



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

**O Enfermeiro Obstetra na aquisição de competências  
parentais da grávida adolescente**

**Sandra Conceição Varela Monteiro**

---

**Lisboa  
2022**



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

**O Enfermeiro Obstetra na aquisição de competências  
parentais da grávida adolescente**

**Sandra Conceição Varela Monteiro**



Orientador: Professora Doutora Maria Helena de Carvalho Valente  
Presado



**Lisboa  
2022**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

*“Develop a passion for learning. If you do,  
you will never cease to grow.”*

*Anthony J. D'Angelo*

## Agradecimentos

Dirijo o meu sincero agradecimento:

À professora Helena Presado, pela dedicação, motivação e disponibilidade demonstrada durante o percurso académico e, principalmente pela orientação do presente relatório.

Ao meu marido e filho, Bruno e Duarte, que foram os meus pilares nos momentos mais difíceis, pelo amor e apoio incondicional e pela compreensão da minha ausência durante este percurso.

Aos meus pais pela motivação e todo o apoio demonstrado.

Aos meus amigos pela força e palavras de incentivo.

Às professoras da ESEL, pelo contributo essencial para o meu desenvolvimento profissional.

Aos orientadores de estágio, pela paciência, disponibilidade e enriquecimento da minha aprendizagem.

Aos meus colegas de turma pela convivência e partilha de experiências que tiveram impacto durante este percurso.

Às adolescentes que deram o seu contributo para a concretização deste relatório.

Muito grata!

## Resumo

O relatório de estágio descreve o processo de aprendizagem no desenvolvimento de competências comuns e específicas de enfermeiro especialista com a finalidade de adquirir o grau de mestre em enfermagem de saúde materna e obstétrica.

Os contextos clínicos de aprendizagem em cuidados de saúde primários e nos serviços de medicina materno-fetal, ginecologia, puerpério, neonatologia e bloco de partos permitiram o desenvolvimento de competências técnicas e científicas para a prestação de cuidados especializados no âmbito da saúde da mulher ao longo do ciclo reprodutivo.

A temática deste relatório centra-se na aquisição de competências da grávida adolescente. A teoria de médio alcance de Meleis, o quadro de referência escolhido para fundamentar os cuidados de enfermagem, orienta o enfermeiro no processo de transição da grávida adolescente, permitindo planejar intervenções e contribuir para uma transição saudável e positiva.

Privilegiámos uma prática reflexiva e baseada na evidência. Realizámos a *scoping review* de acordo com a Joanna Briggs Institute, nas bases de dados MedLine, CINAHL e PubMed com a questão de pesquisa “Qual o contributo do enfermeiro obstetra na aquisição de competências parentais da grávida adolescente durante a transição para a parentalidade?”. Foi realizado um estudo descritivo e exploratório de abordagem qualitativa com entrevistas a 7 grávidas adolescentes institucionalizadas.

De acordo com o relato das suas experiências, de um modo geral, as adolescentes referem medo e insegurança. Estão satisfeitas com o acompanhamento do enfermeiro obstetra durante a gravidez e o contributo é positivo para a aquisição de competências parentais, no entanto, revelam falta de apoio no pós-parto evidenciando o apoio das técnicas da instituição

Concluimos que importa fomentar o trabalho interinstitucional onde o enfermeiro obstetra integre a equipa e intervenha de forma eficiente no acompanhamento da grávida adolescente institucionalizada.

**Palavras-chave:** Grávida adolescente, enfermeiro obstetra, transição para a parentalidade, competências parentais

## **Abstract**

This report describes the learning process in midwife skills development to acquire a master's degree in Midwifery.

Primary health care, maternal-fetal medicine, gynecology, puerperium, neonatology, and the delivery room were the clinical contexts that allowed the development of technical and scientific skills for the provision of specialized care in the field of women's health.

The theme of this report focuses on acquisition of skills of pregnant adolescent. Meleis' mid-range theory, the frame of reference chosen to support the nursing care, guides nurses during the transition process of pregnant adolescents, allowing them plan interventions and contribute to a healthy and positive transition.

A reflective and evidence-based practice was the process basis. We performed the scoping review according to the Joanna Briggs Institute, in MedLine, CINAHL and PubMed databases with the research question "What is the contribution of the obstetric nurse in parenting skills acquisition of pregnant adolescent during transition to parenthood?". An exploratory descriptive study with qualitative approach was carried out with 7 institutionalized pregnant adolescents interviewed.

According to their experience's description, in general, the adolescents report fear and insecurity. They are satisfied with the obstetric nurse attendance during pregnancy and the contribution is positive for parenting skills acquisition, however, they reveal a lack of support in the postpartum period, underling the support provided by institution's team.

We conclude that it is important to encourage interinstitutional work where the obstetric nurse is involved in multidisciplinary team to support efficiently institutionalized pregnant adolescents.

**Keywords:** Pregnant adolescent, obstetric nurse, transition to parenthood, parental skills

# Índice

INTRODUÇÃO .....	11
PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	13
1.1. Gravidez na adolescência .....	13
1.2. Institucionalização e a vulnerabilidade acrescida da grávida adolescente .....	15
1.3. O enfermeiro obstetra no processo de transição para a parentalidade à luz da Teoria das Transições de Afaf Meleis .....	17
PARTE II - METODOLOGIA E PROCESSOS DE TRABALHO .....	24
2.1. O enfermeiro obstetra na aquisição de competências parentais da grávida adolescente: scoping review .....	24
2.2. Estudo empírico: contributo do enfermeiro obstetra na aquisição de competências parentais da grávida adolescente.....	25
2.3. Desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista e de mestre .....	30
2.4. Considerações éticas .....	32
PARTE III - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS.....	35
3.1. Scoping review: O enfermeiro obstetra na aquisição de competências parentais da grávida adolescente .....	35
3.2. Contributo do enfermeiro obstetra na aquisição de competências parentais da grávida adolescente.....	35
3.3. Da evidência científica à prática de cuidados: desenvolvimento de competências específicas de Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica .....	43
3.3.1. Cuida a mulher no âmbito do planeamento familiar, período preconcecional e período pré-natal .....	43
3.3.2. Cuida a mulher durante o trabalho de parto .....	49
3.3.3. Cuida a mulher o período pós-natal.....	60
3.3.4. Cuida a mulher a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica.....	62

4. LIMITAÇÕES DO ESTUDO/PROCESSO DE APRENDIZAGEM.....	65
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	66
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	68

## APÊNDICES

APÊNDICE I - Scoping Review

APÊNDICE II - Termos de pesquisa

APÊNDICE III - Tabelas de análise e extração de dados: Scoping Review

APÊNDICE IV - Guião de entrevista

APÊNDICE V - Análise de Conteúdo das Entrevistas

APÊNDICE VI - Consentimento informado livre e esclarecido

APÊNDICE VII - Folheto informativo - Autoexame da mama

APÊNDICE VIII - Folheto informativo - Administração de imunoglobulina anti-D

APÊNDICE IX - Folheto informativo - Cuidados no pós-parto

APÊNDICE X - Folheto informativo - Alterações emocionais no pós-parto

APÊNDICE XI - Apresentação da Scoping Review

## ANEXOS

ANEXO I - Síntese de Registo de Atividades Práticas

## **Índice de Tabelas**

Tabela 1 - Taxa de fecundidade na adolescência (‰) por Local de residência (NUTS - 2013); Anual - INE, Indicadores demográficos.....	15
Tabela 2 - Categorias e Subcategorias Temáticas .....	30

## **Índice de Figuras**

Figura 1 - Teoria de Médio Alcance de Afaf Meleis aplicada à temática do estudo ..	18
--	----

## **Índice de gráficos**

Gráfico 1 - Faixa etária das adolescentes .....	36
Gráfico 2 - Historial familiar de gravidez na adolescência.....	38

## **Lista de Siglas e Abreviaturas**

**ACOG** - American Congress of Obstetricians and Gynecologists

**bpm** - Batimentos por minuto

**CIPE** - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

**CMESMO** - Curso de Mestrado de Saúde Materna e Obstetrícia.

**CTG** - Cardiotocografia

**DIU** - Dispositivo intrauterino

**EESMO** - Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica

**ESEL** - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

**FCF** - Frequência cardíaca fetal

**HPP** - Hemorragia pós-parto

**ICM** - International Confederation of Midwives

**INE** - Instituto Nacional de Estatística

**IPSS** - Instituição Particular de Solidariedade Social

**IVG** - Interrupção voluntária da gravidez

**OE** - Ordem dos Enfermeiros

**OMS** - Organização Mundial de Saúde

**PF** - Planeamento familiar

**RCF** - Restrição crescimento fetal

**REPE** - Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

**RN** - Recém-nascido(s)

**SM** - Saúde Materna

**SUOG** - Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica

**TP** - Trabalho de parto

**UC** - Unidade Curricular

## INTRODUÇÃO

O presente relatório foi elaborado no âmbito da unidade curricular (UC) Estágio com relatório inserida no 2º ano do 12º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (CMESMO). Esta UC decorreu de 11 de Outubro de 2021 a 29 de Julho de 2022, e teve como finalidade a aquisição de conhecimentos essenciais para o desenvolvimento de competências técnicas, científicas, relacionais, comunicacionais e éticas que possibilitam uma prestação de cuidados de enfermagem especializados em Saúde Materna e Obstétrica.

A prática clínica assente nos padrões de qualidade para a prática de enfermagem, nas competências comuns e específicas descritas pela ordem dos enfermeiros (OE), assim como, nas competências descritas pelo International Confederation of Midwives (ICM) permitiram desenvolver as competências de aprendizagem, de modo a promover a saúde e as transições saudáveis no âmbito da saúde ginecológica, sexual e reprodutiva.

Com o intuito de potenciar uma prática de enfermagem avançada, um pensamento reflexivo e crítico e a mobilização da evidência científica para a tomada de decisão na prestação de cuidados, delinear-se-iam como objetivos:

- Desenvolver competências Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica, para cuidar a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e período preconcecional; no período pré-natal; durante o trabalho de parto e parto; no período pós-natal; durante o climatério ou a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica;
- Desenvolver competências relacionadas com o contributo do enfermeiro obstetra na aquisição de competências parentais da grávida adolescente.

De modo a concretizar os objetivos propostos para concluir a UC, definiu-se como objetivos para a concretização deste relatório de estágio:

- Descrever processo de aprendizagem que permitiu o desenvolvimento de competências comuns e específicas de enfermeiro especialista e competências gerais para obtenção do grau de mestre.

Tendo em consideração as competências específicas de Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstétrica (EESMO) e do seu papel durante o processo de aquisição de competências parentais, surgiu a temática que intitula o presente relatório. O interesse pelas grávidas adolescentes emerge pelo escasso

conhecimento sobre o impacto da gravidez e pós-parto nesta faixa etária tão vulnerável e o papel do EESMO na aquisição de competências parentais. No meu ponto de vista, torna-se essencial que o EESMO tenha a perceção das necessidades individuais para intervir de forma eficiente junto das grávidas adolescentes, facilitando o processo de transição para a parentalidade.

Importa ainda referir que ao longo do relatório será encontrada a nomenclatura enfermeiro obstetra (*obstetric nurse*), por ser o descritor de ciências da saúde que melhor traduz o EESMO em Portugal.

Neste sentido, para dar resposta à questão de partida: “Qual o contributo do enfermeiro obstetra na aquisição de competências parentais da grávida adolescente durante a transição para a parentalidade?”, pretende-se conhecer o contributo do enfermeiro obstetra na aquisição de competências parentais da grávida adolescente através do relato das suas experiências; Identificar as necessidades da grávida adolescente na gravidez e no pós-parto; Identificar sentimentos da grávida adolescente em relação ao processo de transição para a parentalidade e averiguar a segurança/confiança no desempenho do papel parental. A teoria das transições de Afaf Meleis foi o modelo teórico selecionado pela sua aplicabilidade, uma vez que a grávida adolescente passa simultaneamente diversas transições.

O presente relatório está organizado por capítulos, no primeiro capítulo é realizado um enquadramento teórico sobre a temática, no segundo capítulo é descrita a metodologia utilizada para a scoping review, para o estudo empírico e para o desenvolvimento de competências ao longo do CMESMO; no terceiro capítulo são apresentados e analisados os resultados da scoping review, do estudo empírico, assim como, a descrição e reflexão crítica de atividades desenvolvidas ao longo dos contextos clínicos, que permitiram a aquisição e aprofundamento de conhecimentos essenciais para o desenvolvimento de competências de EESMO, tendo em consideração a evidência científica atual e pertinente. Por último, são apresentadas as limitações inerentes ao processo de aprendizagem, as considerações finais e as referências bibliográficas. São ainda apresentados apêndices e anexos que serviram de suporte à construção do relatório de estágio.

O relatório de estágio foi elaborado de acordo com o guia orientador para elaboração de trabalhos escritos da ESEL (2020) e as citações/referências bibliográficas, segundo as normas da *American Psychological Association* (APA) - 7ª edição (2020).

## **PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

No presente capítulo será realizada uma contextualização teórica sobre a temática em estudo, através de uma breve abordagem sobre a gravidez durante a adolescência e a sua vulnerabilidade e a institucionalização, muitas vezes associada a estas adolescentes. O modelo teórico de enfermagem selecionado foi a teoria das transições de Afaf Meleis por se adequar ao tema, visto que a adolescente passa, por processos de transição, simultaneamente: a transição para a vida adulta, para a parentalidade, e por uma nova definição de papéis consequente do nascimento de um filho.

Por fim, são realçados a importância e o contributo do EESMO durante estes processos de transição, pretendendo demonstrar o impacto que poderá ter ou não na vida destas adolescentes.

### **1.1. Gravidez na adolescência**

A palavra adolescência deriva do latim “adolescere” que significa crescer. Não existe um consenso quanto à definição de adolescência, uma vez que se verifica uma ligeira discrepância de idades consideradas pelos autores.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde<sup>1</sup> (OMS) a adolescência define-se como o período da vida do indivíduo compreendido entre os 10 e os 19 anos, que se estende da puberdade à maturidade sexual e reprodutiva, período em quem a criança se desenvolve e torna-se um adulto. É um período caracterizado pelas mais variadas transformações físicas, psíquicas, afetivas, intelectuais e sociais, em que o indivíduo percebe as diferentes alterações do seu corpo podendo passar por um período de desorganização intelectual.

A OMS (2009) entende, ainda, que a adolescência se divide em três fases: adolescência precoce (10-13 anos), adolescência média (14-16 anos) e adolescência tardia (17-19 anos). Fases descritas por diferentes características que podem variar de indivíduo para indivíduo, ou até mesmo ser culturalmente influenciadas.

A adolescência é caracterizada pela transição para a vida adulta, que se inicia com a puberdade e culmina com a sua independência, na qual se verifica a consolidação da própria identidade, a estruturação da independência psicológica e emocional, a aquisição de direitos e responsabilidades que irá permitir uma maior

---

<sup>1</sup> [https://www.who.int/health-topics/adolescent-health/#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/adolescent-health/#tab=tab_1)

autonomia e o desempenho de papéis enquanto sujeito individual, profissional, membro de uma sociedade, de uma família (Carmona, 2018).

Sendo uma fase da vida caracterizada por diversas modificações que torna o indivíduo vulnerável, quando associado a uma gravidez precoce, essa vulnerabilidade aumenta significativamente. A adolescente encara duas transições desafiantes ao mesmo tempo, a transição para a vida adulta e a transição para a maternidade, que requerem uma grande preparação e capacidade de adaptação. A adolescente, ainda com uma imaturidade desenvolvimental, vê-se obrigada a desenvolver a sua capacidade cognitiva, emocional e social e a sua identidade para o desempenho de funções da maternidade, quando devia estar a fazê-lo, gradualmente, durante a fase da sua adolescência (Figueiredo, 2001).

De acordo com Figueiredo et al., (2006), segundo estudos conduzidos em Portugal, a gravidez na adolescência ocorre em famílias desfavorecidas do ponto de vista social, económico, pessoal e cultural e, normalmente, está associada a adolescentes com problemas emocionais, de baixa autoestima, ausência de figuras significativas de vinculação ou que sofreram abusos sexuais.

Embora a taxa de fertilidade na adolescência, tenha vindo a baixar consideravelmente nos últimos 20 anos, a OMS (2020) considera que a gravidez na adolescência é um problema global, no entanto, com uma maior incidência em países em desenvolvimento, caracterizados pela pobreza, baixos níveis de escolaridade e com poucas oportunidades de emprego. Segundo dados revelados pela OMS (2020), cerca de 21 milhões de adolescentes engravida entre os 15 e os 19 anos, e 777 mil fica grávida antes dos 15 anos.

De acordo com dados do Instituto Nacional de Estatística (INE) em Portugal, a taxa de fecundidade tem vindo a diminuir consideravelmente na última década (tabela 1), dados do último ano registado (2020) mostram que em cada 1000 adolescentes ocorreram 6 nascimentos, valor considerado ainda alto para os dias de hoje, em que a divulgação de informação e o acesso à educação para a saúde sexual se encontram cada vez mais presentes. No entanto, a aprovação da lei para interrupção voluntária da gravidez em 2007, poderá distorcer a diminuição da taxa que tem sido verificada desde então.

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

Última atualização destes dados: 31 de maio de 2021

Tabela 1 - Taxa de fecundidade na adolescência (‰) por Local de residência (NUTS - 2013); Anual - INE, Indicadores demográficos<sup>2</sup>

Apesar de se verificar que em Portugal grande percentagem das gravidezes ocorre em adolescentes, acidentalmente, com pouca escolaridade, vindas de famílias disfuncionais com instabilidade económica, que muitas vezes não têm acesso à informação (Oliveira, 2017), importa referir que outras são mesmo planeadas, seja por uma questão de anseio da adolescente em tornar-se adulta, seja por questões étnicas/culturais. Por uma questão cultural, adolescentes pertencentes a minorias étnicas planeiam uma gravidez, encarando a mesma como passagem para a vida adulta. Adolescentes casam-se antes de atingirem a maioridade e acabam por planear a gravidez para constituição de família, muitas vezes sob pressão da comunidade. O fato de serem mães leva a que sejam culturalmente valorizadas e aceites como mulheres (Carmona, 2018).

A gravidez precoce na adolescência diminui, consideravelmente, todas as oportunidades características desta fase do ciclo vital. Muitas adolescentes acabam por abandonar os estudos para ingressar no mercado de trabalho, perdendo o contacto com os pares, enquanto lidam com transformações físicas e sociais inerentes à gravidez.

Pereira e Vilaça (2016) afirmam que ser mãe adolescente acarreta uma série de desafios que envolvem dúvidas, ansiedades e frustrações que culminam numa sobrecarga emocional. Em suma, a gravidez precoce é um obstáculo para o desenvolvimento normal de uma adolescente, com repercussões no seu presente e futuro.

## 1.2. Institucionalização e a vulnerabilidade acrescida da grávida adolescente

A gravidez na adolescência é considerada um problema de saúde pública, na medida em que, acarreta consequências físicas, psicológicas, educacionais e

<sup>2</sup> [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_indicadores&indOcorrCod=0008275&contexto=bd&selTab=tab2&xlang=pt](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0008275&contexto=bd&selTab=tab2&xlang=pt)

socioeconómicas. A gravidez na adolescência está muitas vezes associada a jovens que vivem em situações desfavorecidas do ponto de vista social e económico, com baixos níveis educacionais, inseridas em famílias disfuncionais e problemáticas (Figueiredo et al., 2006), fatores de risco que aumentam consideravelmente a vulnerabilidade característica desta faixa etária.

Embora Carmo e Guizardi (2018) considerem ainda existir uma imprecisão do conceito de vulnerabilidade, compreende-se por este termo, a pessoa ou grupo social frágil que pode estar em risco ou exposto a potenciais danos e que necessita de ajuda.

Na maioria dos casos, a inexistência de uma rede de apoio familiar, associada a fatores enumerados anteriormente, conduz a grávida adolescente necessitar de uma intervenção psicossocial que auxilie no desenvolvimento de competências pessoais e parentais essenciais para o desempenho do papel de mãe.

Em Portugal, desde Janeiro de 2001, está em vigor a Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo, através da qual são promovidos os “direitos e a protecção das crianças e dos jovens em perigo, por forma a garantir o seu bem-estar e desenvolvimento integral”, permitindo ao Estado proteger os menores de idade e salvaguardar os seus direitos. Muitas vezes, existe a necessidade de acolhimento em instituições que visam proporcionar condições de apoio e de acompanhamento. Este acolhimento é uma medida de proteção descrita no artigo 49.º, ponto 1) e 2) do Decreto-Lei n.º 147/99 de 1 de Setembro, com versão atualizada no Decreto-Lei n.º 26/2018 de 05 de Julho que define “O acolhimento residencial tem como finalidade contribuir para a criação de condições que garantam a adequada satisfação de necessidades físicas, psíquicas, emocionais e sociais das crianças e jovens e o efetivo exercício dos seus direitos”.

Neste sentido, de modo a proteger a mulher grávida ou puérpera com filhos recém-nascidos, existe a resposta social Centro de Apoio à Vida (CAV) desenvolvida por Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), criada e regida pelo Decreto-Lei nº 32/2002 de 20 de Dezembro e pela Portaria 446/2004 de 30 de Abril com o intuito de proporcionar apoio e acompanhamento a mulheres em risco emocional ou social.

Esta resposta social pretende por um lado, intervir na inclusão social de jovens e mulheres grávidas/ puérperas em situação de vulnerabilidade e, por outro, promover e proteger crianças e jovens em risco ou perigo eminente (Álvares & Merlini, 2014). Deste modo, os CAV assumem extrema importância em situações de maior

vulnerabilidade permitindo atender, acompanhar e acolher a grávida/mãe adolescente promovendo a aquisição ou o reforço de competências pessoais, sociais e profissionais, assim como, a sua responsabilidade e autonomia parental.

Patrício et al. (2016) no seu estudo, concluíram que as relações sociais estabelecidas entre o jovem e a instituição têm uma grande influência no seu desenvolvimento pessoal, o que leva a acreditar que uma relação harmoniosa entre a grávida/mãe adolescente e os profissionais institucionais terá um impacto positivo. Neste âmbito, faz todo o sentido a afirmação de Carvalho (2018) quando refere que o apoio social concedido por redes secundárias, é fundamental durante a gravidez, na proteção da grávida e da criança nascida, evitando comportamentos de risco e facilitando a transição para a parentalidade.

Não obstante, o estudo conduzido por Álvares e Merlini (2014) que teve como objetivo avaliar a intervenção das variadas respostas sociais na qualificação e inserção profissional de grávidas e mães adolescentes em situação de risco, permitiu deduzir que muitas vezes, os recursos pessoais e relacionais são escassos, conduzindo a uma vulnerabilidade social.

O número reduzido e a alteração frequente de funcionários destas instituições, a falta de profissionais com conhecimento das especificidades da adolescência, coloca muitas vezes em causa o sucesso desta intervenção social, especificamente dirigida à grávida ou puérpera, dificultando o processo de aquisição de competências parentais da adolescente.

### **1.3. O enfermeiro obstetra no processo de transição para a parentalidade à luz da Teoria das Transições de Afaf Meleis**

Transição é definida por Schumacher e Meleis (2010) como a mudança significativa de estado, condição ou lugar, originado por eventos críticos e mudanças no indivíduo ou ambiente que requer um processo psicológico de adaptação. Para os autores, essas mudanças irão influenciar o seu comportamento e a perceção de si mesmo.

Tendo em consideração o processo de transição e após a análise de vários estudos, Afaf Meleis desenvolveu a teoria de médio alcance na qual é identificada a natureza da transição (tipo, padrões e propriedades), as condições da transição (que poderão ser facilitadoras ou inibidoras), os padrões de resposta (indicadores de processo e de resultado) e as intervenções de enfermagem que poderão ser

desencadeadas ao longo de todo o processo. O esquema adaptado e traduzido de Meleis et al. (2010)<sup>4</sup> sintetiza a teoria de médio alcance. Neste sentido, parece pertinente relacionar a teoria de médio alcance de Meleis, tendo por base as adolescentes grávidas e as respetivas transições.

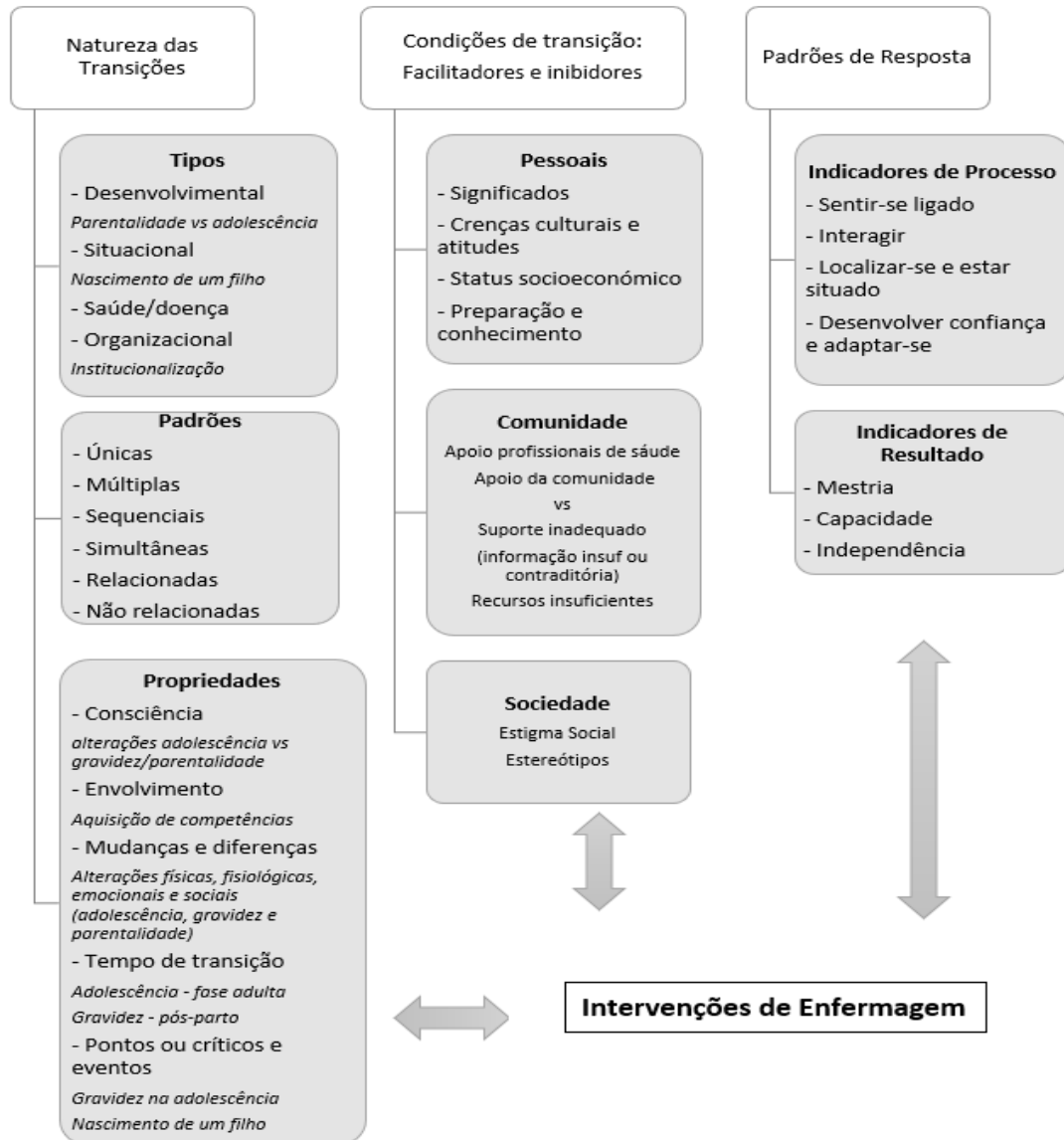


Figura 1 - Teoria de Médio Alcance de Afaf Meleis aplicada à temática do estudo

Quando se refere à natureza das transições, esta caracteriza-se quanto ao tipo, padrão e propriedade. Quanto ao tipo, as transições podem ser desenvolvimentais, relacionadas com mudanças durante o ciclo de vida em que se assiste a uma grande variedade de eventos; Situacionais, associadas à adição ou subtração de pessoas no

<sup>4</sup> Adaptado e traduzido de Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Messias, D. & Schumacher, K. (2010). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. In A. I. Meleis (Ed.) *Transitions theory: Transitions theory middle range and situation-specific theories in nursing research and practice*. (pp.56) Springer Publishing Company.

meio, requerendo a definição ou redefinição de papéis; Saúde/doença, relacionada com a mudança radical de saúde para doença; e organizacionais, precipitadas por alterações a nível social, político, económico, ou alterações na estrutura e dinâmica organizacional.

No que diz respeito aos padrões, o indivíduo pode passar por uma única ou múltiplas transições que poderão ocorrer ou não em simultâneo. Aplicando a teoria às grávidas adolescentes, estas experienciam transições desenvolvimental, situacional e organizacional em simultâneo e estão relacionadas entre si: Transição desenvolvimental, na medida em que vivencia alterações inerentes à gravidez e preparação para a parentalidade, e ao mesmo tempo alterações relacionadas com a própria adolescência. Transição situacional, associada ao nascimento de um filho e à definição de novos papéis. E por último, no caso de necessidade institucionalização, obriga a adolescente a adaptar-se a uma nova realidade, diferente daquela em que vivia em ambiente familiar, levando-a a vivenciar uma transição organizacional.

Quanto às propriedades definidas pela mesma autora, destaca-se a consciência, o envolvimento, as mudanças e diferenças, o tempo de transição e os pontos ou eventos críticos. A consciência associa-se à percepção e conhecimento que a grávida adolescente tem sobre o seu processo de transição, que terá influência direta no desenrolar do mesmo. Por sua vez, o envolvimento da grávida adolescente está diretamente ligado à sua consciência que, segundo Meleis et al. (2010), não acontecerá se esta não estiver consciente das alterações físicas, emocionais, sociais ou ambientais envolventes, o que terá influência na aquisição de competências. No que diz respeito às mudanças e diferenças a gravidez durante a fase da adolescência resulta numa abrupta mudança no complexo desenvolvimento pelo qual a jovem está a passar. Observam-se alterações nas relações com os pares e família, nas rotinas, obrigando-a uma redefinição de papéis e até mesmo de identidade, para facilitar a adaptação à nova situação. O tempo de transição diz respeito ao período que se estende desde os primeiros sinais de demonstração de mudança até ao momento em que se atinge novamente a estabilidade (Meleis et al., 2010). Conseguir definir o tempo em que ocorre a transição para a vida adulta nas grávidas adolescentes é indefinido, dependerá de múltiplos fatores. Por último, para Meleis os pontos ou eventos críticos são os acontecimentos que aumentam a consciencialização da mudança e identifica-se com um momento marcante da vida. A gravidez na adolescência é o evento crítico que acontece durante a fase de transição para a vida

adulta, ao passo que o nascimento de um filho, é o evento crítico da transição para a parentalidade. Como se pode concluir, as propriedades não são exclusivas, relacionam-se num “processo complexo e dinâmico” (Costa, 2016).

