instrumentalização das parturientes por meio de informação para que a mulher possa fazer opções, tenha liberdade de escolha para aceitar ou recusar um procedimento relacionado com o seu corpo, contribuindo essa possibilidade para o seu bem-estar, embora reconheçam que se a informação fornecida não for fidedigna o direito à opção e à decisão deixa de existir. Assim, as mulheres deveriam ser informadas dos seus direitos e do seu corpo para se tornarem sujeitos ativos no processo de parir. Também é valorizada a informação fornecida aos familiares, de forma a não os deixar fora do processo.

No estudo (1), relativamente ao apoio à amamentação, este deveria ser dado, na opinião das jovens entrevistadas com base numa relação honesta, dando uma ideia realista do que esperar, alertando para as dificuldades que existem e para o fato de estas serem expectáveis e oferecendo estratégias para superar essas dificuldades, revelando a importância da informação fornecida pelos profissionais, bem como a forma como esta é fornecida.

No estudo (5) as entrevistadas relatam medo e apreensão em alguns momentos do seu processo de parto e posteriormente não sabem relatar exatamente como foi a situação e o que aconteceu, demonstrando assim a falta de envolvimento da mulher na tomada de decisão. Curiosamente numa avaliação global, as adolescentes caracterizam a assistência prestada de qualidade, mas não têm conhecimento dos critérios de humanização do parto. Apesar da equipa obstétrica dispensar atenção à mulher, dando a esta uma sensação de assistência adequada, na realidade mantém-se detentora do poder no processo de parto, estagnando o retorno do *empowerment* da mulher sobre as questões do seu corpo concretamente sobre o parto e nascimento.

Da leitura dos vários estudos, percebe-se o desejo das adolescentes participarem ativamente no seu parto, devendo-se fomentar que as parturientes

atuem como protagonistas do nascimento dos seus filhos, surgindo assim o último núcleo temático: **necessidade de respeito**.

O EEESMO deve intervir junto das famílias como elemento facilitador do processo de parto, transmitindo segurança e zelando pelo bem-estar materno-fetal, auxiliado a mulher quando esta quiser e precisar, respeitando-a e deixando-lhe o protagonismo, favorecendo assim uma transição positiva para a parentalidade. Assim, abaixo encontram-se os achados relativos à **necessidade de respeito** das adolescentes no seu processo de parto direcionando às possíveis dimensões do PP:

Relação terapêutica/ de confiança com a equipa de profissionais: No estudo (2) é focado um sentimento de falta de respeito das parturientes, já que não foram consultadas quanto aos procedimentos decididos pela equipa relativamente ao seu corpo e ao processo de parir.

O estudo (4) demonstra que a maioria das parturientes desconhece os seus direitos e que, apenas a menos de metade foi dada informação/ orientação sobre o parto. Apesar disso, conseguem identificar os seus cuidadores durante o processo e consideram boa a sua relação com a equipa.

Respeito pela privacidade/ intimidade: no estudo (2) algumas adolescentes focam a existência de muitas pessoas na sala de partos. De acordo com o estudo (5) à maioria das parturientes foram realizadas observações obstétricas por mais de um examinador.

Tricotomia: de acordo com o estudo (4) à maioria das parturientes não foi realizada tricotomia

Enemas: à maioria das parturientes não foi realizado enema, de acordo com o mencionado no estudo (4). No estudo (5), as parturientes revelam que os enemas não são prática comum.

Presença de acompanhante: No estudo (2) as jovens mães referem desconforto pelos familiares não serem informados e incluídos no processo. No estudo (4), a maioria das adolescentes não teve a presença de acompanhante.

Medidas para alívio do desconforto: No estudo (2) as parturientes consideraram que necessidades como alívio da dor são pouco valorizadas. No estudo (4) a maioria das parturientes refere ter sido orientada para técnicas relaxamento como respiração, mudança de posição ou banho. Mas apenas 37% tiveram realmente oportunidade de usufruir do banho.

Ingesta durante o TP: a maioria das parturientes de acordo com o estudo (4) teve restrição hídrica. Também no estudo (5) a maioria da amostra refere que a ingestão de água não foi oferecida ou foi negada e àquelas a quem foi possibilitada, foi apenas a humidificação dos lábios.

Uso rotineiro de acesso venoso/ ocitocina: O estudo (4) revela que à maioria das adolescentes foi colocado acesso venoso de forma rotineira. No estudo (5) a colocação de acesso venoso é identificado por algumas adolescentes, mas nem todas sabiam o que lhes tinha sido administrado.

Tipo de parto: O estudo (4) afirma que maioritariamente as adolescentes tiveram partos vaginais, embora não seja claro se esta foi uma decisão partilhada com as adolescentes.

Episiotomia seletiva: conforme mencionado no estudo no estudo (4) foi feita episiotomia à maioria das adolescentes. As adolescentes no estudo (5) nem sempre sabiam identificar se lhes tido sido realizada episiotomia ou não.

CPP: No estudo (1) as parturientes tinham perceção da importância do CPP para o início de uma amamentação precoce, mas a sua exaustão e dor no pós-parto imediato combinados com um cuidado baseado em rotinas conspiraram contra a existência de um CPP com duração adequada e as jovens não se sentiram capazes de dar indicações do que pretendiam aos seus cuidadores. Uma das entrevistadas refere que constava do seu PP o CPP, mas este não lhe foi oferecido. Já no estudo (4) a maioria das parturientes realizou CPP.

Amamentação precoce: No estudo (1) a amamentação é descrita como algo que é iniciado pelas *midwives*, feito por estas e não como algo que as mães se sentem apoiadas a fazer. Algumas das participantes referem que pretendiam amamentar e esta possibilidade não lhes foi oferecida, sendo os RN alimentados com leite artificial. Já no estudo (4), as puérperas, na sua maioria, iniciaram a amamentação na primeira hora de vida.

Perante isto, conclui-se que as jovens mães podem encarar o parto como um a experiência *desempowered* e esmagadora e sentirem-se desconfortáveis e deslocadas no ambiente hospitalar onde maioritariamente o cuidado é centrado nas rotinas.

Assim a assistência desejada pelas adolescentes durante o TP e parto é isenta de julgamentos e prende-se com uma postura atenta às necessidades individuais das parturientes, demonstrando empatia, dedicação, capacidade de

escuta, esclarecimento e transmissão de informação de forma a que as clientes sejam sujeitos ativos no seu processo de parir, passando de meras coadjuvantes a protagonistas e onde as suas PS são também sujeitos participativos. Para que isto seja possível, a equipa de saúde deve ser sensibilizada/ educada neste sentido e as estruturas físicas das instituições hospitalares pensadas para proporcionar uma experiência de parto centrada nas famílias, para que além de segurança no parto possamos proporcionar às famílias satisfação, com todas os benefícios que isso acarreta.

As mães adolescentes necessitam de ser *empowerd* no seu processo de parto, já que se verifica muitas vezes que estas não têm conhecimento dos seus direitos nem do seu corpo para que possam fazer frente às rotinas hospitalares e serem sujeitos ativos do seu parto.

Após uma orientação adequada é necessário que os EEESMO respeitem as parturientes e os seus direitos, através do respeito pelo PP e pelas opções das parturientes e família, proporcionando-lhes cuidados especializados com base na melhor evidência disponível.

Em suma, para que a GA possa ser *empowerd* pelo EEESMO no seu TP e parto, é necessário que o EEESMO forneça e posteriormente reconheça na adolescente competências para a tomada de decisão informada, fazendo uso, nomeadamente do PP.

Posto isto justifica-se pela evidência científica a pertinência da temática já que parece ainda haver um longo caminho a percorrer até que os profissionais consigam devolver o protagonismo do parto às parturientes adolescentes e prestar cuidados de acordo com as suas necessidades individuais.

Neste sentido e numa perspectiva de partilha de boas práticas foi apresentado um poster referente a esta revisão no XX Encontro Nacional e 4º Congresso Internacional APEO, cujo comprovativo de apresentação se encontra em Anexo I. Está também a ser elaborado um artigo subordinado ao mesmo tema que será proposto para publicação.

2.3 Prática Reflexiva

A prática reflexiva durante o estágio com relatório foi outra estratégia utilizada para a aquisição e desenvolvimento de competências, partindo da premissa conforme mencionado em DR, regulamento nº127/2011, que os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projetos de saúde que cada pessoa vive e persegue.

No que respeita à prática reflexiva, que advém do pensamento crítico e da curiosidade intelectual, que se espera que um EEESMO apresente e aprume, consegue-se com um questionamento individual, com base na evidência científica, permitindo solucionar os problemas futuros de forma criativa e inovadora, tendo sempre como objetivo maior o bem-estar e o nível de adaptação dos clientes a quem prestamos cuidados, fazendo naturalmente uso da “ética na evidência”. SHERWOOD e HORTON-DEUSTCH (2012) entendem que a prática reflexiva permite aumentar os nossos conhecimentos através da análise da nossa prática profissional, tem por base a confrontação da experiência clínica, com a evidência e com os sentimentos/ sensações que a situação nos despoletou de acordo com os resultados obtidos. O que foi feito, quais os resultados dessa ação, o que foi bem feito e o que pode ser melhorado, são sempre questões acerca das quais devemos debruçar-nos nas várias situações do cuidar. Pretende-se que esta reflexão seja deliberada (intencional e controlada), informada, focalizada nos resultados e contextual. Esta foi levada a cabo durante o ER, com o apoio diário do OL e também da DO em diversos momentos como as análises de práticas, os jornais de aprendizagem realizados, os momentos de avaliação, os registos do processo de enfermagem efetuados e mesmo a elaboração deste RE.

E ainda, mesmo antes do início do ER, quando procurei ter conversas informais com peritos, tanto da área da vigilância da gravidez, como do acompanhamento do TP, com o objectivo de conhecer as suas experiências com as famílias, nomeadamente com as adolescentes grávidas e o uso do PP, por forma a ajudar a sustentar e orientar o meu projeto.

A prática reflexiva desenvolvida, procurou sempre ter em conta as competências e o código deontológico do EEESMO, tendo partido dos objetivos definidos no projeto e já descritos na Introdução, por forma a orientar a prática diária de cuidados e facilitar a aquisição de competências.

3. ANALISE E DISCUSSÃO DOS OBJETIVOS, ATIVIDADES E RESULTADOS

Apesar de ter já alguns anos de experiência na arte de cuidar em enfermagem, e de procurar ao longo do meu percurso profissional manter uma atualização contínua de conhecimentos, a área dos cuidados em SMO era para mim totalmente nova, assim no início deste CMESMO vivenciei na primeira pessoa deixar de estar num nível de proficiência mais avançado, para voltar ao estado de iniciada de acordo com BENNER (2001), e embora ao longo deste percurso tenha vindo a desenvolver competências relativas à SMO, ao iniciar este ER, e em especial no que respeita aos cuidados durante os quatro estádios do TP, senti-me de novo no estádio de iniciada, já que não tinha nenhuma experiência enquanto profissional das situações com que podia ser confrontada. Esta situação leva por vezes a uma sensação de frustração, mas simultaneamente é um estímulo para ultrapassar as dificuldades. Estando eu no meu contexto de trabalho habituada a perceber as situações na sua globalidade, estando capaz de dar resposta à maioria das situações de forma a favorecer respostas adaptáveis por parte dos clientes e sentindo-me já confortável na definição de prioridades, ao sair da minha área de conforto, deparei-me com novas exigências e diferentes necessidades. Inicialmente apenas me sentia apta a seguir normas e apresentava um comportamento limitado e rígido como é descrito por BENNER (2001). Esta situação sendo constrangedora, foi simultaneamente estimulante, até porque a experiência trazida, quer como enfermeira de cuidados gerais, quer dos anteriores ensinamentos clínicos no CMESMO, permitiram uma aquisição de competências progressiva e uma noção de crescimento constante, obrigando no entanto a muito e afincado trabalho autónomo e ao desenvolvimento de uma prática reflexiva, para a prestação de cuidados aos clientes, com as quais a manutenção de uma relação de parceria de cuidados se mostrou tão relevante.

Apesar da pesquisa bibliográfica e da procura de evidência constantes, conforme lembra BENNER (2001), a teoria oferece o que pode ser explicado e formalizado, mas a prática é sempre mais complexa e apresenta muito mais realidades do que as que se podem aprender pela teoria. No fim deste ER, considero que me situo no estado de iniciado avançado, já que passei por vários e

momentos de aprendizagem reais que me permitem ter experiências anteriores e assim reconhecer “aspetos de situação” em contexto real.

