



Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

O Olhar do EESMO sobre o Parto na Adolescência:

Desenvolvimento de Competências nos Cuidados de Enfermagem Especializados

Carla Alexandra de Sousa Boura Santos Cristino

2012





Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

O Olhar do EESMO sobre o Parto na Adolescência:

Desenvolvimento de Competências nos Cuidados de Enfermagem Especializados

Carla Alexandra de Sousa Boura Santos Cristino

Relatório de estágio orientado pela Prof.^a Isabel Serra

2012

“Antes de começar a ler este artigo, pedimos ao leitor que levante a cabeça durante alguns minutos para se lembrar da/do adolescente que ela/ele foi...”

As relações com os pais, os flirts; o longo caminho das pulsões nas primeiras vezes; o primeiro beijo com língua; dos sonhos às decepções; os riscos corridos, as mentiras culpabilizantes..., este exercício pode levar mais do que alguns minutos.

Contudo, este esforço de memória introspectivo é necessário ao adulto desejoso de ajudar um adolescente.”

(Dominique Roynet, 2008)

AGRADECIMENTOS

À Prof^ª Isabel Serra, pela inspiração, orientação, apoio, incentivo e disponibilidade...

À Sr.^ª Enf.^ª Especialista Ana Sofia Rodrigues pela partilha de conhecimentos e incentivo...

Aos pais e filhos que aceitaram ser cuidados...

À minha família, pela paciência...

RESUMO

Objetivo: Apresentar o percurso realizado durante o ER, no 2º ano do 2º CMESMO, da ESEL, no que se refere ao aprofundamento teórico sobre as intervenções de enfermagem especializadas que promovem uma vivência positiva do trabalho de parto das adolescentes, a jornada reflexiva levada a cabo durante e após o mesmo, e ainda sobre as competências adquiridas nessa trajetória. **Metodologia:** Foi realizada uma revisão sistemática da literatura, utilizando o meta pesquisador EBSCOhost, envolvendo as bases de dados CINAHL Plus with Full Text, MEDLINE with Full Text, Academic Search Complete e Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive. Foi utilizado o método de PI[C]O e selecionados 9 artigos do total de 293 encontrados. Aplicou-se um questionário às EESMO de forma a conhecer a sua percepção sobre o cuidar da parturiente adolescente. **Resultados:** Quanto à revisão sistemática encontraram-se 2 categorias: Compreender o Fenómeno do Parto na Adolescência e Intervenções de Enfermagem Especializadas. As EESMO utilizaram expressões que foram organizadas nos seguintes temas: as parturientes adolescentes, a relação que se estabelece, o apoio e os cuidados de enfermagem. **Conclusões:** As adolescentes podem necessitar de maior suporte e apoio no momento do parto e os cuidados de enfermagem especializados devem ter em conta as 3 fases do desenvolvimento psicossocial (adolescência precoce, intermédia e tardia).

Palavras-chave: gravidez na adolescência; parturiente; experiência de parto; intervenções de enfermagem.

ABSTRACT

Aim: To display the path taken during the Internship with Report, in the 2nd year of the Nursing Master's Degree in Maternal Health and Obstetrics, of the ESEL, with regard to the theoretical development of the specialized nursing interventions that promote a positive experience of labor of teenagers, the reflexive journey taken, and on the competency acquired in this course. **Methodology:** Conducted a systematic literature review using the meta researcher EBSCOhost involving the databases CINAHL Plus with Full Text, MEDLINE with Full Text, Academic Search Complete and Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive. Used the method of PI[C]O and selected nine articles of a total of 293 found. A questionnaire was applied to the midwives in order to know their perception about caring the teenager parturient. **Results:** Regarding the systematic review there are 2 categories: Understanding the Phenomenon of Adolescent Childbirth and Specialized Nursing Interventions. The midwives used expressions that were organized into the following themes: pregnant adolescents, the relationship that is established, the support and nursing care. **Conclusions:** Adolescents may need greater support and assistance at delivery and skilled nursing care should take into account the 3 stages of psychosocial development (early, middle and late adolescence).

Keywords: teenage/adolescent pregnancy; parturient; birth experience; nursing interventions.

LISTA DE SIGLAS

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

Enf^a – Enfermeira

EC – Ensino Clínico

ER - Estágio com Relatório

EESMO - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

EESMOG - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna Obstétrica e Ginecológica

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

ICM – *International Confederation of Midwives*

INE - Instituto Nacional de Estatística

OE – Ordem dos Enfermeiros

RCEEEESMOG – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica

RCCEE - Regulamento da Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

RE – Relatório de Estágio

RN – Recém-nascido

RPQCEESMOG - Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica

INDICE DE QUADROS

<i>3.1 Objetivos Específicos e Atividades Desenvolvidas Relativas ao Projeto</i>	26
<i>3.5.1 Estrutura do cuidar segundo Swanson (traduzido e adaptado, 2003)</i>	34
<i>4.1 Critérios de formulação da questão em formato PI[C]O</i>	37
<i>4.2 Processo de pesquisa e seleção dos artigos</i>	39
<i>4.3 Níveis de evidência dos artigos selecionados</i>	40
<i>4.4 Compreender o fenómeno do parto na adolescência e identificar as intervenções de enfermagem especializadas</i>	41
<i>4.5. Plano de cuidados à adolescente em trabalho de parto</i>	46

ÍNDICE

1.INTRODUÇÃO.....	10
2.SOBRE O ENSINO CLINICO EM BLOCO DE PARTOS.....	15
2.1.Contextualização do ensino clínico.....	15
2.2. Análise crítica do percurso de aprendizagem.....	16
3. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	25
3.1. Objeto do estudo.....	25
3.2.Gravidez na adolescência	27
3.3. Experiência de parto.....	29
3.4 Teoria do cuidar de Kristen Swanson.....	31
4.METODOLOGIA	36
4.1. Revisão sistemática da literatura.....	36
4.1.1. Protocolo de Pesquisa.....	38
4.1.2 Resultados da Revisão Sistemática	40
4.2. Observação participante	43
4.3. Aplicação de questionário.....	44
4.4. Resultados e implicações para a prática.....	44
4.5. Limitações do estudo.....	46
4.6. Questões éticas.....	46
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	49
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	53
APÊNDICES E ANEXOS.....	60

1. INTRODUÇÃO

A elaboração deste relatório de estágio (RE) surge no âmbito do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (CMESMO), da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), onde me foi proposta a realização de um documento que ilustrasse a aquisição de competências desenvolvida na unidade curricular (UC) “estágio com relatório” (ER), do ensino clínico (EC) de bloco de partos. O presente trabalho teve por base um projeto individual de estágio, realizado e inscrito anteriormente e o EC decorreu entre 27 de Fevereiro e 27 de Julho de 2012, no bloco de partos.

Subordinado ao tema “O Olhar do EESMO sobre o Parto na Adolescência”, este relatório visa apresentar o meu percurso pessoal como discente, quanto à aquisição e o desenvolvimento de competências científicas, técnicas e relacionais, como futura Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna Obstétrica e Ginecológica (EEESMOG), dando especial ênfase ao parto na adolescência, particularmente estudando as intervenções de enfermagem especializadas que promovem a vivência do parto como experiência positiva.

Este ensino clínico ER esteve interligado com o Ensino Clínico V (EC de Enfermagem em contexto neonatal) e é transversal às unidades curriculares Investigação em Enfermagem e Opção, operacionalizando os conhecimentos e competências nelas adquiridos.

Pretendia-se como finalidade para este ensino clínico ER, de acordo com o programa da unidade curricular que consta do plano de estudos do 2º CMESMO, publicado online e o documento orientador da unidade curricular ER (Anexo I), desenvolver competências científicas, técnicas e relacionais que permitam prestar cuidados especializados e de excelência em saúde materna, obstétrica e ginecológica, a todos os níveis de prevenção, mobilizando conhecimentos baseados na evidência científica, fruto da reflexão individual que inclua as responsabilidades éticas e sociais, no seio de uma equipa multidisciplinar.

A competência, na sua essência, resulta do conjunto formado por conhecimento, skills, experiência e atitude que um profissional demonstra numa determinada situação, onde existe uma aplicação efetiva do conhecimento e das capacidades, incluindo o ajuizar (OE, 2004; ICM, 2002). Este conceito tem como autora de referência PATRÍCIA BENNER. A

obra de BENNER pode ser classificada como uma teoria filosófica da Enfermagem (TOMEY e ALLIGOOD, 2004, p. 23). Não é consensual no entanto a sua categorização como teórica ou filósofa. O que não é discutível é a clara e distinta participação que a autora tem no sentido do desenvolvimento da enfermagem. Podemos, então, situá-la no Paradigma da Transformação que surgiu na década de 70, pois representa a base de uma abertura das ciências de enfermagem ao mundo e engloba autores como WATSON, ROGERS, NEWMAN, PARSE e BENNER. A investigadora debruçou-se sobre a prática de enfermagem clínica de forma a descobrir e descrever o conhecimento existente na prática de enfermagem. Com o objetivo de tornar as práticas de enfermagem visíveis e perceber a relação entre a teoria e prática, Patrícia Benner, utilizando a investigação descritiva numa abordagem fenomenológica, entrevistou várias enfermeiras com diversos níveis de competência. Estas entrevistas foram conduzidas, estruturadas e estudadas na busca da excelência dos cuidados onde era pedido às enfermeiras para descrever apenas situações onde os seus cuidados de facto faziam a diferença na vida dos doentes. Do resultado dessas entrevistas emergiram os domínios e competências. Esta autora (2001), depois de ter identificado os domínios e as competências, aplicou o Modelo de Aquisição de Competências de Dreyfus à prática de enfermagem, para explicar este processo reflexo de mudanças, onde o enfermeiro passa pelos cinco níveis de proficiência: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito, onde:

1. Iniciado: não possuem experiência, são alunos de enfermagem, enfermeiros recém-licenciados, mas também enfermeiros num novo serviço em contexto completamente desconhecido.
2. Iniciado Avançado: desempenho aceitável, dependente da experiência anterior em que já consegue identificar pontos comuns e rotinas. Retira indícios dos conhecimentos do doente pela forma como ele se expressa. Guia-se por regras e orienta-se pela finalização da tarefa.
3. Competente: exerce funções no serviço há dois ou três anos. Começa a desenvolver as suas ações em função de objetivos de longo alcance. Apresenta nível crescente de eficácia conseguindo mobilizar conhecimentos face a situações imprevistas.

4. Proficiente: possui rapidez e maleabilidade, apercebendo-se das situações na sua globalidade. Aprende pela experiência e as suas ações são guiadas por máximas. A visão holística por parte do enfermeiro melhora a sua capacidade de decisão.

5. Perito: toma decisões na base da compreensão intuitiva da situação, tem experiência, vê a situação como um todo, planeia e negocia a mudança.

Utilizando como ponto de partida as competências definidas no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica (RCEEESMOG) da Ordem dos Enfermeiros (OE) (Anexo II) e as competências descritas pela International Confederation of Midwives (ICM) (Anexo III), cruzando-as com os meus interesses e necessidades, resultantes da minha reflexão pessoal, delineei o seguinte objetivo geral, em função do qual delineei as atividades previstas e resultados esperados que constam do projeto de estágio da unidade curricular de Opção (Apêndice I), previamente inscrito e aceite:

. desenvolver competências técnico-científicas e relacionais que permitam a prestação de cuidados de enfermagem especializados à mulher/RN/família internados em bloco de partos ou que se dirigiram à urgência obstétrica e ginecológica durante a gravidez, nos quatro estádios do trabalho de parto, prevenindo complicações e promovendo a transição para a parentalidade, vivenciando de forma saudável o processo de maternidade e o processo de saúde/doença e em situações de abortamento e com patologia ginecológica e/ou da mama.

De forma a operacionaliza este objetivo geral delineei os seguintes objetivos específicos:

Os objetivos específicos:

1. Desenvolver competências nos cuidados de enfermagem especializados à mulher/RN/família durante os quatro estádios do trabalho de parto;
2. Desenvolver competências nos cuidados de enfermagem especializados ao RN na adaptação/otimização à vida extrauterina;
3. Desenvolver competências nos cuidados de enfermagem especializados à mulher/família com queixas do foro obstétrico e ginecológico que se dirigem à Urgência Obstétrica/ Ginecológica.

4. Desenvolver competências nos cuidados de enfermagem especializados à mulher adolescente com vista à diminuição das consequências físicas, psicológicas, sexuais e na área da prevenção.

As razões que me levaram a escolher a temática da gravidez na adolescência são várias. Primeiro porque possuía um conhecimento limitado nesta área, reconhecendo no entanto a sua especificidade. Depois porque sinto dificuldade em entender como é numa sociedade em que a informação se encontra e se partilha, muitas vezes apenas à distância de um clique, com as novas tecnologias acessíveis a quase todos, continuam a existir crianças a tornarem-se pais e mães, apesar de todos os esforços dos sistemas de saúde para contrariar essa situação e com todo o risco e peso que estão inerentes a esta situação. E depois porque acredito que independentemente das razões pelas quais a adolescente engravida (falta de informação, falta de apoio, rebeldia, forma de afirmação, entre outras) é responsabilidade da EESMO prestar cuidados especializados de qualidade baseados na melhor evidência disponível.