Para uma transição positiva e saudável, Meleis enumera condições pessoais, sociais e da comunidade que podem facilitar ou dificultar esse processo.

Nas condições pessoais, a autora engloba os significados, as crenças culturais e religiosas, o status económico e a preparação e conhecimento. Relativamente ao significado ao evento que origina a transição, dando exemplos concretos, Meleis et al. (2010) referem que o indivíduo que atribui um significado positivo ou neutro durante uma transição, poderá facilitar o processo. No que respeita a crenças culturais e religiosas, o indivíduo poderá vivenciar a transição de forma isolada, o que terá um impacto negativo durante a transição. O nível económico também poderá ser impactante durante a transição. Vários estudos demonstram que população com baixo nível socioeconómico são mais propícios a enfrentar problemas psicológicos durante o processo de transição (Meleis et al., 2010). Por último, a preparação e conhecimento adquirido durante o processo irá facilitar a experiência de transição.

A comunidade poderá, também, ter um impacto positivo de modo a facilitar o processo de transição da grávida adolescente, evidencia-se o suporte de profissionais de saúde e da comunidade onde esta se insere. Por outro lado, um suporte inadequado com informação insuficiente e contraditória, ou até mesmo, a insuficiência de recursos, são condicionantes para o processo de transição. Por fim, o estigma social e os estereótipos por ela gerados, não facilitam o decurso da transição.

Por último, no que concerne aos padrões de resposta ao processo de transição, Meleis et al. (2010) referem-se aos indicadores de processo e resultado.

Os indicadores de processo na conceção de Meleis et al. (2010) incluem: o estar conectado, a importância da grávida adolescente manter ligação com a família, grupo de pares ou profissionais de saúde; a interação, por exemplo, com profissionais de saúde que irá permitir o esclarecimento de dúvidas e desenvolvimento de estratégias facilitadoras para o processo, num contexto de cuidado e autocuidado; a localização, também poderá ser decisiva para uma transição saudável e a confiança, que através do conhecimento e compreensão dos pontos críticos, vai aumentando de nível de forma gradual durante toda a trajetória da transição.

Os indicadores de resultado incluem a mestria, quando a grávida adolescente domina as competências adquiridas durante a transição, adquirindo autoconfiança,

conhecimento e habilidade cognitiva para a tomada de decisão. Desta forma, assume-se estar concluída a transição, tornando-a independente.

Em suma, os indicadores de processo avaliam a capacidade e as competências desenvolvidas, enquanto os indicadores de resultado, demonstram que o indivíduo se sente capaz e independente no desempenho do novo papel, o que indica que o processo de transição foi bem sucedido.

Embora desafiadora qualquer transição deve ser encarada como algo positivo, uma vez que se alcança uma maior estabilidade relativamente ao estadio anterior, tendo uma oportunidade de crescimento, desenvolvimento, amadurecimento e de *empowerment* (Schumacher e Meleis, 2010).

A teoria de médio alcance de Meleis orienta o enfermeiro a aprofundar conceitos inerentes à transição da grávida adolescente, que o permite planear intervenções de forma individual, contribuindo para uma transição saudável e positiva.

Ao longo do ciclo vital o indivíduo enfrenta as mais variadas mudanças que desencadeiam alterações a nível pessoal, familiar e social. O nascimento de um filho representa uma grande mudança na vida dos pais. Uma nova realidade que implica adaptação e ajustes que poderão ser encarados de forma positiva ou negativa, dependendo se o casal está preparado ou não para "(...) responder às necessidades físicas, afetivas e psíquicas do(s) seu(s) filhos(s)". (Bayle, 2005, p.318)

A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) define a parentalidade como: "ação de tomar conta com as características específicas: assumir as responsabilidades de ser mãe e/ou pai; comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e o desenvolvimento das crianças (...)" (ICN, 2015)

A parentalidade envolve um conjunto de responsabilidades, como tal, a aprendizagem parental torna-se fulcral para que os futuros pais adquiram novas competências que permitam uma redefinição de papéis.

Para que a transição ocorra de uma forma saudável, Meleis defende que existem condições que poderão facilitar ou dificultar essa mesma transição. A autora considera que a transição poderá ser influenciada pelo significado que o indivíduo atribui a um certo evento, pelas crenças e modos culturais, pelo estatuto socioeconómico, assim como a preparação e conhecimento prévio que, certamente, irão simplificar o processo de transição, como descrito no subcapítulo anterior.

Schumacher e Meleis (2010), afirmam que o enfermeiro possui competências para atuar junto de pessoas ao longo do processo de transição, sendo a educação essencial para estabelecer ótimas condições para a preparação para a transição. O enfermeiro antecipa, avalia, diagnostica, lida e ajuda a lidar com as mudanças (Meleis, 2010), com o objetivo de promover a autonomia e o bem-estar.

O processo de transição para a parentalidade, como processo complexo que é, pode levar à manifestação de sentimentos de insegurança, dificuldade, incapacidade, tensão emocional e ansiedade.

A gravidez por si só é considerada um período de vulnerabilidade pelo qual a mulher passa. Quando se fala de uma gravidez na adolescência, essa vulnerabilidade aumenta, não só pela necessidade de uma vigilância acrescida por parte de profissionais de saúde, como pelo estigma social que leva muitas vezes à discriminação. Como tal, os profissionais de saúde devem promover uma política de inclusão de pais adolescentes, rejeitando qualquer tipo de discriminação.

O enfermeiro, e em particular o EESMO tem a capacidade de intervir junto da adolescente grávida de modo que esta encontre um ponto de equilíbrio durante as transições que está a vivenciar. A intervenção de enfermagem permite a transmissão de conhecimento para lidar melhor com a transição através da aprendizagem e consequente, aquisição de novas competências (Schumacher e Meleis, 2010), possibilitando uma transição saudável.

O EESMO assume um papel crucial no que diz respeito à promoção da saúde, na preparação de grávidas adolescentes no processo de transição para a parentalidade desde o período pre-concepcional ao puerpério tardio. A intervenção do EESMO tem como objetivo colaborar na aquisição de competências, devendo proporcionar conhecimento e *empowerment* à grávida adolescente para que esta sinta confiança e plena capacidade para passar por este processo, para uma nova realidade, que é a parentalidade. Deste modo, é essencial que o enfermeiro identifique necessidades e adote estratégias de intervenção para que as adolescentes desempenhem o seu papel e ao mesmo tempo, garantir as melhores condições para o desempenho das suas funções.

Tendo em consideração o parecer nº3/2010 da OE referente às competências do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica e do enfermeiro de cuidados gerais no âmbito da saúde sexual e reprodutiva, o EESMO "(...) promove o auto-cuidado na assistência à adolescente e à mulher antes, durante

e após a gravidez, efetuando a supervisão, o aconselhamento e os cuidados necessários, mas também assumindo a responsabilidade (...) dos cuidados ao recém-nascido, até ao 28º dia de vida (...)” (OE, 2010).

Reforçando a ideia e dando realce à responsabilidade relacionada com a temática, a Lei n.º 9/2009, art.º 39º, ponto 2 refere que o EESMO estará habilitado a informar e aconselhar no âmbito de planeamento familiar, vigiar a gravidez de baixo risco, planear programas de preparação para o parto e parentalidade, assim como, cuidar da parturiente, puérpera e recém-nascido de modo a assegurar as melhores condições de evolução.

A prestação de cuidados da grávida adolescente é muito semelhante à de uma grávida na fase adulta, no entanto, a adolescente demonstra ter necessidades acrescidas pela sua imaturidade. Durante a gravidez e nos pós-parto tem se verificado que as grávidas adolescentes necessitam de uma maior vigilância por parte dos profissionais de saúde, assim como, uma educação intensiva desde a gravidez ao pós-parto para aquisição de competências parentais. Comparando com a mulher adulta, a adolescente tem menos experiência de vida o que a torna mais vulnerável às mudanças relacionadas com o nascimento de um filho.

Torna-se essencial que o cuidar do EESMO dote a adolescente de informação e empoderamento para que esta sinta segurança e confiança facilitando, assim, a sua aprendizagem. O EESMO é o principal interveniente junto das grávidas quando se trata da preparação para a parentalidade. É imprescindível que o EESMO tenha a perceção das necessidades individuais para que possa intervir de forma eficiente junto das grávidas adolescentes, facilitando o processo de transição para a parentalidade.

## **PARTE II - METODOLOGIA E PROCESSOS DE TRABALHO**

A investigação tem-se evidenciado nos últimos anos como pilar da disciplina de enfermagem. De acordo com o International Council of Nurses - ICN (2012), “A investigação em Enfermagem aplica a abordagem científica num esforço para adquirir conhecimentos, responder a questões ou resolver problemas”. Através dela procura-se a melhor evidência, gere-se conhecimento e conseqüentemente, garante-se maior qualidade na prestação de cuidados.

Para Vilelas (2017, p.159) “Realizar uma investigação significa levar para a prática os postulados gerais do método científico, planificando uma série de atividades sucessivas e organizadas onde se encontram as fases a efetuar e as técnicas a utilizar para a recolha e análise de dados.”. Fortin (2009, p. 214) considera crucial desenhar um plano de trabalho que define “ (...) como o conjunto de decisões a tomar para pôr de pé uma estrutura, que permita explorar empiricamente as questões de investigação (...) e “(...) guia o investigador na planificação e na realização do seu estudo de maneira que os objetivos sejam atingidos.”.

No presente capítulo é apresentada a scoping review realizada, assim como, todo o processo metodológico inerente ao estudo realizado, no qual é descrito o tipo de estudo, as participantes do estudo, o instrumento de colheita de dados e o tratamento e análise de dados.

É ainda, realizada uma breve descrição de todo o processo que permitiu o desenvolvimento de competências ao longo destes dois anos de Mestrado. E por último, apresentadas as considerações e procedimentos éticos tidos em consideração ao longo de todo o processo de aprendizagem.

### **2.1. O enfermeiro obstetra na aquisição de competências parentais da grávida adolescente: scoping review**

A revisão da literatura constitui um alicerce ao conhecimento científico da profissão de enfermagem, o que permite uma prática de cuidados de forma atualizada e baseada na evidência. Neste sentido, de modo a perceber a evidência científica existente acerca do contributo do enfermeiro obstetra na aquisição de competências parentais da grávida adolescente, foi realizada uma scoping review. A scoping review é utilizada com o objetivo de mapear e sintetizar evidência científica existente de uma

determinada área de pesquisa, identificar lacunas na evidência, mapear conceitos chave, assim como, esclarecer limites conceituais (Peters et al., 2020).

Neste sentido, a scoping review teve como objetivo responder à seguinte questão, formulada de acordo com a mnemónica PCC (participantes, contexto e conceito): Qual o contributo do enfermeiro obstetra na aquisição de competências parentais da grávida adolescente durante a transição para a parentalidade?

A scoping review foi efetuada de acordo com a metodologia proposta por Joanna Briggs Institute, e pode ser consultada, na íntegra, no apêndice I.

A primeira pesquisa foi realizada em Setembro de 2020 nas bases de dados MEDLINE, CINAHL e atualizada em Junho de 2022, sendo adicionada a base de dados PubMed. Foram incluídos artigos de estudos qualitativos ou quantitativos, em língua portuguesa e inglesa. Dos 47 artigos obtidos da pesquisa, 12 estudos foram considerados elegíveis para análise, tendo em consideração os critérios de inclusão pré-definidos. Os termos de pesquisa e as tabelas de extração de dados podem ser consultados no apêndice II e III, respetivamente.

## **2.2. Estudo empírico: contributo do enfermeiro obstetra na aquisição de competências parentais da grávida adolescente**

Sendo objetivo do estudo conhecer o contributo do EESMO no desenvolvimento de competências parentais da grávida adolescente, a scoping review efetuada permitiu identificar a evidência científica existente sobre o tema e serviu de base para a escolha da metodologia de investigação a realizar. De acordo com Maroy (1995, p.117) "(...) cada investigador tende a desenvolver o seu próprio método em função do seu objeto de investigação, dos seus objetivos, dos seus pressupostos teóricos ou de outros fatores contingentes."

O pressuposto de estudo da investigação é construir um modelo de verificação que permita constatar factos e teorias. (Vilelas, 2017). Como referido anteriormente, deve ser delineado um plano estratégico de investigação que melhor se adequa e que determinará o caminho para alcançar o resultado pretendido. Como postulado por Vilelas (2017, p.159) a definição do "estudo é (...) uma estratégia geral do trabalho que o investigador determina (...) orienta e esclarece as etapas que irão desenvolver-se posteriormente".

Tendo em consideração o presente estudo, a metodologia qualitativa é aquela que mais se adequa, através da qual será utilizado um estudo descritivo e exploratório de análise indutiva, com o objetivo de conhecer o contributo do enfermeiro obstetra na aquisição de competências parentais da grávida adolescente através do relato das suas experiências.

O objeto de estudo numa investigação qualitativa é desvendar significados pensamentos, perceções ou sentimentos de ações individuais ou de interações sociais (Coutinho, 2014). No parecer de Vilelas (2017) a investigação qualitativa é descrita como “(...) uma forma de estudo da sociedade que se centra no modo com as pessoas interpretam e dão sentido às suas experiências e ao mundo em que elas vivem.”, pretende-se “(...) compreender a realidade social das pessoas, grupos e culturas.” (p.163).

Bogdan e Biklen (1994) definem cinco características presentes em estudos qualitativos e que têm sido descritas por vários autores: 1) a fonte direta dos dados é o ambiente natural e o investigador é o instrumento principal; 2) a investigação qualitativa tende a ser descritiva; 3) o investigador tem mais interesse pelo processo de investigação do que propriamente pelos resultados; 4) os investigadores tendem a analisar os seus dados de forma indutiva, isto é, desenvolvem conceitos e ideias a partir de padrões encontrados nos dados; 5) o significado é de importância vital, isto é, os investigadores interessam-se na forma como diferentes pessoas dão sentido à vida.

O estudo descritivo permite “(...) compreender fenómenos vividos por pessoas, categorizar uma população ou conceptualizar uma situação.”, e normalmente, baseia-se em questões de investigação e não em hipóteses (Fortin, 2009, p. 221, 236). Por sua vez, um estudo exploratório tem como objetivo investigar sobre um tema pouco explorado permitindo formar “(...) conceitos e ideias, capazes de tornar os problemas mais precisos e de formular hipóteses para estudos posteriores.” (Vilelas, 2017, p. 177).

O investigador de metodologia qualitativa assume importância, na medida em que, desempenha um papel participativo de grande envolvimento com os participantes. O contato próximo permite desenvolver uma ideia aprofundada da forma como as pessoas sentem, experienciam ou interpretam os acontecimentos em estudo. Os resultados da investigação qualitativa são as experiências relatadas pelas pessoas

que as vivenciaram, como tal, toda a investigação é conduzida com subjetividade (Streubert e Carpenter, 2013).

Os indivíduos que participam no estudo são designados participantes. Em investigação qualitativa os participantes fornecem dados sobre o fenómeno em estudo e são consideradas pessoas ativas através das quais se obtém uma melhor percepção das suas vidas e das suas interações sociais. Os participantes são selecionados com o objetivo de relatarem a sua experiência (Streubert e Carpenter, 2013).

População é definida por Vilelas (2017) como um conjunto de todos os indivíduos com uma ou mais características comuns que se pretende investigar determinado fenómeno. Porém, na impossibilidade de investigar toda a população, determina-se uma amostra representativa (população-alvo) da população que permita obter conclusões semelhantes às que chegaríamos se toda a população fosse investigada. (Vilelas, 2017)

As grávidas adolescentes são a população-alvo que se pretende estudar. No entanto, foram definidos critérios de inclusão, sendo consideradas todas as grávidas adolescentes dos 16 aos 19 anos. Neste sentido, e de modo a definir as participantes do estudo, as grávidas adolescentes foram selecionadas através do método de amostragem não probabilístico, sendo uma amostra intencional, uma vez que foram recrutadas em três IPSS.

Tendo em conta este método de seleção de participantes é possível que a representatividade da população esteja comprometida e não seja possível generalizar as conclusões (Vilelas, 2017), de qualquer modo, terá a sua validade num determinado contexto e os dados obtidos permitirão ter uma ideia sobre o que se pretende investigar e contribuir para estudos posteriores.

As grávidas adolescentes foram angariadas em três instituições de acolhimento pela vulnerabilidade acrescida presente nestas jovens. Foram entrevistadas sete adolescentes com idades compreendidas entre 16 e 19 anos, sendo que, cinco foram entrevistadas em dois momentos distintos: durante a gravidez e durante o período de puerpério; e duas foram entrevistadas durante o primeiro mês de vida dos recém-nascidos.

Tendo em consideração o tipo abordagem qualitativa de estudo descritivo e exploratório, a entrevista foi o instrumento de colheita de dados selecionado. A entrevista é um modo de comunicação verbal entre duas pessoas e através dela,

pretende-se conhecer melhor um fenómeno na perspetiva do participante, extraíndo a maior informação possível. (Fortin, 2009).

Magalhães e Paul (2021) esclarecem que a entrevista “(...) conduzida tecnicamente, que tem como objetivos principais fazer um diagnóstico, recolher informação e/ou prestar ajuda.” permitindo “(...) recolher informações detalhadas sobre as opiniões, os pensamentos, as experiências e os sentimentos das pessoas” (p.67).

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

Neste seguimento, foi elaborado um guião de entrevista, com questões maioritariamente abertas, tendo em vista os temas a explorar, que pode ser consultado no apêndice IV. A elaboração do guião de entrevista, teve por base a pesquisa realizada para a scoping review facilitando, assim, a escolha dos temas a abordar.

Magalhães e Paul (2021) enumeram vantagens no uso da entrevista como instrumento para colheita de dados: permite a identificação e recolha de informação precisa e completa, uma relação de empatia que favorece a interação pessoal e o registo de emoções e informação não verbal. Não obstante, o tempo requerido, a limitação do tamanho da amostra, o custo elevado e a dificuldade em codificar e de analisar os dados, constituem as maiores desvantagens.

A interação estabelecida entre o participante e o entrevistador revela-se importante, na medida em que irá facilitar a espontaneidade do participante, possibilitando uma maior abertura para partilhar as suas opiniões, os seus pensamentos e emoções sobre um determinado tema. Neste sentido, foram realizadas 7 entrevistas, face a face, numa data, hora e local de preferência das adolescentes de forma a facilitar todo o processo. Cada entrevista durou entre 40 minutos e 1 hora, foram todas gravadas com o seu consentimento, e posteriormente, transcritas para análise.

A análise de conteúdo é o método mais comum para o tratamento de dados das investigações qualitativas. Vilelas (2017) descreve a análise de conteúdo como “(...) um conjunto de técnicas de interpretação da comunicação visando, obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos (...)” (p.388).

Segundo Bardin (2015), a análise de conteúdo passa por três fases distintas: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.

A fase da pré-análise tem como principal objetivo a organização, em que foi realizada uma “leitura flutuante” após a transcrição das entrevistas, para ter uma ideia geral do conteúdo. A fase de exploração do material que, de acordo com a autora, é a análise propriamente dita e que consiste na codificação, decomposição ou enumeração do conteúdo (Bardin, 2015). Por último, o tratamento dos resultados obtidos e interpretação, em que o conteúdo é organizado de forma a conseguir extrair informação que constituam significados. Embora existam ferramentas digitais que facilitam a exploração do material, esta foi realizada manualmente com o intuito de avaliar profundamente cada entrevista e conseguir extrair a maior informação possível. De forma a garantir o anonimato das participantes, a cada entrevista foi atribuído um código: 1ª entrevista – E1, e assim, sucessivamente, enumeradas pela ordem em que foram realizadas (E1-E7).

A organização do conteúdo em categorias, permite condensar a informação pertinente e facilita a interpretação dos dados. Bardin (2015, p. 146) refere que “a partir do momento em que a análise de conteúdo decide codificar o seu material, deve produzir um sistema de categorias”. Neste seguimento, foi elaborado um quadro (apêndice V) com categorias, subcategorias e as respetivas unidades de registo (excertos da entrevista) que as caracterizam, e que são relevantes para os objetivos do estudo. A categorização é descrita como

uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o género (analogia), com os critérios previamente definidos. (Bardin, 2015, p.145)

A categorização semântica pareceu ser o critério mais adequado, permitindo a simplificação e organização dos dados em bruto, por temas, facilitando deste modo o tratamento de dados. Segundo Bardin (2015, p.146), as categorias e subcategorias podem ser formuladas à priori ou à posteriori, neste caso, optou-se por definir à priori

de forma a facilitar a análise, no entanto, verificou-se a necessidade de se ajustar ao longo da exploração do material.

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

*Tabela 2 - Categorias e Subcategorias Temáticas*

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

### **2.3. Desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista e de mestre**

O percurso durante os vários contextos clínicos de aprendizagem permitiu a mobilização de conhecimentos e aquisição de capacidades que culminaram no desenvolvimento de competências para uma prestação de cuidados especializados. O Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), o Código Deontológico do Enfermeiro, os Padrões de Qualidade dos cuidados de Enfermagem, assim como, os regulamentos de competências comuns de enfermeiro especialista e de competências específicas sustentaram o meu progresso enquanto futura EESMO.

O título de enfermeiro especialista, segundo a Ordem dos Enfermeiros (2015), reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade. Independente da área de especialização, todos os enfermeiros têm como competência a responsabilidade profissional, ética e jurídica, a gestão da qualidade, a gestão de cuidados e o desenvolvimento de aprendizagens (OE, 2019).

A responsabilidade profissional, ética e jurídica, já presente durante a minha prática profissional, foram essenciais para a tomada de decisão e gestão de situações complexas, em que os termos legais e princípios éticos estiveram sempre presentes, de modo a respeitar a dignidade e os direitos humanos, permitindo consolidar uma das competências de mestre (Artigo 15.º do Decreto-Lei nº74/2006).

No que diz respeito à gestão da qualidade, com objetivo de uma melhoria contínua, durante o meu percurso existiram diversos momentos de reflexão sobre a qualidade dos meus cuidados e a segurança da mulher/casal/RN, (descritos no próximo capítulo) em que tive sempre presente os enunciados descritivos dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem que são os mesmos para qualquer área de especialização: satisfação do cliente, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e autocuidado, readaptação funcional e organização dos cuidados (OE, 2021).

Em alguns contextos clínicos, tive a oportunidade de compreender a função do EESMO orientador como de chefe de equipa e a sua importância na gestão dos cuidados. Na articulação com a equipa multidisciplinar, na referenciação para outros profissionais de saúde quando necessário, na distribuição e mobilização de recursos humanos e materiais existentes, sempre com vista a manter a qualidade dos cuidados. Embora considere ter adquirido as ferramentas necessárias para desempenhar esta função, acredito que um dia mais tarde, com mais experiência, esta competência será executada ainda com mais confiança.

No âmbito do desenvolvimento das aprendizagens é da competência do enfermeiro especialista desenvolver o autoconhecimento, baseando a sua prática na evidência científica válida, atual e pertinente. A aquisição de novos conhecimentos, a interação com a mulher/casal/RN e equipa multidisciplinar, os momentos de reflexão crítica das atividades desenvolvidas, a perceção das minhas limitações, a partilha de experiências durante as sessões de orientação tutorial, foram uma constante durante este percurso e cruciais para o meu desenvolvimento profissional, assente numa aprendizagem contínua e auto-orientada.

Deste modo, considero que todo o percurso formativo desde a primeira aula foi crucial, na medida em que fui obtendo ferramentas essenciais para desenvolver competências ao longo do tempo para a obtenção do grau de mestre. Posto isto, considero ter adquirido, desenvolvido e aprofundado conhecimentos já existentes, obtidos durante a licenciatura, aplicá-los na resolução de problemas complexos de

forma racional e fundamentada, tendo em consideração as responsabilidades éticas e sociais. (Artigo 15.º do Decreto-Lei nº74/2006).

O regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica (OE, 2019) e o *Internacional Confederation of Midwives* (ICM, 2019) descrevem as competências que o enfermeiro necessita adquirir para prestar cuidados especializados em enfermagem de saúde materna e obstétrica. É da responsabilidade do EESMO atuar nas áreas de: planeamento familiar e preconcecional, gravidez, puerpério, climatério, ginecologia e comunidade (saúde sexual e reprodutiva).

O EESMO tem a capacidade para desempenhar intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco do ciclo reprodutivo da mulher. No entanto, em situações de médio e alto risco que envolvem processos patológicos, este desempenha intervenções autónomas e interdependentes.

Foram inúmeras as experiências que permitiram o desenvolvimento de competências específicas de EESMO. O ano teórico deste percurso académico permitiu, sem dúvida, adquirir habilidades para desenvolver o meu pensamento crítico que, por sua vez, foi crucial para o decorrer da prática nos contextos clínicos. As atividades desenvolvidas ao longo deste último ano, permitiram realizar uma análise crítica sobre a minha prática. Recorrendo à evidência científica, mobilizei conhecimentos que suportaram as tomadas de decisão durante a minha prestação de cuidados.

Este percurso sob supervisão de EESMO orientadores, conduziu o meu desenvolvimento profissional e pessoal, essenciais para prestar cuidados especializados em situação de saúde e doença no âmbito sexual e reprodutivo da mulher, cumprindo assim os objetivos propostos para a prática clínica.

No próximo capítulo, são descritas as atividades desenvolvidas em cada contexto clínico, que permitiram o desenvolvimento de competências específicas de EESMO.

## **2.4. Considerações éticas**

De modo a garantir a proteção dos direitos e da dignidade humana dos participantes, os princípios éticos a ter conta em investigação em enfermagem, estiveram sempre presentes. O respeito pelo consentimento livre e esclarecido e pelos grupos vulneráveis, a privacidade e confidencialidade das informações

personais, a justiça e a equidade e o equilíbrio entre riscos e benefícios (Fortin, 2009), constituem princípios a ter em consideração no decorrer do processo de investigação.

A Declaração de Helsínquia (2013) que prevê os princípios éticos para a investigação médica em seres humanos, descreve que os participantes devem ser tratados como autónomos e independentes, livres de qualquer tipo de coação externa. Neste sentido, foram considerados o princípio da beneficência e da não maleficência, que se unem no sentido que, não causar dano ao participante, pressupõe benefícios para o mesmo; e o princípio do anonimato e da confidencialidade que garante ao participante que as suas respostas não são identificadas e só serão partilhadas com a sua autorização. Neste âmbito surge a necessidade do investigador obter por escrito um consentimento livre e esclarecido.

Neste sentido, foi elaborado um pedido de autorização à comissão de ética da ESEL para o desenvolvimento do estudo em causa, tendo obtido um parecer favorável, após pequenas alterações que garantiam de forma concisa todos os princípios éticos. Dos documentos enviados para aprovação, consta o consentimento informado livre e esclarecido (apêndice VI) que foi entregue aos participantes para assinar, após a autorização verbal da sua participação. Neste consentimento é descrito o tema, os objetivos de estudo, a entrevista como instrumento de colheita de dados e a duração prevista. É pedido o seu consentimento para gravação da entrevista. O princípio da confidencialidade e anonimato é garantido, tal como, é explícito o benefício do estudo e a ausência de risco, garantindo o princípio da veracidade. É ainda referido, que o participante pode desistir da sua participação a qualquer momento, sem prejuízo.

A maioria em Portugal é considerada quando se completa os 18 anos, no entanto, baseando-se no código penal, a norma 15/2013 da DGS considera que "(...) qualquer menor com 16 ou mais anos de idade e com o discernimento necessário para avaliar o sentido e alcance do ato diagnóstico, terapêutico ou de investigação que lhe é proposto, pode consentir ou dissentir independentemente das suas características culturais, sociais e grau de literacia.", invalidando a necessidade de consentimento do representante legal, tendo em consideração a amostra em estudo.

No que concerne à prática clínica, os avanços científicos e tecnológicos, assim como, o aumento da literacia em saúde, contribuem cada vez mais para as questões e dilemas éticos. Na resolução de problemas, o enfermeiro tem a capacidade de

tomada de decisão, sem descurar a dignidade e direitos humanos, tendo sempre em consideração os princípios éticos. De acordo com o Artigo n.º99 do Estatuto da Ordem do Enfermeiros, “As intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro.”, tendo como princípio orientador “O respeito pelos direitos humanos na relação com os destinatários dos cuidados” (OE, 2015, p.8078).

O primeiro domínio das competências comuns do enfermeiro especialista, diz respeito à responsabilidade profissional, ética e legal: “o Enfermeiro Especialista demonstra um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica (...)” garantindo “uma prática que respeita os direitos humanos, analisa e interpreta as situações específicas de cuidados especializados, gerindo situações potencialmente comprometedoras para os clientes.” (OE, 2019, p.4746). Deste modo, durante a prática nos diversos contextos clínicos tive sempre presente os princípios éticos:

- Respeito pela autonomia - prestação de cuidados assente no consentimento da grávida/puérpera, tendo em consideração o princípio da dignidade humana, da integridade e da vulnerabilidade;
- Princípio da não maleficência - prestação de cuidados sem infligir qualquer mal;
- Princípio da beneficência - prestação de cuidados garantindo o bem-estar, protegendo do mal;
- Princípio da justiça - prestação de cuidados com a garantia de equidade.

Estes princípios já fazem parte do meu dia a dia profissional, o que não constituiu qualquer tipo de constrangimento..

## **PARTE III - APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE RESULTADOS**

Neste capítulo, serão apresentados e analisados os dados obtidos do estudo empírico e confrontados com os resultados obtidos da *Scoping Review*, tendo como principal objetivo compreender o contributo do EESMO na aquisição de competências parentais da grávida adolescente.

Por último, será apresentada a análise e descrição das atividades desenvolvidas durante os vários contextos clínicos e de que forma contribuíram para o desenvolvimento de competências específicas de EESMO.