O contexto onde se desenvolveu este ER, foi um hospital de apoio perinatal diferenciado, integrado na rede do Serviço Nacional de Saúde e que serve uma população que ronda os 600 mil habitantes. No ano de 2015, nesta instituição, foram seguidas em consulta 4876 grávidas, das quais 356 eram adolescentes. Também no mesmo ano, nesta mesma instituição, houve um total de 2711 partos, dos quais 1573 foram eutócicos. Sendo o número de partos de mães adolescentes no mesmo ano de 151, destes, 107 foram eutócicos.¹

Nesta população, encontrei uma multiculturalidade notória, sendo a presença de emigrantes residentes bastante comum e de mulheres que se deslocam do seu país de origem, apenas para que o parto ocorra numa instituição de saúde em Portugal. Assim, quer pela dimensão, quer pelas características da população a quem tive oportunidade de prestar cuidados esta foi uma experiência bastante rica, com uma grande diversidade de situações em que o conceito de cuidados centrados no cliente foi efetivamente aplicado e a necessidade de avaliar concretamente os níveis de adaptação das famílias perante os diversos estímulos foi uma realidade.

De uma maneira geral, deparei-me com uma população pouco informada. A título de exemplo, quando abordava as medidas para alívio da dor no TP, não raras foram as vezes em que as grávidas desconheciam em que consistia realmente a analgesia epidural e seus riscos associados. Não assisti nenhuma mulher, nem tive conhecimento durante o meu período de ER, que tivesse um PP previamente elaborado. Muito raramente também, encontrei famílias que tivessem frequentado os chamados cursos de preparação para o nascimento, e quando tentava compreender o porquê, as famílias simplesmente não tinham considerado importante/prioritário procurar este tipo de preparação. Esta situação faz-me pensar até que ponto, nós profissionais de saúde, enquanto educadores em saúde, não temos a nossa quota parte de culpa nesta falta de procura de informação em saúde com que me deparei nesta população em particular, já que, faz parte das nossas competências, nos diversos contextos de contacto com as famílias grávidas o informar e esclarecer para a importância por exemplo da preparação para o parto.

¹ Dados gentilmente cedidos pelo gabinete de estatística da referida instituição.

Mas, acredito também, que o paradigma de cuidados em SMO está a mudar e que gradualmente, os profissionais serão os impulsionadores da oferta de educação às famílias, e as famílias, serão simultaneamente agentes de mudança no que respeita à conduta dos profissionais, já que progressivamente vão exigir o seu direito à tomada de decisão informada. Foi nesta linha de pensamento que procurei atuar e assim desenvolver competências.

Para melhor sistematizar o percurso de aquisição de competências, este será apresentado de acordo com os objetivos propostos para este ER, assim:

3.1 Adquirir conhecimentos que permitam o desenvolvimento de competências para uma prática baseada em evidência no âmbito do cuidado especializado em SMO;

Neste âmbito, propus-me a aumentar os meus conhecimentos teórico-práticos, permitindo assim, uma progressiva aquisição das competências que se pressupõe do EEESMO. Esta aquisição de conhecimentos começou muito antes do ER, desde o início do CMESMO, já que todo percurso de aprendizagem, quer nas unidades curriculares teóricas, quer nas teóricopráticas, quer nos vários Ensinos Clínicos, contribuíram para um progressivo aumento de conhecimentos que facilitou o desenvolvimento de competências nesta fase final do CMESMO.

Assim, a pesquisa da evidência foi uma constante, recorrendo às bases de dados para desenvolver a *Scoping Review*, mas também para dar resposta às questões que a prática diária de cuidados levanta, já que, a possibilidade de prestar cuidados à grávida/família que requerem internamento no BP implica a aquisição/solidificação de um conjunto de conhecimentos abrangente que, acredito, será uma mais-valia para a prestação de cuidados em qualquer situação do ciclo reprodutivo da mulher enquanto EEESMO.

A prática reflexiva foi também uma estratégia utilizada, apontada por ABREU (2007) como imprescindível para o crescimento pessoal e profissional do indivíduo, servindo para avaliar uma situação na globalidade, determinando qual o papel individual, contribuindo para uma ideia mais informada e promovendo uma ação futura mais consistente perante as situações. Esta foi levada a cabo não só de forma individual, mas também através de discussões com a OL, a DO e a restante equipa do contexto onde decorreu o ER, permitindo assim aprimorar a prática reflexiva,

também, pela partilha do saber de outros profissionais. Na prática reflexiva, procurei sempre integrar a evidência por forma a sustentar os cuidados prestados.

Também a realização de jornais de aprendizagem, propostos pela equipa pedagógica neste ER e inseridos no âmbito da prática reflexiva se mostraram importantes instrumentos para a aprendizagem, já que, como defendem SHERWOOD e HORTON-DEUSTCH (2012) os jornais de aprendizagem revelam-se mais-valias para uma experiência evolutiva e promovem a aprendizagem, na medida em que, através da análise, discussão e documentação de incidentes críticos estimulam a compreensão das situações através de novas “lentes”, aumentando a autoconsciência acerca das próprias acções, perspetivando a acção futura.

Atividades como a observação da conduta de outros profissionais ou a consulta de protocolos de atuação do serviço, permitiram-me, não só a aquisição de competências técnicas e relacionais, mas também uma integração facilitada no contexto onde decorreu o ER, tendo, claro, sempre presentes os princípios éticos e deontológicos da profissão.

Procurei também, ainda na fase de projeto, promover discussões informais com profissionais clínicos que acompanham estas GA em contexto de consulta, por forma a identificar, de acordo com a sua perspetiva e experiência pessoal as principais necessidades/ dificuldades/ desafios/ recompensas que estes profissionais apontam no seu contato diário com as GA.

Tendo terminado o ER, não tenho qualquer dúvida que desenvolvi um corpo de conhecimentos abrangente, que servirá de base para um contínuo de aprendizagem posterior ao término deste ER.

3.2 Desenvolver competências especializadas em SMO no âmbito dos cuidados pré-natais;

Neste âmbito tinha-me proposto também, a observar e colaborar na triagem das clientes que recorrem ao Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica, já que neste contexto a triagem, bem como a decisão de internamento é da inteira responsabilidade do EEESMO. Embora não tenha sido possível desenvolver autonomia nesta área, possibilitou perceber a dinâmica, bem como as intervenções do EEESMO em contexto de triagem. Os conhecimentos e competências previamente adquiridos, nomeadamente no que respeita à ginecologia, vigilância da gravidez, realização de cervicometrias/ pelvimetrias e patologia da gravidez foram uma mais-valia para otimização desta experiência. Tive oportunidade de colaborar na triagem de grávidas em início de TP, avaliando o estágio do TP em que se encontravam e avaliando o bem-estar materno fetal quando adequado, mulheres com abortos em evolução, ou que tinham expulsado recentemente o produto da concepção e ainda mulheres com afeções vulvovaginais. E embora, tendo em conta que a triagem pressupõe tempos mínimos de espera, sempre que era possível e adequado não era descurada a educação em saúde. Quando necessário, a cliente era encaminhada para uma colega que estivesse mais disponível por forma a ser esclarecida e encaminhada de acordo com a sua situação clínica. A educação em saúde mostrou-se um ponto crucial e em que a intervenção do EEESMO se torna premente, aliás, por vezes as mulheres recorrem ao serviço de urgência, não por uma situação patológica, mas porque necessitam de esclarecimentos relativos à sua saúde. Tal como salienta COELHO (2015) o EEESMO no contexto da prestação de cuidados especializados deve ter conhecimentos e habilidades requeridas das ciências sociais, saúde pública e ética que constituem a base do cuidado de alta qualidade, culturalmente apropriado às famílias. As aprendizagens foram constantes e muito ricas, tendo em conta toda a abrangência do trabalho do EEESMO, no seu domínio de competências.

Já em contexto de sala de partos tive oportunidade de prestar cuidados à grávida/família com situações patológicas associadas à gravidez, quando internadas no BP para vigilância.

Pude compreender que a necessidade de internamento durante a gravidez é um fator de insatisfação, ansiedade e stress para a grávida e todos os conviventes significativos, não apenas pela necessidade de internamento que por si só

desencadeia estes sentimentos, mas também pelos riscos materno-fetais que estão normalmente implícitos. Desta forma, a normal e espetável vivência do estado gravídico pela família fica alterada, bem como a transição para o papel parental pode ficar comprometida, requerendo uma minuciosa avaliação dos estímulos por parte do EEESMO. A intervenção do EEESMO torna-se, pois, uma pedra basilar para que o período de internamento não seja um contínuo de respostas ineficazes e aumento do risco materno-fetal, sendo estes momentos privilegiados para o desenvolvimento de competências relacionais, técnicas e científicas, tornando-se perceptível a assunção de nós profissionais como parceiros no cuidar para o casal/família e veículos facilitadores de respostas adaptáveis.

Assim, levei a cabo diversas atividades, que me permitiram solidificar conhecimentos e que contribuíram para o processo de aquisição de competências, nomeadamente, através da aplicação do processo de enfermagem, procurei sempre fazer um levantamento dos reais estímulos stressantes para aquela família e avaliar as respostas nos diferentes modos de comportamento, por forma a intervir, esclarecendo, educando e incentivando nas áreas que se revelavam com mecanismos de *coping* menos eficazes.

Concretamente as situações de cuidados relacionadas com os riscos materno-fetais acrescidos à gravidez com que me deparei foram essencialmente a ameaça de parto pré-termo (APPT), a pré-eclampsia, a diabetes gestacional/ prévia com mau controlo metabólico.

No que respeita à APPT, tive oportunidade de prestar cuidados a mulheres com encurtamento cervical e/ou contratilidade uterina regular e dolorosa antes das 37 semanas de gravidez. De acordo com GRAÇA (2010) compreende-se por parto pré termo (PPT) aquele que se inicia antes de estar completada a 37ª semana de gravidez e depois de ser atingido o tempo de gestação tido como limite inferior da viabilidade. De acordo com o mesmo autor APPT é a existência de contrações uterinas frequentes, regulares, dolorosas, com o segmento inferior uterino distendido, mas sem apagamento ou dilatação do colo.

Na mesma linha os cuidados às grávidas e suas PS com perturbações tensionais ou diabetes, quer prévia, quer gestacional com necessidade de otimizar o controlo metabólico, exigiu o conhecimento dos protocolos internos de atuação para as diferentes situações, de forma a prestar cuidados adequados, com qualidade e segurança para as clientes.

Tive oportunidade de prestar cuidados especializados tendo em vista o bem-estar materno-fetal. E, ainda, colaborar através da entrevista e identificação dos diversos estímulos, na tentativa de identificar as possíveis causas desencadeantes das descompensações.

Também aqui a educação para a saúde foi uma das necessidades encontradas, não só no que respeita aos cuidados a ter durante a gravidez para diminuir os riscos associados às situações patológicas, mas também, no que respeita aos cuidados ao RN prematuro e quais os riscos e necessidades associadas, bem como ao circuito de internamento da grávida, da mãe e bebé. Nestas questões, ter tido a possibilidade de fazer nesta mesma instituição os ensinamentos clínicos de neonatologia, medicina materno-fetal e puerpério, foi um favorecedor, já que pude esclarecer as famílias com mais segurança e com conhecimento da dinâmica dos vários serviços. O esclarecimento destas famílias, possibilitou-lhes o desenvolvimento de mecanismos de *coping* adquiridos, já que estas verbalizavam satisfação e maior tranquilidade por saberem o que poderia acontecer, mostrando assim comportamentos mais adaptáveis nos vários modos de comportamento. Para mim, enquanto estudante, a possibilidade de cuidar destas famílias numa fase tão delicada em que viam postos em riscos os seus projetos de saúde e de vida permitiu-me desenvolver competências teórico-práticas e relacionais muito específicas, pelas necessidades formativas que acarretou.

Procurei dar ênfase à tomada de decisão informada por parte das clientes, já que o esclarecimento e educação diminuía a sensação de vulnerabilidade destas famílias.

Posso salientar alguns aspetos do percurso de aprendizagem, como a necessidade de perfusões de sulfato de magnésio, tanto no contexto de prevenção das convulsões na pré-eclampsia, como para neuroproteção do prematuro nos casos de APPT, com os cuidados inerentes aos possíveis efeitos secundários. A perceção do diagnóstico diferencial das várias perturbações tensionais da gravidez e a vigilância de sinais de agravamento da pré-eclampsia, bem como a manutenção do controlo glicémico com as possíveis complicações associadas à diabetes foram preocupações constantes e para as quais tentei apurar a minha capacidade de decisão e julgamento clínico.