Alteração ao projeto inscrito

Houve necessidade no decorrer do ensino clínico de alterar o objetivo apresentado no projeto inscrito relativo à temática a aprofundar. O objetivo geral era, como se pode ler no projeto apresentado em anexo (Apêndice I – Projeto de Estágio), desenvolver competências na área da prevenção da gravidez na adolescência, e pretendia por um lado aprofundar conhecimentos na área da gravidez na adolescência, através da realização de uma revisão sistemática da literatura, e por outro, adquirir competências que permitissem capacitar os pais de adolescentes com estratégias e atitudes promotoras da prevenção de uma nova gravidez.

Apesar de ter tido oportunidade de prestar cuidados de enfermagem especializados de saúde materna e obstetrícia, a adolescentes (Apêndice II – Notas de Campo), estas estavam na sua maioria acompanhadas pelo companheiro e pai do bebé, não se tornando exequível a observação dos padrões de comunicação e relação patentes entre pais e adolescentes nem em bloco de partos, nem em nenhum dos anteriores ensinamentos clínicos, nem o registo dessas interações, impossibilitando por consequência a capacitação dos pais para comunicar na altura certa, com o conteúdo adequado ao desenvolvimento da

adolescente, com a frequência necessária e com a consciência das mensagens enviadas ou a identificação em ambos os grupos dos temas que geram discórdia, como me propunha no projeto inscrito.

Assim, consciente de que na prestação de cuidados, como pessoas que somos, muitas vezes possuímos preconceitos e somos influenciados por estes, com a finalidade de contribuir para uma vivência positiva do parto da parturiente adolescente e família, optei por direcionar a minha pesquisa para o aprofundar de conhecimentos e a adquirir competências especializadas no cuidar à parturiente adolescente, com a preocupação de tornar essa vivência num momento positivo. Delineei então objetivos e atividades que apresento à frente, no subcapítulo 2.1 em substituição do anterior já referenciado.

Este trabalho encontra-se dividido em cinco partes: uma primeira, em que se expõem os objetivos, atividades realizadas e competências adquiridas durante a experiência clínica; uma segunda, onde se faz o enquadramento teórico com definição de conceitos basilares para a compreensão da problemática; na terceira parte, explicitam-se as questões metodológicas; na quarta parte incluem-se os resultados, implicações para a prática, as limitações do estudo e as questões éticas; na quinta parte apresentam-se as considerações finais e por último, surgem as referências bibliográficas, os anexos e os apêndices.

2.SOBRE O ENSINO CLINICO EM BLOCO DE PARTOS

Este capítulo é destinado à reflexão sobre o contexto do ensino clínico e a forma como se processou o meu desenvolvimento de competências científicas, técnicas e relacionais para a prestação de cuidados de enfermagem especializados em Saúde Materna e Obstetrícia.

2.1.Contextualização do ensino clínico

O ER decorreu de 27 de fevereiro a 27 de julho de 2012, no bloco de partos, num hospital que pertence à rede de referência materno infantil com a classificação, pela Comissão Nacional de Saúde Materna e Infantil, de hospital de apoio perinatal e está organizado para prestar cuidados diferenciados e humanizados às grávidas que necessitam destes, sobretudo às utentes residentes na sua área de influência, com uma população de 155.077 habitantes (Anexo IV – Avaliação do Estágio com Relatório).

Em termos de espaço o bloco de partos possui 5 salas de parto, 2 salas de vigilância, 1 sala de bloco operatório, 1 sala de receção de RN e serviço de urgência de obstetrícia e ginecologia. Usualmente as utentes permanecem, sem serem deslocadas, durante todo o trabalho de parto na sala de parto, o que proporciona maior tranquilidade e privacidade às mulheres e suas famílias. O espaço comporta também 2 salas de vigilância de puerpério imediato, uma mais direcionada para recobro do bloco operatório, que funciona de segunda a sexta das 8h às 20h, com equipa do bloco de partos. Em caso de necessidade de cesariana, após as 20h, a cirurgia ocorre no bloco operatório central, existindo nesses caso necessidade de transferir e acompanhar a parturiente. De salientar que essa transferência fica usualmente a cargo da enfermeira especialista de serviço no bloco de partos.

De acordo com o Instituto Nacional de Estatística (INE), durante o ano de 2011 nasceram em Portugal 96.856 crianças (www.ine.pt); deste total de nascimentos, 1.595 aconteceram neste hospital. No período do ensino clínico, de 27 de fevereiro a 27 de julho, ocorreram 532 partos, dos quais 14 em mulheres com idade compreendida entre os

11 e os 19 anos; desses tive oportunidade de ajudar a nascer 2. Em Portugal durante o ano de 2011, segundo o INE, nasceram 3663 crianças de mães com idade entre os 11 e os 19 anos (www.ine.pt).

Quanto aos recursos humanos a equipa é constituída por 17 enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde materna obstétrica e ginecológica (EESMOG) incluindo a enfermeira chefe, 10 enfermeiros de cuidados gerais, dos quais 5 se encontram em processo de formação na especialidade de saúde materna, obstétrica e ginecológica, 13 assistentes operacionais, 1 assistente administrativa e 8 médicos especialistas em ginecologia e obstetrícia. No seu conjunto representam uma equipa jovem, com alterações constantes na sua constituição, com entradas e saídas frequentes. Alguns elementos desta equipa estão a prestar cuidados especializados no serviço de obstetrícia, pelo período de 1 ano e outro encontra-se na consulta externa.

2.2. Análise crítica do percurso de aprendizagem

Pretendia-se neste ensino clínico a aquisição de conhecimento e competências que me transformassem numa EESMOG. Enfermeiro especialista, de acordo com o Regulamento da Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (RCCEE), é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num determinado domínio de enfermagem, neste caso na área de saúde materna, obstétrica e ginecológica, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas, englobando no seu conceito de cliente não só a mulher no período perinatal, mas também o RN, a criança, os jovens e os casais (OE, 2010b; OE, 2011)

As competências que correspondem ao EESMOG, estão claramente definidas por referenciais como o RCEEESMOG da OE e as competências descritas pela ICM, incluindo as dimensões da educação para a saúde e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança e responsabilidade de contribuir para o desenvolvimento de um corpo de conhecimentos próprio de enfermagem enquanto ciência (OE, 2010b).

Em termos gerais neste ensino clínico realizei 44 partos eutócicos em apresentação cefálica, de forma autónoma, sob a supervisão da EESMOG orientadora, dos quais 10

resultaram em períneo intato, 11 com necessidade de episiotomia e posterior episiorrafia; os restantes deram lugar a 18 lacerações (7 lacerações de grau I e 11 lacerações de grau II), todas submetidas a reparação do canal de parto. Destes partos nasceram 24 raparigas e 19 rapazes com peso ao nascer que oscilava entre os 2470g e os 4020g dos quais 11 apresentavam cervicais e o índice de APGAR mais baixo foi ao 1' 5, 5' 7 e 10' 9. Além das utentes acima referidas, acompanhei 22 grávidas que não estando em trabalho de parto, ficaram durante o meu turno em vigilância de enfermagem, por patologia e/ou por não existir EESMOG no serviço de obstetrícia. Acompanhei um total de 95 parturientes no 1º estágio de trabalho de parto, tendo realizado todas as atividades descritas no projeto inscrito e apresentado em anexo. Em anexo apresento um quadro onde apresento de forma sistematizada as atividades propostas e realizadas em função dos objetivos específicos do projeto (Apêndice III - OBJETIVOS, ATIVIDADES PROPOSTAS E REALIZADAS).

Mas de fato a minha percepção e sensibilidade sobre este ensino clínico é muito mais do que os números traduzem. Na minha vida profissional, até agora a minha realidade de prestação de cuidados sempre esteve muito próxima do contexto da urgência e emergência, no serviço de urgência e viatura médica de emergência e reanimação, sem nunca ter tido experiência na prestação de cuidados de saúde materna, com exceção em algumas situações pontuais de mulheres com dor abdominal que se revelaram estar efetivamente em trabalho de parto ou parto de emergência, já ocorrido quando chego. Assim, a responsabilidade de um percurso que envolvesse não só aquisição de competências mas também um nível de competência harmonizável com o nível académico em que me encontro, exigiu um esforço suplementar que avalei no início como um desafio e agora como muito gratificante no seu cômputo geral.

Entrelaçando os níveis de competência de Patrícia Benner e a minha reflexão pessoal sobre o meu percurso de aprendizagem, considero que no início do ensino clínico, a 27 de fevereiro, apesar dos meus 12 anos de experiência profissional, eu estava no nível de iniciada, pois o bloco de partos era para mim um novo serviço, onde não estava integrada e se prestavam cuidados diferentes e muito específicos. Os melhores exemplos são sem dúvida, o receio a efetuar a primeira cervicometria, ou a primeira episiotomia ou a proteção do períneo no período expulsivo.

A integração na equipa multidisciplinar e adaptação à unidade decorreram sem intercorrências e de forma progressiva e natural, com especial relevância para a relação empática, motivadora e de apoio estabelecida entre mim e a minha orientadora local, que potenciou a minha aprendizagem em todos os momentos, num ambiente pedagógico, de crescimento profissional e, ao mesmo tempo, de procura da excelência de cuidados na área.

Logo no início do ensino clínico senti como familiares as necessidades de constante readaptação em cada momento e hierarquização de prioridades transversal a todos os quotidianos de urgência. Rapidamente se podia passar de uma situação onde nada havia para fazer em nenhum setor do bloco de partos, para passado poucos minutos tudo acontecer ao mesmo tempo, o que requer dos profissionais uma capacidade de gestão de cuidados e adequação às exigências, que reconheço como familiar do meu contexto de prática de cuidados. Aliado a esta contingência está o fato de reconhecer o EESMOG como tendo um papel preponderante e reconhecido na gestão das situações e da equipa, como líder, respondendo muitas vezes a várias solicitações, que vão desde supervisão dos cuidados prestados pela equipa, a prestação de cuidados na urgência obstétrica, no recobro, nas salas de parto ou a resolução de problemas diversos na unidade. Esta competência surge relatada no Regulamento da Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (RCCEE) mais concretamente no seu artigo 7º - Competências do domínio da gestão dos cuidados, onde no seu Nº1 refere " a) Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional; b) Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade" (OE, 2010b). A referência a esta unidade de competência encontra-se também patente no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica (RPQCEESMOG) no seu ponto 3.6, onde se relaciona a procura da excelência no exercício profissional do ESMOG como contribuição para a máxima efetividade na organização dos cuidados (OE, 2011).

Perante o reconhecimento de características similares ao meu contexto de prática de cuidar, consegui rapidamente avançar para o nível de iniciado avançado, com um desempenho aceitável e guiada pela execução das tarefas e cumprindo rotinas. O exemplo desta aquisição de competências foi assumir precocemente a colaboração em

tarefas que me eram familiares, como na colaboração na realização da analgesia epidural ou no acompanhamento das parturientes ao bloco operatório para realização de cesariana.

A conquista de um dos grandes objetivos deste ensino clínico, o desenvolvimento de competências técnico-científicas e relacionais para o cuidado especializado à mulher, aconteceu devido ao trabalho e entreaajuda da equipa para potenciar as minhas aptidões na prestação de cuidados especializados a grávidas com patologia, internadas para **vigilância na sala de partos** bem como a utentes que vieram ao **serviço de urgência de ginecologia**. Esta unidade de competência encontra-se enumerada no RCEEEESMOG, na sua unidade de competência “H2.3. Providencia cuidados à mulher e facilita a sua adaptação, durante o período pré natal e em situação de abortamento”, bem como na “H6.1. Promove a saúde ginecológica da mulher” e na “H6.3. Providencia cuidados à mulher com afeções do aparelho geniturinário e ou mama e facilita a sua adaptação à nova situação” (OE, 2010a, p.8663, 8666).

Durante os 5 turnos em que tive oportunidade de prestar cuidados em contexto de urgência obstétrica, cuidei de 18 utentes grávidas, 5 puérperas e 6 mulheres com patologias do foro ginecológico. Na urgência surgiu as mais variadas queixas: contractilidade uterina, perdas hemáticas vaginais, rutura espontânea da bolsa de águas, início de TP, infeções urinárias, situações de abortamento, desconfortos da gravidez, problemas mamários, metrorragias, entre outras. As patologias de internamento mais frequentes das grávidas, foram a ameaça de parto pré-termo, pré-eclâmpsia, diabetes gestacional, hipertensão arterial (crónica e induzida pela gravidez) e hemorragia do 3º trimestre em 22 utentes grávidas, das quais 14 se mantiveram no bloco de partos, sob a minha prestação de cuidados e 6 foram admitidas no serviço de obstetria após o acolhimento e integração ao serviço.