### **3.1. Scoping Review: O enfermeiro obstetra na aquisição de competências parentais da grávida adolescente**

Foram analisados 12 artigos de abordagem qualitativa, entre os anos 2004 e 2021, desenvolvidos no Canadá (2) , Irão (1), Vietnam (1), Reino Unido (1), Suécia (1), Estados Unidos da América (3) e Brasil (3). Os artigos obtidos na scoping demonstram que o enfermeiro obstetra poderá ter contributos positivos, e negativos no processo de transição para a parentalidade das adolescentes, no entanto, evidenciam-se experiências negativas que comprometeram a aquisição de competências parentais da grávida adolescente.

### **3.2. Contributo do enfermeiro obstetra na aquisição de competências parentais da grávida adolescente**

O estudo descritivo e exploratório de abordagem qualitativa foi realizada com participantes grávidas adolescentes selecionadas em três instituições de acolhimento pela vulnerabilidade acrescida presente nestas jovens. Foram entrevistadas sete adolescentes com idades compreendidas entre os 16 e os 19 anos (gráfico 1). Seis são de nacionalidade portuguesa e uma migrante do Gana.

Quando questionadas sobre o historial de gravidez na adolescência no seio familiar, apenas uma (14%) refere não existir gravidez na adolescência (gráfico 2).

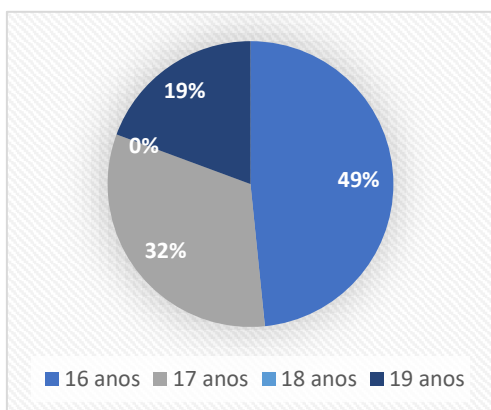


Gráfico 1 - Faixa etária das adolescentes

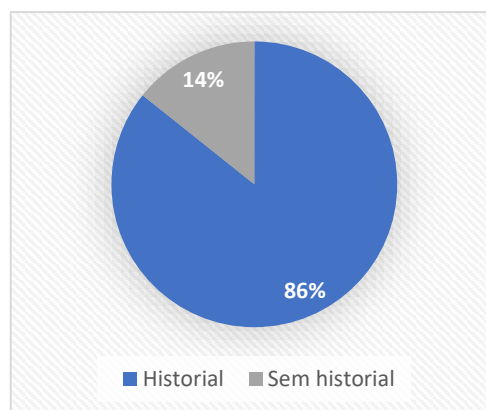


Gráfico 2 - Historial familiar de gravidez na adolescência

No que diz respeito à escolaridade, todas as participantes referem ter concluído o 3º ciclo do ensino básico, no entanto apenas duas continuam a frequentar o secundário, encontrando-se as restantes sem emprego.

Apenas uma grávida relata ter sido uma gravidez planeada. Todas as adolescentes tiveram uma gravidez vigiada desde o primeiro trimestre, apenas uma refere ter descoberto tardiamente, já com 28 semanas de gestação. Ainda relativamente à história obstétrica, duas revelam já terem recorrido à IVG, anterior a esta gravidez.

Relativamente aos progenitores, têm idades compreendidas entre os 16 e os 33 anos. Três referem manter relação com o progenitor. Uma das adolescentes embora não mantenha relação com o progenitor, alega que este, é um pai presente.

Após análise de dados das entrevistas realizadas às adolescentes, as categorias e subcategorias enunciadas no capítulo da metodologia, facilitaram a identificação de unidades de registo que dão resposta aos objetivos delineados para o estudo. Neste sentido, a apresentação e discussão dos resultados será realizada de acordo com cada categoria: transição para a parentalidade, competências parentais e confiança materna.

Relativamente à transição para a parentalidade, as adolescentes ainda durante a gravidez, demonstraram algum medo e insegurança quando questionadas se estariam preparadas para ser mãe, conforme expressado “(...) *eu não sei cuidar de uma criança.*” (E1). Expressões como “*Dar banho ao bebé, tenho bué medo.*” (E1), “*o meu medo era amamentar*” (E3), “(...) *medo de magoar por exemplo ou fazer qualquer coisa de errado que o magoe.*” (E5) demonstram a insegurança e falta de preparação destas adolescentes, corroborando estudos de Mangeli et al. (2017) e

Klingberg-allvin et al. (2008) que afirmam que as mães adolescentes no processo de transição para a maternidade, revelam sentir-se inseguras e pouco confiantes para desempenhar funções como mãe. Aliada à insegurança demonstrada, evidencia-se o negativismo relativo à prestação de cuidados ao RN. Meleis et al. (2010) referem que o indivíduo que atribui um significado positivo ou neutro poderá facilitar o processo de transição.

A culpa é outro sentimento evidenciado por uma das participantes no início da gravidez que descreveu *“Sentia-me muito mal por estar grávida (...) encorajaram-me a não sentir triste ou mal por estar grávida. (...) disseram para ser feliz porque já aconteceu. (...) Que tudo ia ficar bem. Foram bons para mim.”* (E2). O apoio e motivação do enfermeiro obstetra foram essenciais para as mães adolescentes ganharem confiança e acreditarem na sua capacidade para cuidar dos seus filhos, segundo conclusões dos estudos de Stiles (2005), Nóbrega & Bezerra (2010) e Atkinson & Peden-McAlpine (2014).

A vigilância da gravidez foi realizada entre o centro de saúde e hospital, no entanto, nem sempre acompanhadas por um enfermeiro obstetra. Não obstante, as adolescentes que tiveram contacto com o enfermeiro obstetra durante a gravidez relatam: *“(...) a enfermeira que me acompanhou durante a gravidez foi esclarecendo as minhas dúvidas. (...)”* (E3) *“Inclusive quando eu tive perdas de sangue, estive internada 2 dias (...) a minha enfermeira esteve lá comigo, nesses 2 dias a acompanhar-me (...) ajudou-me imenso (sorriso).”* (E3)

*“Tem sido boa, Têm-me acompanhado e também já me puseram naqueles grupos de trabalho de pós-parto. Também já fui ... à escola de enfermagem ver mudar fraldas e isso ao bebé, dar banho (...) foram uns enfermeiros que vieram cá falar sobre as gravidezes e essas coisas e depois fomos lá. E o pai do bebé também foi. (...) Foi abordado o banho... como é que se deve dar... a alimentação hum as mudas de fralda e isso. Também o dar o peito como é que se faz e isso... aah e também foi como é que... ao pôr o bebé a dormir...”* (E5)

*“Todas as dúvidas que pudesse ter, eles esclareciam-me (...) sobre essas coisas todas (cuidados ao RN, amamentação, cuidados no pós-parto) falámos e das posições de amamentação e as posições que devemos pôr o bebé e não pôr.”* (E6).

De acordo com a OE (2019) é da competência do EESMO planejar, coordenar, e implementar programas de preparação completa para o parto e parentalidade. Verificou-se que nenhuma adolescente frequentou um curso de preparação, no

entanto, referem ter visto as suas dúvidas esclarecidas durante a gravidez, demonstrando-se satisfeitas com a intervenção do enfermeiro obstetra. Nóbrega & Bezerra (2010) afirmam que as manifestações de cuidado e apoio, o ensino e a relação de confiança estabelecida viabiliza a aquisição de conhecimentos para cuidar dos filhos. Por sua vez, Meleis et al. (2010) referem que a preparação e conhecimento adquirido durante o processo irá facilitar a experiência de transição, corroborando a ideia, o estudo de Faria (2016) demonstra que as puérperas que frequentaram o curso de preparação para o parto e parentalidade obtiveram conhecimento que permitiu desenvolver confiança no desempenho do papel materno.

No que diz respeito, ao grupo de trabalho em que participou uma adolescente, Stiles (2005) e Queiroz et al. (2016), comprovam que estas sessões de grupo estimulam momentos de ação-reflexão, permitindo uma partilha de experiências essenciais para a aprendizagem, assim como favorecem a interação com o enfermeiro. O Parecer Nº11/2012 da Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica sugere que para além das aulas práticas, sejam proporcionadas aulas de grupo.

Por outro lado, relatos demonstram falta de apoio e informação durante a gravidez: *“Quando eu ia... aahh.... ao hospital, quando eu ia... eles verificavam tudo e diziam que estava tudo bem. Eles não diziam mais nada (...) para me concentrar em ter o bebé e que tudo ia ficar bem, como eu tenho apoio da instituição, para não pensar muito.”* (E2); *“Antes não me explicaram nada.... eu fui lendo... fui vendo na net.”* (E7); *“(...) a única coisa que me deram foi aquele panfleto que era para dizer quantas peças de roupa.... o que é que era necessário para levar para a maternidade.”* (E4). Os relatos revelam insatisfação por parte de algumas jovens, que se sentiram desamparadas durante a gravidez e que se refletiu nos primeiros dias após o nascimento dos seus filhos. Os estudos demonstram que a falta de comunicação e a pouca disponibilidade também originaram a insatisfação de grávidas e mães adolescentes (Peterson, 2004; Nóbrega & Bezerra, 2010; Hunter et al.,2014; Marques et al.,2021). Segundo a conceção da teoria de médio alcance de Meleis, a interação com o profissional de saúde é essencial para o desenvolvimento de estratégias facilitadoras para o processo de transição.

No que diz respeito às competências parentais e o desempenho do papel mãe, quando questionadas sobre o que esperavam após o nascimento do bebé, a maioria das adolescentes referiram não estar preparadas: *“Ah eu não estou preparada... elas*

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

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

Após o nascimento do bebé as adolescentes descrevem terem passado por um processo de adaptação, que nem sempre foi fácil. Nesta altura, surgiram dúvidas até mesmo nas adolescentes que referiram estar preparadas para ser mãe. Expressões como *“(...) eu estava exausta (...) durante a noite então eu não dormia (...) Estar sempre a acordar para dar de mamar de 3 em 3 horas, na altura tive de dar de 2h30 em 2h30, nos primeiros 15 dias. Foi um bocado difícil.” (E3); “Quando o bebé nasceu, sentia-me muito cansada. Meu Deus. (risos)” (E2) “Como colocar na cama? E o banho, como fazer? como colocar o creme? (E2); “Se a água está quente, se está fria...se está boa para ele.” (E1); “Ensinou-me a usar fraldas porque eu achava que sabia mas era um zero à esquerda...” (E6), salientam a ansiedade e falta de confiança presente nos primeiros dias após o parto.*

A intervenção de enfermagem permite a transmissão de conhecimento para lidar melhor com a transição através da aprendizagem e conseqüente, aquisição de novas competências (Schumacher e Meleis, 2010). As adolescentes relatam os ensinamentos do enfermeiro durante a gravidez e no pós parto, esclarecendo a importância do mesmo na aquisição de competências para cuidar dos seus filhos: *“Ela explicou sempre tudo....Ela... Inclusive ela explicava como é que devia meter o braço, como é que eu ia dar o banho. Tanto que o primeiro banho foi ela que deu lá no hospital (...) Ela disse mesmo, isto agora não é um boneco, agora é o teu filho e vais*

*conseguir... vê e o próximo banho vais ser tu a dar.” (E3); “Elas ensinaram-me a usar almofada de amamentação para colocar o (nome do bebé) (...) e que às vezes eu preciso colocar o bebé assim (gesto em direção ao peito) para ele perceber que está perto da mãe.” (E2); “Sim, uma enfermeira veio... Ela tinha uma marcação comigo. Veio e fez comigo.” (E2) (ensinos sobre cuidados ao RN); “(...) levou-nos para uma salinha e explicou como devíamos preparar e dar banho, limpar os olhos e o umbigo” (E5); “(...) ajudou-me a dar-lhe leite porque é uma coisa que... quando nós somos mães, às vezes não sabemos. E ajudou-me a preparar e a explicar-me como é que se dava banho e a pôr o creme de muda de fraldas. Ensinou-me a usar fraldas porque eu achava que sabia mas era um zero à esquerda...” (E6); “Em termos de explicarem como é que se alimentava, como é que o banho e tudo isso ajudou. Ajudou bastante. Senti-me apoiada. Depois qualquer coisa que eu também tivesse estavam logo lá.” (E7).*

Identifica-se nestes relatos a relação de confiança e empatia estabelecida entre ambos que favoreceu a partilha de informação essencial para adquirirem competências, através de uma comunicação clara e objetiva. A comunicação deve ser eficaz de forma a permitir que se estabeleça uma relação de confiança entre o enfermeiro e a adolescente (Atkinson & Peden-McAlpine, 2014; Stiles, 2005; Wahn et al., 2005; Harisson et al., 2017). É essencial que o enfermeiro tenha capacidade para compreender as necessidades individuais de cada adolescente (Peterson, 2004). O EESMO tem autonomia para gerir e adaptar os ensinamentos tendo em conta as necessidades da sua população-alvo (OE, 2014).

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

para dar 15 minutos de uma e 15 minutos de outra.” (E2) Referindo ainda, apoio de outras mulheres com quem partilhava o quarto: “*Estávamos 3 no mesmo quarto e a senhora do meu lado explicou-me como fazer, quando recebeu visitas, percebi que ela já tinha tido um bebé. Era uma mulher adulta. Quando ela colocava as fraldas eu via.*” (E2). Outra adolescente relata ter tido apenas apoio do médico de família no pós-parto: “*Quem me ajudava com isso era o médico de família. A enfermeira estava de baixa na altura.*” (E6), deixando estas jovens inseguras e pouco confiantes. O estudo recente de Marques et al. (2022), comprova que as adolescentes sentem falta de acolhimento e pouco apoio dos enfermeiros. Os mesmos autores referem ainda que, o cuidado centra-se em protocolos e procedimentos desadequados, descurando as reais necessidades da grávida adolescente.

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

Quando questionadas sobre o apoio que tiveram no pós parto, estas descrevem um apoio inexistente do enfermeiro obstetra “*(...) já não tinha apoio da enfermeira (triste) (...) aquela enfermeira acompanhava apenas as grávidas (...) na*

*consulta pós-parto, ela esteve presente. Foi a única vez, depois já não a vi mais.” (E3); “poderiam ajudar com o banho (risos).” (E2); “Sim... gostaria de ter tido apoio em relação à amamentação aos cuidados ao recém-nascido ou ao banho.” (E7), assemelhando-se aos estudos de Marques et al. (2021) e Nóbrega & Bezerra (2010), nos quais as adolescentes revelam sentir pouco apoio do enfermeiro no pós-parto.*

No período do pós-parto, através dos relatos destas jovens, evidencia-se o apoio social que estas adolescentes encontram nas instituições, uma vez que o apoio familiar nestes casos é praticamente nulo: *“Duas semanas depois do bebê nascer, as técnicas começaram a vir durante o dia para me ajudar com o bebê.” (E2); “Nos primeiros tempos nós somos seguidas, até mesmo para vestir...hmm...cuidar deles (...).” (E7); “Tenho tido ajuda das funcionárias aqui da instituição” (E5), “As funcionárias também já veem e as doutoras, e dizem que eu já estou preparada e que agora tenho é que ter confiança em mim mesma...” (E5). O apoio social concedido por redes secundárias, neste caso, nas instituições para além de evitar comportamentos de risco, protege a grávida e o RN facilitando o processo de transição para a parentalidade (Carvalho, 2018).*

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

Em suma, de acordo com o relato da sua experiência conclui-se que, de um modo geral, estas adolescentes estão satisfeitas com o acompanhamento do enfermeiro obstetra durante o período da gravidez, evidenciando-se o contributo positivo para a aquisição de competências parentais.

Embora demonstrem algum medo e insegurança, os ensinamentos realizados, assim como, o apoio e motivação demonstrados por estes profissionais contribuíram para que estas jovens sentissem preparadas para cuidar dos seus filhos. Não obstante, também se verifica que este acompanhamento não foi suficiente para

algumas adolescentes que referiram falta de comunicação e pouca disponibilidade por parte do EESMO.

No entanto, após o nascimento, revelam terem passado por um processo de difícil adaptação nas primeiras semanas. As competências parentais não estavam tão bem consolidadas, o que se refletiu na falta de autonomia para cuidar do recém-nascido. Durante este período final do processo de transição para a parentalidade, as adolescentes descrevem terem tido apoio das técnicas das instituições revelando um acompanhamento inexistente do EESMO. Patrício et al. (2016) no seu estudo, concluíram que as relações sociais estabelecidas entre o jovem e a instituição têm uma grande influência no seu desenvolvimento pessoal, o que leva a acreditar que uma relação estabelecida entre a grávida/mãe adolescente e os profissionais institucionais terá um impacto positivo durante processo de transição para a parentalidade. O recurso a equipas multidisciplinares enriquece e prove a qualidade da aprendizagem das grávidas (DGS, 2015), o que nos remete para a importância da integração de um EESMO na equipa destas instituições.

### **3.3. Da evidência científica à prática de cuidados: desenvolvimento de competências específicas de Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica**

Ao longo desta UC foram realizados estágios em contexto de cuidados de saúde primários e nos serviços de medicina materno-fetal, ginecologia, puerpério, neonatologia e bloco de partos de um centro hospitalar de Lisboa. Este capítulo descreve os resultados do processo de aprendizagem através da reflexão crítica da prática clínica que possibilitou a aquisição e aprofundamento de conhecimentos essenciais para o desenvolvimento de competências de EESMO.

#### **3.3.1. Cuida a mulher no âmbito do planeamento familiar, período preconcecional e período pré-natal**

No âmbito da saúde sexual e reprodutiva da mulher para a qual estão direcionados os programas de planeamento familiar (PF) e saúde materna (SM) inseridos no contexto de cuidados de saúde primários, tive a oportunidade prestar cuidados em várias consultas. A consulta de planeamento familiar visa a educação para a saúde sexual e reprodutiva, na identificação e resolução de problemas consoante a necessidade específica da mulher.

O EESMO, na consulta de planeamento, tem competência e autonomia para ensinar e aconselhar sobre métodos contraceptivos de forma a promover a vivência da sexualidade de forma saudável e segura, prevenindo as doenças sexualmente transmissíveis; para diagnosticar precocemente complicações durante o processo de transição e adaptação à menopausa; para cuidados preconcepcionais de forma a evitar o risco durante a gravidez, e ainda, tem um papel ativo na prevenção e rastreio do cancro do colo do útero e da mama.

Durante as consultas de planeamento familiar tive a oportunidade de realizar a anamnese, através do preenchimento do boletim de PF, identificar o motivo de consulta e a partir daí, direcionar o meu aconselhamento, tendo sempre o cuidado de adequar a minha linguagem de forma clara e validar a compreensão por parte da mulher.

A população que recorre à consulta de PF são mulheres entre os 15 e os 40 anos, sendo que, os motivos mais frequentes são o início/alteração de método contraceptivo (pílula, implante, DIU), dismenorreia, irregularidade do ciclo menstrual e hemorragias vaginais. Mulheres com mais de 40 anos recorrem a esta consulta no seguimento do rastreio do colo do útero e da mama e na fase de adaptação à menopausa.

Ao longo deste contexto fui constatando as necessidades e fui aperfeiçoando a minha prestação de cuidados, tendo em consideração a individualidade da mulher. Neste sentido, considero ter adquirido conhecimento para o desenvolvimento das competências específicas descritas pela OE (2019): “cuida da mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar (...) estabelecendo e implementando programas de intervenção e de educação para a saúde de forma a promover famílias saudáveis e vivências positivas da sexualidade” e “cuida da mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério” centrando os cuidados na promoção de saúde, assim como no diagnóstico precoce prevenindo complicações durante esta fase do ciclo da mulher.

Numa consulta com uma senhora de 43 anos que tinha uma mamografia para mostrar à sua médica de família, para vigilância dos vários quistos que tinha, quando questionada se fazia o autoexame da mama de forma regular, percebi que esta não estaria totalmente esclarecida sobre a importância do mesmo. Por conseguinte, após explicação e demonstração de como deveria ser efetuado, surgiu a ideia de elaborar um folheto informativo, que pode ser consultado no apêndice VII, com informação

relevante e esclarecedora sobre o autoexame da mama, para ser distribuído na consulta de PF.

De acordo com a Liga Portuguesa contra o Cancro, anualmente, são detetados cerca de 7000 novos casos de cancro da mama, sendo este o mais comum entre as mulheres. A deteção precoce é crucial, no sentido em que quanto mais cedo for diagnosticado maior a probabilidade de sucesso no tratamento. Uma vez mais o EESMO assume um papel preponderante na prevenção e deteção precoce de alterações, indo de encontro ao preconizado nas suas competências específicas: "concebe, planeia, coordena, implementa e avalia intervenções de rastreio e de diagnóstico da situação de saúde da mulher". (OE, 2019). Ainda em contexto de consulta de planeamento familiar colaborei na colocação de dispositivos intra-uterino e implantes subcutâneos. O EESMO, desde que tenha formação sobre a aplicação de métodos contraceptivos, como o implante subcutâneo e o dispositivo intra-uterino, tem competência para a sua colocação, no entanto é considerada uma intervenção interdependente que requer sempre prescrição médica.<sup>5</sup>

Sendo que o local de contexto clínico tem inscritas cerca de 3.441 utentes em idade fértil, tive a possibilidade de realizar várias consultas de SM. Durante a consulta tive a oportunidade de sentar-me e conversar com a grávida, escutá-la, conhecê-la e ao mesmo tempo identificar necessidades, estabelecendo uma relação de empatia e confiança e desse modo planear os meus cuidados e intervenções. De acordo com a DGS (2015, p.34), é essencial "estabelecer uma relação de confiança entre os profissionais de saúde e a grávida / casal de modo a facilitar a expressão de ideias, expectativas, fantasias, sentimentos (positivos e negativos) e competências inerentes à gravidez, nascimento e parentalidade". O facto de ser uma USF é, na minha opinião, facilitador na determinação de uma relação empática e de confiança, uma vez que é sempre o mesmo enfermeiro (de família) a realizar a vigilância da gravidez.

Numa primeira consulta era realizada uma anamnese para conhecimento da grávida e preenchido o boletim de saúde da grávida (BSG). Nele constam todas as informações pertinentes para a vigilância da gravidez. Segundo Torgal (2016) "o BSG é um instrumento fundamental de transmissão de dados relativos à saúde da grávida e do feto e assegura a circulação da informação clínica (...)" (p.121).

---

<sup>5</sup> Parecer nº274/2010 da Ordem dos Enfermeiros

Ao longo deste contexto clínico tive a oportunidade de fazer consultas a grávidas desde o 1º ao 3º Trimestre, dirigindo a consulta consoante idade gestacional e as necessidades da grávida, tendo também em consideração aspetos culturais e religiosos. Foram avaliados e interpretados exames laboratoriais e ecografias para a deteção de desvios da normalidade. Posto isto, este contexto clínico permitiu desenvolver mais uma competência específica de EESMO: “cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal (...) promovendo o bem-estar materno-fetal” (OE, 2019), prestando cuidados no âmbito da promoção da saúde, no diagnóstico e prevenção de complicações durante o período pré-natal.

Durante as consultas são inúmeros os temas que abordamos com a grávida/casal. A entrega de folhetos informativos revela-se importante, no sentido que complementar a comunicação oral. Corroborando esta ideia, a “informação escrita deve acompanhar a informação oral, pois (...) aumenta o conhecimento dos casais.” (Torgal, 2016, p.117). Neste sentido, fui-me apercebendo de temas que suscitam mais dúvida entre as grávidas e com a EESMO orientadora, considerámos pertinente a realização de folhetos informativos para entregar na consulta. Deste modo, realizei folhetos sobre a administração de imunoglobulina anti-D, para grávidas Rh negativo (apêndice VIII) ; sobre cuidados no pós-parto (apêndice IX) e alterações emocionais no pós-parto (apêndice X).

Durante as consultas, a grávida é informada do curso de preparação para o parto e parentalidade. O curso atualmente lecionado online tem uma duração de 4 semanas e é dirigido por uma EESMO e conselheira de aleitamento materno, com o principal objetivo apoiar o casal a vivenciar a gravidez e o parto de uma forma saudável, e assim, dotá-los de conhecimento que contribua para o desenvolvimento de competências parentais. Assim sendo, a preparação para o parto e parentalidade é considerada um momento de educação para a saúde, através da qual o EESMO assume grande importância na formação do casal, sendo ele uma fonte de informação que transmite conhecimentos de forma a esclarecer dúvidas, desmistificando medos e diminuindo sentimentos de ansiedade, principalmente daquela que será a protagonista no momento do parto, a futura mãe.

A participação nestas sessões veio evidenciar a importância do papel do EESMO perante a grávida/casal. É gratificante ver a relação de confiança que se cria sessão após sessão. A grávida/casal deposita a sua confiança no EESMO, vê nele alguém a quem pode recorrer diminuindo os seus medos e ansiedade.

O EESMO “concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas de preparação completa para o parto e parentalidade responsável” (OE, 2019, p.4), considero precisar desenvolver esta competência específica, através da experiência, para que sinta segurança e tenha todo o conhecimento para empoderar a grávida/casal na vivência desta fase do ciclo de vida.

A gravidez representa um período do ciclo da mulher sem complicações que culmina com o nascimento de um filho saudável. No entanto, nem sempre a gravidez decorre de forma linear e por vezes existem situações que exigem um internamento para maior vigilância materno fetal.

No serviço materno-fetal, tive a oportunidade de prestar cuidados a grávidas que foram internadas em situação de risco materno-fetal. Restrição de crescimento fetal, hemorragia do 1º, 2º ou 3º trimestre, placenta prévia total, oligoâmnios, hidrâmnios, diabetes gestacional, pré-eclâmpsia, patologia renal, rotura prematura de membranas, ameaça de parto pré-termo, descolamento de placenta normalmente inserida são exemplos de patologias mais frequentes que exigem internamento da grávida para maior vigilância.

O internamento no hospital, já é por si, um fator de stress para a grávida, aliado à patologia, é um momento delicado deixando a grávida mais ansiosa e vulnerável, podendo muitas vezes comprometer o equilíbrio psicológico e emocional.

Por norma, dependendo do diagnóstico o internamento das grávidas na materno-fetal, é prolongado o que facilitou a relação terapêutica de empatia e de confiança. Foi gratificante a relação que se criou com a grávida e a forma como esta encara os cuidados do EESMO, demonstrando sempre muita gratidão. Nos tempos de pandemia em que vivemos atualmente, com restrições de visitas, as grávidas passam muito tempo sozinhas e veem no EESMO um suporte emocional, em quem sentem confiança e segurança. Considero que este contexto clínico foi essencial para desenvolver a minha capacidade relacional e comunicativa.

A grávida não tem conhecimento técnico e científico sobre a sua situação clínica, o que dificulta a compreensão e o motivo do internamento prolongado. O enfermeiro de cuidados gerais “no âmbito da educação para a saúde, dota os cidadãos de conhecimentos, capacidades, atitudes e valores que os ajudem a fazer opções e a tomar decisões adequadas ao seu projeto de saúde” (OE, 2011, p.15). Ao EESMO acresce a competência para a educação da grávida/casal para que estes

dotem conhecimento sobre a sua situação clínica, o que lhes permitirá uma tomada de decisões previamente informada.

O acolhimento da grávida ao serviço é a primeira abordagem e o momento essencial para o início de uma relação terapêutica entre a grávida e o EESMO. Através da anamnese tentei obter toda a informação pertinente para uma prestação de cuidados individualizados, garantido sempre a sua privacidade e confidencialidade.

Sendo a multiculturalidade, um conceito bastante comum, tive sempre presente as crenças e valores culturais da grávida/família para uma prestação de cuidados respeitada. Conforme postulado por Barradas et al. (2015) “Os cuidados prestados pelo EESMO devem ser flexíveis, criativos, de empoderamento e de suporte às mulheres. Aos EESMO cabe ouvir e apoiar a mulher nas suas escolhas, sem juízos de valor, com a consciência das crenças e valores de cada mulher.” (p.9).

A minha abordagem foi sempre realizada com abertura para que a grávida sentisse à vontade para expressar os seus medos e sentimentos, disponibilizando-me sempre para o esclarecimento das suas dúvidas e em sintonia com o preconizado por Meleis e a OE.

Tendo em consideração o tempo de internamento de algumas grávidas, durante este contexto clínico tive a oportunidade de realizar um estudo de caso que foi essencial para a minha aprendizagem, permitindo aprofundar o meu conhecimento sobre as especificidades das patologias associadas e de que forma colocam a grávida/feto em situação de risco. Durante a prestação de cuidados foi realizada uma avaliação segundo as necessidades humanas fundamentais de Virgínia Henderson e delineado um plano de cuidados que fui ajustando durante o internamento, consoante as necessidades da grávida. O enfermeiro diagnostica e prioriza os problemas, com o objetivo de estabelecer um plano de cuidados fundamentado (OE, 2011).

Foi de igual modo, estabelecida uma relação terapêutica com grávidas internadas em materno-fetal para indução de trabalho de parto. De uma forma geral, as mulheres grávidas de primeiro filho que necessitam de induzir o parto por avançada idade gestacional, demonstram-se muito ansiosas e expectantes pelo desconhecido. O EESMO assume novamente um papel preponderante na educação para capacitar e tranquilizar a grávida. Neste momento pré-natal, é muitas vezes realizada a ponte para pós-parto, onde se inicia uma preparação da grávida para a parentalidade e promove-se uma vinculação precoce com o feto.

Para além, de todos os aspetos inerentes a patologias associadas a situações de risco materno-fetal que requer muito conhecimento, aprendi a interpretar ecografias e sobretudo, olhar para um traçado de cardiocotografia (CTG) e interpretá-lo, tendo sempre em consideração os múltiplos fatores que podem originar alterações, tais como, a idade gestacional, a patologia adjacente, o início do trabalho de parto, oligoâmnios, hidrâmnios, entre outros.

### **3.2.2. Cuida a mulher durante o trabalho de parto**

Atualmente, a palavra violência obstétrica está muito associada às maternidades públicas, importa referir que o bloco de partos onde realizei o estágio, tem uma equipa de excelência que privilegia a individualidade da mulher/casal, respeitando as suas preferências e desejos, contribuindo assim para a sua satisfação. Em conformidade com o preconizado pela Ordem dos Enfermeiros, a existência de uma maior satisfação da mulher (...) está efetivamente associada ao (...) tipo de assistência que lhe é prestada. (OE, 2014, p.3)

Como referido, a diversidade cultural é evidente, como tal, torna-se essencial a sensibilidade dos profissionais de saúde durante a prestação de cuidados, de forma a corresponder às expectativas das parturientes. Este foi um dos aspetos com que me deparei nos primeiros turnos. Fui-me apercebendo de diversas preferências e opções durante o trabalho de parto e parto, o que permitiu compreender e adequar a minha prestação de cuidados consoante o desejo da parturiente.