Tive ainda oportunidade de prestar cuidados em situações de indução de TP, que está indicada quando o risco de prolongar a gravidez ultrapassa os seus

benefícios. Na instituição em que decorreu ER está indicada após as 41 semanas de gravidez, mais precocemente, apenas se existirem complicações que fazem prever desfechos desfavoráveis prolongando-se a gravidez, tal como recomendado pela DGS (2015a). Aqui tive oportunidade de desenvolver várias atividades que favoreceram o meu desenvolvimento de competências. A decisão de induzir o parto prende-se com critérios clínicos e por norma cabe à equipa médica obter o consentimento por parte dos casais e optar pelo método a utilizar, no entanto o EEESMO tem todo um papel de educação em saúde, apoio às famílias, vigilância e monitorização que percebi, não pode ser descurado. O esclarecimento das famílias, de forma a terem expectativas reais acerca da possível duração das induções do trabalho de parto, revelou-se de grande importância, identifiquei respostas ineficazes nos vários modos do comportamento por parte da parturiente e PS que se prendiam essencialmente com falta de esclarecimento, já que acreditavam que após a primeira administração bastariam “umas horinhas” até ao parto, quando na realidade existem tentativas falhadas de indução de TP. Esta situação quando não é devidamente esclarecida, provocava nas famílias ansiedade, sentimentos de incapacidade e frustração, reveladoras de problemas de adaptação. Assim, passei a valorizar sempre o correto esclarecimento e validação da perceção da informação relativa a este processo por parte das famílias, mesmo quando cuidava clientes cuja indução já se tinha iniciado previamente. Outras das atividades desenvolvidas foi a monitorização da cardiotocografia (CTG), quer prévia, quer após a administração de prostaglandinas ou análogos, que identifico como uma intervenção importante, por ser um fator preditivo do bem-estar fetal, e portanto, da tolerância da unidade feto-placentar à indução propriamente dita. Também a consulta dos exames complementares de diagnóstico, o conhecimento dos antecedentes pessoais e familiares da grávida, a avaliação do Índice de Bishop ou a presença de contra indicações para a indução eram preocupações associadas a este processo.

Apesar de neste contexto se realizarem induções de TP por métodos mecânicos, a administração farmacológica é a mais comum, e não tive oportunidade de observar ou colaborar em nenhuma indução por método mecânico, embora tenha consultado bibliografia sobre o tema e fomentado discussões com as várias classes profissionais, de forma a conhecer a sua experiência.

Um dos desafios com que me deparei, foi a interpretação da CTG, a capacidade de identificação com segurança das categorias (I, II ou III) em que se insere cada

traçado de acordo com a classificação do AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS (ACOG) (2009) é um desafio, exige conhecimentos teóricos, experiência e capacidade de raciocínio rápido, já que ao longo do TP a categoria do CTG pode mudar rapidamente, obrigando a medidas imediatas de recuperação intrauterina. Assim, fui procurando ao longo do ER, adquirir também competências nesta área, de forma a aprimorar esta intervenção autónoma como futura EEESMO, através de pesquisa, trabalho autónomo e de discussão das diversas situações com os profissionais clínicos do contexto, este desafio foi sendo progressivamente superado, embora tenha a noção que muito mais há para aprender por forma a garantir uma prestação de cuidados de alta qualidade e em segurança para as famílias. Outra das preocupações relacionadas com a CTG, era a de dar a conhecer às famílias o significado dos números e traçados que podiam ver no monitor, bem como a função dos transdutores que ficavam no abdómen materno, para que pudessem eles mesmos, embora de forma rudimentar, já que entendo, como disse anteriormente que a correta e completa interpretação da CTG exige uma vasta experiência, identificar alterações que justificassem chamar o profissional de saúde ou um ajuste do transdutor. Penso que esta postura permitia às famílias sentirem-se mais participativas no seu processo parto, já que ajudava a desmistificar a função da “máquina” que permitia ouvir o coração do seu bebé. Nesta instituição, preconizava-se ainda a monitorização contínua da CTG, embora, de acordo com o bem-estar materno fetal e avaliando cada situação em particular, esta era muitas vezes interrompida para proporcionar à grávida, por exemplo a ida ao duche. Estava também disponível a monitorização por telemetria, o que permitia à mulher deambular, caso fosse essa a sua vontade. E tive até uma situação concreta de cuidados em que a parturiente recusou monitorização, alegando que lhe era desconfortável e negociámos então uma monitorização intermitente que a mulher aceitou, facilitando assim a vigilância do bem-estar materno-fetal, fazendo a auscultação da FCF a cada 15 minutos, no mínimo por 60 segundos, durante o período de dilatação conforme vem referenciado pela APEO (2009).

3.3 Desenvolver competências para a prestação de cuidados à mulher e conviventes significativos nos quatro estádios do TP:

Ao longo deste ER tive oportunidade de assistir 55 famílias em período expulsivo, ou seja, acompanhei e apoiei as famílias, enquanto agente facilitador do processo de nascimento, favorecendo uma transição saudável para a parentalidade e para a vida extrauterina. Este foi talvez o maior dos desafios, pois implicou competências técnicas completamente novas e que de fato apenas se desenvolvem com a experiência prática. No entanto e apesar do inegável entusiasmo associado ao período expulsivo, devo dizer que este me dava muito mais satisfação quando resultava de um acompanhamento continuado e personalizado das famílias ao longo dos vários estádios do TP.

Ter a oportunidade de acompanhar cerca de 100 família nos vários estádios do TP, culminando no puerpério imediato, vivenciando em parceria os acontecimentos inerentes ao TP e à adaptação do RN à vida extrauterina foi um grande contributo do ponto de vista prático e emocional no meu percurso de aprendizagem, permitindo-me compreender na primeira pessoa como são abrangentes e significativas as intervenções do EEESMO, cursando com o descrito pela OE (2015), que entende as competências das parteiras como um balanço positivo entre Arte e Ciência, já que o apoio por estas prestado tem um resultado direto na forma como a mulher encare e desenvolve o seu TP.

Embora a temática de interesse seja direcionada para a GA, naturalmente que tentei trabalhar a elaboração do PP enquanto estratégia de *empowerment* para a mulher no seu parto com todas as parturientes a quem prestei cuidados. Assim, tinha a preocupação desde o primeiro contacto, após o estabelecimento inicial de uma relação terapêutica, de começar a identificar as preferências e expectativas de cada família, falando-lhes, também, das opções que tínhamos disponíveis neste contexto e de que forma poderíamos adaptar os nossos recursos à sua vontade. Na sua maioria, as famílias acabavam por me responder que apenas queriam que tudo corresse bem, ou que não desejavam nada em concreto, mas depois, em resposta a questões simples como “gostava de beber um sumo ou comer uma gelatina?”, tinham uma resposta concreta de sim ou não e normalmente, era após as fazer perceber precisamente que afinal não era tudo indiferente que começávamos a negociar progressivamente e eu ia esclarecendo os pontos que por vezes estavam pouco claros para os clientes. Naturalmente que este tipo de intervenção exigiu

bastante pesquisa de informação, conhecimento das práticas do contexto, discussão com a OL no sentido de aprimorar a minha prática e foram sendo progressivamente desenvolvidas à medida que a minha autonomia e aquisição de competências aumentavam.

Neste contexto, a tricotomia e os enemas, já não são cuidados rotineiros ou que se imponham às parturientes, a tricotomia é realizada apenas em caso de cesariana, caso contrário é deixado ao critério da mulher se deseja e como deseja fazer a tricotomia. Relativamente aos enemas, apenas em algumas circunstâncias são sugeridos à mulher, caso contrário apenas são realizados se esta o solicitar. Foi com satisfação que encontrei este tipo de práticas já em desuso, visto que desde 1996 que a WORLD HEALTH ORGANIZATION entende estas práticas como desnecessárias e a serem realizadas apenas a pedido da mulher. Por outro lado, havia sempre uma preocupação com a avaliação dos parâmetros vitais da cliente como complemento à avaliação do bem-estar materno fetal, naturalmente esclarecendo sempre a família da importância deste procedimento e de acordo com o seu consentimento, procurando também avaliar a resposta comportamental no modo fisiológico, indo esta prática também ao encontro do preconizado pela WORLD HEALTH ORGANIZATION (1996).

Concretamente, no que respeita tanto à fase latente como ao primeiro estágio de TP, há algo que identifiquei como um estímulo focal muitas vezes desencadeante de respostas ineficazes: a dor. A dor associada ao TP, vivenciada por cada mulher de forma individual e particular e como tal uma área de preocupação para o EEESMO relacionada com a pessoa em adaptação. De acordo com a DGS (2015), a fase latente de TP pode prolongar-se nas nulíparas até 20 horas e nas múltiparas até 14 horas e tem início com a contractilidade uterina rítmica. Já a fase ativa de TP e, portanto o primeiro estágio de TP iniciam-se aos 4cm de dilatação cervical, com apagamento quase total do colo e pode ter uma duração até 10 horas, neste caso, maioritariamente já sob perfusão de ocitocina, de acordo com a DGS (2015). Assim, se compreende que este pode ser um período temporal bastante alargado, em que o desconforto pode estar presente e que leva muitas vezes a respostas ineficazes nos vários modos de comportamento.

Na minha perspectiva esta questão, a gestão da dor em TP, deveria ser sempre abordada com os clientes durante a gravidez, mas a verdade é que para muitas das parturientes que cuidei, não foi. Assim, tentava abordar esta temática o

mais precocemente possível com as famílias, preferencialmente antes que estas atribuíssem à sua dor níveis superiores a 4/5 na Escala Numérica da Dor. Tentando com elas explorar quais as medidas não farmacológicas para alívio da dor das quais gostariam de usufruir e como poderiam fazê-lo, salvaguardando que estas eram promotoras de uma normal progressão do TP e abordando, naturalmente, também as medidas farmacológicas com os seus prós e contras nas várias fases de TP, salvaguardando no entanto que estas necessitam sempre de uma prescrição médica e servindo muitas vezes de mediadora entre a cliente e a equipa médica.

Tendo em conta os recursos disponíveis no contexto, tive possibilidade de desenvolver competências quanto às medidas não farmacológicas, mais concretamente, o uso da cor, da liberdade de movimentos, o uso da bola de parto, o uso da música, o uso da massagem e do toque, com o envolvimento da PS, a presença da PS por si só e o uso da água no duche. Todas as salas onde decorre o primeiro estágio de TP, têm uma lâmpada que permite alterar a cor do ambiente do quarto, permitindo aos clientes selecionarem aquela que lhes transmite maior conforto nos diferentes momentos que ali permanecem, possui também um rádio/ leitor de CD que permite às famílias trazerem música de casa se assim o desejarem ou selecionarem algum dos CD's disponíveis no serviço, também de forma a adequarem o ambiente onde decorre o seu TP, já que de acordo com a APEO (2009), o ambiente físico em que a mulher se encontra durante a dilatação e o parto influenciam a sua evolução. Assim tive oportunidade de proporcionar diferentes medidas de acordo com a vontade das famílias, permitindo-lhes selecionar aquelas que funcionavam como estímulos contextuais favorecedores de respostas eficazes. Assim, muitas vezes era importante permitir às famílias experienciarem as várias medidas de promoção do conforto disponíveis, já que diferentes medidas se mostravam eficazes em diferentes momentos e para diferentes pessoas. De todas estas medidas, pude identificar o uso da água como a referida pelas clientes como a mais eficaz na promoção de conforto, embora possivelmente era todo o conjunto, a facto de poderem deambular até ao duche, saindo do quarto e os jatos de água em si favoreciam uma sensação de conforto, indo ao encontro do descrito pela APEO (2009) a água quente durante a dilatação induz a mulher ao relaxamento, reduz a ansiedade, estimula a produção de endorfinas, melhora a perfusão uterina e encurta o período de dilatação, aumentando a sensação de controlo da dor e a satisfação. De uma forma geral, todas estas medidas funcionavam como estímulos contextuais

favorecedores de comportamentos adaptáveis. O uso das medidas não farmacológicas para alívio da dor, vai ao encontro do preconizado pelo Projeto Maternidades com Qualidade da OE (2013)

No que respeita às medidas farmacológicas, para além da analgesia endovenosa, que administrei de acordo com a prescrição médica ou o protocolo institucional, sempre tendo em conta os possíveis efeitos secundários e a vontade das famílias, tive oportunidade de colaborar na realização de analgesia regional, tanto sob bloqueio epidural como subaracnoídeo. De valorizar, naturalmente a compreensão de técnica em si, seus possíveis efeitos secundários e qual a vigilância necessária que se pressupõe antes, durante e após a técnica, até porque o EEESMO administra o bloqueio epidural de forma autónoma sob protocolo interno, após o teste do cateter pelo anestesista, pelo que deverá possuir conhecimentos com base na evidencia científica que lhe permitam prestar cuidados de qualidade e com segurança. No entanto, gostaria de salientar a importância que compreendi ter o apoio e educação que prestamos à mulher no momento da técnica, para que esta revele respostas de adaptação. Quando existiam estímulos residuais relacionados com a analgesia regional para TP, as parturientes revelavam respostas ineficazes, mostrando medo, insegurança e dificuldade em colaborar com o anestesista na realização da técnica, pondo por vezes a sua integridade em risco apesar de serem previamente esclarecidas. Passei por isso a valorizar um esclarecimento o mais adequado possível, num ambiente calmo e com o tempo necessário para educar realmente aquela família e não apenas dizer aquilo que me parecia importante a mim, ou seja cuidar de forma centrada nos clientes.