Senti diariamente a necessidade de recorrer à pesquisa bibliográfica e a documentos fornecidos nas várias unidades curriculares para fundamentar e reforçar as intervenções efetuadas e as tomadas de decisão, que associada aos saberes da prática e esclarecimentos por parte da enfermeira orientadora permitiram a minha evolução e progressiva conquista de autonomia a cuidar, tornando-me naquilo que se define como competente. Esta competência especializada está descrita pela ICM em “comportamentos profissionais – a parteira”, onde se refere que a parteira é responsável por atualizar os

seus conhecimentos com o objetivo de manter a sua prática atualizada, de forma a manter os seus cuidados seguros para a mãe e o bebé (ICM, 2002, p.4). A partir desta fase a velocidade de evolução foi mais lenta, até porque a quantidade de utentes a cuidar diminuiu drasticamente, deixando-me preocupada com os objetivos que tinha para cumprir. Procurei, então, todas as situações que pudessem potenciar a minha aprendizagem, fosse a gestão do material, ou a partilha das experiências dos primeiros partos ou outros que tivessem sido relevantes para as parteiras da equipa, tornando momentos aparentemente de descanso em momentos de discussão enriquecedores para mim.

Todo o enfermeiro é, por inseparabilidade das suas funções, um educador para a saúde, já que cuidar é sinónimo de ensinar, uma dos elementos do processo de educar (CARVALHO, 2006, p.3). Destaco, desde já, a importância da educação para a saúde na área dos cuidados em saúde materna e obstetrícia como uma atividade preponderante do EESMOG, a todos os níveis de atuação, com o objetivo de promover famílias saudáveis, gravidezes planeadas e vivências positivas da sexualidade e parentalidade refletida. Esta competência tão relevante foi realçada pela ICM (2002, p.8) quando refere que compete ao EESMOG “usar técnicas de aconselhamento e educação para a saúde de forma apropriada” e pelo RCEEEESMOG (2011, p.8662) no descritivo da unidade de competência “H1. Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional”.

A educação para a saúde pode então ser vista como um processo holístico, porque “pretendendo aumentar a saúde da pessoa, grupo ou comunidade, procura desenvolver os processos internos que permitam à pessoa adotar comportamentos saudáveis, respeitando o seu estilo de vida e as suas crenças sendo estas influenciadas pela comunidade da qual faz parte “ (CARVALHO, 2006, p.14). Concretamente na área da saúde materna, as alterações no papel social e familiar vão implicar necessidades e responsabilidades acrescidas, sendo vital reforçar as competências da família, pensando e atuando não só a nível individual como também de grupo, sempre com a finalidade da promoção do bem-estar materno-fetal.

Neste âmbito, aproveitei então para, ao nível do serviço de urgência informar, instruir e capacitar a grávida e acompanhante, de forma a promover o desenvolvimento de competências na transição para a parentalidade precoce e adoção de estilos de vida saudáveis na gravidez, tal como previsto nas unidades de competência H2.1 e H4.1.6 do

RCEEEESMOG e no objetivo da prática das parteiras descrita pela ICM (OE, 2010a; ICM, 2002). Procurei informar sobre sinais e sintomas de risco, medidas a adotar para minimizar as queixas e a sintomatologia e sobre estratégias para minorar o impacto da patologia sobre a gestação, sempre adequadas à idade gestacional e necessidades identificadas, tal como referido nos critérios de avaliação da Competência 2 do RCEEEESMOG da OE (2010a, p.4). Foi também através do desenvolvimento desta competência que evoluí para uma percepção global da realidade, impregnada por esta visão holística mas demonstrando rapidez de atuação e raciocínio, atingindo o nível de proficiente.

Para desenvolver competências técnico-científicas e relacionais que permitam a prestação de cuidados de enfermagem especializados à parturiente e acompanhante, durante o trabalho de parto, em partos eutócicos, distócicos e com patologia associada, impunha-se a aquisição de vários skills. Em cada contato, tive a preocupação constante de previamente obter o consentimento informado da grávida e acompanhante, de forma a respeitar os desejos e privacidade, as suas expectativas, estabelecendo a base para o princípio de uma relação terapêutica. Muito embora poucas mulheres tenham apresentado o seu plano de parto como um documento escrito, a grande maioria detém pelo menos algumas considerações sobre aquilo que constitui a sua expectativa com o projeto de maternidade/paternidade e expectativa com o trabalho de parto. Procurei durante a entrevista inicial não só colher toda a história clínica e relevante, com sensibilidade cultural, mas também empenhar-me em satisfazer o plano de parto de cada mulher/casal num ambiente seguro com intervenções de qualidade com risco controlado. Esta competência especializada encontra-se legitimada no RPQCEESMOG 3.1 e 3.2, bem como no RCEEEESMOG na sua competência H3.1 (OE, 2011;OE, 2010a).

A aquisição de competências técnicas como avaliação e interpretação do registo cardiotocográfico, exame bimanual, quando necessário e pertinente, para avaliação de cervicometria, alterações obstétricas e ginecológicas e características do pavimento pélvico, a vigilância de integridade das membranas e característica do líquido amniótico, incluem-se na monitorização do bem-estar materno e fetal nos 4 estádios do trabalho de parto, e constituíram um momento de dificuldade inicial que se tornou numa oportunidade de aprendizagem constante. Muito à custa da troca de informações com a docente orientadora e outras colegas parteiras, do aporte teórico e da experiência prática, estes

foram desafios progressiva e consistentemente ultrapassados depois da dificuldade inicial. Destaco ainda a importância do acompanhamento constante, a utilização das técnicas de comunicação adequadas, e a promoção do envolvimento do acompanhante como uma das estratégias de promoção da vinculação da tríade, de forma a criar uma parceria harmoniosa no sentido de otimizar a saúde da parturiente e RN, o que tentei de forma continuada incluir nos meus cuidados e que se encontra legitimado na unidade de competência H2.2 do RCEEEESMOG e no skill básico da unidade de competência IV do ICM (OE, 2011; ICM,2002).

O desenvolvimento e aquisição de novas competências técnico-científicas no cuidado especializado durante os quatro estádios do trabalho de parto incluía a aplicação de técnicas adequadas na execução do parto de apresentação cefálica e esta era sem dúvida uma atividade pela qual esperava ansiosamente, principalmente pelo significado e emoção relacionados com o ajudar a nascer. Ajudei a nascer, 44 RN de parto eutócicos, apoiei 2 partos distócicos (por fórceps e ventosa) e acompanhei ao bloco operatório 28 parturientes, algumas após identificação e rápida referenciação à equipa multidisciplinar de situações como sofrimento fetal, incompatibilidade feto-pélvica, variedade fetal pouco favorável, descolamento da placenta, entre outras. Tive a oportunidade e a felicidade de estabelecer relações terapêuticas e empáticas baseadas no respeito, de verdadeiro suporte a estas famílias que me despertaram sentimentos de realização profissional e motivação para continuar a aprender e esforçar-me nesta caminhada que agora se inicia.

Quanto a aquisição de competências técnicas de reparação do canal de parto, quer devido à necessidade de realização de episiotomia, quer por laceração do canal de parto, foi um objetivo alcançado com êxito após a experiência prática e treino repetido em tempo de trabalho autónomo. A elevada prevalência de execução de episiotomia (11 em 44 partos, cerca de 25%) apesar de à primeira vista poder levar à conclusão do seu uso rotineiro vai ao encontro do que a literatura reporta como a realidade europeia (30%) (CARROLI, 2012). De salientar que esta intervenção cirúrgica foi realizada de forma restrita apenas e só por indicação fetal ou materna, durante o meu ensino clínico, tal como se comprova ser seguro e eficaz (CARROLI, 2012). Houve algumas situações em que não me foi possível completar a reparação do canal de parto, devido à complexidade dos danos ou pela fragilidade dos tecidos, tendo referenciado a situação, seguindo o que está preconizado pela OE (2010a, p.5). Esta unidade de competência é ratificada pela unidade

de competência H3.3 do RCEEEESMOG e pelo ICM como skill básico da unidade de competência IV (OE, 2011; ICM,2002).

Relativamente ao desenvolvimento de competências técnico-científicas e relacionais que permitam a prestação de cuidados de enfermagem especializados ao RN na adaptação/otimização à vida extrauterina, preocupada com a responsabilidade desta vertente e por entender como parca a formação a que tive acesso durante a parte curricular do mestrado, procurei formação internacional certificada, e frequentei um curso de Neonatal Life Support, certificado pelo UK Resuscitation Council em Merthyr Tidal, Reino Unido em 2 Julho de 2012. Esta formação específica para parteiras e/ou profissionais de saúde, incide sobre os primeiros 20 minutos de vida do RN e a sua adaptação, bem como as estratégias baseadas na melhor evidência atualmente conhecida e possibilitou uma troca de experiência internacional, com parteiras cujo contexto de cuidados é muito diferente do português englobando centros de parto dirigidos por parteiras ou partos no domicílio. Quanto à necessidade de reanimação materna, encontrava-me já no início do ensino clínico no nível de perito, pois sentia-me acima de tudo preparada para esta situação, uma vez que já tive oportunidade de frequentar e ministrar formação de suporte básico e suporte avançado de vida, onde a grávida se encontrava incluída. Tive possibilidade de partilhar os meus conhecimentos com as colegas do serviço, discutindo inclusive estratégias que traduzissem boas práticas e procura de excelência de cuidados nesta vertente.

Sempre que não realizava o parto procurei ser a enfermeira responsável pelos primeiros cuidados ao recém-nascido, o que só se verificou num turno, tendo realizado todas as atividades descritas no projeto e reforçadas pelo RCEEEESMOG na sua unidade de competência 3.2 e pela competência IV do ICM (OE, 2011; ICM,2002). Destaco destas as estratégias de promoção, proteção e apoio à amamentação, transversal a todos os momentos, inclusivamente nas visitas realizadas ao serviço de obstetrícia do dia seguinte ao parto, onde além de reforçar as instruções transmitidas, esclarecer dúvidas, procedia à observação do períneo, numa perspetiva de avaliação da qualidade das técnicas de reparação, verificando, com satisfação, a boa evolução cicatricial e qualidade das episiorrafias e sutura de lacerações por mim realizadas.

No final do ensino clínico senti que, de uma forma geral, privilegiei a educação para a saúde e potencieei a aquisição de competências da mulher e acompanhante para a

parentalidade, através da promoção de uma experiência de parto positiva e gratificante, e de cuidados personalizados, diferenciados e especializados à mulher em todo o ciclo reprodutivo, com especial ênfase no trabalho de parto, tendo atingido os objetivos a que me propus no projeto de forma progressiva e muito positiva.

O exemplo desta evolução, que na minha opinião me torna perita e EESMOG é a percepção que surge, quase intuitiva de que algo vai acontecer, a atenção extrema a pequenas alterações que inicialmente passam totalmente despercebidas e a forma como passei a perceber o momento do trabalho de parto como um todo maior do que a soma das partes.

3. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Neste capítulo irei explicitar o objeto de estudo, definir alguns conceitos fundamentais para a compreensão da problemática de acordo com a literatura consultada nomeadamente gravidez na adolescência, vivência positiva do trabalho de parto, representação social, e apresentar o quadro de referência baseado no modelo de enfermagem que impregnou a minha atuação e reflexão durante o meu percurso académico.

3.1. Objeto do estudo

Interessada sobre a temática da gravidez na adolescência, pude constatar durante o meu ensino clínico, tal como já suspeitava, que cuidar estas mulheres tem algo de muito característico e diferente. Esta diferença reside essencialmente na consciência do estado de dupla crise em que se encontram, onde ser adolescente e mãe se converte numa total alteração ao seu quotidiano. Por outro lado como enfermeira tinha a preocupação de me tornar um elemento facilitador na transição desta etapa, transformando o parto e trabalho de parto, num momento especial, com uma vivência positiva e de onde resultasse um sentimento de bem-estar para a adolescente, RN e família.

Importa referir que apesar de se observar no mundo ocidental um declínio nas taxas de fecundidade na adolescência este ainda é encarado como um problema social e de saúde pública (DANGAL, 2006).

Após reflexão e pesquisa bibliográfica defini e formulei a seguinte questão em formato PI[C]O (Melnyk,2005): “Quais as intervenções de enfermagem do EESMOG (I) a desenvolver nos pais de adolescentes grávidas (P) que contribuem para a prevenção de uma nova gravidez (O)?”

Baseada na literatura consultada para a realização do projeto onde se descreve o apoio da adolescente e RN como sendo respetivamente, a mãe, o companheiro, o pai e os amigos e em crenças pessoais, no decorrer do ensino clínico pude constatar que no

momento do parto, quem está presente é quase sempre o pai do RN, inviabilizando portanto o cumprimento dos objetivos e atividades estabelecidos no projeto inicial (MOREIRA, 2008; LIMA, 2004).

Ao refletir sobre a pertinência do estudo, reconheci que se este preconceito impregna o meu conhecimento, influenciando a minha prática, fiquei curiosa para entender que outros preconceitos impregnam os cuidados do grupo a que pertencem as EESMOG, e que no final deste percurso formativo irei integrar, pois estes podem ser facilitadores ou obstáculos do cuidar.

Assim com a finalidade de contribuir para a vivência positiva do trabalho de parto, das parturientes adolescentes e suas famílias, e com o objetivo geral de contribuir para a vivência positiva do trabalho de parto, das parturientes adolescentes e suas famílias, redefini os objetivos específicos e atividades que apresento no seguinte quadro.