Parturientes durante o primeiro estágio do trabalho de parto dão entrada na sala de partos, provenientes do SUOG ou do internamento materno-fetal.

Durante a admissão e acolhimento ao serviço, apresentava-me à grávida/casal, reunia todas as informações necessárias através da avaliação inicial (anamnese) e iniciava a monitorização eletrónica fetal através de cardiocotografia (CTG), promovendo sempre um ambiente calmo e acolhedor. Este era o momento crucial para estabelecer uma relação de confiança/empatia através da uma comunicação clara e concisa. Tentava conhecer e perceber quais as expectativas e preferências da grávida, enquanto esclarecia o desenvolvimento do trabalho de parto, procedimentos e eventuais dúvidas. O que permitiu desenvolver gradualmente as competências relacional e comunicacional, essenciais para a relação terapêutica parturiente/casal-EESMO.

Nesta altura, questionava se traziam plano de parto e analisava junto da grávida. Os planos de parto com que me deparei, iam de encontro com os procedimentos realizados por rotina numa gravidez de baixo risco, pelo que foi ajustado um pormenor ou outro, permitindo desenvolver a competência “Atua de acordo com o plano de parto estabelecido com a mulher, garantindo intervenções de qualidade e risco controlado” (OE, 2019).

Durante a admissão questionava a grávida se pretendia a presença de acompanhante durante o trabalho de parto e parto. A presença de uma pessoa significativa potencia uma experiência positiva, minimizando o desconforto, medo e insegurança da parturiente, permitindo benefícios emocionais de alguém que lhe é próximo e que nenhum profissional de saúde consegue substituir (Santos et al., 2015). Corroborando, a Organização Mundial da Saúde (2018) recomenda a presença de acompanhante durante o trabalho de parto e parto.

Nesta sala de partos a presença do acompanhante é sempre possível desde que a parturiente se encontre na fase ativa do trabalho de parto. A presença do acompanhante revela-se importante durante o trabalho de parto, no sentido em que dever ser envolvido e encorajado a participar nos cuidados, prestando apoio emocional e proporcionando maior sensação de segurança e conforto à parturiente (Sousa et al., 2020).

Outro tema que era abordado durante a admissão ao serviço era a analgesia do trabalho de parto. Era questionado à parturiente se desejaria realizar esta técnica para alívio da dor. Após alguma reflexão sobre esta prática, pensei que deveria deixar a grávida demonstrar o seu interesse, de forma a evitar que esta sentisse, de algum modo, que estaria a ser incutido algo que não pretendia. Porém, ao longo do tempo, deparei-me com várias parturientes oriundas de outros países, que não estavam informadas sobre a técnica de analgesia epidural. Este facto deve-se à baixa literacia em saúde, característica da população abrangente, que muitas vezes tinham gravidezes mal vigiadas. A literacia em saúde é definida pela OMS como o “(...) conjunto de competências cognitivas e sociais e a capacidade da pessoa para aceder, compreender avaliar e aplicar informação em saúde, por forma a promover e a manter uma boa saúde” (DGS, 2021, p.7). A baixa literacia facilmente se associa à falta de acesso à informação e, conseqüentemente, à falta de empoderamento da grávida, impedindo-a de realizar escolhas informadas de acordo com a sua preferência. Neste sentido, e sempre que existia a possibilidade da parturiente não estar informada sobre

medidas farmacológicas de alívio da dor, questionava se tinha conhecimento, e se não, explicava o procedimento, permitindo que esta fizesse uma escolha livre e esclarecida.

A dor, o 5º sinal vital, é um parâmetro transversal a todas as parturientes, ainda que, a forma como sente ou manifesta possa ser amplamente variável. Segundo a Associação Portuguesa para o Estudo da Dor, "a dor é sempre uma experiência pessoal que é influenciada em diferentes graus/níveis por factores biológicos, psicológicos e sociais" (2020). O EESMO deve ser sensível para a individualidade de cada mulher e ter presente que esta poderá ser demonstrada das mais variadas formas. É da competência de EESMO "oferecer e apoiar a parturiente no uso de estratégias para lidar com a dor do trabalho de parto" (ICM, 2019, p.17).

Foi perceptível, durante o estágio, que o alívio da dor contribui para o bem estar físico e emocional da parturiente, como tal, o EESMO deve ter a preocupação de uma prestação de cuidados individualizada, prestando apoio emocional e um acompanhamento personalizado, colmatando as suas necessidades e desse modo, garantir uma experiência positiva do trabalho de parto e parto. É da competência específica de EESMO implementar e avaliar "(...) intervenções de promoção do conforto e bem-estar da mulher e conviventes significativos" (OE, 2019).

Durante a admissão da parturiente na sala de partos, é iniciada a monitorização eletrónica fetal através da cardiotocografia (CTG), que consiste numa monitorização da frequência cardíaca fetal e da contractilidade uterina. Esta monitorização é essencial para avaliar o bem estar-fetal, permitindo diferenciar os fetos bem oxigenados, dos mal oxigenados, que necessitam de intervenção para evitar lesão permanente do sistema nervoso central (Ayres-de-Campos, 2016). Sendo da competência de EESMO a avaliação materno-fetal, o registo de CTG é um instrumento fundamental para a prestação de cuidados à parturiente.

Ao longo dos anos foram surgindo várias classificações do traçado de CTG (ACOG, FIGO, NICE) o que desencadeava diferentes interpretações entre profissionais. Em 2015, foram desenvolvidas novas *guidelines* da FIGO com o objetivo de uniformizar a classificação em monitorização fetal, de forma simples, objetiva e em linguagem acessível a todos os profissionais (Santo, 2016). Neste sentido, a classificação do traçado de CTG foi realizada segundo as novas *guidelines* da FIGO de 2015.

A avaliação do bem-estar fetal através do registo de CTG era realizado de uma forma contínua e registado de hora a hora no partograma. Durante a avaliação era verificada a linha base da frequência cardíaca fetal (FCF), a variabilidade fetal, a presença de acelerações e desacelerações, assim como, a contratilidade uterina (frequência, intensidade e duração) e de que forma esta poderia ter influência na FCF, possibilitando uma classificação global do traçado de CTG.

Situações em que a perda constante do registo de CTG era desafiante, houve mesmo a necessidade de colocação de uma monitorização fetal interna, de forma a garantir um registo passível de ser interpretado. Para a colocação de monitorização fetal interna é necessário ter ocorrido a rotura de membranas, uma dilatação de pelo menos 2-3cm, serologias e estreptococo  $\beta$  hemolítico do grupo B (SGB) negativos.

De forma a avaliar a progressão do TP, realizei o exame vaginal. Desta forma aprendi a avaliar as condições da bacia materna, a descida da apresentação (planos de De Lee), as características do colo uterino (dilatação, apagamento, posição e consistência), a variedade e posição cefálica, assim como, as características do líquido amniótico, em caso de rotura das membranas amnióticas (artificial ou espontânea), quanto à sua coloração e cheiro. A minha avaliação foi evoluindo de forma gradual, o que me permitiu desenvolver a competência de EESMO “avalia e determina a adequação da estrutura pélvica em relação ao feto durante o trabalho de parto” (OE, 2019). A perceção da variedade fetal durante este estágio do TP, foi a minha maior dificuldade.

A últimas recomendações da OMS (2018) indicam que o exame vaginal deve ser realizado de 4 em 4 horas durante a fase ativa do TP. Não obstante, o exame vaginal era realizado com o seu consentimento prévio, apenas quando a parturiente referia alguma alteração, dor, ou sempre que existiam alterações no registo de CTG.

Em caso de fraca dinâmica uterina era frequente a prescrição de ocitocina sintética, administrada via endovenosa por bomba infusora, de modo a evitar um TP prolongado. Contrariando a OMS (2018) que não recomenda a utilização de medicamentos (ocitocina, antiespasmódicos, medicação endovenosa) para prevenir o atraso e/ou acelerar o trabalho de parto, com ou sem epidural, quer na fase latente, quer na fase ativa de trabalho de parto.

Em duas parturientes foram verificadas situações de taquissístolia (>5 contrações em 10 minutos) associadas à perfusão de ocitocina, que foi imediatamente suspensa, com necessidade de administração de um tocolítico – salbutamol, para

reverter o efeito da ocitocina. É imprescindível, a monitorização rigorosa do traçado CTG durante a administração de ocitocina em perfusão, dado que o risco de ocorrer uma hiperestimulação é aumentado, culminando muitas vezes em hipertonia uterina, que por sua vez tem repercussões no feto, podendo levar à hipóxia fetal por contratilidade excessiva. É da competência de EESMO identificar e monitorizar “(...) desvios ao padrão normal de evolução do trabalho de parto, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação” (OE, 2019). Todas as alterações que poderiam comprometer o bem-estar materno-fetal, foram comunicadas imediatamente à equipa médica, enquanto, a parturiente era posicionada em decúbito lateral, favorecendo uma adequada circulação uteroplacentária.

Durante este estágio do TP tive a oportunidade de realizar a amniotomia, a ruptura artificial da bolsa amniótica. No passado, esta técnica, muitas vezes era realizada com o intuito de acelerar o trabalho de parto, no entanto, a OMS (2018, p.117) não recomenda o uso de procedimentos, tais como, a amniotomia para prevenir o atraso ou acelerar o trabalho de parto. A amniotomia foi realizada em duas situações de parturientes em fase ativa do TP com um traçado CTG suspeito, com o principal objetivo de observar as características do líquido amniótico. O procedimento asséptico foi explicado à parturiente e realizado durante a contração uterina, utilizando uma pinça de Herff para romper as membranas amnióticas. Para a realização desta técnica, é imprescindível que a apresentação cefálica esteja insinuada, pelo risco de prolapso/compressão do cordão umbilical.

O segundo estágio do trabalho de parto, denominado período expulsivo, inicia-se com a dilatação completa até à expulsão do feto (OMS, 2018).

O período expulsivo varia de mulher para mulher pelo que não é possível definir a duração deste estágio. No entanto, considera-se que em nulíparas sem analgesia epidural, o período pode durar até duas horas e em múltíparas, até uma hora. No caso de terem realizado analgesia epidural, considera-se até mais uma hora, em cada uma das situações, até serem tomadas outras medidas interventivas (Gill, 2022). O mesmo autor refere que, desde que o registo de CTG se mantenha tranquilizador com uma descida e rotação fetal para uma posição favorável para um parto vaginal espontâneo, qualquer intervenção deve ser adiada.

Este é o momento em que parturiente e acompanhante são mobilizados do quarto, onde decorreu o primeiro estágio do TP, para a sala de período expulsivo. Esta sala está equipada com todo o material para a realização de partos eutócicos ou

distócicos (ventosa ou fórceps) e encontra-se preparado com material para reanimação do RN.

Verifiquei que o facto de a parturiente apresentar dilatação completa, nem sempre significava que o feto estava prestes a nascer, muitas vezes a apresentação fetal encontrava-se ainda a nível das espinhas isquiáticas, o que significa que precisava de descer. Esta avaliação demonstrou-se de extrema importância para a minha aprendizagem na realização do exame vaginal. Ao longo do tempo, fui tendo uma melhor perceção no que respeita a bacia materna, e relacionar com a descida da apresentação, a variedade e posição cefálica. Nesta fase do TP, nem sempre foi possível conseguir perceber a variedade do feto, devido à movimentação dos ossos do crânio do feto (cavalgadura) que facilita a passagem no canal de parto.

Quando a parturiente era transferida para a sala de período expulsivo, conectava a monitorização fetal, assegurava a permeabilidade do acesso venoso e posicionava a parturiente conforme a sua preferência. A posição de litotomia continua a ser a mais comum embora vários estudos demonstrem vantagens de posições verticalizadas em relação à litotomia. As posições verticais facilitam a descida da apresentação fetal e reduzem a duração do período expulsivo (Silva et al., 2019). A FIGO (2012) considera que a mulher deve ser encorajada a fazer os esforços expulsivos na posição que preferir. Por sua vez, a OMS (2018) recomenda que a mulher escolha livremente a posição de parto, incluindo posições verticalizadas. Nos partos por mim assistidos, elevei sempre a cabeceira da marquesa de forma a parturiente ficar numa posição *semi-fowler*, contrariando desse modo a posição de litotomia.

Durante este período a parturiente era encorajada a realizar esforços expulsivos quando sentia vontade de fazer força. É recomendação da OMS (2018) que a mulher siga o seu próprio impulso para a realização de esforços expulsivos. No entanto, verificou-se que a perceção, deste instinto natural, era deturpada pela analgesia epidural. Assim, houve a necessidade de orientar a mesma para a realização de esforços expulsivos. De acordo com Fatia e Tinoco (2016), para a realização de esforços expulsivos deve ser incentivado “(...) o método fisiológico de “empurrar para baixo” sem prender a respiração (...)” que é “igualmente eficaz e favorece a troca de oxigénio materno-fetal” (p.310).

Na iminência da expulsão do feto, na maioria das vezes, adotava uma atitude expectante de “hands off”, observando a descida progressiva do polo fetal até ao

início do coroamento, altura em que aplicava gel lubrificante para evitar lesões do períneo. Este era o momento de avaliar a necessidade de realizar episiotomia.

A realização de episiotomia por rotina não é recomendada pela OMS (2018). Já em 1996, a mesma organização, refere que o uso rotineiro constitui uma prática desapropriada que é prejudicial à mulher. Não existe evidência científica que demonstre os benefícios desta prática, pelo contrário, Dengo et al. (2016) demonstram estudos em que se verificou um aumento da taxa de infeção, do risco de lesões graves no períneo, da perda sanguínea, do desconforto e do tempo de recuperação pós-parto. Estas desvantagens são corroboradas por Rocha et al. (2019), que acrescenta, ainda, a disfunção sexual, a dispareunia e o aumento da possibilidade de formação de hematomas do períneo.

No momento da expulsão da cabeça, de modo a evitar uma saída brusca e causar lacerações, protegia o períneo através da manobra de Ritgen modificada, enquanto orientava a parturiente para realizar uma força controlada. Após a expulsão da cabeça, procedia à pesquisa de circular cervical. Em nenhum dos casos foi necessário a laqueação precoce do cordão umbilical, todas as circulares cervicais eram suficientemente largas para passar pela cabeça ou pelo tronco.

De seguida, permitia a rotação externa que, inicialmente, nem sempre foi claro para mim. Por vezes, esta rotação ocorreu de forma impercetível, deixando dúvidas para que lado tinha rodado, no entanto, com a ajuda da EESMO orientadora fui adquirindo competências que permitiram ultrapassar essa dificuldade. Em algumas situações, tive de auxiliar a rotação externa. Completa a rotação externa, procedia ao desencravamento, realizando uma ligeira tração da apresentação para baixo até exteriorizar o ombro anterior para logo de seguida, realizar a mesma tração para cima, até soltar o ombro posterior.

Durante este percurso, presenciei apenas uma situação de distócia de ombros. A distócia de ombros é uma emergência obstétrica associada a complicações maternas e neonatais graves. São conhecidos fatores de risco, tais como, a diabetes gestacional, a macrosomia fetal, história de parto anterior com distócia de ombros, contudo, pode mesmo ocorrer na ausência destes, tornando-se uma situação imprevisível (Marques e Reynold, 2011). Após a expulsão da cabeça fetal, foi rapidamente notório uma retração da mesma contra o períneo - sinal de tartaruga. Foi de imediato pedido às colegas presentes na sala, para solicitarem auxílio da equipa médica e realizarem a manobra de McRoberts, que consiste na hiperflexão das coxas

sobre o abdómen (com o objetivo de diminuir a proclividade do promontório) em simultâneo com uma pressão supra-púbica (manobra de Rubin I). Tentei novamente a extração, sem sucesso, tendo a EESMO orientadora assumido a minha posição conseguindo de seguida, exteriorizar o ombro anterior.

Este episódio aconteceu no parto nº 39, altura em que considero já ter adquirido alguma autonomia, deixando-me desconfortável e insegura, embora tenha sido a minha primeira situação de distócia de ombros. Nesta perspetiva, faz-me todo o sentido as palavras de Benner (2001) quando profere que a experiência da enfermeira perita permite agir em benefício da complexidade das situações com que se depara.

Após a expulsão, verificava a hora e colocava o RN sobre o abdómen da mãe, este era seco com um pano aquecido, de forma a evitar perda de calor. Era realizada a estimulação no dorso no sentido inverso céfalo-caudal, com o objetivo de mobilizar e exteriorizar secreções.

A laqueação tardia do cordão é uma prática comum deste bloco de partos. Preconiza-se que a laqueação seja efetuada quando o cordão umbilical parar de pulsar, caso o RN se mantenha estável. Envolvi o acompanhante de uma forma ativa neste processo, dando-lhe sempre a oportunidade de realizar a laqueação. Após a laqueação o RN era colocado no peito da mãe em contacto pele a pele.

A laqueação tardia do cordão (realizado 1 a 3 minutos após o nascimento) para todos os nascimentos é uma recomendação da OMS (2013). A laqueação tardia irá permitir a contínua passagem de sangue da placenta para o RN, que se tem demonstrado benéfica para aumentar as reservas de ferro e, conseqüentemente, diminuir a anemia infantil, aumenta o número de células estaminais, assim como, reduz situações de hemorragia intraventricular, enterocolite necrosante e sépsis infantil.

Ocorreram casos em que, por distócias dinâmicas ou mecânicas, culminaram num parto instrumentado com aplicação de ventosa. Nestes casos, permaneci na sala para prestar os cuidados imediatos ao recém nascido, contabilizando 12 partos assistidos. É da competência do EESMO assegurar "(...) a avaliação imediata do recém-nascido implementando medidas de suporte na adaptação à vida extra uterina" (OE, 2019).

O terceiro estágio do trabalho de parto inicia-se, imediatamente, após a expulsão do feto e culmina com a expulsão da placenta, denominada dequitadura. Durante este

estádio a vigilância foi dividida entre a mãe e o RN, sem nunca esquecer o risco acrescido de hemorragia pós-parto (HPP).

Após o nascimento, o RN era colocado no abdómen da mãe, onde eram prestados os primeiros cuidados. O RN era seco e colocado em contacto pele a pele, promovendo a vinculação mãe/RN e a adaptação do RN à vida extrauterina. Sendo um hospital certificado pela iniciativa hospital amigo dos bebês, a prática de contato pele a pele (em decúbito ventral sobre o tórax da mãe) complementa a quarta medida preconizada pela iniciativa definidas pela OMS e UNICEF – “ajudar as mães a iniciarem o aleitamento materno na primeira meia hora após o nascimento”.

São inúmeros benefícios do contacto pele a pele, a evidência científica enumera: fortalece o vínculo, incentiva o aleitamento materno na primeira hora de vida, proporciona tranquilidade à mãe/RN, promove e regula a temperatura do RN, preserva o equilíbrio ácido-base, estabiliza a respiração, reduz o choro, previne a hipoglicemia neonatal, auxilia a expulsão da placenta e reduz o risco de HPP (Ayres et al., 2021).

Após o nascimento do RN, o tamanho do útero reduz significamente, assim como a contratilidade uterina, diminuindo, conseqüentemente, a área de implantação da placenta. A tensão provocada determina a formação de um hematoma retroplacentário que acelera o processo de separação da placenta do local de inserção (Graça & Machado, 2017). Inicialmente a placenta separa-se da parede uterina e desce para o segmento inferior do útero até que sai através do canal de parto (Fatia & Tinoco, 2016).

Existem duas condutas a adotar durante a fase de dequitação: a conduta expectante e a conduta ativa. A primeira ocorre naturalmente, sem manobras ou terapêutica, enquanto a segunda envolve intervenções, como a administração de uterotônicos, e a manobra de Brandt-Andrews (tração controlada do cordão umbilical e a massagem uterina). As organizações internacionais recomendam uma conduta ativa no sentido de prevenir a HPP (ACOG, 2017; OMS, 2018; FIGO, 2022).

Quando a placenta se exteriorizava pelo canal vaginal, era realizada a manobra de Jacob-Dublin, em que procedia à rotação da mesma em torno do seu eixo, de forma a garantir uma dequitação completa, sem retenção de membranas. Existem dois mecanismos de dequitação possíveis, o de *Shultze*, em que se verifica primeiro a exteriorização da face fetal e a mais frequente; e o de *Duncan*, em que se verifica

a exteriorização da face materna (face rugosa), normalmente associado a uma maior perda sanguínea.

Após a dequitação procedia à massagem uterina e solicitava a administração de ocitocina endovenosa, sendo esta administração (20UI em 500mL de soro fisiológico), protocolo do serviço após a dequitação, de modo a garantir a formação do globo de segurança de pinard. A massagem uterina era realizada no sentido de estimular a contração uterina e garantir o globo de segurança de pinard até a administração de ocitocina. A OMS (2018) não recomenda a massagem uterina para prevenir a hemorragia pós-parto, em mulheres a quem foi administrada ocitocina profilática.

Com o globo de segurança de pinard formado e com uma perda de sangue vaginal considerada normal, procedia à inspeção da placenta. Era verificada a presença de dois folhetos (córion e âmnios), o cordão umbilical (local de inserção e presença de 2 artérias e 1 veia) e a integridade do disco placentário (integridade dos cotilédones).

Durante este contexto clínico, não foram observadas situações de hemorragia pós-parto, no entanto, tive uma parturiente com perdas aumentadas associada a alterações da coagulação, diagnosticada durante a gravidez. A equipa médica foi informada e após a administração de ácido tranexâmico, a perda de sangue normalizou. Nesta situação, tive sempre o cuidado de garantir a presença de globo de segurança de pinard, de modo a despistar precocemente uma atonia uterina, assim como, assegurar o estado hemodinâmico da parturiente.

Foi também verificado um episódio de retenção da placenta. É da competência de EESMO implementar e avaliar "(...) intervenções à parturiente em caso de retenção de placenta, efetuando em caso de urgência, extração manual e revisão uterina" (OE, 2019) no entanto, por precaução após 45 minutos foi solicitada a intervenção da equipa médica que efetuou uma extração manual. Foi realizada ecografia de controlo e verificou-se uma linha endometrial espessada sugestiva de restos placentares, pelo que teve de ser submetida a curetagem uterina. É crucial que o EESMO identifique desvios da normalidade e previna complicações (ICM, 2019) devendo referenciar "(...) as que estão para além da sua área de atuação" (OE, 2019), pedido colaboração da equipa médica.

O quarto estágio do TP, também conhecido pelo período de hemóstase, corresponde às 2h pós-parto. Este é o período em que existe uma maior possibilidade de hemorragia, o que requer uma maior rigorosa vigilância da puérpera.

A hemorragia pós-parto (HPP) é definida como a perda sanguínea superior a 500 ml no pós-parto vaginal ou superior a 1000 ml na cesariana (OMS, 2014). A mesma organização, ressalva ainda, que toda a perda sanguínea com repercussão a nível hemodinâmico, deve ser encarada como um caso de HPP. Após a expulsão da placenta, a contração uterina potencia a laqueação dos vasos uterinos, enquanto se formam trombos nos vasos uteroplacentários, desencadeando o mecanismo de hemostasia (Fatia & Tinoco, 2016).

Ainda na sala destinada ao período expulsivo, ainda com o RN em contacto pele a pele, procedia à observação do períneo e canal de parto para avaliar a presença de lacerações. Durante a observação, tive sempre em consideração as queixas algícas da parturiente. Em caso de dor, procedia à administração de analgesia epidural ou anestésico local, de forma a garantir o máximo de conforto enquanto realizava a reparação do períneo. O EESMO tem competência para avaliar "(...) a integridade do canal de parto e aplica técnicas de reparação (...)" (OE, 2009).

Em caso de necessidade de reparação por perineorrafia ou episiorrafia, aprendi a avaliar a extensão da lesão, a realizar a correção por planos e finalizar na pele com pontos simples ou pontos *Donatti*, dependendo da extensão da laceração/episiotomia. Considero ter tido alguma dificuldade, inicialmente, mas fui desenvolvendo competências que permitiram superar as dificuldades e aperfeiçoar a técnica ao longo do ensino clínico. Dos 40 partos por mim assistidos, foram reparadas 19 lacerações de grau I, 2 lacerações de grau II, 8 episiotomias, sendo os restantes, períneos íntegros. Terminada a reparação do períneo/canal de parto e após certificação da presença de globo de segurança de pinard e ausência de perda hemática vaginal aumentada, eram prestados os cuidados de higiene perineais, deixando a puérpera limpa e confortável.

No momento de transferência da puérpera e do RN para o recobro, promovia a adaptação à mama na primeira hora de vida. O contato pele a pele mantém benefícios mesmo após a primeira hora de vida e é vantajoso para a amamentação, pelo que o RN só era vestido após ser amamentado.

Durante o período de puerpério imediato mãe e RN mantinham vigilância no recobro, sendo prestado auxílio, sempre que solicitado. Era realizada uma avaliação

regular do tónus e altura do fundo uterino, da perda hemática vaginal, e sinais vitais. O RN era observado frequentemente de modo a avaliar a sua adaptação à vida extrauterina, assim como, a sua adaptação à amamentação.

Duas horas após o parto eram prestados cuidados de higiene e conforto enquanto avaliava, novamente, o globo de segurança de pinard, a perda hemática vaginal e o períneo, em caso de laceração/episiotomia presente.

Estando tudo dentro da normalidade, era oferecida alimentação à puérpera e realizada a transferência para o internamento, onde transmitia todas as informações decorrentes do trabalho de parto e parto à colega responsável, garantindo uma continuidade de cuidados. O EESMO “assume a decisão de transferir, assegura a transferência e cuida da parturiente durante o transporte” (OE, 2019).

### **3.2.3. Cuida a mulher o período pós-natal**

O ICM descreve que é da competência do EESMO a avaliação contínua da mãe e do RN, a educação em saúde, o apoio ao aleitamento materno, a identificação/resolução de complicações, assim como, a orientação para o planeamento familiar.

Durante a realização deste contexto clínico tive a oportunidade de prestar cuidados à puérpera e ao RN de forma individualizada, promovendo o autocuidado e a autonomia no cuidado ao RN.

O acolhimento à díade era realizado de imediato à sua chegada. Apresentava-me, realizava a identificação positiva da puérpera e do RN e realizava uma breve descrição do serviço/rotinas, informava o horário das visitas, realizava avaliação física da puérpera e do RN, mantendo a comunicação com intuito de obter dados para a avaliação inicial da puérpera e ao mesmo tempo, estabelecia uma relação de confiança. Os dados para a avaliação inicial permitiam, por sua vez, identificar necessidades e através delas, formular diagnósticos e intervenções para colmatar essas mesmas necessidades.

Este é o momento para promover o bem-estar da mulher e informar sobre cuidados ao RN, nomeadamente a mães de primeira viagem. É da competência do EESMO informar, orientar e apoiar a mãe no autocuidado e a cuidar do seu filho e informar a mulher sobre crescimento, desenvolvimento, sinais e sintomas de alarme no recém-nascido (OE, 2019).

Quanto à observação da puérpera na admissão destaca-se a importância de avaliação dos sinais vitais (tensão arterial, temperatura, frequência cardíaca, frequência respiratória e dor), cor e hidratação de pele e mucosas, a avaliação da mama quanto ao tipo e integridade do mamilo, a avaliação da involução uterina (de extrema importância para detecção precoce de atonia uterina), a observação do períneo, em caso de parto vaginal, ou do penso da sutura operatória abdominal, em caso de cesariana e a avaliação de lóquios quanto à quantidade, cor e cheiro.

De acordo com a OMS (2014, p. 4) “a vigilância do tônus uterino através da palpação abdominal é recomendada em todas as mulheres para possibilitar a identificação precoce de atonia uterina pós-parto”. Sendo a atonia uterina a causa de hemorragia pós-parto mais comum, a avaliação periódica do tônus uterino torna-se essencial, nomeadamente nas primeiras horas pós-parto.

No que diz respeito à observação física do RN era realizada a avaliação da pele e mucosas, do padrão respiratório, choro, vitalidade e tonicidade, avaliação das fontanelas anterior e posterior, inspeção do palato mole e duro, avaliação do reflexo de sucção e deglutição, reflexo de moro e de preensão palmar/plantar, observação do coto umbilical, observação dos genitais e perfuração do ânus e inspeção da coluna vertebral. O conhecimento do EESMO acerca dos desvios de normalidade confere-lhe a capacidade de diagnosticar precocemente e prevenir complicações para a saúde da mulher e RN, referenciando situações que estão para além da sua área de atuação (OE, 2019).

Durante este primeiro contato foram ainda realizados ensinamentos sobre o aleitamento materno; a realização da mudança da fralda e os cuidados ao coto umbilical, assim como, administrada a 1ª dose da vacina contra a hepatite B.

O processo da amamentação gera facilmente stress e ansiedade na mulher culminando em sentimentos de angústia, frustração e insegurança. É um processo que muitas vezes requer tempo e dedicação, é necessário que o enfermeiro demonstre empatia e disponibilidade. O sucesso de amamentação é na maioria das vezes ditado pelo apoio prestado pelo enfermeiro desde o primeiro momento. Um acompanhamento adequado auxilia a ultrapassar as dificuldades sentidas, evitando assim o desmame precoce. É da competência do EESMO conceber, planejar, implementar e avaliar intervenções de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno.

O banho do RN é outro momento privilegiado para a observação física do RN. Ao mesmo tempo, pretende-se que os pais desenvolvam competências no que diz respeito à prestação de cuidados de higiene ao RN, através da observação. Foi precisamente durante o ensino do banho estes ensinamentos que verifiquei uma tonalidade amarelada na face de um RN, aproveitando a presença da pediatra no serviço, solicitei o que observasse. Após colheita de sangue, confirmou-se o diagnóstico de icterícia neonatal, necessitando de tratamento por fototerapia. Neste serviço, para a fototerapia é utilizado o *bilibed* que é colocado no berço permitindo que o RN permaneça em alojamento conjunto com a mãe. Com esta experiência tive a oportunidade de desenvolver as competências específicas (OE, 2019): “Identifica e monitoriza o estado de saúde do recém-nascido(...)”, cooperando “(...) com outros profissionais de saúde no tratamento do recém-nascido com problemas de saúde no período neonatal” e “concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de apoio à mulher, (...) em caso de alterações morfológicas e/ou funcionais do recém-nascido”.

O momento da alta é a altura de validar os ensinamentos realizados pelo enfermeiro ao longo do internamento. O enfermeiro antecipa, avalia, diagnostica, lida e ajuda a lidar com as mudanças (Meleis, 2010), com o objetivo de promover a autonomia e o bem-estar. A preparação para a alta deve ser planeada, sistematizada e individualizada desde o momento da admissão, tendo em consideração as necessidades de cada puérpera/família.