Mesmo nas pacientes com analgesia epidural, procurava promover, ou oferecer à mulher a possibilidade de adotar posições não supinas e de deambular, obviamente, nestes casos sob vigilância pelo risco de bloqueio motor e consequentes acidentes. Mas, ainda assim, procurando ser um agente facilitador do parto em movimento de acordo com a vontade da mulher e esclarecendo-a acerca das suas vantagens para a adaptação do passageiro à passagem, favorecendo assim a natural progressão do TP, e ajudando simultaneamente a mulher a gerir o seu desconforto, indo ao encontro do preconizado por LAMAZE (2015).

Identifico como fator promotor do conforto a possibilidade de ingesta durante o TP, neste caso gelatinas e líquidos claros de acordo com a vontade da parturiente. Raras foram as vezes em que as parturientes recusaram a ingesta durante o TP,

mostrando sempre muita satisfação e por vezes admiração com esta possibilidade. A possibilidade de oferecer à mulher a ingestão de líquidos claros, ficando esta esclarecida dos seus riscos e vantagens, vai ao encontro do preconizado pelo Projeto Maternidades com Qualidade da OE (2013), sendo um fator promotor da satisfação e segurança da cliente durante o TP, na medida em que evita a desidratação, o aumento da acidez gástrica e dos níveis de stress e facilita a manutenção da reserva energética para o feto e atividade uterina. Naturalmente que esta ingesta tinha em conta a não existência de fatores risco aumentados ao TP em si e implicava registos de enfermagem precisos quanto à hora e quantidades.

No que respeita à progressão do TP, tive ainda oportunidade de realizar amniotomias, sempre com supervisão e colaboração da OL. Estas eram sempre feitas perante avaliação individual da situação e após discussão com o casal, não de forma rotineira e generalizada e tendo sempre em conta a não reversibilidade do ato em si. Esta prática é indicada pela DGS (2015) como uma alternativa, quando em fase ativa de TP não há a espectável progressão da dilatação cervical, sendo também as características observadas do líquido amniótico um fator preditivo do bem-estar fetal.

Ainda nesta linha, tive oportunidade de preparar e administrar ocitocina como agente facilitador da condução do TP, esta administração estava sempre dependente de uma prescrição clínica, mas cabia naturalmente ao EEESMO a vigilância e monitorização da sua administração e caso se justificasse, a sua suspensão.

No que respeita ao bem-estar materno fetal, tive ainda oportunidade de colocar monitorizações internas da FCF, quando estas eram justificadas e após discussão com as famílias sobre o tema.

Tive ainda a possibilidade de colaborar/ intervir em situações de urgência/emergência por exemplo perante CTG de categoria III, sem reversão perante medidas de recuperação intrauterina e portanto com indicação para parto emergente. Aqui gostaria de salientar a importância do esclarecimento e apoio por parte dos profissionais às famílias que se encontram nestas situações, já que por vezes, queremos tanto intervir rapidamente e bem, com o intuito de salvar vidas e salvaguardar os projetos de vida e de saúde das pessoas que nos esquecemos precisamente das pessoas e de lhes prestar a educação e apoio adequados. Mesmo perante situações de risco de vida, para o feto ou para a mãe, apercebi-me que

quando esclarecidas as famílias conseguiam manter alguma tranquilidade e colaborar com os profissionais quando isto lhes era solicitado. Neste contexto pude participar em 15 partos distócicos, dos quais 6 foram cesarianas.

O desenvolvimento de competências práticas no que respeita às pelvimetrias e cervicometrias, foi sendo um processo progressivo e que exigiu vários momentos de experiência, com necessidade de discussão constante com a OL e obviamente a disponibilidade das parturientes, a quem informava sempre acerca do meu processo de aprendizagem e que sempre consentiram mais uma observação obstétrica ou mais prolongada de forma a que eu tivesse oportunidade de identificar as estruturas e desenvolver competências. Nestas situações procurava sempre envolvê-las, referindo o que estava a observar e o seu significado do ponto de vista da progressão do TP. Progressivamente adquiri maior autonomia e capacidade de julgamento clínico.

Ainda, com o pensamento na necessária experiência prática, ocorre-me refletir o meu percurso de aprendizagem no que respeita ao segundo, terceiro e quarto estádios do TP. Neste âmbito, sempre que possível tentava já ter negociado com a mulher e PS as várias opções possíveis relativas a estes momentos. Por exemplo, relativamente às posições não supinas, mesmo após a dilatação completa, enquanto a apresentação se encontrava ainda alta e a mulher não tinha vontade de iniciar esforços expulsivos, esta era livre de escolher a posição que lhe era mais confortável e eram mesmo incentivadas posições alternativas à de deitada no leito. No entanto para o período expulsivo e terceiro estágio do TP, não tive oportunidade de assistir nenhum parto em que a mulher estivesse noutra posição que não a de litotomia modificada ou reclinada, embora não fosse prática assistir partos com a parturiente em litotomia pura, a verdade é que a adopção de posições não supinas para o período expulsivo, apesar de toda a evidência disponível sobre a sua recomendação e vantagens é ainda muito residual neste contexto de cuidados, existe já um banco de parto e vontade de alguns profissionais, especialmente EEESMO, mas a verdade que é a liberdade de escolha da posição do parto por parte da mulher não é ainda a regra.

Desde que perante uma CTG de categoria I, os esforços expulsivos eram sempre geridos pela própria mulher, ou seja espontâneos, desde que esta mostrasse essa vontade. Ia também incentivando/ dirigindo se identificasse essa necessidade, favorecendo assim um comportamento adaptativo, mas respeitando sempre a

vontade da parturiente, nomeadamente no que respeita à manipulação/ estimulação do canal vaginal. Esta era também uma prática evitada.

Para questões, como por exemplo, as episiotomias seletivas, tive a vantagem, do ponto de vista da aprendizagem de acordo com as recomendações da evidência científica, da OL, acérrima defensora da proteção do períneo e da sua integridade sempre que esta se prevê uma situação possível, defendendo a episiotomia apenas quando esta se mostra necessária. Assim dos 55 partos que assisti em período expulsivo realizei apenas 9 episiotomias. Apesar de considerar que todas as episiotomias que realizei foram justificadas e aliás sempre avaliada a sua necessidade com a OL, foi uma taxa ainda superior aos 10% recomendados pela WORLD HEALTH ORGANIZATION (1996). Possivelmente com a progressiva aquisição de competências que se pressupõe com a prática e com a adopção por exemplo, de medidas de proteção do períneo e de posições não supinas durante o período expulsivo, possa diminuir a minha taxa de episiotomias, considero que é um desafio ainda a superar. Assim, tive oportunidade de desenvolver competências no que respeita às episiorrafias, mas essencialmente das perineorrafias. Durante os partos que assisti ocorreram 21 períneos íntegros, 17 lacerações de grau I e 8 lacerações grau II. Estas últimas sempre suturadas, mas as de grau I eram suturadas, conforme a avaliação feita do períneo da mulher, a sua localização e o consentimento por parte da parturiente. Tive ainda oportunidade de suturar lacerações de Grau II a puérperas que tiveram o seu parto no domicílio, recorrendo apenas posteriormente ao hospital, tendo naturalmente sempre em atenção os riscos associados à perda de sangue e à exposição à infeção.

Procurava também dar sempre à mulher a possibilidade de apoiar o nascimento do corpo fetal e conclui que embora esta fosse uma prática que nem todas as mulheres desejavam, quando era da sua vontade e as condições materno-fetais o possibilitavam, lhes trazia muita satisfação e a sensação de domínio sobre o parto. Permitindo-lhes também iniciar de imediato o CPP, sendo esta a vontade de todas as mulheres a quem assisti o parto.

Não apenas no período expulsivo, mas durante todo o meu acompanhamento do processo de parto procurava transmitir calma, segurança e incentivo, pelo tom de voz, postura e discurso, tentando que a família se sentisse segura e capacitada, já que compreendi que a forma como cuidamos os nossos clientes interfere com as suas respostas comportamentais, indo ao encontro da OE (2015) que defende que

as palavras selecionadas para abordar uma mulher em TP podem ser facilitadoras ou dificultadoras de todo o processo.

A verificação dos primeiros sinais de boa adaptação do RN à vida extrauterina, ficavam assim a meu cargo, tentando minimizar a exposição do RN a estímulos excessivos e hostis, desde a luz, a temperatura, ruídos intensos, procedimentos e manipulações que apenas contribuem para a instabilidade cardiovascular, respiratória e neurovegetativa, tentando assim proporcionar à família um ambiente físico favorável durante todo o processo de parto. Ainda assim, tive oportunidade de experimentar algumas situações em que foi necessário intervir, com medidas de reanimação com intervenção da equipa multidisciplinar, para permitir uma adaptação à vida extrauterina por parte do RN, nomeadamente tive oportunidade de colaborar na reanimação de um RN de 28 semanas e na sua transferência para a unidade de cuidados neonatais.

A clampagem tardia do cordão, foi também sempre uma prática preconizada na instituição e pela OL, indo ao encontro da mais recente evidência acerca da temática como refere a OE (2015), mesmo perante circulares cervicais, procurávamos, sempre que possível, usar a manobra de *Somersault*, já que esta, pode possibilitar a clampagem do cordão apenas quando este parar de pulsar.

No que respeita à dequitação ou terceiro estágio do TP, nesta instituição preconiza-se uma condução ativa, pelo menor risco de hemorragia associado. No entanto, a OL era defensora de uma abordagem mais fisiológica, lembrando também os riscos associados a uma manipulação e tração excessivas do cordão. Assim, pude usufruir da possibilidade de respeitar a vontade dos clientes, como defende a OE (2015), salvaguardando o meu papel de estudante, em que, embora sejamos agentes de mudança dos contextos, essa mudança não se pressupõe com uma conduta agressiva e imposição das nossas ideias, por mais que sejam suportadas pela evidência. Apesar disto a administração de uterotónicos pós expulsão placentar é feita de forma rotineira, já que a sua administração reduz o risco de hemorragia pós-parto. São tidos em conta, no que respeita às dosagens, os fatores de risco específicos da mulher para hemorragia/ atonia uterinas, mas ainda assim de forma rotineira.

Uma minuciosa avaliação da placenta e membranas, de forma a antever a possível retenção era sempre levada a cabo. Bem como a avaliação da formação do globo de segurança de *Pinard*. A avaliação da placenta, foi também algo em que fui

progressivamente adquirindo maior segurança com a experiência prática, já que apesar da consulta de bibliografia sobre o tema, as características individuais anatômicas de cada placenta e membranas, deixam por vezes dúvidas da sua integridade quando se tem pouca experiência.

Tive ainda hipótese de prestar os primeiros cuidados a cerca de 65 RN, favorecendo sempre a adaptação à vida extrauterina. De acordo com o preconizado também neste contexto, tive oportunidade de proporcionar o CPP, minimizando a sua interrupção. Afastava o bebê da mãe apenas para a pesagem, já que aqui se preconizava precoce e todos os restantes cuidados, eram realizados em CPP, favorecendo assim uma transição para a parentalidade positiva e a vinculação, já que esta prática promove um precoce diálogo sensorial entre a mãe e o RN. Em algumas situações, em que a mãe não se mostrava disponível para o CPP, preconizava o CPP com a PS, tendo sido por uma vez pai e noutra a avó, possibilitando ao RN e ao familiar usufruírem das vantagens do CPP, conforme sustenta a evidência.