Quadro 3.1

Objetivos Específicos e Atividades Desenvolvidas Relativas ao Projeto.

Objetivos Específicos	Atividades Desenvolvidas
Conhecer a essência dos cuidados de enfermagem especializados prestados à parturiente adolescente, pelo ESMOG	Aplicação de questionário a EESMOG do bloco de partos e tratamento dos dados obtidos.
Identificar que cuidados específicos os ESMO prestam à parturiente adolescente.	Realização de revisão da literatura sobre a temática. Entrevistas informais às parturientes e aos EESMO/peritos na área da prestação de cuidados a adolescentes, de forma a perceber a sensibilidade para a problemática.
Executar uma revisão sistemática da literatura sobre a temática.	Observação e registo das interações das EESMOG com as adolescentes de forma a enriquecer a informação obtida nos dados anteriores.
Planejar, implementar e avaliar intervenções no cuidar a parturientes adolescentes que levem a uma vivência positiva do trabalho de parto e promotora do bem-estar materno-fetal.	Prestação de cuidados diretos à parturiente adolescente. Seleção e análise da problemática com a professora orientadora.

Assim sendo, após reflexão, nova pesquisa bibliográfica e consulta a peritos na área, reformulei a questão em formato PI[C]O (MELNYK, 2005) para: “Que intervenções de enfermagem especializadas proporcionam à parturiente adolescente uma vivência positiva do TP?”.

De seguida irei definir alguns conceitos preponderantes para a compreensão do fenómeno.

3.2.Gravidez na adolescência

A gravidez ocorre quando o óvulo feminino é fecundado pelo espermatozoide e esse se implanta satisfatoriamente no revestimento uterino, tem uma duração de 266 dias, 40 semanas ou 9 meses, aproximadamente (AMADIO, 2002; LOWDERMILK, 2006).

Compreende então o período entre a concepção e o parto, em que o corpo da mulher cria e mantém condições para desenvolver e alimentar um feto. Este é um período de mudanças para a mulher e para o companheiro, envolvendo adaptações e preparação constantes, a vários níveis, para o momento de parto e para a parentalidade. Às alterações bio fisiológicas, psicológicas, sociais e culturais acrescenta-se sempre a forma muito individual como cada um e a díade se ajustam a esta fase de transição (JUNQUEIRA, 2008).

A adolescência é definida como o período de transição, crescimento, exploração e oportunidades onde se atinge a maturidade sexual, englobando as idades entre 10 e 19 anos (OMS, 1986; DANGAL, 2006). Durante esta fase da vida os adolescentes tendem a desenvolver um maior interesse pela atividade sexual, com os riscos inerentes de gravidezes indesejadas, gravidez precoce, aborto e infeções sexualmente transmissíveis (ORIGANJE, 2010). A maturação sexual é muitas vezes acompanhada por reações emocionais mistas (ansiedade, temor, excitação, prazer) e mudanças frequentes de humor, alternando desânimo e entusiasmo, representando assim uma fase de instabilidade onde existe uma procura constante de independência e reposicionamento em relação ao mundo adulto (BERETTA, 2011).

A gravidez na adolescência é aquela que ocorre entre os 10 e os 19 anos (DANGAL, 2006; OMS, 2006) e que constitui um problema de saúde pública, principalmente nos países industrializados (ORIGANJE, 2010). Em países como o Paquistão, Maldivas e Butão (entre outros) este não é considerado um problema devido aos costumes e tradições destes países, onde o casamento precoce é culturalmente aceite (RAJ, 2010). É

um problema também devido à alta ocorrência de morbidade e mortalidade materna e infantil e por constituir um possível elemento desestruturador da vida das adolescentes, dos pais das crianças e das famílias (MOCCELIN, 2010).

Em Portugal têm-se registado, tal como em outros países ocidentais, uma tendência global de diminuição destes valores, com um total em 2009 de 4347 nados-vivos de mães adolescentes, em 2010 de 4 052 e em 2011 (último ano acessível) de 3 663 (www.ine.pt).

Em países como os Estados Unidos da América a gravidez ocorre em cerca de 40% antes dos 20 anos, e destas cerca de 15% ocorrem nos primeiros seis meses de atividade sexual, demonstrando uma clara falha no uso de contraceção, demonstrada na bibliografia consultada (DANGAL, 2006; RAJ, 2010).

Para melhor entender esta problemática ao nível mundial é importante pensar que entre 14 e 16 milhões de mulheres são mães anualmente, representando cerca de 10% de todos os nascimentos, significando que são 1600 nascimentos por hora e 38.500 num dia (OMS, 2006).

As razões pelas quais este tema é investigado prendem-se com as consequências para a mãe, para o bebé e para a restante família desta gravidez.

Para a mãe poderão existir complicações físicas, psicológicas, sociais e económicas. De acordo com a bibliografia existe uma probabilidade aumentada de depressão, menor grau de literacia e empregabilidade e menores capacidades parentais (TSAI, 2003; MNGADI, 2003). Para as adolescentes entre os 15 e os 19 anos de idade o risco de morte relacionada com a gravidez é o dobro quando comparada com o valor para mulheres após os 20 anos (RAJ, 2010). Quanto ao decorrer da gravidez as complicações mais frequentes são o aumento excessivo de peso, hipertensão induzida pela gravidez, anemia e infeções sexualmente transmissíveis, como resultado da combinação dos fatores biológicos e sociais que envolvem a adolescente. No parto muitas vezes ocorrem lacerações do trato genital e hemorragia pós-parto. As consequências psicossociais descritas na literatura são a interrupção escolar, a manutenção da pobreza, a separação do pai da criança ou o divórcio e uma nova gravidez (DANGAL, 2006).

Para o recém-nascido o risco de sofrer de baixo peso ao nascimento (>2500 g) duplica, quando comparado com mães adultas, e é acrescido de elevada probabilidade de

traumatismos de parto, doença e atrasos do desenvolvimento físico e mental (DANGAL, 2006).

Importante é também não esquecer que nem todas as adolescentes assumem a sua criança, muitas vezes sujeitando-se ao aborto em condições desfavoráveis. A nível mundial estima-se que cerca de 2.2 a 4 milhões de adolescentes abortem, e contribuam em cerca de 14% para o total de abortos inseguros e ilegais, por toda a contextualização em seu redor, que lhes impede o acesso aos cuidados de saúde de qualidade (OMS, 2006).

3.3. Experiência de parto

Em geral, as mulheres tendem a partilhar as suas histórias de gravidez e não de parto, até porque este continua, social e culturalmente, ligado à ideia de dor, ansiedade, falta de controlo, sentimento negativos como tristeza e zanga, sendo na grande maioria das vezes descrito como um momento marcante e significativo e uma experiência difícil (FIGUEIREDO, 2002; COSTA, 2003; CONDE, 2007).

Um estudo realizado por HARDIN (2004) revela que quando questionadas sobre o que significa uma experiência de parto positiva, as mulheres tendencialmente reportam-se à sua situação, referindo como essencial ter um RN saudável, ir ao encontro do plano de parto pensado e/ou estabelecido pelo casal, dar resposta às necessidades físicas e emocionais da mulher, poder mover-se livremente e sem restrições físicas e ter uma recuperação rápida.

O conhecimento sobre a experiência e (in)satisfação com o trabalho de parto e parto é relevante na medida em que ao estudarmos esta temática podemos perceber como tornar esta experiência única, mais gratificante para as mulheres que cuidamos e assim melhorar de forma contínua os cuidados especializados que prestamos ao mesmo tempo que contribuímos para a sua humanização (MABUCHI, 2008; COSTA 2003). Pela sua relevância existem, então, vários trabalhos de investigação, com aplicação de várias escalas que permitem estudar esta temática, como Perception Of Birth Scale, Leifer scale, The Bryanton Adaptation Of The Nursing Support In Labor Questionnaire – Adolescents,

Childbirth Experience Questionnaire, as quais se desconhece adaptação e validação para a língua e cultura portuguesa (FIGUEIREDO, 2002; SAULS, 2004; DENCKER, 2010).

De acordo com os vários autores consultados uma experiência de parto positiva é de tal forma importante que pode: facilitar a transição para o papel de mãe, estabelecer relações familiares mais robustas, aumentar a autoestima e autoconfiança maternal, contribuir para o crescimento pessoal da mulher e promover o envolvimento emocional positivo com o bebé, principalmente na 1ª semana após o parto (SAULS, 2004; FIGUEIREDO, 2002; COSTA, 2003)

Por oposição, experiências negativas influenciam negativamente a atitude face a futuras gravidezes, condicionando por vezes a verbalização do desejo da mulher ser submetida a cesariana e aumenta o risco para a depressão pós-parto (DENCKER, 2010).

De acordo com a literatura são vários os fatores que podem contribuir para uma experiência de parto positiva. De salientar que a relação e suporte (emocional, informativo, físico e de defesa dos direitos) de qualidade estabelecidos com a EESMOG, são considerados de extrema importância pois quando esta entende as necessidades da mulher em trabalho de parto, dando resposta adequadas a estas, cria um relação de confiança, o que irá ajudar no decorrer do trabalho de parto, a lidar com a dor e no final do processo resultará numa sensação de bem-estar para a mulher (ILIADOU, 2012; NILSSON, 2012; DENCKER, 2010; SAULS, 2004,2011).

Outros fatores considerados essenciais pela pesquisa de vários autores são:

- a sensação de segurança intraparto;
- o nível de dor e analgesia intraparto;
- a presença e suporte da pessoa significativa;
- a perceção de autocontrolo, a informação fornecida e o envolvimento nas decisões;
- o tipo de parto;
- e as expetativas e experiências prévias da grávida (DENCKER, 2010; COSTA, 2003; FIGUEIREDO, 2002).

Quando pensamos no parto inserido na realidade da adolescente, podemos constatar que este é relatado na literatura como sentido como uma experiência assustadora, potencialmente provocando uma perceção negativa da experiência de parto, com todos

os problemas latentes referidos acima (SAULS, 2004). Consideram-se assim práticas promotoras de uma experiência de parto positiva, o suporte e presença durante o parto, bem como algumas práticas instituídas nas maternidades tal como contato pele-a-pele e a promoção do aleitamento materno nos primeiros 30 minutos após o parto (SAULS, 2011).

O apoio a prestar à adolescente e ao acompanhante deve ser adequado à fase de desenvolvimento cognitivo e psicossocial em que se encontram, respeitando sempre a sua individualidade e as suas características únicas e particulares.

Assim, no início da adolescência, entre os 12 e 14 anos, os adolescentes necessitam de reforços positivos relativos à sua atuação e progressão do trabalho de parto. Na adolescência média, entre os 15 e 16 anos, a inquietude prende-se com as necessidades físicas nomeadamente com a gestão a dor, sendo que o suporte preferido é expresso em respeito, aprovação e afirmação. Já na adolescência tardia, dos 17 aos 19 anos as necessidade centram-se no controle da dor (SAULS, 2011).

3.4 Teoria do cuidar de Kristen Swanson

A investigação aliada à enfermagem avançada são áreas complexas e ao mesmo tempo úteis para a prática, sendo que a utilização dos modelos de enfermagem é essencial para um conhecimento mais profundo e fundamentado, contribuindo desta forma para a excelência do cuidar. Os modelos teóricos visam assim estruturar a realidade da disciplina de uma forma abstrata e conceptual traduzindo o modo de entender e estruturar uma realidade ao mesmo tempo que lhe dá um sentido. Uma teoria, por definição, corresponde a um conjunto de conceitos, articulados entre si, capazes de orientar a prática, sendo que uma teoria de enfermagem pode ser definida como um conjunto de conceitos que provêm de modelos de enfermagem, ou metaparadigmas (TOMEY e ALLIGOOD, 2004).

Para desenvolver as competências específicas do EESMO e planear atividades torna-se assim imperioso escolher um quadro de referência baseado numa teoria de enfermagem.

As teorias de médio alcance, são teorias de “nível menos abstrato do conhecimento teórico, porque incluem pormenores característicos da prática de enfermagem”, dirigindo o seu conteúdo numa determinada área específica (TOMEY e ALLIGOOD, 2004, p.7).

O modelo escolhido após reflexão e pesquisa foi a Teoria do Cuidar de KRISTEN SWANSON, pois este envolve todo os participantes incluindo o enfermeiro que cuida e tornou-se entretanto significativo para mim.

Quando falamos sobre teoria em enfermagem, pensamos frequentemente no conceito de cuidar como um dos seus pilares principais. Várias teóricas de enfermagem tais como Jean Watson, Leininger, Patricia Benner, Boykin e Swanson reforçaram ao longo da história, o cuidar como a essência da ciência de enfermagem, e a urgência do desenvolvimento de evidência que o enquadrasse (PETERSON, 2008, p.190).