Schumacher e Meleis (2010), afirmam que o enfermeiro possui competências para atuar junto de pessoas ao longo do processo de transição, sendo a educação essencial para estabelecer ótimas condições para o processo de transição.

#### **3.2.4. Cuida a mulher a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica**

A saúde sexual é definida como um estado de bem-estar físico, emocional, mental e social relacionado com a sexualidade, englobando aspetos específicos da saúde reprodutiva como o controlo da fertilidade, da vida sexual e saúde ginecológica (OMS, 2015).

Durante a realização do estágio no contexto de ginecologia, tive a oportunidade de desenvolver competências específicas de EESMO no que diz respeito à saúde sexual, reprodutiva, e ginecológica da mulher. A prestação de cuidados especializados incidiu sobretudo em patologias do foro ginecológico. Rapidamente

constatei que a maior percentagem de mulheres internadas, tinha sido submetida a uma intervenção cirúrgica. Mastectomias simples ou radicais, tumorectomias, miomectomias, histerectomias, salpingectomias foram as cirurgias mais evidentes, entre outras, tais como neoplasias do colo do útero, dos ovários ou da mama não operáveis.

A prestação de cuidados evidenciou-se no cuidado à mulher com cancro da mama que vivencia uma mudança radical da saúde para doença e que requer um processo psicológico de adaptação (Schumacher & Meleis, 2010). O cancro da mama é o tipo de cancro mais comum entre as mulheres e corresponde à segunda causa de morte por cancro, na mulher. Segundo a Liga Portuguesa contra o Cancro, em Portugal, anualmente são detetados cerca de 7.000 novos casos e 1.800 mulheres morrem com esta doença.

Sendo uma área totalmente desconhecida tive a necessidade de recorrer à literatura para adquirir conhecimentos sobre a etiologia, diagnóstico e tratamento da doença. O manual de oncologia da Sociedade Portuguesa de Oncologia demonstrou-se essencial para que os meus cuidados fossem adequados e de encontro às necessidades de cada mulher.

O momento pós-cirúrgico exige da mulher uma adaptação à sua nova condição devido às alterações físicas, psicológicas, emocionais, sociais e sexuais que se verificam (Gomes, 2012). Trata-se de um momento frágil de mudança significativa originada por um evento crítico (Schumacher & Meleis, 2010) e o enfermeiro deve ser sensível e altruísta providenciando cuidados à mulher que facilite a sua adaptação à nova situação. As primeiras horas após a cirurgia são essenciais para a transmissão de informação e orientação das mulheres sobre as implicações pós-cirúrgicas. São dadas orientações sobre os cuidados com o membro superior afetado. Tendo alguma limitação nesta área e de forma a transmitir informação de modo uniforme, elaborei um guião de conselhos pós-cirúrgicos para minha orientação, baseado no guia de apoio à mulher com cancro da mama da DGS e no protocolo de serviço.

Na altura da alta reforçam-se novamente os cuidados pós-cirúrgicos, quando deve realizar o penso (sempre realizado na consulta da mama do hospital), a data da próxima consulta, promovendo a informação e orientação da mulher sobre saúde ginecológica (OE, 2019).

No que respeita às consultas externas de ginecologia estive um dia na unidade de colposcopia, histeroscopia e laser. Um dos procedimentos que tive oportunidade

de observar foi uma colposcopia com biópsia de uma jovem de 20 anos com uma lesão HPV detetada em citologia. Em colaboração com o médico, o EESMO “coopera com outros profissionais no diagnóstico das afeções do aparelho genito-urinário” (OE, 2019), no sentido em que prepara a mulher para o exame, acompanha-a ao longo de todo o procedimento, tentando tranquilizá-la e realiza ensinamentos sobre os cuidados a ter após o exame.

O EESMO tem as competências necessárias para a prestação de cuidados apostando na prevenção primária e secundária, assim como na promoção da saúde e prevenção da patologia do aparelho genito-urinária da mulher, promovendo a continuidade de cuidados do meio hospitalar para a comunidade.

Durante este contexto clínico tive também a oportunidade de prestar cuidados a mulheres a vivenciarem processos de abortamento, interrupção médica da gravidez (IMG) ou morte fetal. No hospital onde realizei o estágio, a mulher após a expulsão fica em vigilância no serviço de ginecologia, evitando assim o contacto com outras mães e recém-nascidos saudáveis.

No cuidado à mulher em situação de aborto ou interrupção médica da gravidez o EESMO assume importância não só pela vigilância hemodinâmica da mulher e no diagnóstico/prevenção de complicações, mas sobretudo no suporte emocional. A vulnerabilidade destas mulheres aumenta significativamente de um momento para o outro, o que exige do EESMO uma disponibilidade e sensibilidade com sentido altruísta na sua prestação de cuidados. Deve ser estabelecida uma relação de empatia e confiança promovendo uma escuta ativa de modo que a mulher sinta algum conforto para superar este desfecho da sua gravidez. Segundo Lemos e Cunha (2015) as mulheres ficam física e emocionalmente frágeis e necessitam de suporte, tornando-se fundamental o reconhecimento do luto materno por parte do profissional de saúde de forma a proporcionar espaço para que estas possam expressar os seus sentimentos e angústias.

Considero ter adquirido aptidões e desenvolvido estratégias para saber como atuar e lidar perante situações menos agradáveis que acontecem durante o meu percurso profissional, permitindo desenvolver a competência de EESMO conceber, planejar, implementar e avaliar intervenções de apoio à mulher, incluindo conviventes significativos, durante o período de luto e identificar complicações pós-aborto. (OE, 2019).

#### **4. LIMITAÇÕES DO ESTUDO/PROCESSO DE APRENDIZAGEM**

No decorrer deste percurso formativo deparei-me com alguns constrangimentos que fui tentando resolver mas que contribuem para algumas limitações no processo de aprendizagem.

Na realização do estudo, embora tenha sido possível obter informação pertinente, o número reduzido de participantes não permite a generalização dos resultados. A seleção de adolescentes revelou-se complexa. Foram contactadas diversas instituições de acolhimento de grávidas adolescentes de todo o país, muitas das quais deram uma resposta negativa ou não obtive resposta, o que tornou este processo moroso. Outra limitação foi a dificuldade na realização das entrevistas por desmarcações constantes, e em duas entrevistas, o local escolhido pelas participantes, não foi o mais apropriado, tendo sido verificadas algumas interrupções que poderão ter comprometido o raciocínio e a concentração.

Pessoalmente, a maior limitação durante este processo de aprendizagem foi conseguir conciliar com a minha vida pessoal e profissional. A sobrecarga horária profissional com a sobrecarga horária académica do primeiro ano teórico, foi limitativa na medida em que o tempo demonstrou-se escasso para a concretização de tarefas e atividades propostas, nomeadamente, em horas de trabalho autónomo. A interrupção de um ano letivo por licença de maternidade exigiu da minha parte um esforço acrescido para o regresso.

O segundo ano do curso, mais centrado na prática clínica foi igualmente desafiador, conciliar os meus turnos de trabalho com os turnos do estágio e ainda com as horas de orientação tutorial, condicionou muitas vezes o meu estudo.

Outra limitação, diz respeito às poucas oportunidades que surgiram para prestar cuidados a grávidas/mães adolescentes. Gostaria de ter desenvolvido mais atividades com estas jovens, de contribuir para a aquisição de competências parentais, desempenhando um papel facilitador na transição para a parentalidade.

Por último, com a realização deste relatório, fico com a sensação de que a escrita não relata realmente tudo o que, por mim, foi experienciado durante este período de aprendizagem. Considero que, ainda que de forma sintetizada, foi possível relatar, analisar e refletir sobre atividades desenvolvidas que contribuíram para o desenvolvimento de competências comuns de enfermeiro especialista e específicas de EESMO.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento da temática gravidez na adolescência permitiu adquirir novos conhecimentos e compreender o contributo do EESMO durante o processo de transição para a parentalidade, nomeadamente, na aquisição de competências parentais. Embora o estudo tenha sido efetuado com jovens institucionalizadas, com uma vulnerabilidade acrescida, não permite uma generalização dos resultados à população adolescente do nosso país, considero ter obtido conclusões pertinentes.

Perante os resultados do estudo, a intervenção do EESMO e a relação de empatia e confiança revelou-se essencial na transmissão conhecimentos durante a gravidez para capacitar estas adolescentes para a maternidade, porém após o nascimento, esta intervenção demonstrou-se insuficiente. As adolescentes realçam o apoio que tiveram das técnicas da instituição durante este período.

Para uma melhoria na prática de cuidados, o EESMO deve identificar necessidades e adotar estratégias de intervenção para garantir que as adolescentes adquiram competências para o desempenho do papel parental. Estas grávidas necessitam de um acompanhamento especializado, intensivo e individualizado desde a gravidez ao pós-parto. Conclui-se a pertinência de incluir o EESMO na equipa multidisciplinar destas instituições que acolhem grávidas e mães adolescentes para que, em conjunto, intervenham eficazmente no desenvolvimento de competências parentais.

É evidente a importância da temática pelo que considero fundamental a realização de futuros trabalhos de investigação que incluam uma amostra mais representativa, com vista a melhoria da prestação de cuidados à grávida adolescente, nomeadamente, no pós-parto.

No que respeita ao contributo para a formação, a apresentação dos resultados da *scoping review* aos profissionais do bloco de partos permitiu alertá-los sobre as necessidades das adolescentes, conduzindo-os a refletir sobre as suas práticas. O estudo desenvolvido, por sua vez, permitirá a sensibilização do EESMO que presta cuidados a estas jovens para a necessidade de articulação com estas instituições e o desenvolvimento de estratégias que colmatem as necessidades das jovens.

A concretização deste relatório de estágio é o culminar deste longo processo de aprendizagem que através de diversas experiências permitiram a consolidação e aquisição de novos conhecimentos que viabilizaram a prestação de cuidados e

adquisição de competências técnicas e científicas que permitem vigiar a saúde da mulher ao longo do ciclo reprodutivo, do período pre-concepcional ao puerpério, assim como, prestar cuidados no âmbito do planeamento familiar, ginecologia e climatério. Neste sentido, considero ter alcançado os objetivos delineados para esta UC.

A diversidade de situações com que me deparei ao longo dos contextos clínicos foi essencial não só para desenvolver a minha capacidade relacional e comunicativa mas também a capacidade crítica e reflexiva sobre a minha prestação de cuidados e assim, adequar os cuidados numa perspetiva holística, centrada na mulher, de forma humanizada e individualizada, sempre com uma conduta ética e deontológica presente.

O desenvolvimento da autonomia foi gradual, o que permitiu atuar na resolução de problemas e conseqüentemente, na tomada de decisões, baseada na evidência científica atual e pertinente. As sessões de orientação tutorial revelaram-se interessantes, a partilha de diversas experiências conduziu a reflexões em grupo que contribuíram, de igual modo, para o meu desenvolvimento e aprendizagem profissional.

Por último mas não menos importante, as professoras do CMESMO, os enfermeiros orientadores, assim como, todas as mulheres/casais/RN a quem prestei cuidados, tiveram um papel fundamental na minha aprendizagem e contribuíram para o meu crescimento como futura EESMO, a quem fico profundamente grata.

Futuramente, pretendo dar continuidade ao estudo desta temática, divulgar a scoping review e os resultados do estudo, através de formações a colegas e comunicações livres em congressos, partilhando informação relevante com o objetivo de melhoria da qualidade dos cuidados do EESMO às grávidas/mães adolescentes.

E é neste sentido que continuo a caminhar.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Álvares, M. & Merlini, S. (2014) *Estudo de Avaliação do Programa de Qualificação e Integração Profissional de Mães Adolescentes*. [Relatório final de Avaliação] ISCTE, Instituto Universitário de Lisboa.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2019). ACOG COMMITTEE OPINION Number 766: Approaches to Limit Intervention during Labor and Birth. *Obstetrics and Gynecology*. 133(2), 164–173. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003074>
- Areia, A. (2017) Hemorragias do segundo e terceiro trimestres da gravidez. In L. M., Graça (Ed.) *Medicina Materno Fetal* (5ª ed., pp. 315-325). Lidel
- Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras & Federação da Associação de Matronas de Espanha (2009). *Iniciativa Parto Normal: as parteiras apoiam o parto normal*. Loures: Lusociência
- Associação Portuguesa para o estudo da dor. (2020) *Sobre a dor*. <https://www.aped-dor.org/index.php/sobre-a-dor/definicoes>
- Ayres, L.; Cnossen, R.; Passos, C.; Lima, V.; Prado, M.; Beirigo; B. (2021). Fatores associados ao contato pele a pele imediato em uma maternidade. *Escola Anna Nery*, 25(2), 1-8. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0116>
- Ayres-de-Campos, D. (2016). Introduction: why is intrapartum foetal monitoring necessary – Impact on outcomes and interventions. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*. 30, 3-8
- Balaskas, J. (2017). Parto ativo: guia prático para o parto natural. Estações Editora
- Bardin, L. (2015). *Análise de conteúdo* (5ª ed.). Edições 70
- Barradas, A., Torgal, A. L., Gaudêncio, A. P., & Al, E. (2015). Livro de Bolso - Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica/ Parteiras. 53(9), 1689–1699. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

- Bayle, F. (2005). A parentalidade. In I. Leal (Ed). *Psicologia da gravidez e da parentalidade*. (pp.317-343). Lisboa: Fim de Século Edições.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto.
- Bogdan, R. C., & Biklen, S. K. (1994). *Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto Editora Lda.
- Canavarro, M. (2001). *Psicologia da gravidez e da maternidade*. Coimbra: Quarteto
- Carmo, M. E. & Guizardi, F. L. (2018). O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. *Cadernos de Saúde Pública*, 34 (3) 1-14. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00101417>
- Carmona, A. (2018) Gravidez na Adolescência na Região de Lisboa: Cultura ou Literacia em Saúde? [Tese de Doutoramento em Relações Interculturais.] Universidade aberta. Repositório Aberto. <http://hdl.handle.net/10400.2/8530>
- Carvalho, B. (2018) Maternidade na adolescência: os desafios de ser mãe em contexto institucional. [Relatório de Estágio]. Faculdade de Psicologia e de ciências da Educação. Universidade de Coimbra. <https://eg.uc.pt/bitstream/10316/85481/1/RELAT%C3%93RIO%20DE%20EST%C3%81GIO.pdf>
- Costa, L. (2016). Visitando a teoria das transições de Afaf Meleis como suporte teórico para o cuidado de enfermagem. *Enfermagem Brasil*, 15 (3) 137-145. <https://doi.org/10.33233/eb.v15i3.181>.
- Coutinho, C. P. – Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática. Coimbra: Almedina, 2014.
- Declaração de Helsínquia da associação médica mundial (2013) Princípios Éticos para a Investigação Médica em Seres Humanos. [https://www.ucp.pt/sites/default/files/2019-03/declaracao-de-helsinquia\\_2013.pdf](https://www.ucp.pt/sites/default/files/2019-03/declaracao-de-helsinquia_2013.pdf)
- Decreto-Lei n.º 147/99 da Assembleia da República. (1999). Diário da República: I Série A, n.º 204/99. <https://data.dre.pt/eli/lei/147/1999/09/01/p/dre/pt/html>

- Decreto-Lei n.º 26/2018 da Assembleia da República. (2018). Diário da República: I Série, n.º 128/2018. <https://data.dre.pt/eli/lei/26/2018/07/05/p/dre/pt/html>
- Decreto-Lei n.º 32/2002 da Assembleia da República. (2002). Diário da República: I Série A, n.º 294/2002. [https://www.igf.gov.pt/leggeraldocs/LEI\\_032\\_2002.htm](https://www.igf.gov.pt/leggeraldocs/LEI_032_2002.htm)
- Decreto-Lei n.º 9/2009 da Assembleia da República. (2009). Diário da República: I Série, n.º 44 /2009. <https://data.dre.pt/eli/lei/9/2009/03/04/p/dre/pt/html>
- Decreto-Lei n.º74/2006 do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. (2006) Diário da República: I Série A, n.º60/2006. <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/74/2006/p/cons/20210416/pt/html>
- Dengo, V. A., Silva, R. D., Souza, S. R., Aldrighi, J. D., Wall, M. L., & Cancela, F. Z. (2016). A episiotomia na percepção de puérperas. *Cogitare Enfermagem*, 21(3), 1-8. <https://doi.org/10.5380/CE.V21I3.44060>.
- DeVito, J. (2010). *How adolescent mother feel about becoming a parent*. *Journal of Perinatal Education*, 19(2), 25-34. <https://doi.org/10.1624/105812410X495523>
- Direção-Geral da Saúde (2013) Norma n.º 015 - Consentimento informado, esclarecido e livre para atos terapêuticos ou diagnósticos e para a participação em estudos de investigação. DGS. [https://static.sanchoeassociados.com/DireitoMedicina/Omlegissum/legislacao2013/Outubro/DGS\\_015\\_2013.pdf](https://static.sanchoeassociados.com/DireitoMedicina/Omlegissum/legislacao2013/Outubro/DGS_015_2013.pdf)
- Direção-Geral da Saúde (2015). *Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco*. Lisboa: DGS
- Fatia, A., & Tinoco, L. (2016). Trabalho de parto. In M. Néné, R. Marques, M. A. Batista (Eds.) *Enfermagem de saúde materna e obstétrica* (pp. 308-319). Lidel
- Figueiredo, B. (2001). Maternidade na adolescência: do risco à prevenção. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 3, 2, 221-238. <https://www.redalyc.org/pdf/287/28730211.pdf>
- Figueiredo, B.; Pacheco, A., Costa, R. & Magarinho, R. (2006). Gravidez na adolescência: das circunstâncias de risco às circunstâncias que favorecem a

adaptação à gravidez. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(1), 97-125. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33760107>

Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lusodidacta.

Gallo, E.; Santana, L.; Marcolin, A.; Ferreira, C.; Duarte, G.; Quintana, S. (2011). Recursos não farmacológicos no trabalho de parto: protocolo assistencial. *Femina*. 39(1), 41-48

Gill, P.; Henning, J. M.; Van Hook, J. W. (2022). *Abnormal Labor*. StatPearls Publishing. National Library of Medicine - National Institutes of Health. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459260/>

Gonçalves, S.; Gonçalves, J.; Marques, C. (2021) *Manual de Investigação Qualitativa*. 2ª ed. Pactor

Graça, L. M.; Machado, M. H. (2017). Trabalho de parto: fisiologia, divisão clínica e mecanismo geral. In L. M., Graça (Ed.) *Medicina Materno Fetal* (5ª ed., pp. 220-228). Lidel

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

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(1), 47–58. <https://doi.org/10.1111/mcn.12150>

International Confederation of Midwives (2019). *Essential Competencies for Midwifery Practice*. 1-22 [https://www.internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2019/02/icm-competencies\\_english\\_final\\_jan-2019-update\\_final-web\\_v1.0.pdf](https://www.internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2019/02/icm-competencies_english_final_jan-2019-update_final-web_v1.0.pdf)

- International Council of Nurses (2015). *Classificação Internacional para a prática de Enfermagem: CIPE® Versão 2015*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. [https://futurosenf.files.wordpress.com/2017/04/cipe\\_2015.pdf](https://futurosenf.files.wordpress.com/2017/04/cipe_2015.pdf)
- Klingberg-Allvin, M., Binh, N., Johansson, A., & Berggren, V. (2008). *One Foot Wet and One Foot Dry: Transition Into Motherhood Among Married Adolescent Women in Rural Vietnam*. *Journal of Transcultural Nursing*, 19(4), 338–346. <https://doi.org/10.1177/1043659608322419>
- Lemos, L. & Cunha, A. (2015). Concepções sobre morte e luto: Experiência feminina sobre a perda gestacional. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 35(4), 1120-1138. DOI: 10.1590/1982-3703001582014
- Lopes, M.; Catarino, H.; Dixe, M. (2010). *Parentalidade positiva e enfermagem: revisão sistemática da literatura*. *Revista de Enfermagem Referência, serIII* (1).109-118. [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0874-02832010000300012&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832010000300012&lng=pt&tlng=pt)
- Lowdermilk, D. & Perry, S. (2008) *Enfermagem na Maternidade*. 7ª Ed. Loures: Lusodidacta.
- Magalhães, J. & Paul, V. (2021) Entrevista. In Gonçalves, S. P.; Gonçalves, J. P.; Marques, C. M. (Eds) *Manual de investigação qualitativa* (pp. 63-85). Pactor
- Mangeli, M., Rayyani, M., Cheraghi, M. A., & Tirgari, B. (2017). *Exploring the Challenges of Adolescent Mothers From Their Life Experiences in the Transition to Motherhood: A Qualitative Study*. *Journal of family & reproductive health*, 11(3), 165–173. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30018654><http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC6045691>
- Maroy, C. (1995). A análise qualitativa de entrevistas. In L. Albarello (Ed.). *Práticas e métodos de investigação em ciências sociais* (pp. 117-155). Gradiva.
- Marques, T., Marski, B., Souza, B., Bonelli, M., Fabbro, M., & Wernet, Monika. (2022). Adolescentes grávidas que experienciaram o nascimento prematuro:

Percepções acerca do cuidado pré-natal. *Escola Anna Nery*, 26. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0253>.

Meleis, A. (2010) *Transitions theory: Transitions theory middle range and situation-specific theories in nursing research and practice*. Springer Publishing Company.

Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Messias, D. & Schumacher, K. (2010). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. In A. I. Meleis (Ed.) *Transitions theory: Transitions theory middle range and situation-specific theories in nursing research and practice*. (pp.52-65) Springer Publishing Company. [https://taskurun.files.wordpress.com/2011/10/transitions\\_theory\\_\\_middle\\_range\\_and\\_situation\\_specific\\_theories\\_in\\_nursing\\_research\\_and\\_practice.pdf](https://taskurun.files.wordpress.com/2011/10/transitions_theory__middle_range_and_situation_specific_theories_in_nursing_research_and_practice.pdf)

Nóbrega, L & Bezerra, F. (2010). *Percepções de puérperas adolescentes frente à assistência de enfermagem no alojamento conjunto*. *Rev. Rene*, 11, 42–52. <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/4657/3475>

Oliveira, P. (2017). *Maternidade na Adolescência*. [Dissertação de doutoramento. Universidade Católica Portuguesa.] Repositório da Universidade Católica Portuguesa. <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/24204/1/Maternidade%20na%20Adolescencia.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2010) Parecer nº3/2010 da Mesa do colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica - Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e do Enfermeiro de cuidados gerais no âmbito da saúde sexual e reprodutiva. Ordem dos enfermeiros. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/Parecer3\\_MCEE\\_SMO.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/Parecer3_MCEE_SMO.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. Divulgar. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8910/divulgar-regulamento-do-perfil\\_vf.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8910/divulgar-regulamento-do-perfil_vf.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Parecer N°11/2012 MCEESMO/OE - Numero mínimo de sessões de Preparação para o Parto*. Ordem dos Enfermeiros. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/MCEESMO\\_Parecer\\_11\\_2012\\_Numero\\_minimo\\_de\\_sessoes\\_de\\_preparacao\\_para\\_o\\_parto.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/MCEESMO_Parecer_11_2012_Numero_minimo_de_sessoes_de_preparacao_para_o_parto.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. Diário da República, I Série, n° 181/2015. <https://data.dre.pt/eli/lei/156/2015/09/16/p/dre/pt/html>

Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Diário Da República, II Série, n° 26/2019. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica*. Diário Da República, II Série, n° 85/2019. <https://dre.pt/application/conteudo/122216892>

Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23179/ponto-3\\_padr%C3%B5es-qualidade-dos-cuidados-eesmo.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23179/ponto-3_padr%C3%B5es-qualidade-dos-cuidados-eesmo.pdf)

Organização Mundial de Saúde. (2009). *Child and adolescent health and development*. Genebra: OMS. <http://www.who.int/child-adolescent-health/>

Organização Mundial de Saúde. (2013) O clampeamento tardio do cordão umbilical reduz a anemia fetal. [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/120074/2/WHO\\_RHR\\_14.19\\_por.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/120074/2/WHO_RHR_14.19_por.pdf)

Organização Mundial Saúde (2014). *Recomendações da OMS para a prevenção e tratamento da hemorragia pós-parto*. Disponível em [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75411/12/9789248548505\\_por.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75411/12/9789248548505_por.pdf)

- Organização Mundial da Saúde. (2018). Intrapartum care for a positive childbirth experience. <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>
- Organização Mundial de Saúde (2020). Adolescent pregnancy. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
- Ozkan, S., Kadioglu, M. & Rathfisch, G. (2017). Restricting Oral Fluid and Food Intake during Labour: A Qualitative Analysis of Women's Views. *International Journal of Caring Sciences*. 10(1), 235-242. [http://internationaljournalofcaringsciences.org/docs/27\\_aydin\\_original\\_10\\_1.pdf](http://internationaljournalofcaringsciences.org/docs/27_aydin_original_10_1.pdf)
- Patrício, J., Calheiros, M., & Martins, A. (2016) Self-representation questionnaire for youths in residential care. *Children and Youth Services Review*. 61. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2016.01.007>
- Pereira, S., & Vilaça, T. (2016). Educação em sexualidade de mães adolescentes institucionalizadas num centro de apoio à vida. *Revista Ibero-Americana De Estudos Em Educação*, 10(esp2), 1583–1602. <https://doi.org/10.21723/riaee.v10i6.8338>
- Peters, M. D. J.; Godfrey, C.; McInerney, P.; Baldini, C.; Khalil, H.; Parker, D. (2020) Chapter 11: Scoping Reviews. In Aromataris E, Munn Z (Eds). *JBIC Manual for Evidence Synthesis*, Joanna Briggs Institute. <https://jbi-global-wiki.refined.site/space/MANUAL/4687342/Chapter+11%3A+Scoping+reviews>
- Peterson, W. (2004) *Adolescent mothers satisfaction with postpartum nursing care*. Tese de doutoramento. McMaster University: Ontario. <http://hdl.handle.net/11375/5918>
- Peterson, W. E., Sword, W., Charles, C., & DiCenso, A. (2007). *Adolescents' perceptions of inpatient postpartum nursing care*. *Qualitative Health Research*, 17(2), 201–212. <https://doi.org/10.1177/1049732306297414>
- Portaria 446/2004 do Ministério da Segurança Social e do Trabalho. (2004). Diário de república: I Série B, nº 102/2004. <https://dre.org/dre/171310/portaria-446-2004-de-30-de-abril>

- Queiroz, M., Menezes, G., Silva, T., Brasil, E., & Silva, R. (2016). *Grupo de gestantes adolescentes: contribuições para o cuidado no pré-natal*. Revista gaucha de enfermagem, 37(spe), e20160029. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.esp.2016-0029>
- Rocha, C. A.; Westphal, F.; Goldman, R. E. (2019). Conhecimento, atitude e prática de enfermeiros obstetras e obstetrias sobre a realização da episiotomia. *Brazilian Journal of Health Review*. 2(1), 226- 235. <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/903>
- Santo, S. (2016). Guidelines para monitorização fetal intraparto: resumo do novo consenso da FIGO de 2015. *Acta Obstétrica e Ginecológica Portuguesa*, 10(1), 8–11. [http://www.fspog.com/fotos/editor2/04\\_012016--ao\\_16-00012.pdf](http://www.fspog.com/fotos/editor2/04_012016--ao_16-00012.pdf)
- Santos, A., Oliveira, A., Amorim, T. & Silva, U. (2015). O acompanhante no trabalho de parto sob a perspectiva da puérpera. *Revista de Enfermagem da UFSM*, 5(3), 531-539. <https://periodicos.ufsm.br/index.php/reufsm/article/view/17337>
- Schumacher, K. & Meleis, A. (2010) Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. In A. I. Meleis (Ed.) *Transitions theory: Transitions theory middle range and situation-specific theories in nursing research and practice*. (pp.38-51) Springer Publishing Company. [https://taskurun.files.wordpress.com/2011/10/transitions\\_theory\\_\\_middle\\_range\\_and\\_situation\\_specific\\_theories\\_in\\_nursing\\_research\\_and\\_practice.pdf](https://taskurun.files.wordpress.com/2011/10/transitions_theory__middle_range_and_situation_specific_theories_in_nursing_research_and_practice.pdf)
- Silva, A. L. S., Nascimento, E. R., & Coelho, E. d. A. C. (2015). Práticas de enfermeiras para promoção da dignificação , participação e autonomia de mulheres no parto normal. 19(3), 424-431. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-761632>
- Stiles, A. S. (2005). *Parenting needs, goals, strategies of adolescent mothers*. *MCN The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 30(5), 327–333. <https://doi.org/10.1097/00005721-200509000-00011>
- Streubert, H. J., & Carpenter, D. R. (2013). *Investigação qualitativa em enfermagem: Avançando o imperativo humanista (5ª ed)*. Lusociência.

Torgal, A. L. (2016) *Assistência no 1º trimestre da gravidez*, In: Néné, M., Rosália, M., Batista, M. (2016). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Lisboa: Lidel

Vilelas, J. (2017). *Investigação: o processo de construção do conhecimento* (2ª ed.). Sílabo

Wahn, E., Nissen, E., & Ahlberg, B. (2005). *Becoming and being a teenage mother: How teenage girls in south western Sweden view their situation*. *Health Care for Women International*, 26(7), 591–603.  
<https://doi.org/10.1080/07399330591004917>

## **APÊNDICES E ANEXOS**

## **APÊNDICE I - Scoping Review**

# O enfermeiro obstetra na aquisição de competências parentais da grávida adolescente: scoping review

## *Midwife in parental skills acquisition of pregnant adolescent: scoping review*

Sandra Varela Monteiro<sup>1</sup>

Maria Helena Presado<sup>2</sup>

**Problemática** - A adolescência é um período complexo caracterizado pelas mais variadas alterações físicas, psíquicas e sociais. Uma gravidez durante este período, potencia a vulnerabilidade da adolescente. Sendo uma faixa etária específica, caracterizada pela imaturidade, importa compreender as necessidades individuais da grávida para que o enfermeiro obstetra intervenha de forma eficaz. Estas grávidas necessitam de um acompanhamento e de uma educação especializada, intensiva e individualizada desde a gravidez ao pós-parto.

**Objetivo** - Identificar na literatura existente o contributo do enfermeiro obstetra no desenvolvimento de competências parentais na grávida adolescente

**Métodos** - Realizada uma scoping review de acordo com a metodologia proposta por Joanna Briggs Institute. A pesquisa realizada em 3 bases de dados distintas (*MEDLINE*, *CINHAL* e *PubMed*), incluiu artigos de estudos qualitativos ou quantitativos, em língua portuguesa ou inglesa.