Tive também oportunidade de prestar cuidados a RN com necessidade de cuidados especiais como é o caso de mães diabéticas, infetadas com o vírus da imunodeficiência humana ou hepatite B, cumprido os protocolos institucionais existentes para o efeito.

Esta instituição é um Hospital Amigo dos Bebés, assim o apoio, a proteção e a promoção do aleitamento materno são uma preocupação constante. Os RN são preferencialmente alimentados com leite materno na primeira hora de vida conforme defendido pela OE (2013), desde que seja a vontade da família e não haja contra indicação. O CPP como promotor da amamentação, descrito pela OE (2015), foi algo que tive oportunidade de verificar, a capacidade inata com que o RN inicia a amamentação por vezes sem necessitar de qualquer intervenção é muito reveladora das suas competências. Nesta fase de uma forma geral as famílias não têm ainda grandes dificuldades ou preocupações com a amamentação, já que de uma forma geral as puérperas apenas permanecem duas horas sob vigilância no BP, no entanto o esclarecimento, apoio e educação neste sentido eram cuidados que procurava não descorar, iniciados desde o primeiro contacto com as famílias ainda em TP, quando possível.

Tanto nos partos que tive possibilidade de assistir o segundo estágio, como naqueles em que apenas prestei os cuidados ao RN, procurei ser um elemento

favorecedor da vinculação precoce, evitando barreiras físicas e emocionais entre os elementos da família, esclarecendo acerca dos vários cuidados prestados e das competências dos RN. O pós-parto é um período de adaptação física para a puérpera sim, mas também psicossocial para toda a família e de reajuste de papéis e identidades, onde vários desafios se impõem, nomeadamente para o recém-nascido, no que respeita à adaptação à vida extra-uterina. Este é um momento onde os pais têm de ajustar a criança real com a criança fantasiada e sonhada e onde a intervenção do EEESMO se torna primordial, procurando facilitar o processo de vinculação e a transição para a parentalidade, através da demonstração, apoio, esclarecimento e incentivo. Assim, a intervenção do EEESMO neste contexto, mais do que ajudar na cura ou recuperação de uma função é atuar na prevenção e vigilância intervindo antes das complicações acontecerem.

A vigilância do estado hemodinâmico da mulher, do períneo, perdas hemáticas, contração uterina eficaz e esvaziamento vesical adequados eram também sempre preocupações que tinha, quer imediatamente após a dequitação quer posteriormente quando a puérpera era transferida para o recobro, procurando assim prevenir e atuar perante complicações.

Tive ainda possibilidade de colaborar nos cuidados prestados a mulheres com hemorragia pós-parto, atuando de acordo com o protocolo interno da instituição em colaboração com a equipa multidisciplinar, que preconiza monitorização hemodinâmica da puérpera, canalização de acessos venosos e colheita de sangue para análises, manutenção da cabeceira a 0º e da normotermia, administração de fluidoterapia e de oxigénio. Naturalmente sempre com verificação das possíveis causas, como a atonia uterina, as lacerações do canal de parto, coagulopatias, a retenção de restos placentares ou a inversão/rutura uterina. Mais uma vez, nesta situação, de salientar a importância do esclarecimento da mulher e família, que no meio da azáfama de cuidados acabavam por se sentir perdidos e aterrorizados, tentando ajustar os estímulos de forma a favorecer respostas adaptáveis.

Ao longo deste ER, tomei consciência de como a nossa atuação enquanto EEESMO, parceiros de cuidado das famílias contribui para que as memórias que ficam do parto sejam realmente felizes, com as implicações, já mencionadas no enquadramento conceptual, que essa falta de felicidade, de sentimento de competência, de capacidade traz no que respeita à saúde das famílias em particular e da comunidade em geral.

Tive também oportunidade de acompanhar e assistir o TP e parto de um feto morto de termo, situação inesperada e indesejada para o casal em questão e diagnosticada apenas no próprio dia após estes recorrerem ao Serviço de Urgência por diminuição dos movimentos fetais. Foi uma situação em que me apoiei bastante na OL e com quem partilhei os cuidados prestados, apesar de já ter algum grau de autonomia nesta fase do ER, mas uma completa inexperiência em situações de morte fetal. Para mim esta foi uma situação de cuidados muito exigente, especialmente do ponto de vista emocional, mas simultaneamente enriquecedora do ponto de vista da aprendizagem e da aquisição de competências. De fato, as intervenções do EEESMO no que respeita à obstetrícia prendem-se essencialmente com a celebração da vida e experiências felizes para as famílias e para os profissionais, mas situações inesperadas e imprevisíveis também acontecem e aqui, é talvez ainda mais relevante o domínio das competências do EEESMO para que sejamos elementos facilitadores da manutenção e adaptação saudável dos projetos de saúde e de vida destas famílias a quem é imposta uma experiência que pode ser tão complexa. De acordo com a OE (2015) é dever de todo o EEESMO ajudar a cliente a maximizar o seu potencial de saúde, assim, apesar de não ser de todo uma situação que ambiciono experienciar, compreendo a importância de desenvolver competências no âmbito do cuidar estas famílias de luto, um momento de adaptação e transição biopsicossocial tão delicado.

3.4 Desenvolver competências que permitam o *empowerment* da grávida adolescente pelo EEESMO através do PP;

Tendo por base o pressuposto enunciado pela OE (2015), os cuidados prestados pelo EEESMO devem incluir a capacitação da cliente para a tomada de decisão, surge a temática específica do projeto que norteou a aquisição de competências, transpondo este princípio básico do cuidar especificamente para as adolescentes, já que como foi referido no enquadramento teórico, as suas fragilidades tornam tão ou mais importante que esta se sinta confiante e apoiada durante o seu TP e parto sendo detentora da capacidade de decisão sobre os procedimentos que lhe serão realizados ou não. E, indo assim ao encontro da assistência desejada como sustenta a revisão da literatura apresentada.

À imagem da população em geral, as GA, não se mostraram exceção, encontrando-as na maioria, pouco informadas e esclarecidas acerca do processo de parto, indo também ao encontro dos achados na revisão da literatura. Este fator que poderia à primeira vista ser desmotivador, encarei-o como motivacional e penso que torna esta temática ainda mais pertinente, pois cabe a todos nós profissionais, mesmo enquanto estudantes, mudar o paradigma com que cuidados em sala de partos e se a implementação deste trabalho puder ter sido um passo, ainda que muito pequeno, então já valeu a pena.

Informalmente fui sensibilizando a equipa para esta temática e para a sua importância e embora tenha encontrado alguma resistência por parte de alguns profissionais ao *empowerment* das famílias e à elaboração/ defesa dos PP, apercebi-me que há também já muitos profissionais que compreendem a sua importância e os seus benefícios, faltando apenas por vezes, a colocação em prática, das intervenções que garantem estes direitos às mulheres e que são apoiados pela OE e pela MCEESMO como sustentado no enquadramento concetual.

De acordo com TOMEY e ALLIGOOD (2004), para Callista Roy o enfermeiro tem o papel de facilitador da adaptação através da apreciação do comportamento em cada um dos quatro modos de adaptação e de fatores que influenciam a adaptação e intervêm para promover capacidades adaptativas e para melhorar a interação com o ambiente. Assim, procurei identificar o nível de adaptação de cada cliente nos vários modos de comportamento e, através do seu *empowerment* favorecer os mecanismos de resistência pelo subsistema cognitivo perante os vários

estímulos inerentes ao TP e parto que na grávida adolescente têm implicações muito próprias, já referidas no enquadramento teórico.

Apercebi-me, quando negociava com as GA, as várias opções relativas ao seu TP, que era raro assumirem autonomamente a tomada de decisão, recorrendo normalmente à aprovação por parte da PS. Esta situação fez-me refletir sobre dois aspectos, primeiro a real necessidade de *empowerment* da GA e a necessidade de orientação conforme descrito na revisão da literatura, já que pelas características inerentes na nossa sociedade a este papel primário, a tomada de decisão passa pelo adulto/ PS, ficando muitas vezes a real vontade da GA para segundo plano. E, em segundo, a importância do envolvimento da PS, de forma a providenciarmos não só o necessário apoio social, mas também o respeito por aquilo que é realmente a vontade da jovem. Ou seja, a jovem e a sua PS devem estar em sintonia, até porque muitas vezes, de acordo com as questões ético-legais, conforme a idade da adolescente, a assinatura do consentimento é feita pelo adulto responsável.

No âmbito do meu projeto, o respeito pelo plano de parto da grávida adolescente, não cuidei nenhuma parturiente com um plano de parto escrito ou muito estruturado previamente, mas penso que isso tornou ainda mais pertinentes e desafiantes as intervenções que levei a cabo neste contexto, permitindo-me promover uma tomada de decisão informada, através da orientação, educação, supervisão, capacitação, apoio e respeito por estas famílias num momento de transição e adaptação biopsicossocial que cursa com o nascimento, indo assim ao encontro da assistência desejada e das necessidades de orientação e respeito. Em simultâneo, pela parceria de cuidados que assim se cria, tive oportunidade enquanto profissional de usufruir das mais-valias de uma relação terapêutica com os clientes mais coesa, assente numa base de confiança e de partilha, o que me trouxe também bastante satisfação.

À semelhança do que fazia com as restantes clientes, tentei desde o início da relação que estabelecia com as famílias identificar os estímulos percebidos e quais as respetivas respostas e em que medida estas eram adaptativas ou não. Tendo o enfoque nas respostas ineficazes, entrevia, pelo esclarecimento, educação para a saúde, adotando uma postura empática e posteriormente apoiando e incentivando a tomada de decisão, esperando favorecer o desenvolvimento de estratégias de *coping* que facilitassem respostas mais adaptáveis nos quatro modos de comportamento. Tentava sempre negociar as questões relacionadas com as situações antes destas realmente acontecerem. Por exemplo, abordar a

amamentação antes do período expulsivo, embora por vezes perante o estímulo focal em concreto, houvesse necessidade de ajustes nas decisões anteriormente tomadas.

Sensivelmente no período em que decorreu o ER, mais concretamente entre os meses de Março e Junho de 2016 ocorreram neste BP 55 partos de mães adolescentes, sendo 39 dos quais eutócicos ⁽¹⁾. Ao longo do ER tive oportunidade de acompanhar 13 GA em TP, tendo assistido 3 em período expulsivo.

Das GA adolescentes que tive oportunidade de acompanhar, uma tinha 19 anos, quatro tinham 18 anos, três 17 anos, três 16 anos e duas 15 anos. Três delas eram de etnia cigana, sendo as suas idades de 16 e 15 anos, quatro eram de raça negra e as restantes caucasianas, sendo uma delas proveniente da Europa de Leste. Perante a possibilidade de escolherem a sua PS, seis fizeram-se acompanhar pela mãe, quatro pelo namorado, uma pela tia, uma pela sogra e uma pela irmã. Aqui ocorre-me reforçar a perspectiva cultural e como é encarada a GA, por exemplo as jovens de etnia cigana, apesar de estarem entre as mais jovens eram já casadas e as suas gravidezes encaradas como normais e espectáveis pelos conviventes significativos, enquanto as caucasianas por exemplo referiram sempre que foram gravidezes não planeadas e que as fizeram repensar os seus objetivos futuros.

Nenhuma delas tinha feito preparação para o parto e nenhuma tinha um plano de parto estruturado, e apenas uma tinha ouvido falar de plano de parto, mas não sabia bem em que consistia ou qual era a sua utilidade. Todas elas e os seus familiares acharam o conceito interessante e pareceram compreender as vantagens, ainda assim, obtive respostas como "mas a enfermeira é que sabe; é o que for melhor para a mãe e o bebé". Fiz uso deste tipo de observações para explicar precisamente que sendo o bem-estar materno fetal o mais valorizado, o PP não devia ser encarado como algo estanque, mas sim uma alternativa de expressar os desejos em relação ao parto como forma de comunicação com os profissionais, sendo que, perante constrangimentos materno-fetais os profissionais iriam com eles discutir as alternativas com base nesse PP. Tal como foi já referido no enquadramento teórico, dei ênfase a esta mutabilidade do PP, de forma a que este não funcionasse como estímulo potenciador de respostas ineficazes e sim de facilitador de processos de *coping* com consequentes respostas de adaptação.

Como é defendido pela OE (2015) quando não existe um PP prévio, as opções relativas ao TP e parto devem ser discutidas com os clientes. Pude confirmar que à

medida que ia delineando com as famílias um PP e ia prestando os cuidados centrados na família, a relação terapêutica ia ficando mais coesa, as famílias solicitavam a minha presença e eu sentia que conhecia aquelas pessoas de forma mais profunda tornando-se mais fácil identificar os estímulos e ser um elemento facilitador de respostas adaptáveis, confirmando, que o PP é uma forma de aproximar as famílias e profissionais.