Após a sua formação base como enfermeira, em 1975, na Universidade de Rhode Island, KRISTEN SWANSON iniciou a sua vida profissional no Massachusetts Medical Center em Worcester, e tal como qualquer enfermeira iniciada preocupava-se com a sua perícia técnica e a aquisição de competências práticas. Só quando iniciou o seu mestrado, em 1978, na Universidade de Colorado dirigiu a sua atenção para aquela que viria a ser a sua teoria. Ainda, durante este mestrado num encontro de grupo de mulheres submetidas a cesariana, numa sessão sobre aborto, percebeu que embora o médico responsável pela sessão, quisesse focar os aspetos fisiológicos da questão, as clientes queriam falar sobre as suas experiências, o que acabou por condicionar todos os seus estudos daí para a futuro (PETERSON, 2008, p.190). A teoria do cuidar, de Swanson foi desenvolvida empiricamente usando a metodologia indutiva, e resulta do estudo de mulheres que sofreram um aborto, de cuidadores de bebés vulneráveis em cuidados intensivos e mães em risco social que receberam cuidados de enfermagem de longa duração, a fim de clarificar o significado do cuidar em enfermagem (PETERSON, 2008, p.191). Nos seus trabalhos mais recentes (1999/2000) utilizou os resultados da sua pesquisa científica, para dedicar a fazer a diferença nas vidas das famílias que sofreram aborto, criando instrumentos de medida (the Caring Other Scale, the Caring Professional Scale, the Emotional strength scale e the impact miscarriage Scale), testando a sua teoria resultante dos estudos anteriores e realizando estudos randomizados e controlados sobre o impacto dos cuidados (PETERSON, 2008, p.191).

Ao longo da sua obra encontramos influência de outras teóricas, como Jacqueline Fawcett, Kathryn Banard, Patricia Benner, Virginia Henderson, Florence Nightingale, Orem e Jean Watson.

SWANSON (1993, p.352) define enfermagem como “cuidar informado para o bem-estar de outros”, onde o significado de informado se refere à convergência resultante do conhecimento empírico próprio da enfermagem, o ético, o pessoal e estético de cada enfermeira que cuida, oriundo das ciências humanas, da experiência clínica, dos valores sociais e das expectativas dos intervenientes.

Na sua obra podemos rever os restantes conceitos chave que formam o metaparadigma:

. Pessoa/Cliente: ser único a caminho de ser e se completar, tornando-se integral com pensamentos, sentimentos e comportamentos próprios (SWANSON, 1993, p.352)

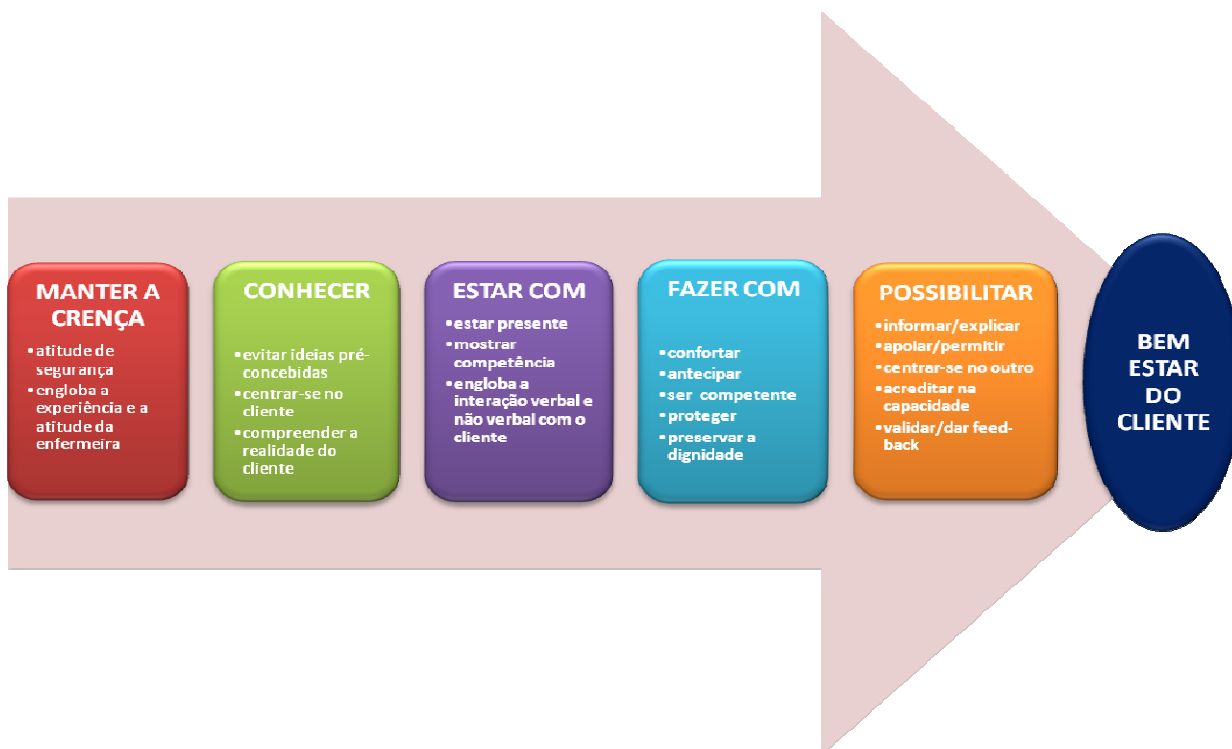
.Ambiente: é definido para cada situação individual e relativamente ao campo da enfermagem, é qualquer contexto que influencia ou é influenciado pelo cliente (SWANSON, 1993, p.353).

. Saúde/Bem-estar: sentir bem-estar é sinónimo de se sentir completo e realizado nos vários aspetos da vida, vivendo num estado em que a pessoa se sente envolvida e comprometida com o viver e o morrer (SWANSON, 1993, p.353)

Para esta autora, o cuidar define-se como um conjunto de processos baseados nos princípios de cada enfermeira e na sua interação com o cliente, constituído por 5 processos, os quais não se excluem mutuamente, antes se articulam entre si e são: maintaining believe (manter a crença), knowing (conhecer), being with (estar com), doing for (fazer por) e enabling (possibilitar), que apresento no quadro seguinte.

Quadro 3.5.1

Estrutura do cuidar segundo Swanson (traduzido e adaptado, 2003).



Fonte: SWANSON, 1993

Manter a crença é acreditar nas capacidades do outro em ultrapassar um acontecimento e enfrentar um futuro com significado; é ter estima pelo outro; é manter uma atitude de esperança e otimismo, no sentido de caminhar até ao fim com a outra pessoa (SWANSON, 1993, p.354).

Conhecer é tentar compreender a pessoa e a sua situação específica. O enfermeiro procura centrar-se na pessoa que é cuidada, fazendo uma apreciação cuidadosa, procurando pistas e evitando ideias pré-concebidas (SWANSON, 1993, p.355).

Estar com é abrir-se emocionalmente ao outro. É estar presente, ter tempo, numa atitude de interesse, de escuta e de partilha de sentimentos; é dar a perceber ao outro preocupação, compromisso e atenção (SWANSON, 1993, p. 355).

Fazer por é fazer pela pessoa aquilo que ela faria se pudesse; é dar conforto; é proteger e antecipar as necessidades do outro; é ser competente e preservar a sua dignidade individual (SWANSON, 1993, p.356).

Possibilitar é também tornar o outro capaz de se cuidar a si próprio, ajudando-o nas transições da vida; é informar, apoiar, engendrar alternativas, orientar e refletir com ele (SWANSON, 1993, p.356).

A autora, Swanson reforça a ideia de que o cuidar conduz ao desenvolvimento quer de quem cuida quer de quem é cuidado, sendo este desenvolvimento conseguido através do estabelecimento de uma relação entre ambos, deixando a definição: “cuidar é uma forma de se relacionar, crescendo com o outro significativo, com quem nos sentimos pessoalmente envolvidos e responsáveis” (SWANSON, 1993, p.354; PETERSON, 2008, p.104).

Num passado recente a teoria de Swanson foi aplicada em diversos contextos, em países como Suécia, Estados Unidos e Canada provando que pode ser aplicada aos vários campos dentro da enfermagem (PETERSON, 2008, p.198).

4.METODOLOGIA

O cuidar especializado que procura a excelência, principalmente quando a complexidade das situações aumenta, tem de se alicerçar naquilo que hoje se aceita como a prática baseada na evidência, onde as estratégias que se revelam mais eficazes na investigação, aliadas à vontade expressa do utente, aos recursos disponíveis e à experiência clínica do investigador traduzem cuidados de qualidade. Entende-se por prática baseada em evidência o “uso consciente, explícito e judicioso da melhor evidência atual para a tomada de decisão sobre o cuidar individual do paciente”, através da utilização de processos de tomada de decisão clínica, acesso a informações científicas (nomeadamente através das bases de dados científicas) e análise da eficiência e efetividade destas (DOMENICO, 2003).

O ensino clínico ER tinha como uma das finalidades “a mobilização ativa da evidência científica na sua prática de enfermagem especializada em cuidados de saúde maternos e obstétricos”, operacionalizado num projeto prévio, que traduzisse o desenvolvimento de uma temática à escolha do estudante, de acordo com o seu guia orientador, o que claramente enquadra o capítulo que se segue.

Neste capítulo irei descrever as etapas da revisão sistemática da literatura desde a formulação da questão PICO, passando pela utilização da observação participante no decorrer do ensino clínico e os resultados do questionário elaborado e aplicado às EESMOG.

4.1. Revisão sistemática da literatura

A revisão sistemática possibilita reunir de forma metódica, avaliar criticamente e sintetizar os estudos relevantes sobre situações de saúde. As revisões sistemáticas diferem de outros tipos de revisões porque possuem uma estrutura para obter uma dimensão global, minimizar a possibilidade de vieses e garantir sua confiabilidade. Não refletem a visão dos autores nem se baseiam em seleções parciais da literatura (como é o caso de alguns artigos e revisões), contendo todas as referências conhecidas de estudos sobre uma

intervenção em particular e resumo da evidência disponível. São portanto valiosas fontes de informação para quem recebe os cuidados de saúde, para quem toma decisões em saúde e para os pesquisadores (HIGGINS,2011).

A literatura refere de forma clara a importância de existir mais do que um investigador como garante da qualidade, principalmente porque em tarefas como a seleção dos estudos elegíveis e a extração de informação se poderão mais facilmente detetar erros (HIGGINS,2011; SAMPAIO, 2007).

Para efeitos deste relatório irei realizar todas as etapas definidas de acordo com os princípios metodológicos de uma revisão sistemática da literatura com base nas orientações do Cochrane Handbook, considerando desde já este viés potencial, compreendendo a necessidade académica e cumprindo o objetivo a que me propus no projeto inicial.

Comecei o meu percurso metodológico com a escolha da temática a aprofundar, formulando em formato PI[C]O (MELNYK, 2005) a seguinte questão:

“Que intervenções de enfermagem especializadas proporcionam à parturiente adolescente uma vivência positiva do TP?”

Apresenta-se de seguida um quadro onde se exibem os vários elementos relativos à formulação da questão.

Quadro 4.1

Critérios de formulação da questão em formato PI[C]O

				Palavras - Chave
P	Participantes	Quem foi estudado?	Parturiente adolescente	childbirth pregnancy adolescence in
I	Intervenções	O que foi feito?	Intervenções especializadas	Mid* Nursing Interventions
C	Comparação	Facultativo		
O	<i>Outcomes</i>	Resultados, efeitos ou consequências	Vivência positiva do trabalho de parto.	<i>intrapartum</i> care humanized birth labor

De seguida, delineei os critérios de inclusão e exclusão dos estudos, que passo a enunciar:

.Critérios de Inclusão

- 1) Estudos sobre as intervenções de enfermagem no cuidar a parturiente adolescente, gratuitos, em inglês ou português.
- 2) Estudos realizados com adolescentes e/ou enfermeiras especialistas, em países desenvolvidos.
- 3) Estudos com evidência científica, quantitativos ou qualitativos.

.Critérios de Exclusão

- 1) Estudos sem relação com a problemática, sem PDF disponível e/ou pagos.
- 2) Estudos em outras línguas que não o inglês e português
- 3) Estudos com metodologia pouco clara e repetidos nas várias bases de dados.

4.1.1. Protocolo de Pesquisa

Para identificar os descritores a utilizar na pesquisa utilizei o MeSH Browser, e em cada motor de busca confirmei a sua validade.