**Resultados** – Dos 47 artigos obtidos da pesquisa, 12 estudos foram considerados elegíveis para análise, tendo em consideração os critérios de inclusão.

**Conclusões** - A evidência científica demonstra que o enfermeiro obstetra poderá ter um contributo positivo como negativo no processo de transição para a parentalidade das adolescentes, no entanto, evidenciam-se experiências negativas que comprometeram a aquisição de competências parentais da grávida adolescente.

**Palavras-chave** - Grávida adolescente, enfermeiro obstetra, transição para a parentalidade, competências parentais

**Keywords** - pregnant adolescent, obstetric nurse, transition to motherhood, parental skills

## Background

A palavra adolescência deriva do latim “adolescere” que significa crescer. Não se verifica consenso quando se define a palavra adolescência, uma vez que se verifica uma ligeira discrepância de idades consideradas pelos autores.

---

<sup>1</sup> Estudante de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia na Escola Superior de Saúde de Lisboa, e-mail: scvmonteiro@campus.esel.pt

<sup>2</sup> Professora adjunta na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Doutora em Psicologia, email: mhpresado@esel.pt

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2009) a adolescência define-se como o período da vida do indivíduo compreendido entre os 10 e os 19 anos, que se estende da puberdade à maturidade sexual e reprodutiva, período em quem a criança se desenvolve e torna-se um adulto. É um período caracterizado pelas mais variadas transformações físicas, psíquicas, afetivas e sociais, em que o indivíduo percebe as diferentes alterações do seu corpo podendo passar por um período de desorganização intelectual.

A OMS entende, ainda, que a adolescência se divide em três fases: adolescência precoce (10-13 anos), adolescência média (14-15 anos) e adolescência tardia (16-19 anos) (OMS, 2002). Fases descritas por diferentes características que podem variar de indivíduo para indivíduo, ou até mesmo ser culturalmente influenciadas.

Embora se verifique que a taxa de fecundidade em Portugal tem vindo a diminuir consideravelmente na última década, últimos dados publicados no INE (instituto nacional de estatística) em 2021, referente ao ano 2020, mostram que em cada 1000 adolescentes ocorreram 6 nascimentos, valor considerado ainda alto para a atualidade, em que a divulgação de informação e o acesso à educação para a saúde sexual se encontram cada vez mais presentes.

Verifica-se de igual modo, que em Portugal grande percentagem das gravidezes ocorre nas adolescentes com pouca escolaridade, vindas de famílias disfuncionais com instabilidade económica, que muitas vezes não têm acesso à informação (Oliveira, 2017). Importa referir que embora algumas das gravidezes em adolescentes aconteça acidentalmente, muitas delas são planeadas, seja por questões étnicas/culturais, seja por uma questão de anseio da adolescente em tornar-se adulta. Por uma questão cultural, adolescentes pertencentes a minorias étnicas planeiam uma gravidez, encarando a mesma como passagem para a vida adulta. Adolescentes casam-se antes de atingirem a maioridade e acabam por planejar a gravidez para constituição de família, muitas vezes sob pressão da comunidade. O fato de serem mães leva a que sejam culturalmente valorizadas e aceites como mulheres (Carmona, 2018).

DeVito (2010), considera que as mães adolescentes para além de necessitarem de suporte na aquisição de competências parentais, necessitam também de apoio por parte de profissionais, que não o enfermeiro, para colmatar necessidades pessoais típicas da fase da adolescência. Canavarro (2001) afirma que

uma gravidez na adolescência representa um grande desafio. A adolescente passa por diversas transformações que torna complexa a transição que está a vivenciar, potenciando desta forma, a sua vulnerabilidade (Ferreira et al, 2012).

Segundo Meleis (2010), o enfermeiro possui competências para atuar junto de pessoas ao longo do processo de transição, transmitindo a teoria para que seja aplicada na prática. Deste modo, o enfermeiro e em particular, o enfermeiro obstetra (EESMO) tem a capacidade de intervir junto da adolescente de forma que esta encontre um ponto de equilíbrio durante um processo de transição.

Todo o processo de transição envolve intervenções de enfermagem que contribuem para uma transição positiva e saudável. O enfermeiro transmite conhecimento que proporciona ao indivíduo a capacidade de desempenhar o novo papel de mãe.

O enfermeiro obstetra assume um papel crucial no que diz respeito à promoção da saúde, e neste caso concreto, na preparação das grávidas adolescentes durante o processo de transição para a parentalidade, que necessitam de um acompanhamento rigoroso e de uma educação especializada, intensiva e individualizada desde a gravidez ao pós-parto. A intervenção do enfermeiro obstetra tem como objetivo colaborar na aquisição de competências, devendo proporcionar conhecimento e *empowerment* à grávida adolescente para que esta sinta confiança e plena capacidade para passar por este processo, por uma nova realidade, que é a parentalidade.

Sendo a adolescência uma faixa etária específica, caracterizada pela imaturidade, importa compreender as necessidades individuais da grávida que permitam ao enfermeiro obstetra desenvolver estratégias de intervenção que contribuam para que esta desempenhe o seu papel parental de forma positiva (Lopes, Catarino, Dixe, 2010).

### **Questão de pesquisa**

A presente scoping review pretende responder à seguinte questão, formulada de acordo com a mnemónica PCC (participantes, contexto e conceito): Qual o contributo do enfermeiro obstetra na aquisição de competências parentais da grávida adolescente durante a transição para a parentalidade?

## Critérios de inclusão e exclusão

Para a pesquisa realizada nas bases de dados teve-se em consideração os elementos da mnemónica PCC como critérios de inclusão, descritos na tabela seguinte. Para esta revisão foram consideradas grávidas a partir da adolescência média, ou seja, a partir dos 14 anos. Foram incluídos estudos qualitativos ou quantitativos, em língua portuguesa ou inglesa e com texto integral disponível para a *scoping review*. Importa referir que o contexto não se aplica para este estudo, assim como, não foram definidos critérios de exclusão.

	Inclusão	Palavras-chave
<b>P - População</b>	Grávida adolescente	Pregnant adolescent
<b>C - Conceito</b>	Cuidar do enfermeiro obstetra Competências parentais Transição para a parentalidade	Midwife care/obstetric nurse Parental competence/skills Parental transition Transition to motherhood
<b>C - Contexto</b>	Não se aplica	

## Estratégia de pesquisa

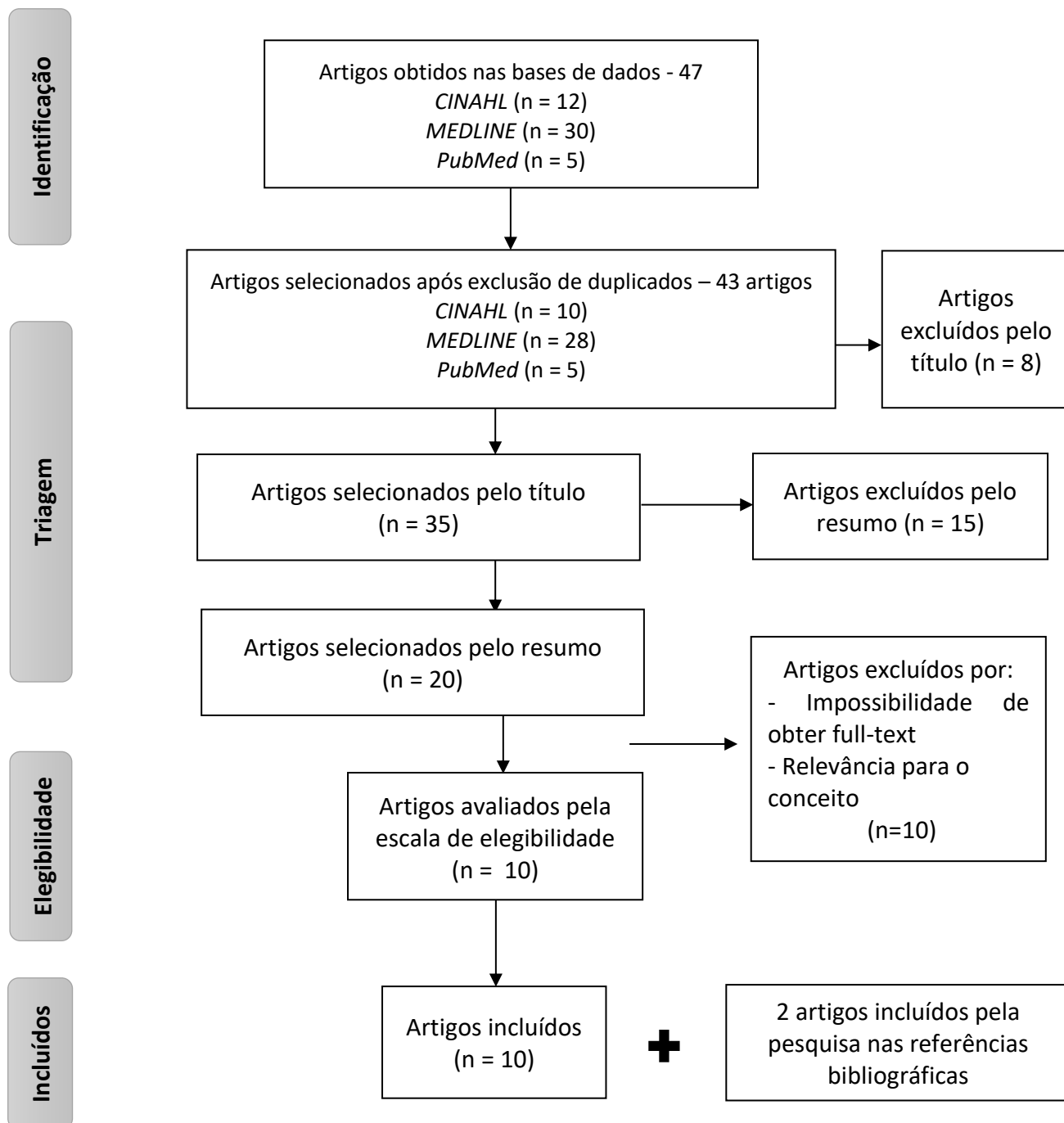
A pesquisa para a *scoping review* foi realizada em Setembro de 2020, inicialmente na plataforma *EBSCOhost*, recorrendo às bases de dados *MedLine* e *CINAHL*, sendo posteriormente, atualizada e acrescentada a base de dados *PubMed* em Junho de 2022.

Foram usados termos de pesquisa tendo em consideração as palavras-chave definidas inicialmente a partir da mnemónica PCC. Assim sendo, em cada base de dados, foram utilizados termos naturais e termos indexados disponíveis, tendo sido utilizado o operador booleano “OR” para termos com mesmo significado e finalmente foi usado o operador booleano “AND” para conjugar os resultados obtidos anteriormente para a população e conceito, respetivamente. Não foram selecionados critérios limitadores na pesquisa de forma a obter o máximo de estudos possíveis.

Da pesquisa nas três bases de dados – *MedLine*, *CINAHL* e *PubMed*, obtive 47 artigos, dos quais 4 eram repetidos, pelo que foram excluídos tendo ficado com 43 artigos. Destes 43 artigos foram selecionados 35 artigos pelo título e após leitura do resumo, apenas 20 artigos pareceram ter relevância. Destes 20 artigos e após leitura integral, 10 foram excluídos por não terem relevância para o estudo em questão e por impossibilidade de obter texto integral. No final, obtive 10 artigos elegíveis para

análise. Foram ainda incluídos 2 artigos encontrados pela pesquisa nas referências bibliográficas de artigos selecionados.

O seguinte esquema que representa o prisma flow diagram demonstra como foram selecionados e excluídos os artigos pesquisados.



Prisma Flow Diagram <sup>3</sup>

<sup>3</sup> Adaptado de: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman D. (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med 6(7): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097

Foi ainda realizada pesquisa de artigos não publicados, assim como, foram consultadas referências bibliográficas dos artigos selecionados para complemento de informação.

### **Extração de dados**

Após a análise de cada artigo selecionado, com o objetivo de mapear informação relevante de forma organizada e concisa foi elaborada uma tabela para cada artigo, como é sugerido no manual JBI (2017). De modo a avaliar a elegibilidade do artigo, são extraídas informações pertinentes, tais como, o objetivo de cada estudo, a população, a metodologia utilizada e os respectivos resultados e conclusões, tendo em consideração os critérios de inclusão para a presente scoping review.

### **Apresentação de resultados**

Concluída a pesquisa da evidência científica existente e a extração de dados dos artigos selecionados, procedeu-se à análise de dados com vista a dar resposta à questão de pesquisa. Foram analisados 12 artigos de abordagem qualitativa, entre os anos 2004 e 2021, desenvolvidos no Canadá (2), Irão (1), Vietnam (1), Reino Unido (1), Suécia (1), Estados Unidos da América (3) e Brasil (3).

A evidência científica demonstra que o enfermeiro obstetra tanto poderá ter um contributo positivo como negativo no processo de transição para a parentalidade das adolescentes, tudo dependerá da relação estabelecida entre os dois.

Em vários estudos a grávida/mãe adolescente descreve que o enfermeiro obstetra se demonstrou empático e paciente (Peterson, Sword, Charles & DiCenso, 2007) contribuiu para a sua aprendizagem tanto no período pré-natal como no pós-parto. O apoio, a motivação e a intervenção do enfermeiro obstetra ajudaram grávidas e mães adolescentes a ganhar confiança e a acreditar na sua capacidade em cuidar dos seus filhos. (Atkinson & Peden-McAlpine, 2014; Stiles, 2005; Nóbrega & Bezerra, 2010; Whan, Nissen & Ahlberg, 2005). Corroborando a ideia, no estudo de Peterson (2004) as adolescentes referem que a prestação de cuidados de uma forma cordial e amigável, centrada no respeito, livre de julgamento (Harrison, Clarkin, Rohde, Worth & Fleming, 2017) viabilizou a aquisição de conhecimentos essenciais para cuidar dos seus filhos após a alta. Indicam ainda que as manifestações de cuidado, o apoio e a presença constante, o ensino, o estabelecimento de vínculo e de confiança significam muito, pois permite que se autoafirmem enquanto mães (Nóbrega & Bezerra, 2010).

Muitas adolescentes referem a importância das sessões de grupo organizadas durante o período pré-natal e pós natal que para além de estimularem a interação, o

apoio e a troca de experiências entre grávidas e mães recentes, favorecem a aproximação com enfermeiro resultando em momentos de ação-reflexão (Queiroz, Menezes, Silva, Brasil & Silva, 2016). Nos estudos de Stiles (2005) as adolescentes partilham da mesma ideia, que as sessões de grupo foram positivas, pois contribuíram para uma partilha de experiências importante para a aprendizagem.

Estudos destacam ainda a relação de confiança (Atkinson & Peden-McAlpine, 2014; Stiles, 2005; Wahn et al, 2005; Harisson et al., 2017) que deve ser estabelecida entre o enfermeiro e a adolescente, de modo a garantir uma comunicação eficaz (Wahn et al., 2005). Comunicação que segundo Harrison et al. (2017), deve ser igual tanto para a adolescente quanto para a mulher adulta em processo de transição, tendo em consideração as necessidades individuais, evitando assim a discriminação (Hunter, Magill-Cuerden & McCourt, 2014).

Se por um lado existem relatos que demonstraram compreensão das necessidades individuais da adolescente (Peterson, 2004) por parte dos enfermeiros, por outro, a falta dela parece estar na eminência da insatisfação da prestação de cuidados (Peterson et al., 2007; Peterson, 2004). Para Wahn et. al (2005) torna-se pertinente que o enfermeiro obstetra e outros profissionais de saúde, desenvolvam estratégias para ajudar grávidas e mães adolescentes que tenham dificuldade em expressar as suas necessidades (Marques et al., 2022).

Os estudos demonstram que as adolescentes sentem culpa e têm medo de serem criticadas pelos enfermeiros, o que muitas vezes leva a que evitem procurar ajuda quando necessitam (Harrison et al., 2017; Hunter et al., 2014; Peterson et al., 2007; Peterson, 2004). Muitas vezes recusam os seus cuidados no pós-parto e acabam por pedir alta contra parecer médico (Harrison et al., 2017). Vários autores colocam a hipótese de que a insatisfação seja consequência da pouca disponibilidade demonstrada, assim como, da falta de comunicação (Hunter et al.,2014; Peterson, 2004; Nóbrega & Bezerra, 2010; Marques et al., 2022). Peterson (2004) sugere que os enfermeiros devem melhorar técnicas de comunicação e ser mais sensíveis às necessidades das mães adolescentes.

No estudo de Mangeli, Rayyani, Cheraghi & Tirgari (2017) e Klingberg-Allvin, Binh, Johansson & Berggren (2008) as mães adolescentes no processo de transição para a maternidade revelam sentirem-se inseguras e pouco confiantes no desempenho do papel de mãe, consideram que é uma grande responsabilidade e sentem pouco apoio dos enfermeiros (Marques et al., 2022), principalmente na

amamentação (Hunter et al., 2014). Sentem a necessidade de serem orientadas pois o momento implica uma série de alterações inesperadas (Nóbrega & Bezerra, 2010).

O estudo de Marques et al. (2022), realça ainda o cuidado centrado em protocolos e procedimentos e num modelo biomédico desadequado (Queiroz et al., 2016), descurando as reais necessidades da grávida adolescente que se sente desvalorizada pelos enfermeiros. O estigma social e o medo de julgamento aumentam sentimentos de tensão e de ansiedade na grávida que impedem que esta sinta segurança e confiança no desempenho do papel parental (Hunter et al., 2014; Klingberg-Allvin, 2008; Harrison et al., 2017; Mangeli et al., 2017).

## **Conclusão**

A revisão da literatura permitiu compreender que o enfermeiro obstetra tem um contributo crucial durante o processo de transição para a parentalidade da grávida adolescente, no entanto, as adolescentes revelam pouca assistência por parte dos enfermeiros.

O enfermeiro obstetra atua como agente facilitador na transição para a parentalidade, como tal, é preponderante que este seja sensível às especificidades desta faixa etária, e adequo o seu conhecimento teórico e prático às necessidades da grávida/mãe adolescente, contribuindo deste modo, para aquisição de competências parentais necessárias.

Não foram encontrados estudos em Portugal que abordem esta temática. Seria pertinente desenvolver estudos que permitam compreender as necessidades das grávidas adolescentes, para que sejam desenvolvidas estratégias de intervenção de enfermagem, com o objetivo de melhoria da qualidade na prestação de cuidados a grávidas adolescentes durante os períodos pré-natal, parto e pós-parto.

## **Referências**

- Atkinson, L. D., & Peden-McAlpine, C. J. (2014). *Advancing adolescent maternal development: a grounded theory*. *Journal of pediatric nursing*, 29(2), 168–176. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2013.08.005>
- Canavarro, M. (2001). *Psicologia da gravidez e da maternidade*. Coimbra: Quarteto
- Carmona, A. (2018) *Gravidez na Adolescência na Região de Lisboa: Cultura ou Literacia em Saúde?* Tese de Doutoramento. Disponível em <http://hdl.handle.net/10400.2/8530>

- DeVito, J. (2010). *How adolescent mother feel about becoming a parent*. Journal of Perinatal Education, 19(2), 25-34. <https://doi.org/10.1624/105812410X495523>
- Ferreira, R., Ferriani, M., & Mello, D. (2012). *Análise espacial da vulnerabilidade social da gravidez na adolescência*; 28(2), 313–323. <http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n2/10.pdf>
- Harrison, M. E., Clarkin, C., Rohde, K., Worth, K., & Fleming, N. (2017). *Treat Me But Don't Judge Me: A Qualitative Examination of Health Care Experiences of Pregnant and Parenting Youth*. Journal of pediatric and adolescent gynecology, 30(2), 209–214. <https://doi.org/10.1016/j.jpag.2016.10.001>
- 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(1), 47–58. <https://doi.org/10.1111/mcn.12150>
- Klingberg-Allvin, M., Binh, N., Johansson, A., & Berggren, V. (2008). *One Foot Wet and One Foot Dry: Transition Into Motherhood Among Married Adolescent Women in Rural Vietnam*. Journal of Transcultural Nursing, 19(4), 338–346. <https://doi.org/10.1177/1043659608322419>
- Lopes, M.; Catarino, H.; Dixe, M. (2010). *Parentalidade positiva e enfermagem: revisão sistemática da literatura*. Revista de Enfermagem Referência, serIII (1).109-118. [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0874-02832010000300012&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832010000300012&lng=pt&tlng=pt)
- Marques, T., Marski, B., Souza, B., Bonelli, M., Fabbro, M., & Wernet,Monika. (2022). Adolescentes grávidas que experienciaram o nascimento prematuro: Percepções acerca do cuidado pré-natal. *Escola Anna Nery*, 26. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0253>.
- Mangeli, M., Rayyani, M., Cheraghi, M. A., & Tirgari, B. (2017). *Exploring the Challenges of Adolescent Mothers From Their Life Experiences in the Transition to Motherhood: A Qualitative Study*. Journal of family & reproductive health, 11(3), 165–173. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30018654><http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC6045691>
- Meleis, A. (2010). *Transitions theory middle range and situation-specific theories in nursing research and practice*. Springer Publishing Company.
- Nóbrega, L & Bezerra, F. (2010). *Percepções de puérperas adolescentes frente à assistência de enfermagem no alojamento conjunto*. Rev. Rene, 11, 42–52. <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/4657/3475>

- Oliveira, P. (2017). *Maternidade na Adolescência*. [Dissertação de doutoramento. Universidade Católica Portuguesa.] <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/24204/1/Maternidade%20na%20Adolescencia.pdf>
- Organização Mundial de Saúde. (2009). *Child and adolescent health and development*. Genebra: OMS. <http://www.who.int/child-adolescent-health/>
- Peters, M. D. J.; Godfrey, C.; McInerney, P.; Baldini, C.; Khalil, H.; Parker, D. (2017) *Capítulo 11: Revisões do escopo. Manual do Revisor do Instituto Joanna Briggs*. The Joanna Briggs Institute. <https://wiki.joannabriggs.org/display/MANUAL>
- Peterson, W. (2004) *Adolescent mothers satisfaction with postpartum nursing care*. Tese de doutoramento. McMaster University: Ontario. <http://hdl.handle.net/11375/5918>
- Peterson, W. E., Sword, W., Charles, C., & DiCenso, A. (2007). *Adolescents' perceptions of inpatient postpartum nursing care*. *Qualitative Health Research*, 17(2), 201–212. <https://doi.org/10.1177/1049732306297414>
- Queiroz, M., Menezes, G., Silva, T., Brasil, E., & Silva, R. (2016). *Grupo de gestantes adolescentes: contribuições para o cuidado no pré-natal*. *Revista gaucha de enfermagem*, 37(spe), e20160029. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.esp.2016-0029>
- Stiles, A. S. (2005). *Parenting needs, goals, strategies of adolescent mothers*. *MCN The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 30(5), 327–333. <https://doi.org/10.1097/00005721-200509000-00011>
- Wahn, E., Nissen, E., & Ahlberg, B. (2005). *Becoming and being a teenage mother: How teenage girls in south western Sweden view their situation*. *Health Care for Women International*, 26(7), 591–603. <https://doi.org/10.1080/07399330591004917>

## **APÊNDICE II - Termos de pesquisa**

## Termos de Pesquisa

	MEDLINE	CINAHL	PubMed
<b><u>Participantes</u></b>	<u>Linguagem natural</u> Pregnant adolescent; adolescen* pregnan*; pregnancy in adolescence		
<b>Grávidas adolescentes</b>	<u>Termos indexados</u> - pregnancy in adolescence	<u>Termos indexados</u> - pregnancy in adolescence - Maternal age 14 and under	<u>Termos indexados</u> - Teenage pregnancy
<b><u>Conceito</u></b>	<u>Linguagem natural</u> Midwife care; Obstetric Nurse; Nurse relation; Midwife support; Parenthood; Transition to motherhood; Parent* skills; Parental competence; Parental skills		
<b>Cuidar do enfermeiro obstetra</b>			
<b>Transição para a parentalidade</b>	<u>Termos indexados</u> - Nursing care - Nurse-patient relation - Nurse's role - Health education - Parenting	<u>Termos indexados</u> - Midwife attitudes - Nurse-patient relation - Nurse midwives - Parenting	<u>Termos indexados</u> - Midwifery care - Parenting skills
<b>Competências parentais</b>			
<b><u>Contexto</u></b>	Não se aplica		

**APÊNDICE III - Tabelas de análise e extração de dados:  
Socping Review**

Título	<b>Exploring the Challenges of Adolescent Mothers from Their Life Experiences in the Transition to Motherhood</b>
Autores	Mangeli, M.; Rayyani, M.; Cheraghi, M. A.; Tirgari, B
Ano de publicação	2017
País de origem do estudo	Irão
Objetivo de estudo	Identificar desafios encarados pelas mães adolescentes iranianas durante a transição para a maternidade
População	16 adolescentes dos 14 aos 18 anos no momento do parto
Metodologia	Estudo qualitativo
Tipo de intervenção	Entrevista
Resultados	As mães adolescentes revelam sentir uma grande responsabilidade com o nascimento do filho(a), sentem-se inseguras no desempenho do papel de mãe e pouco apoiadas pelos profissionais de saúde.
Principais Conclusões	O estudo revela que as mães adolescentes experienciam variadas alterações físicas, psicológicas, mentais e sociais. Os profissionais de saúde devem ter especial atenção, compreensão e cuidado com estas mães. Compreender as modificações encaradas pelas jovens mães, permitirá aos profissionais de saúde o desenvolvimento de estratégias para lidar com dificuldades na transição para a maternidade.

Título	<b>Treat Me but Don't Judge Me: Qualitative Examination of Health Care Experiences of Pregnant and Parenting Youth</b>
Autores	Harrison, M. E.; Clarkin, C.; Rohde, K.; Worth, K.; Fleming, N.
Ano de publicação	2017
País de origem do estudo	Canadá
Objetivo de estudo	Partilhar experiências de grávidas e pais adolescentes com profissionais de saúde de forma a promover melhoria nos cuidados
População	26 mães adolescentes com idade inferior ou igual a 19 anos
Metodologia	Estudo qualitativo descritivo
Tipo de intervenção	Focus group
Resultados	Experiência negativa: Sentimento de culpa e desconfiança inculcado pelo profissional de saúde; Medo de julgamento Experiência positiva: Tratamento com respeito, sem julgamento ou discriminação; Relação de confiança estabelecida; Igualdade na comunicação Adolescente/adulto
Principais Conclusões	A experiência negativa conduziu grávidas e pais adolescentes a revelarem falta de confiança no sistema de saúde. Os profissionais devem ser encorajados a rever a sua prática de forma a contribuírem positivamente livre de julgamentos.

Título	<b>One foot wet one foot dry: Transition into Motherhood Among Married Adolescent Women in Rural</b>
Autores	Klingberg-Allvin, M. Binh, N. Johansson, A. Berggren, V.
Ano de publicação	2008
País de origem do estudo	Vietnam
Objetivo de estudo	Explorar a percepção de adolescentes vietnamitas relativamente à transição para a maternidade e a sua experiência com profissionais de saúde
População	22 adolescentes grávidas ou recentes mães com idade inferior a 20 anos
Metodologia	Estudo qualitativo
Tipo de intervenção	Entrevista semi-estruturadas
Resultados	Indiferença sentida por parte dos profissionais de saúde durante a gravidez e parto; Sem poder de decisão; Falta de confiança no processo de transição para a maternidade; Vulnerabilidade; Informação limitada por parte do profissional de saúde; Tratamento consoante poder económico
Principais Conclusões	As adolescentes sentem-se ignoradas pelos profissionais de saúde revelando falta de poder nas decisões relativas à gravidez, parto e uso de contraceptivos.

Título	<b>Disempowered, passive and isolated: how teenage mothers' postnatal inpatient experiences in the UK impact on the initiation and continuation of breastfeeding</b>
Autores	Hunter, L. Magill-Cuerden, J. McCourt, C.
Ano de publicação	2014
País de origem do estudo	Reino Unido
Objetivo de estudo	Explorar como a experiência no internamento de puerpério pode influenciar jovens adolescentes na amamentação
População	15 adolescentes dos 16 aos 20 anos
Metodologia	Estudo qualitativo
Tipo de intervenção	Focus group Entrevista semi-estruturada
Resultados	Falta de apoio na amamentação; Sentimento de desamparo; Exposição e julgamento; Falta de privacidade; Discriminação; Falta de comunicação
Principais Conclusões	As participantes descrevem cuidados rotineiros que desencorajam a amamentação, sendo que os enfermeiros obstetras assumem o controlo de quando e como os bebés devem ser alimentados, despoletando sentimentos de dependência a estas jovens. Referem falta de orientação e suporte.

Título	<b>Becoming and Being a Teenage Mother: How Teenage Girls in South Western Sweden View Their Situation</b>
Autores	Wahn, E. Nissen, E. Ahlberg, B.
Ano de publicação	2005
País de origem do estudo	Suécia
Objetivo de estudo	Descrever as perspectivas e experiências sobre como se tornar e ser mãe adolescente
População	20 grávidas e mães adolescentes com idades entre os 15 e 19 anos
Metodologia	Estudo qualitativo
Tipo de intervenção	Entrevista
Resultados	Contributo positivo dos profissionais de saúde nomeadamente, <i>Midwives</i> ; Boa comunicação; Sentimento de confiança no papel de mãe; Suporte familiar e assistência social
Principais Conclusões	As adolescentes vivenciaram a gravidez e o pós parto como uma transição positiva para a vida adulta, embora as alterações fisiológicas e psicológicas. Evidenciam a importância do suporte familiar, amigos e sociedade como pré-requisito para uma parentalidade bem sucedida.