Apesar de ter disponibilizado as várias estratégias não farmacológicas para alívio da dor, tentando valorizar sempre este desconforto contrariamente ao descrito na revisão da literatura, e sete parturientes terem usufruído da deambulação, cinco do duche, dez do uso da cor, cinco da bola de parto, oito do uso da música, treze da presença da pessoa significativa e quatro da massagem, todas perante o aumento da frequência e amplitude da contractilidade uterina acabaram por optar pela analgesia epidural. Também aqui, considero que a minha intervenção teve significado, sendo o apoio prestado durante a técnica reconhecido pelas parturientes como muito importante e tranquilizador, funcionando como estímulo contextual. Possivelmente as estratégias não farmacológicas para alívio da dor não se mostraram totalmente eficientes para estas jovens, já que não houve uma preparação previa, uma preparação durante a gravidez e apenas momentos antes da contractilidade dolorosa se instalar, assim os processos de *coping* perante o estímulo focal "dor", estavam apenas moldados por questões culturais e anteriormente apreendidas.

Todas as treze GA usufruíram por sua vontade da possibilidade de ingesta durante o TP, fosse água, gelatina ou sumo de maçã, todas elas consideraram positiva esta possibilidade, referindo sensação de conforto e satisfação associada, funcionando esta intervenção como facilitadora de respostas comportamentais adaptáveis.

Das três GA a quem assisti o período expulsivo, os esforços expulsivos foram sempre espontâneos apenas com incentivo verbal e reforço positivo pela prestação das parturientes. Não foi realizada estimulação perineal, conforme a preferência das parturientes, preconizando a necessidade de respeito. Duas delas apoiaram a saída do corpo fetal, de acordo com a sua vontade, outra parturiente não quis fazê-lo. Realizei uma episiotomia, tendo negociado com todas elas a possibilidade de episiotomia seletiva, neste caso concreto, uma jovem de 17 anos, encontrei um períneo com pouca elasticidade e cuja possibilidade de uma laceração de grau III ou

IV me pareceu um risco potencial, pelo que antes de efetuar a episiotomia falei com a parturiente, dando continuidade à abordagem feita anteriormente e obtive o seu consentimento verbal para a episiotomia. A jovem estava já esclarecida sobre o procedimento e foi parte ativa na decisão, indo assim ao encontro da assistência desejada e das necessidades de orientação e respeito.

Nas outras duas situações de cuidados, numa o períneo manteve-se íntegro, como tinha sido o desejo da parturiente e noutra ocorreu uma pequena laceração de grau II que foi suturada sob anestesia local, referindo a cliente que não teve dor nessa circunstância, de acordo com o seu desejo, pois tinha referido que apenas não queria que a “magoasse a coser”.

Todas elas, bem como uma quarta GA a quem acompanhei o TP e parto, mas o período expulsivo foi assistido pela equipa médica por distócia de progressão, realizaram por sua vontade CPP tendo precocemente iniciado amamentação. Todas elas demonstraram sinais de transição para o papel maternal com respostas adaptáveis e de vinculação precoce, demonstrando satisfação com os cuidados prestados e uma delas verbalizou: “ fui eu que fiz o meu parto, eu é que a tirei”, apesar de ter reforçado várias vezes que o parto era da mulher e que o nosso papel era apenas de apoio e vigilância, estas palavras fizeram-me ter a sensação de dever cumprido, já que esta jovem mãe tinha percecionado aquilo que se pretendia: o parto era dela! Apresentava pois um comportamento adaptável relativamente ao parto, demonstrado por satisfação, sensação de competência e de integridade.

Conforme descrito no enquadramento teórico, de fato trabalhar com as famílias as suas preferências em relação ao parto permitiu-me compreender as suas motivações, estimulou a comunicação, possibilitou a discussão e consegui muitas vezes dar resposta às suas preocupações, o que por si só, para além de alicerçar uma relação terapêutica, permitiu-me ir ao encontro das preconizadas competências para o EEESMO com maior facilidade, já que a minha atuação era de acordo com as necessidades individuais de cada família.

Nem sempre a promoção do *empowerment* foi uma tarefa fácil, está muito enraizado na nossa cultura a imponente figura médica como responsável e único detentor do conhecimento acerca dos procedimentos a fazer, assim, embora após esclarecimento e liberdade para a tomada de decisão informada as famílias acabassem por querer tomar as suas decisões e participar na discussão sobre as

opções possíveis, havia sempre a preocupação de se sentirem apoiados pelo profissional de saúde.

Compreendi, que as mudanças efetivas não se conseguem com uma atuação isolada, mas sim com a continuidade de cuidados, começando o *empowerment* para o parto e a sensibilização para as mais-valias do PP nas consultas de planeamento familiar, prolongando-se na vigilância da gravidez e por fim no TP e parto.

No entanto penso que maioritariamente consegui salvaguardar as necessidades das adolescentes, procurando uma assistência individualizada e de acordo com a evidência, respeitando a assistência desejada e as necessidades de orientação e respeito, encontradas na revisão da literatura.

4. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Intervir junto das adolescentes no papel de transição para o papel maternal vai ao encontro dos quatro princípios da ética biomédica referidos por BEAUCHAMP e CHILDRESS (2011), a autonomia, respeitando sempre as suas escolhas e tomada de decisão, como seja um plano de parto por ela elaborado. A não maleficência, garantindo que acima de tudo não causamos dano, seja este de natureza física ou psíquica. A beneficência, garantindo que para além de não infligirmos dano, contribuimos deliberadamente para o bem-estar da cliente, fomentando o *empowerment* e tentando assim contribuir para que o seu processo de adaptação ao papel maternal seja um contínuo de saúde. E a justiça, dentro daquilo que o nosso papel de enfermeiros nos concerne, garantindo a equidade, ou seja, não prestar cuidados iguais a todas as mulheres, mas sim prestar cuidados com a mesma disponibilidade para todas, de acordo com as necessidades individuais. Na realidade, sejam as clientes adolescentes ou não.

O incentivo á elaboração e o respeito pelo plano de parto por parte dos profissionais de saúde, visando o *empowerment* das mulheres e família, cursa também com o preconizado no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, concretamente a alínea b) do artigo 82º - respeitar a integridade biopsicossocial, cultural e espiritual da pessoa e a alínea d) do artigo 84º - Informar sobre os recursos a que a pessoa pode ter acesso, bem como sobre a maneira de os obter, ambos da secção II Do Código Deontológico do Enfermeiro.

Na mesma linha de pensamento, esta abordagem com a grávida adolescente em particular, não é mais do que cumprir as disposições legais que constam da Lei de Bases da Saúde, nomeadamente da LEI nº 48/90 de 24/08 em que se pode ler: 1. Os utentes têm direito a: b) Decidir receber ou recusar a prestação de cuidados que lhes é proposta, salvo disposição especial da lei; e) ser informado sobre a sua situação, as alternativas possíveis de tratamento e a evolução provável do seu estado. Podendo ler-se na norma N°015/2013 da DGS relativa ao consentimento informado, esclarecido e livre dado por escrito que: P. A opinião do menor é tomada em consideração como um fator cada vez mais determinante, em função da sua idade e do seu grau de maturidade e Q. A regra geral é a de que qualquer menor com 16 ou mais anos de idade e com o discernimento necessário para avaliar o sentido e alcance do ato diagnóstico e terapêutico que lhe é proposto, pode

consentir ou dissentir independentemente das suas características culturais, sociais e grau de literacia.

A elaboração e respeito pelo plano de parto vai ainda ao encontro do preconizado pela WHO (1996), pela FEDERACIÓN DE ASOCIACIONES DE MATRONAS DE ESPAÑA (2008), pela APEO (2009) e pela OE (2013) para o parto normal, que de forma unânime entendem que uma das condutas claramente útil e que deveria ser encorajada é a elaboração em conjunto com a casal /família do plano de parto. Para além de proporcionar autonomia, o *empowerment* das mulheres durante a gestação e TP significa respeitar a liberdade de escolha e portanto os direitos das mulheres coincidindo com o preconizado no *Code of Practice* do NURSING AND MIDWIFERY COUNCIL (2015).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Terminando este ER e conseqüentemente parte do percurso constituído pelo CMESMO, compreendo que o EEESMO deve ser detentor de conhecimentos que lhe permitam prestar cuidados especializados de alta qualidade, culturalmente sensíveis e centrados no cliente. O percurso de aprendizagem é pois, longo, exigente e não terminará certamente com o término do curso, mas se, de acordo com a OE (2015) os EEESMO estão autorizados e legitimados a exercerem a sua atividade de forma autónoma, é realmente necessário que estes profissionais estejam seguros na sua área de competência e assim tenham capacidade de se firmar junto de outros profissionais de saúde e da comunidade em geral.

Também a reter, penso que é o fato de que a forma menos cuidada com que prestamos os cuidados aos nossos clientes agora, pode comprometer as suas opções de saúde no futuro condicionando algumas das suas escolhas. Deveremos ser capazes de mudar o paradigma de cuidados e para isso é necessário cuidar de forma centrada nos clientes, respeitando as suas opções.

Refletindo este ER, penso ser inegável a aquisição e desenvolvimento de um conjunto abrangente de competências, considerando por isso que atingi os objetivos a que me propus, mas também a satisfação pessoal e profissional que me trouxeram as intervenções enquanto futura EEESMO junto das famílias. Cada família que assisti proporcionou-me momentos únicos e de aprendizagens particulares, alguns dos quais procurei refletir ao longo deste RE.

Este percurso de aprendizagem permitiu-me também desenvolver um outro grupo de domínios que se pressupõem do EEESMO, as consideradas competências comuns do enfermeiro especialista. Já que, me permitiu desenvolver competências que envolvem dimensões como a educação dos clientes e dos pares, a orientação, o aconselhamento e a liderança. Capacitando-me também para a investigação que certamente vai contribuir para melhorar a minha prática de cuidados e conseqüentemente a prática da enfermagem no meu contexto profissional.

Ser detentor das competências de EEESMO, dá-nos o privilégio de assistir momentos muito significativos dos projetos de vida das pessoas, nos quais podemos fazer a diferença, tendo como enfoque o início de vida saudável em família (nas suas mais variadas formas de apresentação) e assim, com esta partilha, ir crescendo dia a dia enquanto indivíduos e profissionais.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABREU, W. C. (2007). *Formação e Aprendizagem em Contexto Clínico*. Coimbra: Formasau.
- AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS (Julho de 2009). Intrapartum Fetal Heart Rate Monitoring: Nomenclature, Interpretation, and General Management Principles. *ACOG PRACTICE BULLETIN*, pp. (106) 1-11.
- ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE ENFERMEIROS OBSTETRAS (2009) – Iniciativa Parto Normal. Documento de consenso. Loures: Lusociência (Versão Portuguesa da obra original Iniciativa Parto Normal. Documento de consenso da FAME, Barcelona 2008)
- BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. (2011) - *Princípios da Ética Biomédica* (2ªed). São Paulo: Edições Loyola.
- BENNER, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto.
- BERTHOUD, R., & ROBSON, K. (Julho 2001). The Outcomes of Teenage Motherhood in Europe. *Innocenti working papers* nº 86. Florence - Italy: UNICEF.
- BORK, A. M. (2005). *Enfermagem baseada em Evidências*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- BRÁS, C; PEREIRA, A. (2011). Promoção da Saúde de Grávidas Adolescentes: Estudo prévio de identificação de necessidades. *Millenium*. 40:69-81.
- CAMPUS, L; BORGES, M; PORTUGAL R. (Eds.) (2009). *Governança dos Hospitais*. Alfragide: Casa das Letras.
- CANAVARRO, M. C.; PEDROSA, A. A. (2012) - Gravidez e parentalidade na adolescência: perspectivas teóricas. *Saúde Reprodutiva, Sexualidade e Sociedade*. Associação para o planeamento da família. Nº2 Pp. 34-55. Disponível em: <http://www.apf.pt/>
- CARMONA, Ana Paula dos Reis (2012) – *Gravidez na Adolescência: Projeto de vida ou ausência dele?* Lisboa: Tese de mestrado apresentada na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

COELHO, S. M. S. (2015) Dismenorreia: desafios aos cuidados de enfermagem especializados. *Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras*. 15. 38-44.

CORREIA, M.J.; ALVES, M.J. (1990). Gravidez na Adolescência: O nascimento de uma Consulta e de um Programa de Intervenção. *Análise Psicológica*. N4(VIII). Pp. 429-434.