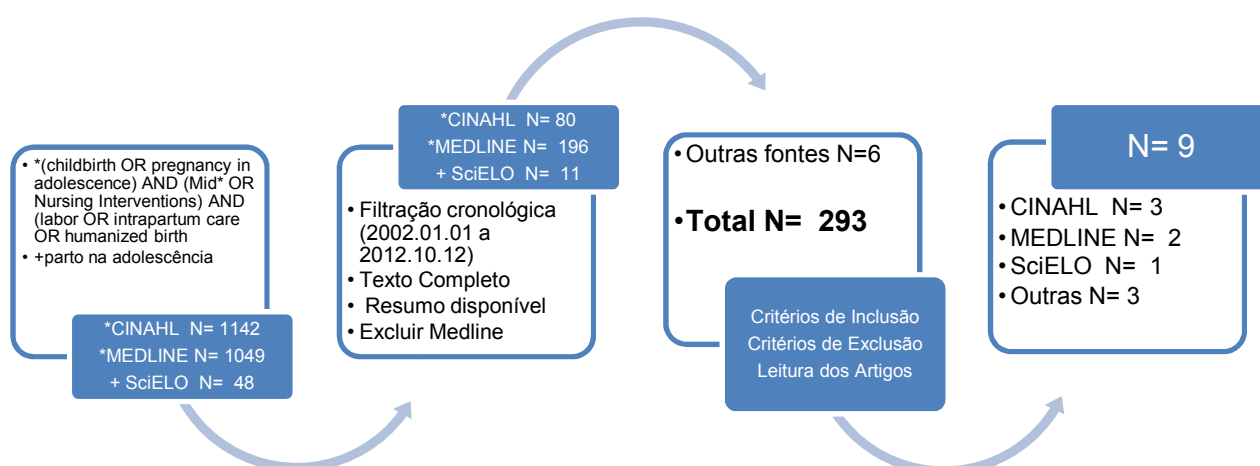
Assim no dia 12 de Outubro de 2012, utilizando o meta pesquisador EBSCOhost, realizei a pesquisa que se ilustra na figura abaixo, envolvendo as bases de dados CINAHL Plus with Full Text, MEDLINE with Full Text, Academic Search Complete e Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive. Para esta pesquisa utilizei os descritores (childbirth OR pregnancy in adolescence) AND (Mid* OR Nursing Interventions) AND (labor OR intrapartum care OR humanized birth). Utilizei também o motor de busca SciELO - Scientific Electronic Library Online com o termo de pesquisa “parto na adolescência”. Simultaneamente procurei listagens de teses e/ou dissertações de mestrado/ monografias de doutoramento, não publicadas, assim como efetuei uma pesquisa manual de publicações periódicas das bibliotecas da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, obtendo mais 6 publicações potencialmente interessantes sobre a matéria em análise. Depois de obtidos os artigos relativos à conjugação dos descritores, selecionou-se aqueles com texto completo, com resumo disponível, eliminaram-se os duplicados retrospectivamente até 1 de Janeiro de 2002. Nesta fase obtive 293 artigos, os quais de seguida foram avaliados em título e resumo sobre relevância para o estudo e submetidos

à decisão em função dos critérios de inclusão e exclusão acima descritos, e catalogação posterior dos artigos por níveis de evidência, apreciação crítica e síntese do conhecimento após a leitura cuidadosa, obtendo-se no final um corpus de análise total de 9 artigos.

Para melhor compreender o processo apresentado em seguida uma figura explicativa do processo de pesquisa e seleção dos artigos.

Quadro 4.2

Processo de pesquisa e seleção dos artigos



Para conhecer os diferentes tipos de produção de conhecimento presentes nos artigos filtrados, classificaram-se individualmente, utilizando os sete níveis de evidência (MELNYK, 2005): Nível I: Evidência decorrente de Revisões Sistemáticas ou Meta-análise de Estudos Randomizados Controlados (RCT's) relevantes, ou evidência decorrente de Guidelines para a prática clínica, baseadas em revisões sistemáticas de RCT's; Nível II: Evidência obtida através de pelo menos RCT; Nível III: Evidência obtida através de um estudo controlado, sem randomização; Nível IV: Evidência obtida através de estudos de caso-controle ou de corte; Nível V: Evidência obtida através de revisões sistemáticas de estudos qualitativos e descritivos; Nível VI: Evidência obtida através de um único estudo descritivo ou qualitativo; Nível VII: Evidência obtida através da opinião de autores e/ou relatórios de painéis de peritos.

Apresenta-se em anexo a caracterização dos estudos selecionados, com título, ano, nome do autor, objetivo do estudo, participantes, intervenções, resultados e nível de evidência (Apêndice IV – Quadro Resumo dos Artigos Selecionados)

Relativamente aos níveis de evidência dos artigos obtidos, como podemos observar no quadro seguinte na sua maioria são de Nível VI, não existindo nenhum estudo controlado randomizado ou revisão sistemática da literatura, traduzindo a falta de conhecimento sobre esta temática.

Quadro 4.3

Níveis de evidência dos artigos selecionados

Níveis de Evidência	Título do Artigo
II	First time mothers' pregnancy and birth experiences varying by age (ZASLOFF, 2010)
III	Promoting a Positive Childbirth Experience for Adolescents (SAULS,2010) Do Teenage Mothers Experience Childbirth as Traumatic? (ANDERSON, 2008)
IV	Comparison of adolescent, young adult, and adult women's maternity experiences and practice (KINGSTON, 2012)
VI	Representações Sociais de Adolescentes Mães Acerca do Momento do Parto (GOMES, 2011) As práticas humanizadas desenvolvidas por enfermeiras obstétricas na assistência ao parto hospitalar (PORFÍRIO, 2010) Vivências do Trabalho de Parto e Parto: Estudo comparativo entre adolescentes e mulheres adultas (BRANDÃO, 2010) Adolescents' Perception of Support During Labor (SAULS, 2004)
VII	Providing Developmentally Competent Care for Adolescents During Labor and Birth (TILLET, 2007)

4.1.2 Resultados da Revisão Sistemática

Ao analisar os artigos selecionados pude constatar que englobou 7965 adolescentes, 10 EESMOG e 7 mulheres adultas. Apesar de realizados em diversos países em

desenvolvimento, com contextos culturais diversos (Canadá, Suécia, Estados Unidos da América, Brasil e Portugal) mesmo aqueles mais distantes culturalmente falando, que também constituem a grande maioria (Estados Unidos da América = 4), têm amostras significativas de população latina e hispânica, pelo que se mantiveram na seleção.

Apresento de seguida em quadro a síntese dos resultados obtidos que serão discutidos posteriormente, relacionados com os restantes dados colhidos.

Quadro 4.4

Compreender o fenómeno do parto na adolescência e identificar as intervenções de enfermagem especializadas.

COMPREENDER O FENÓMENO DO PARTO NA ADOLESCÊNCIA

.O parto na adolescência tem risco mais elevado de trabalho de parto prematuro, de baixo peso ao nascer, infeção e anemia maternas e síndrome de morte súbita do latente. Em média as adolescentes têm menor nível educacional, baixo *status* socioeconómico, relações mais instáveis com conseqüente menor apoio e podem estar menos preparadas para a experiência da maternidade.

.As adolescentes e jovens adultas têm expectativas mais reduzidas relativas ao momento do parto e no final avaliam a experiência como mais positiva do que esperavam.

.Esta população inicia os cuidados pré-natais mais tarde, não recebe tratamento com ácido fólico antes ou durante a gravidez, têm mais probabilidade de serem vítimas de abuso físico nos 2 anos subseqüentes e de sofrerem de depressão pós-parto, têm taxas de cesariana mais baixas, são menos adeptas da amamentação exclusiva e a sua duração é menor, e classificam a sua saúde e a do RN como pior do que as mulheres adultas.

.As representações sociais englobam: os sonhos, medos e fantasias das adolescentes, são fortemente influenciadas pela interação com familiares, vizinhas e amigas, através de informações intimidadoras que contribuem significativamente para que as adolescentes ancoram a proximidade do parto na dor e no sofrimento e objetivem sob forma de medo e, muitas vezes, até mesmo pânico; a maior parte das adolescentes relata um sentimento de solidão durante o trabalho de parto e constrangimento na exposição do corpo; já em relação à dor como sendo um fator inevitável, as mais jovens até se sentem orgulhosas pela capacidade de suportá-la em silêncio, o que consideram uma manifestação de força e autocontrole; quanto ao momento do nascimento a maioria das adolescentes descreve-o como um alívio, a cessação da dor e do sofrer, e a concretização do bebé real.

.As adolescentes podem necessitar de maior suporte e apoio no momento do parto e os cuidados de enfermagem devem ter em conta as 3 fases do desenvolvimento psicossocial que se descrevem de seguida:

adolescência precoce (entre os 11 e os 13 anos): não conseguem projetar o futuro, podem ser narcisistas e egocêntricas, começando a utilizar pensamento operacional formal.

adolescência intermédia (entre os 14 e os 17 anos): marcada pelo pico do conflito com o mundo adulto, a independência é o seu marco principal, embora necessitem de validação constante.

adolescência tardia (18-19 anos): conseguem formular objetivos mais realistas e orientados para o futuro, através da utilização clara do pensamento operacional formal, podendo em alturas de *stress*, como o trabalho de parto, regredir a fases do desenvolvimento anteriores.

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADAS

. A vigilância pré-natal é o local privilegiado onde a adolescente, acompanhada pela pessoa significativa, poderá desconstruir os tabus, preconceitos e ideias fantasiosas, contribuindo assim para uma vivência positiva do momento do parto.

. A enfermeira especialista estabelece na sua prestação de cuidados de qualidade baseada na evidência, práticas como: estratégias não farmacológicas de alívio da dor e relaxamento (banhos de imersão, massagem, técnicas de controle da respiração), práticas que favorecem a progressão do feto (deambulação e liberdade de movimentos), estabelecimento de vínculo entre parturiente-enfermeira (atitude de atenção, disponibilidade, baseada no respeito) e práticas que transmitem confiança e segurança à parturiente (valorização do papel do acompanhante, utilização do toque terapêutico).

. O apoio desejado pelas adolescentes centra-se no controle da dor, ser tratada com respeito e “ser cuidada”, incluindo a pessoa significativa, sendo guiada através da experiência de parto.

. A enfermeira não pode ser nem o pai substituto nem um membro do grupo de pares. A relação estabelecida deve ser isenta de juízos de valor, de forma a permitir uma intervenção de qualidade no processo de transição para a parentalidade, que englobe o vínculo afetivo da díade/tríade, amamentação e planeamento familiar.

. Deve ser proporcionado o trabalho de parto que a adolescente quiser, acompanhada de quem desejar, estabelecendo no entanto limites claros. A enfermeira deve-se preparar também para contextos familiares muito diversos.

. Delinear um plano de cuidados e comunicar, em função das fases do desenvolvimento psicossocial:

- adolescência precoce: explicar a dor e as possíveis estratégias de forma simples e usando representações visuais dos conceitos;

- adolescência intermédia: a enfermeira deve antecipar as questões da adolescente e iniciar a comunicação sobre o controle da dor;

- adolescência tardia: pode-se usar o mesmo tipo de abordagem que se usaria com

uma mulher adulta.

De uma forma geral repetir frequentemente as informações e proporcionar o ambiente adequado à colocação de questões.

4.2. Observação participante

Observar de acordo com o DICIONÁRIO PRIBERAM DA LÍNGUA PORTUGUESA é “olhar atentamente para, ver, examinar, seguir as diversas fases de: espiar, espreitar, fazer notar, ponderar, objetar, obedecer a, guardar, cumprir fielmente”.

Segundo CORREIA (2009, p.34) a observação participante é uma técnica que envolve o investigador como instrumento de pesquisa, onde este assume claramente o seu papel junto da população a estudar, visando compreender as pessoas e as suas atividades num contexto de ação, de forma a permitir uma análise indutiva e compreensiva, através de instrumentos de colheita de dados e da sua interpretação.

De forma a tornar o processo investigativo mais completo senti necessidade de registar as minhas interações com as parturientes adolescentes que cuidei em notas de campo que apresento em anexo (Apêndice II – Notas de Campo). Já aqui tive oportunidade de referir que durante o ensino clínico apesar de terem acontecido 14 partos com adolescentes só tive oportunidade de realizar 2 e acompanhar uma outra durante o 1º estágio. Executei então as notas de campo, apresentadas em anexo (Apêndice II), de acordo com CARMO (1998, p.105) em suporte informático no mesmo dia de forma a não perder informação relevante, em ordem cronológica, numa escrita onde é possível identificar os fatos observados, a minha avaliação e interpretação, com várias releituras durante o ensino clínico. Esta técnica há muito utilizada pela antropologia tem vindo a ser adotada por outras ciências, incluindo a enfermagem, pois pode ser ferramenta exploratória, técnica de recolha de dados ou instrumento auxiliar na pesquisa quantitativa, o que revela a sua adaptabilidade (CARMO, 1998, p.108).

4.3. Aplicação de questionário

Durante o ensino clínico senti também necessidade de conhecer a essência dos cuidados de enfermagem especializados prestados à parturiente adolescente. Para isso, elaborei um pequeno questionário (apresentado no Apêndice V - Questionário) de preenchimento rápido onde depois de uma caracterização da população, pedia às EESMOG para enunciar 5 palavras/adjetivos que ilustrassem a forma como percebem o cuidar a parturiente adolescente.

Das 17 EESMOG que compõem o serviço apenas consegui 5 respostas, que se vieram a revelar muito interessantes e com discurso muito similar. Com uma média de tempo de trabalho como enfermeiras de 18,8 anos, em média são EESMOG há 3,6 anos, sendo todas do sexo feminino.

Procedi entretanto à organização dos resultados por categorias que passo a descrever:

- as parturientes adolescentes são apresentadas como mulheres carinhosas, cuidadosas com os seus RN, recetivas aos ensinamentos, alegres, felizes, a viver um momento único, por vezes com alguma imaturidade;
- a relação que se estabelece é baseada na confiança, empatia, calma, compreensão, apresentando similitudes com as mulheres mais velhas e tornando-se fascinante do ponto de vista humano;
- o apoio é primordial e pode ser emocional, para o acompanhante/pessoa significativa e tem necessidade de ocorrer de forma contínua;
- os cuidados de enfermagem são promotores da segurança, visam o conforto, minimizam a dor, informam, vigiam e encaminham para outros profissionais de saúde, se necessário.