Título	<b>Adolescents' Perceptions of Inpatient Postpartum Nursing Care</b>
Autores	Peterson, W. Sword, W. Charles, C. DiCenso, A.
Ano de publicação	2007
País de origem do estudo	Canadá
Objetivo de estudo	Descrever experiências de mães adolescentes acerca dos cuidados pós-parto
População	14 mães adolescentes com idades entre os 16 e 19 anos
Metodologia	Estudo qualitativo fenomenológico
Tipo de intervenção	Entrevista semi-estruturada
Resultados	Ambiguidade de experiências, percepção positiva e negativa
Principais Conclusões	Experiência satisfatória quando o enfermeiro demonstrava simpatia, paciência, respeito e identificava as necessidades individuais. Experiências menos satisfatórias quando o enfermeiro não demonstra empatia, adota uma posição crítica e não identifica as necessidades individuais. Em casos extremos, experiências insatisfatórias impediram o desenvolvimento de uma relação entre o enfermeiro e a adolescente

Título	<b>Parenting Needs, Goals, &amp; Strategies of Adolescent Mothers</b>
Autores	Stiles, A.
Ano de publicação	2005
País de origem do estudo	Estados Unidos da América
Objetivo de estudo	Identificar necessidades, objetivos e estratégias de mães adolescentes na transição para a parentalidade
População	5 mães adolescentes solteiras com 18 anos de idade
Metodologia	Estudo qualitativo etnográfico
Tipo de intervenção	Focus group Entrevistas
Resultados	Os enfermeiros são essenciais para dar suporte e transmitir informação importante. Os enfermeiros são bons ouvintes e conhecidos pela demonstração de empatia e suporte.
Principais Conclusões	Consideram importante o apoio do enfermeiro na aquisição de conhecimentos, ter um enfermeiro de confiança com quem possam esclarecer dúvidas; Sessões de grupo que podem ser organizadas por um enfermeiro onde mães adolescentes possam partilhar experiências

Título	<b>Grupo de gestantes adolescentes: contribuições para o cuidado no pré-natal</b>
Autores	Queiroz, M Menezes, G. Silva, T. Brasil, E. Silva, R.
Ano de publicação	2016
País de origem do estudo	Brasil
Objetivo de estudo	Descrever as mudanças no cuidado de enfermagem no pré-natal após a implementação do grupo de gestantes adolescentes norteado pelas expectativas e experiências de adolescentes grávidas
População	16 grávidas adolescentes (entre os 14 e 19 anos) no 2º e 3º trimestre
Metodologia	Estudo qualitativo descritivo
Tipo de intervenção	Focus group
Resultados	<ul style="list-style-type: none"> <li>- As sessões de grupo com grávidas adolescentes no pré-natal favoreceu a aproximação do enfermeiro com as adolescentes resultando em momentos de ação-reflexão</li> <li>- Interação, o apoio e a troca de experiências entre as grávidas, associado ao conhecimento teórico e prático do enfermeiro <ul style="list-style-type: none"> <li>- O enfermeiro assume o papel de educador através de estratégias metodológicas que facilitam a aprendizagem para que cumpram o seu papel de mãe</li> <li>- Relatos de segurança, motivação e interesse pela gravidez</li> <li>- Modelo biomédico desadequado às suas necessidades</li> </ul> </li> </ul>
Principais Conclusões	Desenvolver dinâmicas de grupo com gestantes adolescentes no espaço do pré-natal favoreceu aproximação do profissional com as adolescentes resultando em momentos de ação-reflexão. Foram priorizadas atividades que estimulam a interação, o apoio e a troca de experiências entre as participantes, bem como a aplicação de estratégias de aprendizagem que despertam o interesse da jovem para cuidar de si e do bebê.

Título	<b>Advancing Adolescent Maternal Development: A Grounded Theory</b>
Autores	Atkinson, L. Peden-McAlpine, C.
Ano de publicação	2014
País de origem do estudo	Estados Unidos da América
Objetivo de estudo	Identificar problemas e necessidades de grávidas e mães adolescentes e determinar se foram resolvidos pelo programa de visita ao domicílio
População	30 enfermeiras de saúde pública com formação em obstetrícia
Metodologia	Estudo qualitativo Grounded Theory
Tipo de intervenção	Entrevista
Resultados	relação de confiança estabelecida entre grávida e enfermeiro contributo positivo
Principais Conclusões	Várias histórias relatam o contributo positivo das enfermeiras de saúde pública com formação em obstetrícia em grávidas e pais adolescentes.

Título	<b>Adolescent mothers satisfaction with postpartum nursing care</b>
Autores	Peterson, W.
Ano de publicação	2004
País de origem do estudo	Estados Unidos da América
Objetivo de estudo	Compreender a satisfação vs insatisfação na perspectiva de mães adolescentes /Satisfação dos cuidados de enfermagem no pós-parto entre mães adolescentes e mães adultas
População	14 mães adolescentes / 8 mães adolescentes solteiras e adultas casadas
Metodologia	Estudo fenomenológico / Estudo observacional (coorte)
Tipo de intervenção	Entrevista
Resultados	- Mães insatisfeitas com os cuidados de enfermagem no pós parto - Insatisfação - abordagem muito séria por parte da enfermeira; prestação de cuidados apressada; sensação de uma abordagem crítica por parte da enfermeira; má interpretação das necessidades individuais - Satisfação - Prestação de cuidados de uma forma cordial/amigável; cuidado centrado no respeito; Compreensão das necessidades individuais da adolescente
Principais Conclusões	Verifica-se que a enfermeira que se sente realizada com o seu trabalho está associada a uma maior qualidade de cuidados, conduzindo a uma maior satisfação das adolescentes. As mães adolescentes solteiras estão menos satisfeitas que as adultas casadas. A pouca disponibilidade e a falta de comunicação são os fatores principais para a insatisfação.

Título	<b>Percepções de puérperas adolescentes frente à assistência de enfermagem no alojamento conjunto</b>
Autores	Nóbrega, L. Bezerra, F.
Ano de publicação	2010
País de origem do estudo	Brasil
Objetivo de estudo	Conhecer percepções de puérperas adolescentes sobre a assistência da enfermagem no Alojamento Conjunto
População	10 puérperas adolescentes entre os 15 e 19 anos
Metodologia	Estudo qualitativo exploratório
Tipo de intervenção	Entrevista semi-estruturada
Resultados	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ausência de apoio dos enfermeiros que consideram relevante para que se sintam mais seguras e mais confiantes</li> <li>- apontam a falta do diálogo, da conversa, da ajuda e da presença do enfermeiro</li> <li>- transmissão de apoio e confiança para desempenharem o papel de mãe</li> </ul>
Principais Conclusões	Há sentimentos de ambigüidade entre as puérperas, o que pode estar associado à necessidade uma prestação de cuidados sistematizada, à pouca experiência das adolescentes e às incertezas surgidas com a vivência do período puerperal.

Título	<b>Adolescentes grávidas que experienciaram o nascimento prematuro: percepções acerca do cuidado pré-natal</b>
Autores	Marques, T.; Marski, B.; Souza, B.; Bonelli, M. Fabbro, M.; Wernet, M.
Ano de publicação	2021
País de origem do estudo	Brasil
Objetivo de estudo	Conhecer os significados atribuídos ao pré-natal por adolescentes que pariram prematuramente e seus alcances ao parto e nascimento
População	11 adolescentes entre os 15 e 18 anos
Metodologia	Estudo qualitativo exploratório
Tipo de intervenção	Entrevista
Resultados	<p>Ausência de apoio às suas necessidades</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Interação breve com o profissional de saúde</li> <li>- Falta de acolhimento e comunicação</li> <li>- Cuidado centrado em protocolos e procedimentos</li> <li>- Estigmas e julgamentos</li> <li>- Impossibilidade de acompanhante nas consultas</li> <li>- Pouca informação relativamente ao parto</li> <li>- Desvalorização por parte dos profissionais</li> <li>- Sentimentos de tensão, ansiedade e medo</li> </ul>
Principais Conclusões	As adolescentes apontaram relações limitadas com os profissionais com obstáculos ao desenvolvimento da autonomia para as questões da gestação, parto e nascimento, assim como para o estabelecimento do apoio social.

## **APÊNDICE IV - Guião de entrevista**

## Guião de Entrevista

### Introdução

Apresentação do entrevistador

Apresentação dos objetivos do estudo/entrevista, explicando o trabalho que se pretende desenvolver.

Reforçar o anonimato e a confidencialidade na colheita e tratamento dos dados

Assegurar princípios da verdade e da honestidade intelectual, assim como, os princípios da beneficência e maleficência

Solicitar gravação da entrevista

Agradecer colaboração no estudo

<b>Objetivos</b>	<b>Questões</b>
<b>Identificar as necessidades da grávida adolescente durante a vigilância da gravidez</b>	<p>Qual era a sua expectativa sobre a vigilância gravidez?</p> <p>De que forma o acompanhamento/vigilância da gravidez foi de encontro às suas necessidades? Relate a sua experiência.</p> <p>Que assuntos abordados pelo enfermeiro/Enf obstetra considerou importante?</p> <p>O que gostaria que tivesse sido esclarecido?</p>
<b>Identificar sentimentos da grávida adolescente em relação ao processo de transição para a parentalidade /o contributo do enfermeiro obstetra</b>	<p>De que forma se considera preparada para ser mãe? Explique me porquê?</p> <p>Que necessidades/dificuldades pensa ter em desempenhar esse papel?</p> <p>De que forma o enfermeiro obstetra contribuiu para na sua aquisição de conhecimentos e competências parentais?</p>
<b>Averiguar confiança/segurança da puérpera nas competências parentais</b>	<p>Diga-me como se sente neste novo papel? Quais eram as suas expectativas após o nascimento do seu filho?</p> <p>Que dificuldades tem sentido neste processo de transição?</p> <p>Como se sente (competente/segura) nos cuidados ao seu bebé? Porquê?</p>

	De que forma o enfermeiro obstetra contribuiu para que seja uma mãe segura e confiante?
<b>Identificar as necessidades sentidas pela adolescente no pós-parto</b>	<p>Quais as maiores necessidades (dificuldades) que tem sentido neste período?</p> <p>Que apoios de família, amigos, profissionais tem?</p> <p>De que forma enfermeiro obstetra poderia apoiar nos primeiros dias após o parto? (no hospital/em casa)</p>

### Caraterização da grávida

Idade

Habilitações literárias

Profissão

Local de residência (vive com os pais ou com o progenitor)

Agregado familiar

História de gravidez na adolescência na família -

Gravidez desejada/planeada?

Mantém relação com o progenitor?

Idade do progenitor

Habilitações literárias

Profissão

## **APÊNDICE V - Análise de Conteúdo da Entrevistas**

## Categoria: Transição para a parentalidade

Subcategorias	Indicadores	Unidades de Registo
Sentimentos (S)	Medo/ Insegurança	<p>“(...) eu não sei cuidar de uma criança.” (E1)</p> <p>“Dar banho ao bebé, tenho bué medo.” (E1)</p> <p>“(...) eu estava sempre com medo de chegar ao parto e houvesse algo de errado com o bebé” (E3)</p> <p>“Antes do (nome) nascer, pensava que ia ter dificuldades em amamentar mas por acaso não tive.” (E3)</p> <p>“Nervosa, feliz e com medo. Foi um misto de sentimentos.” (E3)</p> <p>“O meu medo era amamentar.... Mas eu nunca tive dificuldade com isso... foi sempre tranquilo.” (E3)</p> <p>“É só no banho do bebé” (E5)</p> <p>“É um medo.... por exemplo a dar banho tem que se virar o bebé de carinha para baixo, só que eu acho que vou ter esse medo porque.... não sei... vou ter esse medo porque como ele é pequenino tenho medo de o aleijar ou que aconteça alguma coisa.” (E5)</p> <p>“Maiores medos são de o perder hmm e o medo de magoar por exemplo ou fazer qualquer coisa de errado que o magoe.” (E5)</p> <p>“Só no parto... (risos)” (E7)</p>
	Culpa	<p>“Sentia-me muito mal por estar grávida. Eles encorajam-me a não sentir triste ou mal por estar grávida. Naquela época eles fazem algum... Eles disseram para ser feliz porque já aconteceu. Que têm algumas pessoas com o mesmo problema, e que eu não precisava sentir-me mal ou triste. (E2)</p>
Necessidades na gravidez (NG)	<p>Preparação para parentalidade</p> <p>Educação para saúde</p> <p>Acompanhamento durante a gravidez, parto e pós parto</p>	<p>“Elas falam do parto... depois do parto, como é que vai ser...” (E1)</p> <p>“(...) a enfermeira que me acompanhou durante a gravidez foi esclarecendo as minhas dúvidas.” (E3)</p> <p>“Tem sido boa, Têm-me acompanhado e também já me puseram naqueles grupos de trabalho de pós-parto. Também já fui a Universidade de ***, à escola de enfermagem ver mudar fraldas e isso ao bebé, dar banho...” (E5)</p> <p>“Sim, foram uns enfermeiros que vieram cá falar sobre as gravidezes e essas coisas e depois fomos lá. E o pai do bebé também foi.” (E5)</p>

		<p>“(…) foi sobre as gravidezes, os riscos a correr de não usar preservativos e isso.... foi também sobre as redes sociais por causa dos bebés que há muitas pessoas que podem.... como é que se diz.... posta-se uma foto de um bebé e depois aí podem fingir que são os pais desses bebés e isso. Tem vários assuntos.” (E5)</p> <p>“Foi abordado o banho... como é que se deve dar... a alimentação hum as mudas de fralda e isso. Também o dar o peito como é que se faz e isso.... aah e também foi como é que.... ao pôr o bebé a dormir.... aah para ter cuidado quando o viram..” (E5)</p> <p>“Hum a forma de cuidar.... os perigos hum também falaram que como é que é diferente de hospital para o hospital...” (E6)</p> <p>“Todas as dúvidas que pudesse ter, eles esclareciam-me.” (E6)</p> <p>“Sim. Sobre essas coisas todas (cuidados ao RN, amamentação) falámos e das posições de amamentação e as posições que devemos pôr o bebé e não pôr.” (E6)</p> <p>“não era mesmo só pela médica, médica de família” (E7) – acompanhamento no centro de saúde</p> <p>“Foram esclarecidas sim principalmente a parte do parto. Eu tinha um bocado receio.” (E7)</p>
	Falta de apoio/informação	<p>“Quando eu ia... aahh.... ao hospital, quando eu ia... eles verificavam tudo e diziam que estava tudo bem. Eles não diziam mais nada...” (E2)</p> <p>“Não, não, eles não... Eu ia com a técnica, então quando íamos lá, chamavam-me, faziam o check-up para ver se estava tudo bem e escreviam no livro.” ... “a técnica lia e traduzia”. eu não tinha um médico pessoal porque quando eu comecei faltavam dois meses para o nascimento, então eu quando ia, faziam o check up e voltava para casa.” (E2)</p> <p>“Todos os meses que ia, eles diziam-me que depois do nascimento, tudo ficaria bem. Para não me preocupar. Para me concentrar em ter o bebé e que tudo ia ficar bem, como eu tenho apoio da instituição, para não pensar muito. Só precisava acalmar e ia tudo correr bem.” (E2)</p> <p>“Antes não me explicaram nada.... eu fui lendo... fui vendo na net.” (E7)</p> <p>“(…) a única coisa que me deram foi aquele panfleto que era para dizer quantas peças de roupa.... o que é que era necessário para levar para a maternidade.” (E4)</p>
	Apoio familiar, social, enfermeiro	<p>Eu estou numa instituição para isso mas sempre é bom ter os médicos para me ajudarem. (E1)</p> <p>“Depois do nascimento terei outra vida, para me acalmar. Que tudo ia ficar bem. Foram bons para mim.” (E2)</p>

		<p>“Inclusive quando eu tive perdas de sangue, estive internada 2 dias... que foi o fim-de-semana inteiro, a minha enfermeira esteve lá comigo, nesses 2 dias a acompanhar-me... a dizer que vai ficar tudo bem, ajudou-me imenso (sorriso).” (E3)</p> <p>“(…) também falava com a minha mãe, eu vivia com a minha mãe na altura e ela explicava-me as coisas todas... esses pontos...o que é que poderia haver e não podia (…)” (E4)</p> <p>“Acho que eles trataram bem de mim (….) se acontecesse alguma coisa para falar (….) depois havia lá duas enfermeiras de vigilância que iam sempre lá ao quarto ver se estava tudo bem” (E5)</p> <p>“Tanto no internamento como no bloco de partos de partos, senti-me bem acolhida.” (E6)</p>
--	--	--

## Categoria: Competências parentais

Subcategorias	Indicadores	Unidades de Registo
Papel parental (PP)	Expetativa	<p>“Ah eu não estou preparada... elas (enfermeiras) dizem que eu vou estar preparada quando ela nascer. Quando ela nascer vou ter o instinto de mãe.” (E1)</p> <p>“Não, não estava preparada de todo” (E3)</p> <p>“Mas eu dizia sempre: não estou preparada, não estou preparada ... não vou conseguir ter um filho e...passou mil e uma coisas na cabeça” (E3)</p> <p>“Só quando tive o (nome) nos braços é que achei que estava preparada para ser mãe” (E3)</p> <p>“Contribuiu em ajudar e esclarecer as minhas dúvidas mas preparar para ser mãe.... Eu é que tinha que me preparar sozinha.” (E3)</p> <p>“(...) já já tinha vivido a gravidez da minha irmã mais nova. Fui eu que cuidei dela. Pronto já estava minimamente preparada nesse aspeto.” (E4)</p> <p>“Não, não sabia. Nada.” (E5)</p> <p>“Porque há uma responsabilidade grande que temos que ter mas eu acho que vou conseguir treinando e também treino com os meninos daqui e tudo. As funcionárias também já veem e as doutoras, e dizem que eu já estou preparada e que agora tenho é que ter confiança em mim mesma...” (E5)</p> <p>“Porque eu já tomei conta dos meus irmãos quando eram pequenos e então eu sempre quis... realmente sempre quis ser mãe, não muito nova mas sempre quis ser mãe.” (E6)</p> <p>“hum sentia... sentia porquê? Porque tinha a minha cunhada que tinha uma menina, de vez em quando eu ajudava. Via-a a preparar as coisas.... de vez em quando ela pedia-me ajuda” (E7)</p>
	Realidade	<p>“(...) eu estava exausta. Mesmo ele estando a dormir, eu não conseguia descansar, estava sempre a acordar... durante a noite então eu não dormia.” (E3)</p> <p>“Basicamente sozinha... apesar do pai dele estar aqui todos os dias, as noites são complicadas. Estar sempre a acordar para dar de mamar de 3 em 3 horas, na altura tive de dar de 2h30 em 2h30, nos primeiros 15 dias. Foi um bocado difícil.” (E3)</p> <p>“Quando o bebé nasceu, sentia-me muito cansada. Meu Deus. (risos)” (E2)</p>

		<p>“Como colocar na cama? E o banho, como fazer? como colocar o creme. Uma vez coloquei creme perto dos olhos, ficaram muito vermelhos e ele chorou chorou, chorou.” (E2)</p> <p>“Eu realmente não tive assim dúvidas (...)” (E4)</p>
<p>Cuidados ao RN (CRN)</p>	<p>Cuidados de higiene ao RN Vestir e despir/Vestuário Eructação Irritabilidade e Choro Cólicas e Massagem ao RN Desconforto do RN Períodos de sono do RN Alimentação Sinais de fome do RN</p>	<p>“Se a água está quente, se está fria...se está boa para ele.” (E1)</p> <p>“A dar banho, a saber o que ele quer. Elas aqui (instituição) se está a chorar, é porque tem fome, eu não sei ver se tem fome, se ele tem xixi, se ele tem cócó, se tem cólicas.. eu sei lá..” (E1)</p> <p>“Não, no hospital dão o banho sozinhos. Quando eu vim para casa, a técnica... Ela tem um bebé... então foi ela que deu o banho e eu observei.” (E2)</p>
<p>Educação para saúde (ES)</p>	<p>Relação de confiança estabelecida com o enfermeiro</p>	<p>“Ela disse mesmo, isto agora não é um boneco, agora é o teu filho e vais conseguir... vê e o próximo banho vais ser tu a dar.” (E3)</p> <p>“Ela explicou sempre tudo....Ela... Inclusive ela explicava como é que devia meter o braço, como é que eu ia dar o banho. Tanto que o primeiro banho foi ela que deu lá no hospital.” (E3)</p> <p>“Ah sim.. todas as coisas que eu sei praticamente são os enfermeiros e médicos que dizem...” (E1)</p> <p>“Elas ensinaram-me a usar almofada de amamentação para colocar o (nome do bebé) e se ele chorasse muito talvez fosse cansaço e eu podia fazer massagem. E que às vezes eu preciso colocar o bebé assim (gesto em direção ao peito) para ele perceber que está perto da mãe.” (E2)</p> <p>“Sim, uma enfermeira veio... Ela tinha uma marcação comigo. Veio e fez comigo.” (E2)</p> <p>“(...) ajudou-me a dar-lhe leite porque é uma coisa que.... quando nós somos mães, às vezes não sabemos. E ajudou-me a preparar e a explicar-me como é que se dava banho e a pôr o creme de muda de fraldas. Ensinou-me a usar fraldas porque eu achava que sabia mas era um zero à esquerda...” (E6)</p> <p>“Em termos de explicarem como é que se alimentava, como é que o banho e tudo isso ajudou. Ajudou bastante. Senti-me apoiada. Depois qualquer coisa que eu também tivesse estavam logo lá.” (E7)</p>

		<p>“Hum Isso eu não sei mas ajudou-me imenso” (E7) – Contributo do enf<sup>o</sup>  “(…) levou-nos para uma salinha e explicou como devíamos preparar e dar banho, limpar os olhos e o umbigo” (E5)</p>
	<p>Falta de comunicação/apoio</p>	<p>“Não, elas (enfermeiras no hospital) iam dar o banho aos bebés e depois traziam nos. Quando eu dava leite e ele não bebia, elas levavam-no para o alimentar. Sim, durante três dias não explicaram nada... Não... eles não falavam comigo. Como fazer isso... Não... (triste)” (E2)  “Então... na primeira semana eu estava.... Precisava de alguém para ficar comigo e ensinar-me a lavar o cabelo, a colocar o creme, vestir e colocá-lo a dormir.” (E2)  “Se ele não bebia o leite, eu chamava-as... elas levavam e davam-lhe leite e já estava...” (E2)  “Não! Eles não ensinaram! (aborrecida) Ensinaram-me na instituição...” (E2)  “A enfermeira disse que eu deveria dar leite (fórmula) porque eu não tenho leite. Então elas diziam que eu devia experimentar... no dia seguinte eu comecei a ter leite e elas disseram para lhe dar (mama), mas não me ensinam. Só disseram para dar 15 minutos de uma e 15 minutos de outra.” (E2)  “Estávamos 3 no mesmo quarto e a senhora do meu lado explicou-me como fazer, quando recebeu visitas, percebi que ela já tinha tido um bebé. Era uma mulher adulta. Quando ela colocava as fraldas eu via.” (E2)  “No hospital não ensinaram nada. A única coisa que me disseram foi para dar 15 minutos daqui (apontou) e 15 minutos daqui. E foi tudo..” (E2)  “Quem me ajudava com isso era o médico de família. A enfermeira estava de baixa na altura.” (E6)</p>

## Categoria: Confiança Materna

Subcategorias	Indicadores	Unidades de Registo
Autonomia no papel parental (AP)	Segurança: Cuidados de higiene ao RN Vestir e despir/Vestuário Eructação Irritabilidade e Choro Cólicas e Massagem ao RN Desconforto do RN Amamentação/Alimentação do RN	<p>“Depois do nascimento...Nem por isso, mas eu tentei porque estava com (nome do bebê) sozinha. Para dar (???) , às vezes sentia-me um pouco cansada, mas eu tentei o meu melhor para cuidar bem dele.” (E2)</p> <p>“não havia basicamente nada porque já estava preparada tanto que a minha filha na maternidade eu não precisei de ajuda que eu conseguia dar o banho a ela.... se ela tivesse presa conseguia pôr ela a fazer .. aah.. eu não precisei de nada dessas ajudas...” (E4)</p> <p>“Eu não tive dificuldades... eu não acho que tive dificuldades” (E4)</p> <p>“Não tive grandes coisas porque a (nome) sempre comeu bem...” (E4)</p> <p>“Não, a (nome) sempre dormiu a noite toda... eu não acordava para dar de mamar, e ela quando tinha fome ela acordava.” (E4)</p> <p>“Eu metade das coisas eu já sabia porque já tinha visto net percebe? Ao longo da.... desde que descobri que estava grávida comecei logo a ver livros na internet tudo então isso também me ajudou muito” (E7)</p> <p>“O banho aqui foi o pai que lhe deu.” (E3)</p> <p>“Sim... e como já era o segundo filho que o meu namorado tem, disse mesmo... não, vais ter que ser tu. Ele é muito pequenino e eu não consigo.” (...) “A partir daí foi canja... fui sempre eu.” (E3)</p> <p>“Não... foi mais a partir de um mês e meio.” (E3) (CONFIANÇA)</p> <p>“Ela adaptou logo bem à mama.” (E4)</p>
Dificuldades no papel parental (DP)	Dificuldades/insegurança na prestação de cuidados de higiene ao RN: Mudança fralda Colocar para eructar massagem ao RN Identificar desconforto no RN Amamentação/alimentação do RN	<p>“(...) na primeira semana eu não conseguia dar banho ao bebê. Estava com muito medo e a técnica veio para dar banho ao (nome).” (E2)</p> <p>“No começo não foi bom. Eu estava... Não sabia como colocá-lo no banho, mas depois fui melhorando.” (E2)</p> <p>“(...) eu não sabia como dar banho... Como colocá-lo a dormir? Porque elas levavam o bebê para dar banho e depois traziam-no já a dormir. Sim, eu nem sabia... (risos).” (E2)</p> <p>“Como vestir... quando davam banho eu não via... então eu não sabia como fazer. Só quando voltei para a instituição, as técnicas ensinaram... Aprendi como colocar creme no bebê... Como pegar nele... Às vezes pegava mal nele e não sabia.” (E2)</p> <p>“Eu nunca tive dificuldades a não ser a situação do banho... mas isso depois passou.” (E3)</p>

		<p>“Ele era muito frágil e então acabava por também pedir aqui apoio sim porque as primeiras vezes, pedia para lhe darem banho porque tinha medo e também por causa da água.... ainda não conseguia temperar bem a água para ele...” (E7)</p> <p>“Quando precisava de mudar a fralda. Algumas vezes quando colocava a fralda, não ficava bem. Ele acordava, e fazia xixi. (risos)” (E2)</p> <p>“(...) elas me ensinaram-me que não era assim. e às vezes à noite ele não dormia, tinha de amamentar de novo e mudar a fralda para ele dormir.” (E2)</p> <p>“(...) as noites foram sempre razoáveis, só havia uma ou outra noite que passava em branco.” ... “Sempre a chorar” (E3)</p> <p>“As maiores dificuldades foi porque foi mais dela conseguir mamar (...) acho que foi a única coisa.” (E6)</p> <p>“Correu bem. Correu bem... só que depois quando eu vim para cá perdi... perdi tudo. Não sei porquê. Estava a correr tão bem lá na maternidade e cheguei aqui.... fiquei sem leite. Dei o quê? um mês, nem isso.” (E7)</p> <p>“Nas duas primeiras semanas ele não dormia à noite.” (E2)</p> <p>“Colocá-lo a dormir, no início não sabia como colocá-lo a dormir. Eu pegava nele até ele adormecer e depois punha no berço mas não apoiava bem o pescoço, não sabia como fazer... isso deixou-me nervosa.” (E2)</p> <p>“(...) agora eu já consigo orientar mais ou menos as coisas. Só... só me custa ainda mas é quando ele está com a birra do sono ou assim, é que me custa mais um bocadinho mas isso mas isso já já estou mais ou menos adaptada. Eu já consigo adormecê-lo, já sei mais ou menos o hábito que ele tem” (E7)</p>
<p>Rede de apoio (RA)</p>	<p>Profissional</p>	<p>“Não... já não tinha apoio da enfermeira” (triste) (E3)</p> <p>“(...) aquela enfermeira acompanhava apenas as grávidas. Depois também deixei de ter consultas no hospital porque já não era necessário (...)” (E3)</p> <p>“(...) na consulta pós-parto, ela esteve presente. Foi a única vez, depois já não a vi mais.” (E3)</p> <p>“(...) já fui a consultas aqui no Centro de saúde... aah...mas não é a mesma coisa.” (E3)</p> <p>“Eu acho que fazia todo o sentido não só para mim mas para todas as grávidas que estão a ser acompanhadas depois do parto. Porque depois do parto, estamos mais sensíveis, depois não sabemos o que fazer porque é o nosso primeiro filho.... E temos aquela pessoa que nos</p>

		acompanhou a gravidez toda, pelo menos o primeiro meio ano da criança... acho que devíamos ser acompanhados por eles... sim." (E3) “(...) os primeiros 6 meses , acho que são os mais importantes.” (E3) “poderiam ajudar com o banho (risos).” (E2) “Quando o bebê nasceu, ela (enfermeira) veio ver-me, para ver se estava tudo bem e acho que um mês depois, marcou-me uma consulta no hospital para eu fazer outro check-up. Para ver se estava tudo bem depois do nascimento.” (E2) “Sim... gostaria de ter tido apoio em relação à amamentação aos cuidados ao recém-nascido ou ao banho.” (E7)
	Familiar	“Ele chorava, não dormia... Eu sentia-me muito triste, porque eu não tenho família para ajudar. Estava muito triste na primeira semana, mas em duas semanas tudo mudou.” (E2) “Tenho o pai do meu filho e a minha avó.” (E3) “Eu vivia na casa da minha mãe” (E4) (Fáceis triste quando questionada se teve apoio da mãe) “Tive o apoio do pai dela e da minha mãe mais ou menos. (...) pelo menos da minha mãe, seria importante” (E6) “Neste momento eu só tenho o apoio dos meus sogros e do pai dele” (E7) “Tenho amigos que eu sei que posso contar com eles, principalmente com o pai.” (E7)
	Social	“A técnica vinha à tarde para me ajudar. Porque onde morávamos era um hotel que eles dão para acolhimento... Sim... e eu era a única pessoa com bebê então as meninas que viviam comigo não sabiam como me apoiar. Duas semanas depois do bebê nascer, as técnicas começaram a vir durante o dia para me ajudar com o bebê.” (E2) “Tenho tido a ajuda das funcionárias aqui da instituição” (E5) “Nos primeiros tempos nós somos seguidas, até mesmo para vestir...hmm.. cuidar deles.... tinha que ser tudo vigiado.” (E7)

**APÊNDICE VI - Consentimento informado livre e esclarecido**

## Consentimento informado livre e esclarecido

O meu nome é Sandra Varela Monteiro, estudante do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia na Escola Superior de Saúde de Lisboa. Estou a realizar um estudo para o meu trabalho final de curso intitulado de “O enfermeiro obstetra na aquisição de competências parentais da grávida adolescente”. Com este trabalho pretendo obter informação e identificar junto de grávidas adolescentes a pertinência da prestação de cuidados do enfermeiro obstetra durante a gravidez, identificar as suas necessidades e avaliar o contributo do enfermeiro obstetra na aquisição de competências parentais.