COUTINHO, C. P. (2015). *Metodologia de Investigação em ciências sociais e humanas: teoria e prática*. 2 ed. Coimbra: Edições Almedina.

CRISTINO, Carla Alexandra de Sousa B. S. (2012) – *O olhar do EEESMO sobre o Parto na Adolescência: Desenvolvimento de Competências nos Cuidados de Enfermagem Especializados*. Lisboa: Relatório de estágio apresentado na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

DECRETO-LEI Lei n.º 9/2009 de 4 de Março (2009). Transpõe para a ordem jurídica interna a Directiva n.º 2005/36/CE, do Parlamento e do Conselho, de 7 de

Setembro, relativa ao reconhecimento das qualificações profissionais, e a Directiva n.º 2006/100/CE, do Conselho, de 20 de Novembro, que adapta e determina directivas no domínio da livre circulação de pessoas, em virtude da adesão da Bulgária e da Roménia. Diário da República. I Série, N.º 44 (04-03-2009) 1466-1530.

DECRETO-LEI Lei nº 48/90 de 24 de Agosto. Lei de Bases da Saúde.

Diário da República. I Série, Nº 195 (24-08-1990) 3452-3459.

Descritores em Ciências da Saúde: Consultado em Março de 2017. Disponível em:

<http://decs.bvs.br/>

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE (2013) – **Norma número: 015/2013**. Consentimento Informado, Esclarecido e Livre Dado por Escrito. Disponível em:

<https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0152013-de-03102013-pdf.aspx>

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE (2015) – **Orientação número: 001/2015.**

Trabalho de parto estacionário. Disponível em:

https://www.google.pt/search?q=dgs+2015+trabalho+de+parto+estacionario&ie=utf-8&oe=utf-8&gws_rd=cr&ei=wmZqV-y2Ksu0eryTm_gP

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE (2015a) – **Orientação número: 002/2015.**

Indução do trabalho de parto. Disponível em:

<https://www.dgs.pt/directrizes-da...e.../orientacao-n-0022015-de-19012015-pdf.aspx>

DIAS, Ana Cristina Garcia; TEIXEIRA, Marco Antônio Pereira (2010) - Gravidez na adolescência: um olhar sobre um fenômeno complexo. *Paidéia* (Ribeirão Preto), 20(45), (2010). Pp. 123-131. Recuperado em 03 de maio de 2015, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2010000100015&lng=pt&tlng=pt. 10.1590/S0103-863X2010000100015.

DIRETIVA 2013/55/UE DO PARLAMENTO EUROPEU E DO CONSELHO (2013) que altera a Diretiva 2005/36/CE relativa ao reconhecimento das qualificações profissionais e o Regulamento (UE) nº 1024/2012 relativo à cooperação administrativa através do Sistema de Informação do Mercado Interno («Regulamento IMI»). *Jornal Oficial da União Europeia* L354 (28-12-2013) 132-169.

ENDERLE, C. F.; KERBER, N. P. C.; SUSIN, L. R. O.; GONÇALVES, B. G. (2012). Delivery in adolescents: qualitative factors of care. *Rev Esc Enferm USP*. 46(2), 287-94. *CINAHL Plus with Full Text*.

ENDERLE, C. ; KERBER, N. P. DA C.; SUSIN, L. R. O.; MENDOZA-SASSI, R.; (2012 out. / dez) Evaluation of birthing care provided to adolescents in a university hospital. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, 12 (4): 383-394. 2012. RCAAP.

ESCOBAL, A. P.; MEINCKE, S.; KERBER, M.; SANTOS, C.; MATOS, G.(2016 jul/set). Experiences in the process of teenage Pregnancy. *REV Fund Care Online*. 8 (3): 4711-4716. [Google Académico](#).

Eurostat: live births by mothers age at last birthday;declared legal abortions by age; on 1 January by five years age groups and sex.
http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=demo_fagec&lang=en;
http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=demo_fabort&lang=en; <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/population/data/database>
(Consultado a 10 Março 2017)

FORSSÉN, A. S. (2012). Lifelong Significance of Disempowering Experiences Prenatal and Maternity Care: Interviews With Swedish Women. *Qualitative Health Research* vol.22(n11), 1535-1546.

FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS.(2013) *State of world population - Motherhood in Childhood*. Disponível em <http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/EN-SWOP2013-final.pdf>

GODFREY, Christina M.; KHALIL, Hanan; MCINERNEY, Patricia; PARKER, Deborah; PETERS, Micah S. J. (2015). *The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: Methodology for JBI Scoping Reviews*. The Joanna Brigs Institute, Australia. 24

GRAÇA, L. M. (2010). *Medicina Materno Fetal*. 4ªed. Lisboa: Lidel

HOCKENBERRY,M.; WILSON, David; (2014) – *Wong Enfermagem da criança e do adolescente*. (9ªed.). Loures: Lusociencia.

HUNTER, L.; MAGILL-CUERDEN, J.; MCCOURT, C. (2015). Disempowered, passive and isolated: how teenage mothers postnatal inpatient experiences in the UK impact on the initiation and continuation of breastfeeding. *Maternal and Child Nutrition*. (11), pp. 47–58. Consultado em 26 de Outubro de 2016. *CINAHL Plus with Full Text*.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATISTICA. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=ine_main&xpid=INE&xlang=pt

INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES (2010 revisto a 2013) - Essential competencies for basic midwifery practice. www.internationalmidwives.org

KUO, S.-C.; et. al.,(2010). Evaluation of the effects of a birth plan on taiwanese women's childbirth experienses, control and expetation's fulfilment: A

randomised control trail. *International Journal of Nursing Studies*, (46). Pp. 806-814.

LAMAZE INTERNATIONAL (2012 revisto em 2015). *Healthy Birth Practices*. Disponível em: <http://www.lamaze.org/HealthyBirthPractices>

MALHEIROS, J.V.; (2009). O Empowerment dos doentes. In CAMPUS, L; BORGES, M; PORTUGAL R. (Eds.) (2009). *Governança dos Hospitais*. (pp. 267-287). Alfragide: Casa das Letras.

MONTENEGRO, N; RODRIGUES, T; RAMALHO, C; CAMPUS, D.A; (2014) – *Protocolos de Medicina Materno-Fetal* (3ªed). Lisboa: Lidel

NURSING AND MIDWIFERY COUNCIL (2015). *The Code Professional standards of practice and behaviour for nurses and midwives*. Disponível em: <https://www.nmc.org.uk/standards/code/>

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica*. Acedido a 8-3-2016, através de: <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEESaudeMaterinaObstetricaGinecologica.pdf>

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2013). *Projeto Maternidades com qualidade*. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Paginas/ProjectoMaternidadecomQualidade.aspx>

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2015) - *Obras orientadoras do exercício de Enfermagem*. Livro de Bolso Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica/ Parto. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/LivroBolso_EESM.pdf

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2015a) - *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2011) - *Mulheres e saúde: evidências de hoje, agenda de amanhã*. Brasil: OMS.

Parecer Nº 7/2012. Plano de parto. 29 de junho de 2012. MCEESMO. Acedido em Maio de 2015, disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Paginas/MCEEdeSa%C3%BAdedeMaterinaeObst%C3%A9tricaPareceres.aspx>

- PEARSON, A; FIELD, J; JORDAN, Z. (2007). *Evidence-Based Clinical Practice in Nursing and Health Care*. Oxford: Blackwell Publishing.
- Regulamento n.º 122/2011. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República II Série. N.º 35 (18 de Fevereiro de 2011) 8648- 8653.
- Regulamento n.º 127/2011. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica. Diário da República II Série. N.º 35 (18 de Fevereiro de 2011) 8662-8666.
- RODRIGUES, Rosa Maria. (2010). Gravidez na Adolescência. *Nascer e Crescer – Revista do Hospital de Crianças Maria Pia*, 19(3), 201. Recuperado em 03 de maio de 2015, de http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0872-07542010000300021&lng=pt&tlng=pt .
- ROY, Callista; ANDREWES, Heather A. (2001) – *Teoria da Enfermagem O Modelo de Adaptação de Roy* (2ªed). Lisboa: Instituto Piaget. ISBN: 972-771-175-8
- SHERWOOD, G. D., & HORTON-DEUTSCH, S. (2012). *Reflective Practice*. Indianapolis: Sigma Theta Tau International.
- SILVA, C.; FERREIRA, A. R.; SILVA, D. e SILVA, T. (2012). Paternidade: as vivências do pai adolescente. *Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras*, nº 12. pp.58-61
- SILVA, T. M. (2012). Assistência ao parto: significado para as mulheres. *Revista da Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras*, nº12. pp. 29-33.
- SMYTH, S.; ANDERSON, G. (2014). Family Nurse Partnership: Meeting the needs of teenage mothers. *British Journal of Midwifery*, December Vol 22, No 12, pp. 870-875.
- TOMEY, A. M., & ALLIGOOD, M. R. (2002). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra*. Loures: Lusociência.
- VARGAS, P.; VIEIRA, B.; ALVES, V.; RODRIGUES D.; LEÃO, D.; SILVA, L.; (2013. jul./set). The Humanized assistance in parturition: the perception of teenagers. *J. res.: fundam. care. online*. 6(3):1021-1035. RCAAP.
- WELSH, J.; SYMON, A. (2014). Unique and proforma birth plans: A qualitative exploration of midwives' experiences. *Midwifery*, (30) pp. 885–891.

WINDAU-MELMER, T. (2013). *A Guide for Advocating for Respectful Maternity Care*. Washington, DC: Futures Group, Health Policy Project.

WHITE-COREY, Shilley (2013). Birth Plans: Tickets to the *or?*. *American Journal of Maternal Child Nursing*. Vol.38, nº5. (Set/Oct 2013). Pp. 269-273.

WHITFORD, H. M.; ENTWISTLE, V. A.; TEIJLINGEN, E.; AITCHISON, P. E DAVIDSON, T.; HUMPHREY, T.; et al. (2014). Use of a birth plan within women hold Maternity records: A qualitative study with women and staff in Northeast Scotland. *Birth: Issues in Perinatal Care* [em linha].vol. 41, nº 3 (sep 2014), p. 283 - 9. ISSN 0730-7659. Acedido em 2014/05/03. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1111/birt.12109>

WORLD HEALTH ORGANIZATION (1996). *Care on normal Birth: practical guide*. Genebra: WHO. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/63167/1/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf

Apêndice

Apêndice I

Extração de Dados dos Documentos incluídos na Revisão da Literatura

Extração de Dados dos Documentos incluídos na Revisão da Literatura

Estudo 1

Reviewer: Ferra, Mafalda; Delgado, M.J.

Date:26/10/2016

Author: Hunter, L.; Magill-Cuerden, J.; McCourt, C.

Year: 2015

Aims/purpose

Explorar a realidade que as jovens mães constroem por forma a dar sentido às suas experiências de internamento e explicar as decisões relativas à alimentação dos seus filhos.

Study population and sample size (if applicable)

A amostra é composta por 15 puérperas com idades compreendidas entre os 15 e os 19 anos na altura do parto, 16 e 20 na altura da entrevista.

Methodology/methods

Estudo qualitativo de visão construtivista.

Intervention type, comparator and details of these (e.g. duration of the intervention) (if applicable)

Foi realizada uma entrevista semi-estruturada com perguntas abertas promovendo a discussão e facilitando a obtenção de dados, com duração de aproximadamente de duas horas.

Entendem-se como limitações do estudo este ter sido desenvolvido numa área específica do UK com uma amostra de pequenas dimensões e como tal não se pode transpor o resultado para toda a população.

Duration of the intervention (if applicable)

Outcomes and details of these (e.g. how measures) (if applicable)

Os dados foram analisados abordando a temática em estudo. Sobressaíram três temas principais acerca da experiência pós parto na enfermaria: “*desempowerd* e passivas”, “a enfermaria pós parto: estranhas, sozinhas e expostas” e “estar presente: uma necessidade no suporte relacional”.

Key findings that relate to the scoping review question/s.

As adolescentes sentem-se desconfortáveis no hospital sendo necessário um suporte ativo.

As participantes descrevem que as suas experiências de parto afetam a sua autoconfiança, a relação com os seus RN e conseqüentemente as suas decisões, nomeadamente em amamentar. Entendem o foco dos cuidados no pós-parto imediato como o RN, sendo este levado e colocado em locais em que a mãe não o pode ver e/ou tocar, não permitindo assim à mãe acolher o seu bebé. Sentem-se abandonadas após os cuidados ao RN serem prestados e elas próprias terem sido suturadas, já que os profissionais abandonam a sala.