4.4. Resultados e implicações para a prática

Uma vez finalizada a análise de todos os dados parcelares obtidos, o passo seguinte é, segundo FORTIN (1999, p. 329), “apresentar os resultados e interpretá-los à luz das

questões de investigação”. No entanto não se pretende com este relatório a execução de um trabalho de investigação mas antes justificar e apresentar o percurso formativo realizado.

Assim, impregnada do conhecimento adquirido através da revisão sistemática da literatura, onde pude descobrir e confirmar quais as intervenções de enfermagem de excelência no parto na adolescência, constatei que a forma geral como as EESMOG cuidam, englobam estes constructos e que isso é sentido como positivo pelas adolescentes, no concerne à sua vivência da trabalho de parto, como pude registar em ambas as notas de campo realizadas.

Existem, assim, muitos pontos em comum ao analisarmos a informação recolhida. É reconhecido o momento do parto como único, pelas EESMOG e pelas adolescentes, constituindo esse vetor um ponto fulcral para a vivência positiva do parto. A relação estabelecida de qualidade é ratificada como aquela que é baseada no respeito, confiança, compreensão mutua, calma, isenta de juízos de valor, de forma a permitir uma intervenção de qualidade no processo de transição para a parentalidade, que englobe o vínculo afetivo da díade/tríade, amamentação e planeamento familiar. O apoio, ponto forte referido na bibliografia consultada, é descrito como contínuo, físico e emocional englobante da pessoa significativa/companheiro, quer pelas utentes, quer pelas EESMOG. E os cuidados de enfermagem são reconhecidos como determinantes para a vivência positiva do parto, e englobam o conforto, as estratégias farmacológicas e não farmacológicas de alívio da dor, sendo assim promotores da segurança para a parturiente adolescente e RN.

De forma a apresentar a sistematização da informação elaborei então um plano de cuidados baseado na teoria de KRISTEN SWANSON, ilustrando assim como operacionalizei o conhecimento adquirido, o qual apresento no quadro seguinte.

Quadro 4.5

Plano de cuidados à adolescente em trabalho de parto.

BEM-ESTAR DA ADOLESCENTE				
Manter a Crença	Conhecer	Estar Com	Fazer Com	Possibilitar
<p>Durante a interação ser gentil, simpático e ajudá-la a sentir-se bem-vinda.</p> <p>Mostrar disponibilidade e apresentar a informação de forma adequada.</p> <p>Informar sobre as opções relativas ao trabalho de parto e cuidados a serem prestados.</p>	<p>Evitar ideias pré-concebidas, cuidando com respeito.</p> <p>Reconhecer a realidade multifatorial da adolescente</p>	<p>Educar e guiar a adolescente na transição para a parentalidade abrangendo as normas, procedimento e equipamentos e explicando o que está a acontecer, sem esperar que a adolescente pergunte, antecipando as questões e apresentando a informação de forma adequada.</p> <p>Responder às questões com verdade e em linguagem perceptível. Para a adolescente precoce isto inclui o uso de linguagem simples e representação visual dos conceitos.</p> <p>Apoiar ambos durante o trabalho de parto.</p>	<p>Informar sobre as opções relativas ao trabalho de parto e cuidados a serem prestados.</p> <p>Educar e guiar a adolescente na transição para a parentalidade abrangendo as políticas, procedimento e equipamentos e explicando o que está aa acontecer, sem esperar que a adolescente pergunte, antecipando as questões.</p> <p>Ajudar a adolescente a lidar com a dor do trabalho de parto explicando de forma adequada quais as opções de tratamento farmacológicas e não farmacológicas.</p> <p>Avaliar frequentemente as intervenções, perguntando se está aliviada.</p>	<p>Incluir a adolescente e o acompanhante no processo de tomada de decisão.</p> <p>Estar atento às necessidades físicas e emocionais do acompanhante, encorajando-o a comer, descansar e fazer um intervalo.</p>

Importa agora refletir sobre as limitações do estudo e por fim sobre questões éticas.

4.5. Limitações do estudo

No desenvolvimento deste estudo procurei assegurar o máximo rigor metodológico, tendo no entanto, identificado algumas limitações que sinto necessidade de referir neste momento.

A primeira limitação foi a escassez de oportunidades de prestar cuidados em situações de gravidez e parto na adolescência. Esta limitação não foi facilitadora para o meu percurso de aprendizagem mas tentei ultrapassá-la, aproveitando todas as oportunidades possíveis para trocar impressões com os EESMO do serviço, procurando perceber quais as estratégias que utilizam e transmitindo os conhecimentos que fui adquirindo através da evidência científica, numa perspectiva de formação informal entre pares.

A segunda limitação prendeu-se com a escassez de estudos sobre a temática e o processo de realização da revisão sistemática, que por motivos de gestão de tempo constituiu um desafio importante e alargou os meus horizontes na área da investigação. A alteração da questão de partida foi facilitadora na obtenção de resultados mas levou também a uma maior dificuldade na gestão do tempo e no cumprimento da calendarização das atividades planeadas no cronograma do projeto pois condicionou uma nova revisão sistemática.

4.6. Questões éticas

REGAN citado por WITT (1996, p. 105) “define ética como o estudo da conduta, portanto, o comportamento humano de facto. A ética refere-se ao agir em termos inter-relacionais, ou seja, ao seu efeito no bem-estar alheio”. A ética também é definida, por outros autores, como a ciência da moral e a arte de dirigir a conduta e “o conjunto de permissões e de interdições que têm um enorme valor na vida dos indivíduos e em que estes se inspiram para guiar a sua conduta” (FORTIN, 1999, p. 114).

Por um lado o investigador tem responsabilidade penal, civil e deontológica com a sociedade, comunidade científica e com os participantes no estudo, e por outro as questões éticas e morais encontram-se subjacentes a qualquer prática de enfermagem em qualquer contexto de cuidados, fazendo, então, sentido esta reflexão.

No enquadramento legal relativo à profissão de enfermeiro, muito concretamente no RCCEE, o seu artigo 4.º relativo ao domínio das competências comuns refere “as competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal” englobam a “(...) prática profissional e ética no seu campo de intervenção” e “(...) práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais”. Também o CÓDIGO DEONTOLÓGICO inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro, no seu artigo 78º, refere que ” (...) as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro”.

Assim, considerando a deontologia profissional, os valores universais da relação profissional tomados em consideração ao longo do percurso académico, nomeadamente, na implementação do projeto ao longo do ER, bem como, na realização deste relatório são a igualdade, a liberdade responsável (acompanhada da capacidade de escolha, tendo em atenção o bem comum), a verdade e a justiça, e o altruísmo e a solidariedade.

A investigação realizada com seres humanos pode lesar os direitos e a liberdade das pessoas, pelo que qualquer investigação realizada com seres humanos deve ser avaliada sob o ponto de vista ético e os valores de relacionamento humano deverão ser protegidos (FORTIN, 1999).

Quando aplicada a seres humanos, a investigação exige do investigador o respeito pelos cinco princípios determinados pelos códigos de ética, e que são fundamentais para proteger a liberdade e os direitos dos sujeitos (FORTIN, 1999). Esses cinco princípios ou direitos fundamentais aplicáveis aos seres humanos nos protocolos de investigação são: a autodeterminação; a intimidade; o anonimato e confidencialidade; a proteção contra o desconforto e o prejuízo e o direito a um tratamento justo e leal. Estes foram cumpridos e respeitados escrupulosamente na parte referente ao levantamento de dados.

Durante toda a minha prestação de cuidados, no ensino clínico, tive a preocupação de me identificar sempre, perante as utentes como enfermeira a frequentar o curso de

especialização em enfermagem de saúde materna e obstetrícia, tendo presente a premissa de NUNES, AMARAL E GONÇALVES (2005, p.17), quando referem que “os padrões ético-profissionais assentam num conceito moral básico que é a preocupação com o bem-estar de outros seres humanos. Não basta a qualidade científica ou a técnica, pois somos gente que cuida de gente, pelo que exige uma qualidade humana e humanizadora”.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com FORTIN (1999) o último capítulo de um relatório de investigação deverá apresentar as conclusões e estas devem englobar a posição do investigador perante os resultados obtidos pela atividade levada a cabo.

A realização deste RE constituiu um desafio académico, o derradeiro deste percurso de 2 anos, e revelou-se como um exercício de reflexão global e análise crítica do percurso e das atividades desenvolvidas, que me ajudou a compreender a real dimensão dos conhecimentos adquiridos e das competências desenvolvidas ao longo deste tempo.

A unidade curricular ER, tinha como objetivo, a utilização da metodologia de projeto, no desenvolvimento de competências de cuidar especializado em enfermagem, provocando necessariamente modificações a nível pessoal, como o desenvolvimento da capacidade de expressão escrita, a articulação e reflexão sobre as experiências da prática na prestação de cuidados, influenciada pelo acréscimo de conhecimento, transformando-me numa pessoa mais rica e numa profissional mais competente e com mais capacidades para a prestação de cuidados de enfermagem especializados, mais complexos e preferencialmente fundamentados na teoria e na prática baseada na evidência.

Este ensino clínico proporcionou acima de tudo, o desenvolvimento de competências no cuidar em enfermagem especializada em saúde materna, obstetrícia e ginecológica, a grávidas com patologia, parturientes e recém-nascidos.

A escolha da temática permitiu direcionar a aprendizagem e a utilização da metodologia e processo científico na minha evolução como futura EESMO. A principal razão pela qual a gravidez na adolescência como tema é investigada prende-se principalmente com as inúmeras consequências negativas para a mãe, para o bebé e para a restante família, desta gravidez. Mudando o paradigma para uma abordagem positiva, abstendo-nos de realizar juízos de valor perante estas situações, mas aceitando que somos pessoas que cuidam de pessoas, e respeitando as mulheres/adolescentes permite-nos prestar cuidados de excelência reconhecidos por quem cuidamos e por nós próprios. Tentei assim compreender como tornar o momento único do parto numa experiência significativa para todos os intervenientes, incluindo para mim. O que considere mais importante, depois da realização deste RE e da utilização desta metodologia, é concluir que se nós

estivermos motivados e interessados, utilizarmos as nossas capacidades críticas e reflexivas, se não nos conformarmos só com o que vemos e fazemos diariamente, embarcamos num processo de constante aprendizagem, de produção de conhecimento, tornando-nos num agente de mudança. Em resumo, a gravidez e a maternidade na adolescência são processos complexos e multifatorais. Atendendo a que nenhuma estratégia por si só é considerada mais eficaz na prevenção da gravidez na adolescência (ORINGANJE, 2010), que os filhos de pais adolescentes têm elevada probabilidade de perpetuar este problema (ARTHUR, 2007), e que segundo alguns estudos efetuados, cerca de um quarto das adolescentes volta a ser mãe nos 24 meses subsequentes ao evento (BARNET, 2009), é importante desenvolver competências de cuidar específicas.

Como refere COUTINHO (2004, p.62), “a relação que se estabelece entre o enfermeiro e a parturiente torna-se fundamental sendo determinante que o enfermeiro veja o corpo da mulher, não como uma máquina que desenvolve o seu trabalho (parir), mas como um todo, uma pessoa que para além de cuidados físicos precisa de outros cuidados”. A maternidade transforma a mulher em mãe, significando uma nova etapa na vida individual e coletiva, implicando um período de tempo de dependência parcial, o que tem o potencial de tornar o momento do parto, para algumas mulheres em experiências intensas, umas vezes positivas e outras negativas. Consciente que uma experiência positiva pode condicionar a relação da díade/tríade, facilitar a transição para o papel de mãe, estabelecer relações familiares mais robustas, aumentar a autoestima e autoconfiança maternal, contribuir para o crescimento pessoal da mulher e promover o envolvimento emocional positivo com o bebé, principalmente na primeira semana após o parto, prestar cuidados únicos e humanizados é garante de qualidade. Se acrescentarmos a tudo isto o fato da adolescente se encontrar numa fase de desenvolvimento de transição, que é diferente nas suas várias etapas, é também importante adequar a atuação ao desenvolvimento psicossocial, adaptando o discurso à pessoa que cuidamos.

Humanizar os cuidados parte da capacidade para criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades de cada pessoa considerando-a única e inserida numa família e comunidade. Esta forma de prestar cuidados é a essência de um cuidar de excelência, reconhecido pela parturiente, pela família e pelas EESMOG. Para este se tornar uma realidade importa também que exista uma preocupação constante com a análise regular e refletida dos cuidados que prestamos, reconhecendo falhas, e mantendo

a atualização contínua dos conhecimentos e utilização competente da tecnologia, sem esquecer que estamos a cuidar de pessoas. As práticas potencialmente promotoras de uma experiência de parto positiva, que passei a utilizar rotineiramente foram o suporte e presença durante o parto, bem como algumas práticas instituídas nas maternidades tal como contato pele-a-pele e a promoção do aleitamento materno nos primeiros 30 minutos após o parto.