Neste sentido, venho pedir a sua colaboração neste estudo que será baseado numa entrevista que decorrerá em local e data acordados, conforme a sua disponibilidade, e que será gravada com o seu consentimento. A entrevista terá um tempo estimado de 30-40 minutos. Mais informo que é garantido o seu anonimato e toda a informação recolhida será confidencial e apenas utilizada para este estudo. Os dados colhidos serão previamente codificados e serão destruídos após conclusão do estudo.

Pretende-se implementar estratégias que contribuam para a melhoria na prestação de cuidados especializados à grávida adolescente no processo de transição para a parentalidade. A sua colaboração é voluntária e poderá em qualquer momento desistir de participar, sem qualquer prejuízo.

Em caso de dúvida, poderá sempre entrar em contacto comigo.

Caso seja do seu interesse, poderá consultar os resultados assim que o trabalho estiver concluído.

Grata pela sua atenção,

---

Sandra Monteiro

969004989

scvmonteiro@campus.esel.pt

Eu, \_\_\_\_\_,  
compreendo a informação apresentada e autorizo a participação no trabalho intitulado “O enfermeiro obstetra na aquisição de competências parentais”.

Lisboa, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

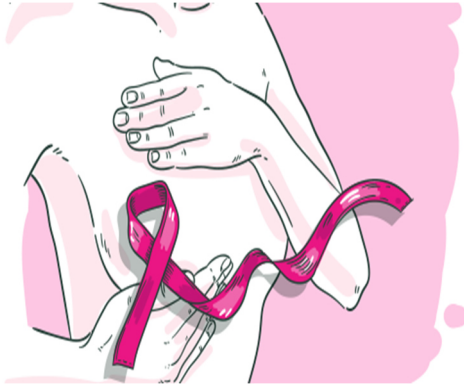
---

(Assinatura)

**APÊNDICE VII - Folheto informativo - Autoexame da mama**

# AUTOEXAME DA MAMA

Importa lembrar que o cancro da mama é mais comum nas mulheres, mas também pode surgir nos homens!



**O autoexame da mama não substitui a mamografia regular de rastreio nem os restantes exames clínicos da mama.**

**Dúvidas? Esclareça com o seu profissional de saúde**

Folheto informativo de acordo com recomendações da Direção Geral de Saúde, Organização mundial de Saúde e Liga contra o Cancro



Rua Óscar Lopes, nº 2  
2610-179 Amadora  
Tel. 214725540



Folheto elaborado por Sandra Monteiro no âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia - ESEL, 2021



**USF ÁGUAS LIVRES**

# Como devo fazer o autoexame da mama?

O **cancro da mama** é um problema de saúde pública com uma alta incidência e mortalidade. A deteção precoce é crucial, no sentido em que quanto mais cedo for diagnosticado maior a probabilidade de sucesso no tratamento.

O autoexame da mama permite conhecer o seu corpo e detetar alterações da normalidade. Este deve ser realizado uma vez por mês, preferencialmente, uma semana após a menstruação.

Deve ter especial atenção a:

- Alterações na pele da mama
- Aumento excessivo de uma das mamas
- Vermelhidão ou alterações da cor da mama
- Secreção no mamilo

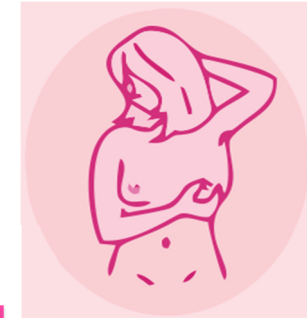


1.



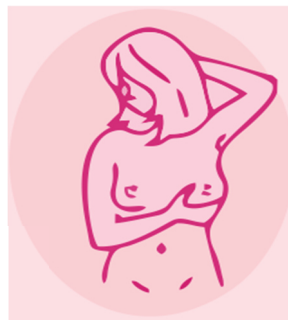
De pé, em frente ao espelho, levante os braços e coloque as mãos na nuca. Observe alterações na superfície e contorno da mama.

3.



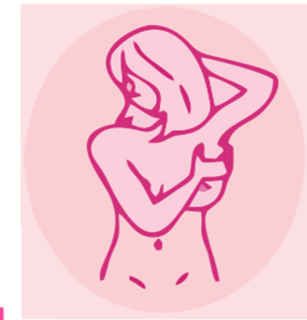
Aperte o mamilo e verifique se sai algum tipo de secreção.

2.



Mantenha uma mão na nuca, e com a outra mão, procure por nódulos com a ponta dos dedos, em movimentos circulares, percorrendo toda a mama.

4.



Procure por nódulos nas axilas. Estes podem ou não ser dolorosos.

**APÊNDICE VIII - Folheto informativo - Administração de  
Imunoglobulina anti-D**

Como medida  
preventiva a  
Imunoglobulina Anti-D  
(Rh) deve ser repetida  
em todas as grávidas  
não sensibilizadas



Esclareça as suas dúvidas com o  
seu enfermeiro/médico de família

# ADMINISTRAÇÃO DE IMUNOGLOBULINA ANTI-D (RH)



**USF ÁGUAS LIVRES**

Folheto informativo de acordo com recomendações da Direção Geral de Saúde



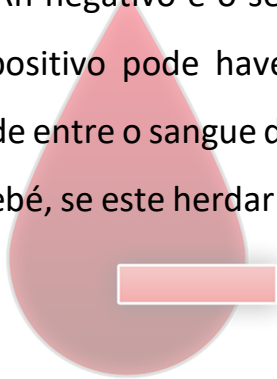
Rua Óscar Lopes, nº 2  
2610-179 Amadora  
Tel. 214725540



Folheto elaborado por Sandra Monteiro no âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia - ESEL, 2021

## O meu grupo de sangue é do tipo Rh negativo... E agora?

Quando a grávida é Rh negativo e o seu companheiro é Rh positivo pode haver uma incompatibilidade entre o sangue da mãe e o sangue do bebé, se este herdar o Rh positivo do pai.



Neste caso, quando o sangue do bebé entra em contato com o sangue da mãe, o sistema imunológico desta irá produzir anticorpos contra o sangue do bebé de forma a eliminar as células Rh Positivo.

Na primeira gravidez estes anticorpos surgem numa fase tardia mas poderão ser prejudiciais numa próxima gravidez.

## O que é a Imunoglobulina Anti-D?

A imunoglobulina anti-D é um medicamento que evita a formação desses anticorpos e é administrada por injeção intramuscular na nádega.

### Quando deve ser administrada?

Deverá ser administrada às 28 semanas de gravidez e até 3 dias após o parto, se se confirmar que o recém-nascido é Rh positivo.

Deverá ainda ser administrada sempre que haja probabilidade de desenvolvimento de anticorpos, em situações como:

- Abortos
- Gravidez ectópica
- Hemorragia
- Amniocentese
- Procedimentos invasivos durante a gravidez

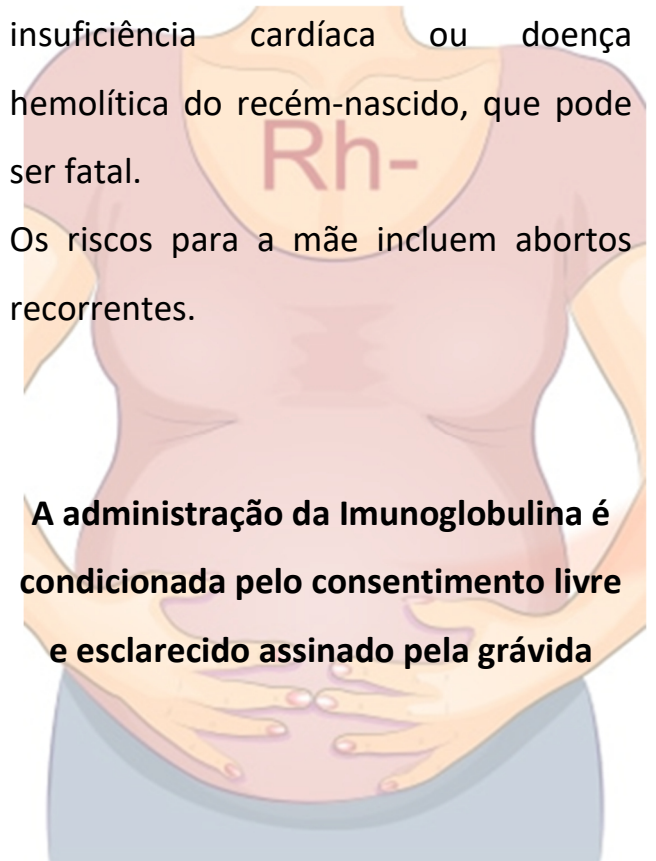


## Quais os riscos se não fizer a Imunoglobulina Anti-D?

Numa próxima gravidez, os anticorpos formados para eliminar as células Rh positivo, poderão provocar problemas no bebé tais como: anemia, icterícia, insuficiência cardíaca ou doença hemolítica do recém-nascido, que pode ser fatal.

Os riscos para a mãe incluem abortos recorrentes.

**A administração da Imunoglobulina é condicionada pelo consentimento livre e esclarecido assinado pela grávida**



**APÊNDICE IX - Folheto informativo - Cuidados no pós-parto**

### Para uma boa recuperação, recomenda-se:

- Alimentar-se de forma equilibrada
- Beber pelo menos 1,5L de água
- Descansar sempre que possível
- Limitar as visitas nos primeiros dias
- Praticar exercício físico de acordo com as recomendações do seu profissional de saúde



**Em caso de dúvida não hesite em contactar o seu profissional de saúde**

### **Sinais de alarme que requerem observação médica:**

- Febre
- Hemorragia vaginal
- Corrimento vaginal com cheiro
- Dor a urinar
- Dor e nódulo na mama
- Dor e secreção na sutura da cesariana

Folheto informativo de acordo com recomendações da Direção Geral de Saúde e Organização Mundial de Saúde



Rua Óscar Lopes, nº 2  
2610-179 Amadora  
Tel. 214725540

## CUIDADOS NO PÓS-PARTO



**USF Águas Livres**



Folheto elaborado por Sandra Monteiro no âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetria - ESEL, 2021

O **puerpério** caracteriza-se por um período pós-parto que pode durar cerca de 4 a 6 semanas. Durante este período a mulher sofre diversas alterações físicas, fisiológicas e psicológicas.

### Mamas

As mamas que inicialmente estão moles e indolores aumentam progressivamente com a “subida” do leite, tornando-se duras e tensas.

#### Cuidados a ter:

- Utilize um soutien adequado
- Para evitar o ingurgitamento mamário deverá massajar a mama com movimentos circulares em direção ao mamilo; aplicar quente (água, toalha, placa térmica) antes de amamentar; após amamentar aplicar gelo.
- Para evitar fissuras coloque uma gota do seu leite ou um creme de lanolina nos mamilos

### Dores no períneo (parto vaginal)

As dores no períneo podem causar desconforto, dificultando a mobilização, assim como, certos posicionamentos.

#### Cuidados a ter:

- Aplicar gelo de 8/8h (durante 15 min)
- Cuidados de higiene com água fria e sabão neutro
- Mudar o penso higiénico com frequência
- Manter a região do períneo limpa e seca

### Dores na sutura abdominal (cesariana)

Depois de uma cesariana é normal a mulher ter dores e desconforto na zona abdominal.

#### Cuidados a ter:

- Evitar esforços ou levantar pesos
- Ao tossir ou espirrar, apoie a sutura com a mão
- Manter a zona abdominal limpa e seca
- Massajar a área da sutura com um creme cicatrizante (após 2 semanas)
- Tomar medicação prescrita

### Lóquios

Os lóquios caracterizam-se por perdas de sangue por via vaginal. Iniciam-se após a saída da placenta e podem estender-se durante 3 a 6 semanas. Ao longo do tempo ficam cada vez mais escassos num tom rosado.

#### Cuidados a ter:

- Evitar o uso de tampões
- Mudar o penso higiénico com frequência
- Manter cuidados de higiene frequentes

#### Sinais de alerta:

- Lóquios com cheiro intenso
- Aumento de fluxo com saída de coágulos
- Dores, febre e corrimento vaginal com cheiro desagradável

Para fortalecimento do pavimento pélvico no pós-parto, recomenda-se que faça **exercícios de Kegel**, várias vezes ao dia

**APÊNDICE X - Folheto informativo - Alterações emocionais no  
pós-parto**

O diagnóstico precoce da depressão pós-parto melhora significativamente a vida da

mulher



## Tratamento

- ✓ Apoio emocional da família/amigos
- ✓ Acompanhamento psicológico
- ✓ Terapias
- ✓ Medicação

É fundamental cuidar da sua saúde mental.

Não tenha receio de procurar ajuda nos momentos mais difíceis.

Converse com o seu profissional de saúde



Folheto informativo de acordo com recomendações da Direção Geral de Saúde



SNS  
SERVIÇO NACIONAL  
DE SAÚDE



Rua Óscar Lopes, nº 2  
2610-179 Amadora  
Tel. 214725540



Folheto elaborado por Sandra Monteiro no âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetria - ESEL, 2021

# ALTERAÇÕES EMOCIONAIS NO PÓS-PARTO



USF ÁGUAS LIVRES

A transição para a parentalidade é um grande marco na vida do casal, nomeadamente, para a futura mãe que atravessa um período de alterações físicas e emocionais desde a gravidez ao puerpério (período após o parto).

Estas alterações emocionais, dependendo do historial da mulher, poderão contribuir para uma depressão transitória - **baby blues** que dura cerca de 2-3 dias nas primeiras duas semanas após o parto; ou uma **depressão pós-parto** que tem uma duração superior a 2 semanas.

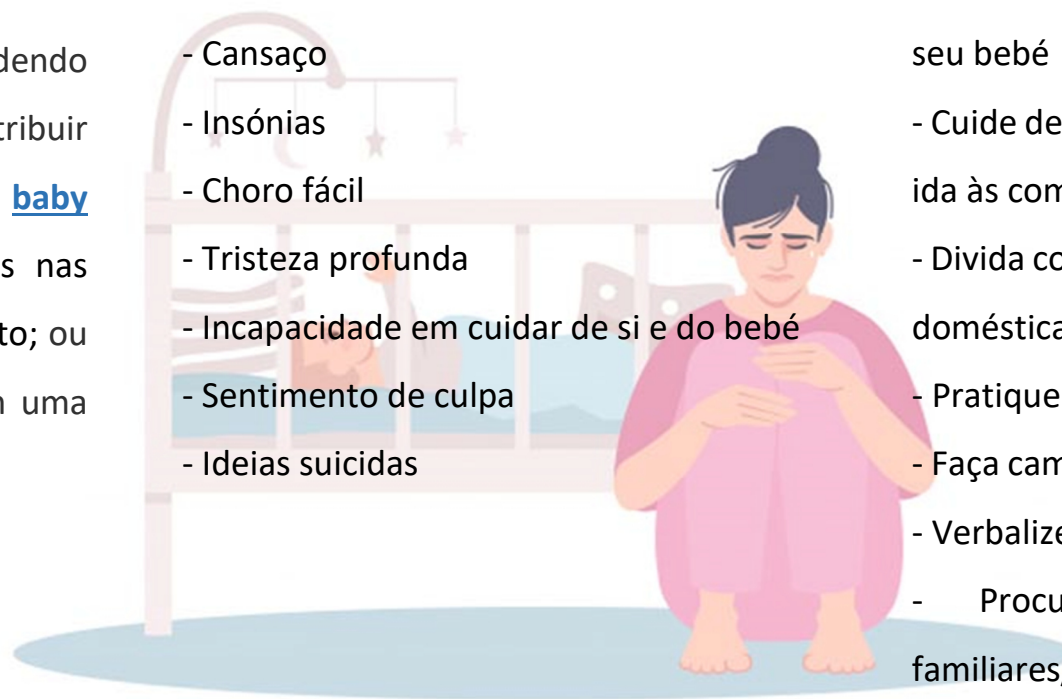
É comum ocorrer melancolia na primeira semana pós-parto, no entanto, é essencial que a mulher saiba reconhecer sinais e sintomas que poderão estar na origem da depressão pós-parto e assim, agir atempadamente.

### Quais os sintomas a que devo estar atenta?

- Ansiedade
- Irritabilidade
- Cansaço
- Insónias
- Choro fácil
- Tristeza profunda
- Incapacidade em cuidar de si e do bebé
- Sentimento de culpa
- Ideias suicidas

### De que forma posso superar esta tristeza?

- Alimente-se de forma adequada
- Descanse enquanto alguém fica com o seu bebé
- Cuide de si, aproveite as visitas para uma ida às compras ou cabeleireiro
- Divida com o seu companheiro as tarefas domésticas e cuidados ao bebé
- Pratique exercício ao ar livre
- Faça caminhadas diárias para desanuviar
- Verbalize os seus sentimentos
- Procure ajuda e apoio de familiares/amigos



## **APÊNDICE XI - Apresentação da Scoping Review**

12º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

# O enfermeiro obstetra na aquisição de competências parentais da grávida adolescente Scoping Review



Autora:  
Sandra Conceição Varela Monteiro  
Docente Orientadora:  
Professora Doutora Maria Helena de Carvalho Valente Presado  
Orientadora Ensino Clínico:

Lisboa, 8 de Julho de 2022

## Scoping Review

**Questão de Investigação - Qual o contributo do enfermeiro obstetra na aquisição de competências parentais da grávida adolescente durante a transição para a parentalidade?**

**Objetivo** - Identificar na literatura existente o contributo do enfermeiro obstetra no desenvolvimento de competências parentais na grávida adolescente

**Palavras-chave** - Grávida adolescente, enfermeiro obstetra, transição para a parentalidade, competências parentais

## Scoping Review - Resumo

**Problemática** - A adolescência é um período complexo caracterizado pelas mais variadas alterações físicas, psíquicas e sociais. Uma gravidez durante este período, potencia a vulnerabilidade da adolescente. Sendo uma faixa etária específica, caracterizada pela imaturidade, importa compreender as necessidades individuais da grávida para que o enfermeiro obstetra intervenha de forma eficaz. Estas grávidas necessitam de um acompanhamento e de uma educação especializada, intensiva e individualizada desde a gravidez ao pós-parto.

**Métodos** - Realizada uma scoping review de acordo com a metodologia proposta por Joanna Briggs Institute. A pesquisa realizada em 3 bases de dados distintas (*MEDLINE, CINAHL e PubMed*), incluiu artigos de estudos qualitativos ou quantitativos, em língua portuguesa ou inglesa.

**Resultados** - Dos 47 artigos obtidos da pesquisa, 12 estudos foram considerados elegíveis para análise, tendo em consideração os critérios de inclusão.

**Conclusões** - A evidência científica demonstra que o enfermeiro obstetra poderá ter um contributo positivo como negativo no processo de transição para a parentalidade das adolescentes, no entanto, evidenciam-se experiências negativas que comprometeram a aquisição de competências parentais da grávida adolescente.

## Scoping Review

### Critérios de inclusão

- Estudos qualitativos ou quantitativos
- Língua portuguesa ou inglesa
- Texto integral disponível

**P** - Grávida adolescente

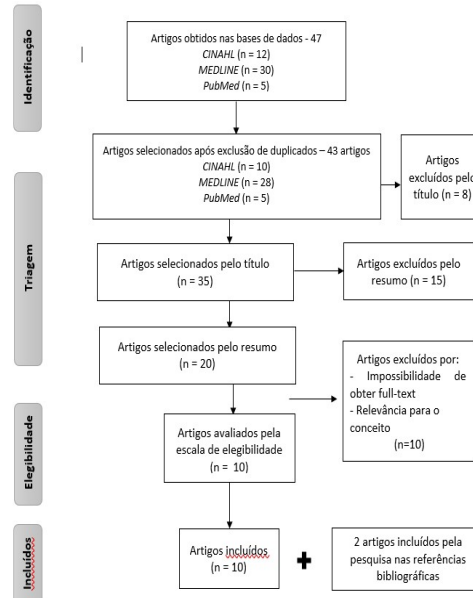
**C** - Cuidar do enfermeiro obstetra  
Competências parentais

Transição para a parentalidade

**C** - Não se aplica

## Scoping Review: Estratégia de Pesquisa

Da pesquisa nas três bases de dados - *MedLine*, *CINAHL* e *PubMed*, obtive 47 artigos, dos quais 4 eram repetidos, pelo que foram excluídos tendo ficado com 43 artigos. Destes 43 artigos foram selecionados 35 artigos pelo título e após leitura do resumo, apenas 20 artigos pareceram ter relevância. Destes 20 artigos e após leitura integral, 10 foram excluídos por não terem relevância para o estudo em questão e por impossibilidade de obter texto integral. No final, obtive 10 artigos elegíveis para análise. Foram ainda incluídos 2 artigos encontrados pela pesquisa nas referências bibliográficas de artigos selecionados.



Adaptado de: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman D. (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med* 6(7): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097

## Scoping Review – Apresentação de resultados



O Enfermeiro contribuiu para a aprendizagem demonstrando empatia e paciência (Peterson et al. 2007)

Prestação de cuidados de uma forma cordial e amigável, centrada no respeito, livre de julgamento (Harrison et al., 2017)

Demonstração de apoio, presença constante e estabelecimento de vínculo (Nóbrega & Bezerra, 2010)

Relação de confiança e comunicação eficaz (Atkinson & Peden-McAlpine, 2014; Stiles, 2005; Harisson et al., 2017)

Medo da crítica (Harrison et al., 2017; Hunter et al., 2014; Peterson et al., 2007; Peterson, 2004)

Pouca disponibilidade demonstrada e falta de comunicação (Hunter et al., 2014; Peterson, 2004; Nóbrega & Bezerra, 2010).

Insegurança e falta de confiança no desempenho do papel de mãe (Mangeli et al. (2017) e Klingberg-Allvin et al. (2008)

Falta de apoio na amamentação (Hunter et al., 2014)

Cuidado centrado em protocolos e procedimentos e num modelo biomédico desadequado (Queiroz et al., 2016; Marques et al., 2021)

## Considerações finais

O enfermeiro obstetra atua como agente facilitador na transição para a parentalidade, como tal, é preponderante que este seja sensível às especificidades desta faixa etária, e adeque o seu conhecimento teórico e prático às necessidades da grávida/mãe adolescente, contribuindo deste modo, para aquisição de competências parentais necessárias.

Não foram encontrados estudos em Portugal que abordem esta temática. Seria pertinente desenvolver estudos que permitam compreender as necessidades das grávidas adolescentes, para que sejam desenvolvidas estratégias de intervenção de enfermagem, com o objetivo de melhoria da qualidade na prestação de cuidados a grávidas adolescentes durante os períodos pré-natal, parto e pós-parto.

## Referências Bibliográficas

- Atkinson, L. D., & Peden-McAlpine, C. J. (2014). *Advancing adolescent maternal development: a grounded theory*. Journal of pediatric nursing, 29(2), 168–176. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2013.08.005>
- Canavarro, M. (2001). *Psicologia da gravidez e da maternidade*. Coimbra: Quarteto
- Carmona, A. (2018). *Gravidez na Adolescência na Região de Lisboa: Cultura ou Literacia em Saúde?* Tese de Doutoramento. Disponível em <http://hdl.handle.net/10400.2/8530>
- DeVito, J. (2010). *How adolescent mother feel about becoming a parent*. Journal of Perinatal Education, 19(2), 25-34. Disponível em [10.1624/105812410X495523](https://doi.org/10.1624/105812410X495523)
- Harrison, M. E., Clarkin, C., Rohde, K., Worth, K., & Fleming, N. (2017). *Treat Me But Don't Judge Me: A Qualitative Examination of Health Care Experiences of Pregnant and Parenting Youth*. Journal of pediatric and adolescent gynecology, 30(2), 209–214. <https://doi.org/10.1016/j.jpag.2016.10.001>
- 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(1), 47–58. <https://doi.org/10.1111/mcn.12150>
- Klingberg-Allvin, M., Binh, N., Johansson, A., & Berggren, V. (2008). *One Foot Wet and One Foot Dry: Transition Into Motherhood Among Married Adolescent Women in Rural Vietnam*. Journal of Transcultural Nursing, 19(4), 338–346. <https://doi.org/10.1177/1043659608322419>
- Lopes, M.; Catarino, H.; Dixe, M. (2010). *Parentalidade positiva e enfermagem: revisão sistemática da literatura*. Revista de Enfermagem Referência, serIII (1),109-118. Disponível em [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0874-02832010000300012&lng=pt&lng=pt](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832010000300012&lng=pt&lng=pt)
- Mangeli, M., Rayyani, M., Cheraghi, M. A., & Tirgari, B. (2017). *Exploring the Challenges of Adolescent Mothers From Their Life Experiences in the Transition to Motherhood: A Qualitative Study*. Journal of family & reproductive health, 11(3), 165–173. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30018654%0Ahttp://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC6045691>
- Meleis, A. (2010). *Transitions theory middle range and situation-specific theories in nursing research and practice*. Springer Publishing Company.
- Nóbrega, L & Bezerra, F. (2010). *Percepções de puérperas adolescentes frente à assistência de enfermagem no alojamento conjunto*. Rev. Rene, 11, 42–52. Disponível em <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/4657/3475>
- Oliveira, P. (2017). *Maternidade na Adolescência*. Universidade Católica Portuguesa. Dissertação de doutoramento. Lisboa. Disponível em <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/24204/1/Maternidade%20na%20Adolescencia.pdf>
- Organização Mundial de Saúde. (2009). *Child and adolescent health and development*. Genebra: OMS. <http://www.who.int/child-adolescent-health/>
- Peters, M. D. J.; Godfrey, C.; McInerney, P.; Baldini, C.; Khalil, H.; Parker, D. (2017) *Capítulo 11: Revisões do escopo. Manual do Revisor do Instituto Joanna Briggs*. The Joanna Briggs Institute. Disponível em <https://wiki.ioannabriggs.org/display/MANUAL>
- Peterson, W. (2004). *Adolescent mothers satisfaction with postpartum nursing care*. Tese de doutoramento. McMaster University. Ontario. Disponível em <http://hdl.handle.net/11375/5918>
- Peterson, W. E., Sword, W., Charles, C., & DiCenso, A. (2007). *Adolescents' perceptions of inpatient postpartum nursing care*. Qualitative Health Research, 17(2), 201–212. <https://doi.org/10.1177/1049732306297414>
- Queiroz, M., Menezes, G., Silva, T., Brasil, E., & Silva, R. (2016). *Grupo de gestantes adolescentes: contribuições para o cuidado no pré-natal*. Revista gaucha de enfermagem, 37(spe), e20160029. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.esp.2016-0029>
- Silles, A. S. (2005). *Parenting needs, goals, strategies of adolescent mothers*. MCN The American Journal of Maternal/Child Nursing, 30(5), 327–333. <https://doi.org/10.1097/00005721-200509000-00011>
- Wahn, E., Nissen, E., & Ahlberg, B. (2005). *Becoming and being a teenage mother: How teenage girls in south western Sweden view their situation*. Health Care for Women International, 26(7), 591–603. <https://doi.org/10.1080/07399330591004917>

## **ANEXO I - Síntese de Registo de Atividades Práticas**

### 13. Síntese de Registo de Atividades Práticas/Registration of Practice Activities

1. Aconselhamento à família e promoção da saúde/ <i>Family counselling and health promotion</i>	<u>45</u>
2. Vigilância e prestação de cuidados à grávida/ <i>Supervision and care to the pregnant woman</i>	
• Exames Pré-Natais/ <i>Prenatal Examinations</i> (100)	<u>148</u>
3. Vigilância e prestação de cuidados à parturiente/ <i>Supervision and care to the women in labor.</i>	
• Partos eutócicos/ <i>Eutocic deliveries</i> (40)	<u>40</u>
• Participação ativa em partos pélvicos/ <i>Active participation in breech deliveries</i>	<u>1</u>
• Participação ativa em partos gemelares/ <i>Active participation in multiple births</i>	<u>—</u>
• Participação ativa noutros partos/ <i>Active participation in other type of births</i>	<u>12</u>
• Episiotomia/ <i>Episiotomy</i>	<u>8</u>
• Episiorrafia, perineorrafia/ <i>Episiorrhaphy, perineorrhaphy</i>	<u>8</u>
4. Vigilância e prestação de cuidados à mulher em situação de risco/ <i>Supervision and care to the woman at risk</i>	
• Gravidez/ <i>Pregnancy</i> (40)	<u>74</u>
• Trabalho de parto/ <i>Labor</i>	<u>14</u>
• Puerpério/ <i>Puerperium</i>	<u>2</u>
5. Vigilância e cuidados à puérpera saudáveis/ <i>Supervision and care to the women in the postnatal period</i> (100)	<u>100</u>
6. Vigilância e prestação de cuidados ao RN saudáveis/ <i>Supervision and care to the healthy new-born</i> (100)	<u>102</u>
7. Vigilância e prestação de cuidados ao RN que necessita de cuidados especiais/ <i>Supervision and care to the new-born in need of special care</i>	<u>10</u>
8. Vigilância e prestação de cuidados à mulher com patologia ginecológica/ <i>Supervision and care to the women with gynaecological pathology</i>	<u>43</u>

9. Vigilância e cuidados à mulher no âmbito da saúde sexual/*Supervision and care to the woman in the area of sexual health*

- Colocação de DIU/IUD *insertion practice* 2
- Colocação de implantes/*Implants insertion practice* 4
- Observação ginecológica e colpocitologia/*Gynecological observation practice and colpocytology* 6

10. Prática Simulada/*Simulated practice*

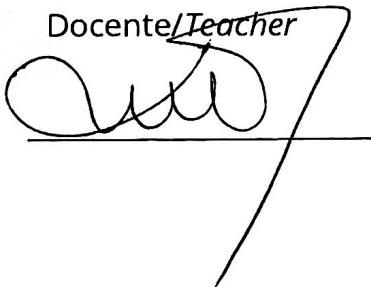
- Prática em partos eutócicos/*Practice eutocic delivery* 40
- Prática em partos de apresentação pélvica/*Practice in breech presentation deliveries* 1
- Prática de episiotomia e iniciação à sutura/*Practice on episiotomy and initiation to the suture technique* 1
- Prática na colocação de DIU/IUD *insertion practice* 3
- Prática na colocação de implantes/*Implants insertion practice* 1
- Prática de observação ginecológica e colpocitologia/*Gynecological observation practice and colpocytology* 2

Lisboa, 09/07/2022

Estudante/*Student*

Sandra Moura

Docente/*Teacher*



Coordenador do Curso/*The Course Coordinator*

17ª Anabela Ferreira dos SCS