O sentimento no pós-parto imediato é descrito de forma unânime como de exaustão e *desempowerd*, entendendo que os cuidados prestados nesta fase, nada fazem para melhorar o sentimento de impotência das mães, aliar o seu desconforto e dor ou dar-lhes suporte no seu papel de mães. Os cuidados são rotinizados, baseados em tarefas, em que as jovens se sentem tratadas como objetos em vez de pessoas, levando a um sentimento de impotência que encoraja a aceitação passiva das rotinas e rituais hospitalares, desencorajando um início positivo da amamentação.

Muitas jovens tinham noção da importância do CPP para o início da amamentação, mas a sua exaustão e dor combinadas com as rotinas hospitalares conspiraram contra a

existência de um CPP com duração adequada, não se sentindo as jovens capazes de dar indicações aos seus cuidadores ou de desafiar a situação que lhes foi imposta. A amamentação é descrita como algo que é iniciado pelas midwives, feito por elas e não como algo que as jovens são apoiadas a fazer. Uma participante referia no seu PP que pretendia CPP, mas esta possibilidade não lhe foi oferecida. Alguns RN foram alimentados com leite artificial apesar das mães pretenderem amamentar. Na enfermaria as jovens sentiam-se expostas e julgadas tanto por profissionais como por outras pacientes. As jovens entendem que o apoio à amamentação deveria ser dado com base numa relação honesta, sendo fornecida uma visão realista do que esperar, salientando que as dificuldades são normais e sugerindo estratégias para as ultrapassar. O elogio e o apoio proativos são considerados essenciais, sendo valorizado que as midwives dispensem tempo com as parturientes, trabalhando em parceria, sem criar stress ou assumindo o control, dando sim, um reforço positivo. Entendem que perante problemas com a amamentação a presença da midwife é tranquilizadora.

Estudo 2

Reviewer: Ferra, Mafalda; Delgado, M. J.

Date:26/10/2016

Author: Enderle, C. F.; Kerber, N. P. C.; Susin, L. R. O.; Gonçalves, B. G.

Year: 2012

Aims/purpose

O estudo procurou conhecer o que as adolescentes entendem como assistência adequada no parto.

Study population and sample size (if applicable)

O presente estudo é um recorte do banco de dados da macropesquisa multicêntrica, que investiga a assistência humanizada ao parto de adolescentes, num total de 269 entrevistas.

Methodology/methods

Estudo de abordagem qualitativa com a seguinte questão de pesquisa: o que você considera como uma assistência ideal, de qualidade, para os momentos que uma gestante passa no centro obstétrico?

Intervention type, comparator and details of these (e.g. duration of the intervention) (if applicable)

O banco de dados é composto por entrevistas semi-estruturadas, realizadas a adolescentes que foram assistidas em trabalho de parto, aos familiares que se encontravam presentes, aos profissionais das instituições, aos gestores e através da consulta dos processos das adolescentes. O presente estudo utiliza apenas as entrevistas com as adolescentes, procurando a regularidade das respostas, de forma a reproduzir o mais fielmente possível a população de adolescentes grávidas, relativamente à problemática abordada.

Duration of the intervention (if applicable)

Entrevistas aplicadas entre Julho de 2008 e Outubro de 2009.

Outcomes and details of these (e.g. how measures) (if applicable)

Foram encontrados três núcleos temáticos: Necessidade de atenção; Necessidade de orientação; Necessidade de respeito.

Key findings that relate to the scoping review question/s.

As adolescentes fragilizadas pela hospitalização não consideram ter tido um

acolhimento adequado com paciência, atenção e carinho, considerando que assim a evolução do TP não está facilitada para nenhum dos envolvidos, reflectindo-se no desfecho do nascimento. Mesmo tratando-se de mães adolescentes, percebe-se o desejo de participar ativamente no seu parto. Deve pois fomentar-se o seu protagonismo no nascimento dos seus filhos. A assistência desejada pelas adolescentes é a aquela em que é considerada a individualidade de cada parturiente, em que se acredita na capacidade de cada mulher conduzir o seu TP com a orientação adequada, com atenção, paciência, carinho e compreensão. A assistência deveria ser menos voltada para o cumprimento de normas e rotinas e alicerçada nas necessidades individuais de cada adolescente.

Estudo 3

Reviewer: Ferra, Mafalda; Delgado, M. J.

Date:26/10/2016

Author: Escobal, A. P.; Meincke, S.; Kerber, M.; Santos, C.; Matos, G

Year: 2016

Aims/purpose

Conhecer as experiências das puérperas adolescentes no processo de parto.

Study population and sample size (if applicable)

Dez mães adolescentes entre os 10 e os 19 anos de idade, tratando-se de um recorte da macropesquisa multicêntrica, que investiga a assistência humanizada ao parto de adolescentes.

Methodology/methods

Abordagem qualitativa com caráter descritivo.

Intervention type, comparator and details of these (e.g. duration of the intervention) (if applicable)

Aplicação de entrevistas com cerca de 30 minutos às 24 horas de experiência puerperal com questões centradas no cuidado recebido pelas puérperas adolescentes e na participação da equipa no processo de parto.

Duration of the intervention (if applicable)

As puérperas tiveram os seus partos no hospital no período compreendido entre Novembro de 2008 e Novembro de 2009.

Outcomes and details of these (e.g. how measures) (if applicable)

Foram obtidos como resultados dois temas: “Percepções das puérperas sobre os cuidados recebidos no centro obstétrico” e “os profissionais de saúde no processo de parto”.

Key findings that relate to the scoping review question/s.

O cuidado é encarado não apenas como o alívio da dor, mas como todas as ações levadas a cabo pela equipa em função do bem-estar da mãe e dos nascimento do seu filho. Gestos como atenção, cuidado e escuta por parte dos profissionais e a presença de um acompanhante são considerados fundamentais. As jovens consideram que tiveram os cuidados adequados quando as suas dúvidas foram esclarecidas, quando eram ouvidas e quando se sentiam sujeitos participativos acerca dos procedimentos a acontecer no seu parto.

A percepção de um cuidado, atenção e assistências adequadas, fez as parturientes sentirem-se seguras e apoiadas, com à vontade para pedir ajuda e questionar a conduta, levando assim as jovens e suas famílias a vivenciarem experiências de parto

mais satisfatórias.

Cuidar neste universo exige uma otimização de conhecimentos que vão além das ações uniformizadas, os profissionais têm de estar preparados para conhecer os desejos e necessidades que a jovem pode ter durante o parto e as parturientes têm de ser conhecedoras dos seus direitos e do seu corpo para se tornarem sujeitos ativos no processo de parir.

Estudo 4

Reviewer: Ferra, Mafalda; Delgado, M. J.

Date:26/10/2016

Author: Enderle, C. ; Kerber, N. P. da C.; Susin, L. R. O.; Mendoza-Sassi, R.;

Year: 2012

Aims/purpose

Avaliar a atenção ao parto na ótica das adolescentes assistidas num hospital universitário.

Study population and sample size (if applicable)

A amostra foi 269 adolescentes, entre 10 e 19 anos.

Methodology/methods

Este foi um estudo derivado de uma pesquisa multicêntrica, de carácter quantitativo, descritivo.

Intervention type, comparator and details of these (e.g. duration of the intervention) (if applicable)

As adolescentes foram submetidas à entrevista individual estruturada acerca das práticas de parto normal, nas primeiras 24 horas após o parto, visando obter as respostas o mais próximo possível da assistência recebida, evitando viés de memória, visando que o depoimento não fosse influenciado pela alegria e emoção do nascimento, ou pelo desgaste sofrido pela paciente.

Duration of the intervention (if applicable)

De julho de 2008 a outubro de 2009.

Outcomes and details of these (e.g. how measures) (if applicable)

Muitas condutas recomendadas pelo Ministério da Saúde para o parto são desconsideradas na instituição em estudo, havendo ainda presença de algumas práticas consideradas prejudiciais pelo Ministério da Saúde, precisando ser revistas de modo a contemplar as diretrizes do Ministério da Saúde.

Key findings that relate to the scoping review question/s.

Na sua maioria as parturientes: Estiveram sem acompanhante, consideraram a sua intimidade/ privacidade respeitadas, não conhecem os seus direitos, não receberam orientações sobre o parto, foram orientadas sobre técnicas de relaxamento mas apenas a 37% foi possibilitada a ida ao duche, foi colocado acesso venoso por rotina, teve restrição hídrica, foi realizada episiotomia, não foi realizado enema, não foi feita tricotomia, foi promovido o contato precoce com o RN, iniciou amamentação na primeira hora de vida, teve um parto vaginal, foram observadas do ponto de vista obstétrico por mais de um observador, consegue identificar os seus cuidadores, recebeu o seu RN ao nascer e considera boa a sua relação com a equipa.

Estudo 5

Reviewer: Ferra, Mafalda; Delgado, M. J.

Date:26/10/2016

Author: Vargas, P.; Vieira, B.; Alves, V.; Rodrigues D.; Leão, D.; Silva, L.;

Year: 2013

<u>Aims/purpose</u> Identificar as percepções das adolescentes em relação à assistência oferecida no momento do seu trabalho de parto e parto; discutir essas percepções relativamente à assistência humanizada no trabalho de parto e parto.
<u>Study population and sample size</u> (if applicable) Quinze adolescentes/puérperas entre os 10 e os 17 anos.
<u>Methodology/methods</u> Pesquisa descritiva, exploratória, de natureza qualitativa.
<u>Intervention type, comparator and details of these</u> (e.g. duration of the intervention) (if applicable) Entrevista semi-estruturada individual e observação livre com anotações em diário de campo.
<u>Duration of the intervention</u> (if applicable) Durante os meses de março a maio de 2012.
<u>Outcomes and details of these</u> (e.g. how measures) (if applicable) Relativamente ao atendimento a maioria das puérperas mostrou satisfação e considerou que quando os profissionais prestam uma assistência adequada o parto se torna menos doloroso e demorado. Aspectos valorizados pelas entrevistadas: Tempo de duração do parto, sofrimento percebido, saúde da mãe e RN e postura dos profissionais de saúde, considerando pertinente que os profissionais sejam atentos, que respondam às questões levantadas e reconheçam as suas necessidades. Consideram que a qualidade do atendimento depende essencialmente da equipa e não tanto da instituição, sendo adequado uma equipa de profissionais de saúde humanizada.
<u>Key findings that relate to the scoping review question/s</u> As adolescentes adotavam o comportamento que achavam que os profissionais consideravam adequado tentando assim obter a assistência que desejavam, apontando como exemplo: não gritar. Parecendo estar enraizado que o profissional é detentor do saber e que o a parturiente não tem o direito de se manifestar. As jovens classificam as informações recebidas como insuficientes, demonstrando falta de diálogo e relacionamento dos profissionais de saúde para com a mulher, desrespeitando assim os seus direitos nas questões sexuais e reprodutivas. As entrevistadas lembram medo e apreensão e posteriormente não sabem relatar como foi o procedimento e o que foi realizado, demonstrando falta de envolvimento da mulher na tomada de decisão. Apesar das adolescentes caracterizarem a assistência de qualidade, verifica-se que não têm conhecimento dos critérios de humanização do parto. A equipa de saúde dispensa atenção à mulher mas mantêm-se a detentora do processo de parto, estagnando o retorno ao empowerment da mulher sobre as questões do seu corpo e neste caso sobre o parto e nascimento. Acompanhante: Apenas foi possível 1 acompanhante do sexo feminino. Alívio da dor: Não foi oferecido o uso da água ou foi negada a sua possibilidade. Ingesta durante o TP: Na maioria não foram oferecidos líquidos às parturientes e quando foram foi apenas a possibilidade de molhar a boca.

Enemas: não são práticas comuns, embora uma entrevistada relate ter feito.

Acesso venoso: A sua utilização foi identificada por algumas gestantes, mas não sabiam o que lhes tinha sido administrado.

Episiotomia: As gestantes nem sempre sabiam se lhes tinha sido realizada episiotomia. Uma das entrevistadas refere que não foi feita episiotomia e sim proteção perineal com laceração.

Salienta-se a importância de uma assistência humanizada, em especial sendo as parturientes adolescentes já que é uma fase só por si conturbada com muitas modificações, assim é importante que os profissionais estejam despertos para estas questões.

Reconhecem-se os constrangimentos em recursos humanos, já que existem poucos enfermeiros em sala de partos.

Anexos

Anexo I

Comprovativo de Apresentação do Poster