Não tive a pretensão de esgotar o tema da gravidez na adolescência. Existem muitas outras formas positivas de abordar o tema, na área da maternidade e adolescência, que não foram aprofundadas e que são igualmente aliciantes. Ficam como sugestões para outros estudos: estratégias eficazes na prevenção da reincidência da gravidez da adolescência, importância de estratégias de comunicação eficazes no apoio durante o parto, o estudo da comunicação entre pais e adolescentes, o papel dos pais de adolescentes grávidas na prevenção de uma nova gravidez, os mitos na consulta de vigilância pré-natal e a forma como estes podem ser “desconstruídos” em função do desenvolvimento psicossocial e das redes de apoio, da influência da atitude do companheiro da adolescente com relação à gravidez, e das necessidades específicas de conhecimento da grávida adolescente, entre outros.

Como já tive possibilidade de referir o meu contexto de prática clínica é a urgência/emergência pré-hospitalar e hospitalar, onde ausente de qualquer contato com a área da saúde materna na minha vida profissional, porém consciente da autonomia possível, acrescida da responsabilidade agregada à função de EESMO, me fascinou este percurso para o qual, numa altura com um contexto socioeconómico difícil, investi neste percurso.

Os ensinamentos clínicos foram fundamentais para o enriquecimento profissional e pessoal e a partilha de saberes e experiência prática por parte dos tutores é uma peça basilar para o desenvolvimento de competências. Ocorreram experiências de aprendizagem muito gratificantes e algumas menos positivas, mas procurei sempre refletir sobre as mesmas à luz da evidência científica, de forma a promover o desenvolvimento das minhas competências profissionais.

Considero que os objetivos do Estágio com Relatório foram atingidos de forma bastante satisfatória. Ao longo destas 20 semanas, tive experiências formativas altamente

enriquecedoras, que contribuíram para uma melhoria contínua nos cuidados prestados à mulher e família. Pude concluir que o EESMO tem a formação, a autonomia e a responsabilidade para realizar um conjunto de atividades que visem o bem-estar de todos, promovendo estilos de vida saudáveis no seio da comunidade.

Relativamente ao meu percurso durante o curso, as atividades e objetivos definidos pela “Diretiva da União Europeia” para a livre circulação de parteiras foram atingidos, nomeadamente, no que confere aos requisitos mínimos para o exercício profissional do Enfermeiro Especialista de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica. Todas estas atividades encontram-se registadas no manual do estudante, que permite uma visão global do meu percurso e das experiências mais significativas do curso.

Em conclusão, sinto que ao atingir os objetivos deste curso e mais especificamente desta unidade curricular, estou preparada para exercer funções de EESMOG com autonomia, sentindo-me realizada profissionalmente, com um passo evolutivo e qualitativo na prática de cuidados em Enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMADIO, Italo (2002) - **O DICIONÁRIO DE TERMOS MÉDICOS E DE ENFERMAGEM**. 1ª edição Editora Rideel. ISBN 978-75-339-0525 -2

ANDERSON, C.; MCGUINNESS, T. (2008) - Do teenage mothers experience childbirth as traumatic? **Journal Of Psychosocial Nursing & Mental Health Services** [em linha]. Vol. 46 nº4, p. 21-24. Acedido em: 13/10/2012 de CINAHL Plus with Full Text Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=10&hid=112&sid=35034bee-2eae-42f6-a33a-309a8ecb87d0%40sessionmgr15>.

ARTHUR, Angela; et tal (2007) - Teenage mothers' experiences of maternity services: a qualitative study. **British Journal Of Midwifery** [em linha]. November 2007 Vol. 15, nº 11. ISSN 0969-4900. Acedido em: 25/07/2011 de CINAHL Plus with Full Text. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&hid=12&sid=881e7e59-c9a9-4790-aea2-28f3a45e3809%40sessionmgr15>

BENNER, Patricia (2001) – **De iniciado a Perito: Excelência e poder na Prática Clínica de Enfermagem** (edição comemorativa). Coimbra: Quarteto. ISBN 972-8535- 97-X.

BERETTA, Maria Isabel Ruiz; et tal; (2011) - A contextualização da gravidez na adolescência em uma maternidade de São Carlos/SP. **Revista Eletrônica Enfermagem** [em linha]. Vol. 13 jan/mar; p. 90-98. ISSN 1518-1944. Acedido em: 25/07/2011. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n1/v13n1a10.htm>.

BRANDÃO, Ana Paula Miller. (2010) - **Vivências do Trabalho de Parto e Parto: Estudo comparativo entre adolescentes e mulheres adultas**. Porto. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto [em linha]. Acedido em: 13/10/2012. Disponível em: <http://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/26616/2/TESE%20MESTRADO%20PAULA.pdf>.

CARMO, Hermano & FERREIRA, Manuela (1998) - **Metodologia Da Investigação: Guia Para Auto-Aprendizagem**. 1ª Edição. Lisboa: Universidade Aberta. ISBN 978-972-674-231-9

CARVALHO, Amâncio; CARVALHO, Graça (2006) – **Educação para a Saúde: Conceitos, Práticas e Necessidades de Formação**. Loures: Lusociência. ISBN 972-8930-22-4.

CONDE, Ana et al (2007) - Percepção da experiência de parto: continuidade e mudança ao longo do pós-parto. **Psicologia, Saúde & Doenças** [em linha]. Vol.8, nº1 p. 49-66 ISSN 1645-0086 Acedido em: 13/10/2012. Disponível em: <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/psd/v8n1/v8n1a04.pdf>

CONFEDERATION OF MIDWIVES (2002) – **Essential competencies for basic midwifery practice**. [em linha]. Hague. Acedido em: 13/10/2012. Disponível em: http://www.internationalmidwives.org/Portals/5/Documentation/Essential%20Compsenglish_2002-JF_2007%20FINAL.pdf

CORREIA, M.C (2009) - A OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE ENQUANTO TÉCNICA DE INVESTIGAÇÃO **Pensar Enfermagem** [em linha] Vol.13 nº2 2º semestre 2009 p. 30-36 ISSN: 0873-8904 Acedido em: 13/10/2012. Disponível em: http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2009_13_2_30-36.pdf

COSTA, R.; et al (2003) - Parto: expectativas, experiências, dor e satisfação. **Psicologia, Saúde & Doenças** [em linha]. ISSN 1645-0086 2003, Vol.4, nº1 p. 47-67 . Acedido em: 08/10/2012. Disponível em: <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/psd/v4n1/v4n1a04.pdf>

COUTINHO, Emília de Carvalho (2004) – A experiência de ser cuidada na sala de partos. **Revista Millenium** [em linha]. Nº 30 (Outubro 2004), p. 29-37 ISSN 1647- 662X. Acedido em: 03/10/2012. Disponível em: <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium30/3.pdf>.

DANGAL, G. (2006) - Teenage Pregnancy: Complexities And Challenges (Review Article). **Journal of Nepal Medical Association** [em linha]. Vol.45 Apr – Jun. p. 262-272 ISSN: 00282715. Acedido em: 03/10/2012 de MEDLINEwith Full Text. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=15&hid=12&sid=881e7e59-c9a9-4790-aea2-28f3a45e3809%40sessionmgr15>

DENCKER, Anna et al (2010) - Childbirth experience questionnaire (CEQ): development and evaluation of a multidimensional instrument. **BMC Pregnancy and Childbirth** [em linha]. V.10 nº81 ISSN: 1471-2393. Acedido em: 13/10/2012. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/10/81>

DOMENICO, E.; IDE, C. (2003) - Enfermagem baseada em evidências: princípios e aplicabilidades. **Revista Latino-Americana de Enfermagem** [em linha]. Vol.11 nº1, p. 115-118. ISSN 0104-1169 Acedido em: 26/10/2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n1/16568.pdf>.

FIGUEIREDO, Bárbara; COSTA, Raquel; PACHECO, Alexandra (2002) - Experiência de parto: alguns factores e consequências associadas. **Análise Psicológica** [em linha]. Vol.20, nº2, pp. 203-217. ISSN 0870-823.1. Acedido em 08/10/2012. Disponível em: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v20n2/v20n2a02.pdf>

FORTIN, Marie-Fabienne (1999) – **O Processo de Investigação, da Concepção à Realização**. Loures: Lusociência. ISBN: 972-757-109-3.

GOMES, V. L. O.; FONSECA, A. D.;ROBALLO, E. C. (2011) - Representações sociais de adolescentes mães acerca do momento do parto. **Escola Anna Nery** [em linha].Vol.15, nº2, pp. 300-305. ISSN 2177-9465 Acedido em 13/10/2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n2/v15n2a12.pdf>.

HARDIN, A. M.; BUCKNER, E. B. (2004) - Characteristics of a Positive Experience for Women Who Have Unmedicated Childbirth **Journal of Perinatal Education**. [em linha] 2004 Fall; Vol.13 Issue 4 p.10–16 ISSN (electrónico): 1548-8519 Acedido em: 6/10/2012 Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1595217/pdf/JPE130010.pdf>

HIGGINS JPT, Green S (2011) - **Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions** Version 5.1.0 [updated March 2011]. [em linha] The Cochrane Collaboration, 2011. Acedido em: 6/10/2012 Disponível em: www.cochrane-handbook.org

ILIADOU, Maria (2012) - Supporting women in labour (Review) **Health Science Journal** [em linha] Vol.nº6 Issue 3 (July-September 2012) E- ISSN 1791-809X Acedido em: 13/10/2012 Disponível em: <http://www.hsj.gr/volume6/issue3/633.pdf>

JUNQUEIRA, M. (2008) - **Discursos Femininos sobre a Sexualidade Durante a Gravidez – um Estudo na Maternidade Dr. Alfredo da Costa**. [em linha] Lisboa. Universidade Aberta, Tese de Mestrado. Acedido em: 03/10/2012. Disponível em: <https://repositorioaberto.uab.pt/handle/10400.2/557>

KINGSTON D & HEAMAN M & FELL D & CHALMERS B (2012) - Comparison of adolescent, young adult, and adult women's maternity experiences and practice

Pediatrics [em linha] 2012 May;129(5):e1228-37. Epub 2012 Apr 23. Acedido em: 12/10/2012. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22529278>

LOWDERMILK, Deitra L.& PERRY, Shannon E (2006) - **Enfermagem na Maternidade**. 7ª edição. Loures: Lusodidacta, ISBN 978-989-8075-16-1

MABUCHI, Alessandra dos Santos; FUSTINONI, Suzete Maria. (2008) - The meaning given by the healthcare professional to labor and humanizing delivery. **Acta Paulista Enfermagem**, [em linha] São Paulo, Vol. 21, nº 3, ISSN 1982-0194 . Acedido em: 08/10/2012. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n3/pt_06.pdf

MELNYK B, Fineout-Overholt E. (2005) - **Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice** [em linha]. Philadelphia, Pennsylvania: Lippincott Williams & Wilkins. Acedido em: 17/11/2011. Disponível em: CINAHL Plus with Full Text.

MOCELLIN, Ana Silvia; et al (2010) - Efetividade das ações voltadas à diminuição da gravidez não-planejada na adolescência: revisão da literatura. **Revista Brasileira Saúde Materno Infantil**, [em linha] Recife, Vol.10 nº4 out. / dez p. 407-416. ISSN 1806-9304. Acedido em: 25/07/2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v10n4/02.pdf>

MNGADI, Patricia Thuli; et al (2003) - Family and community support to adolescent mothers in Swaziland. **Journal of Advanced Nursing**, [em linha], Vol.43 nº2, p. 137–144. ISSN 0309-2402. Acedido em: 25/07/2011 em MEDLINE Plus with Full Text. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=16&hid=122&sid=881e7e59-c9a9-4790-aea2-28f3a45e3809%40sessionmgr15>

NILSSON, Lena et al (2012) - Most Important for First Time Mothers during Labor is to be Respected for their Needs, to Feel Involved in the Care and Support from their Partners. **J Nursing Care** [em linha] V.1 Issue 4 ISSN 2167-1169 Acedido em: 13/10/2012. Disponível em: <http://www.omicsgroup.org/journals/2167-1168/pdfdownload.php?download=2167-1168-1-114.pdf&&aid=8624>

NUNES, Lucília; AMARAL, Manuela; GONÇALVES, Rogério (2005) – **Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. ISBN 972-99646-0-2.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010a) – **Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e Ginecológica.** [em linha] Acedido em: 13/10/2012. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasSaudeMaternaObstGinecologica_aprovadoAG20Nov2010.pdf

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010b) - **Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.** [em linha] Acedido em: 13/10/2012. Disponível em: www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf

ORDEM DOS ENFERMEIROS (22 /10/ 2011) - **Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica.** [em linha] Acedido em: 13/10/2012. Disponível em: www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEESaudeMaternaObstetricaGinecologica.pdf

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (1986) - **The WHO study group on young people and health for all by the year 2000.** Young people's health-a challenge for society. [em linha] Geneva: World health organization, WHO technical report series No. 731. Acedido em: 25/07/2011. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/41720>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2006) - Pregnant adolescents : delivering on global promises of hope. [em linha] WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. ISBN 92-4-159378 4 Acedido em: 25/07/2011. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241593784_eng.pdf

ORINGANJE, C.; et tal (2010) - **Interventions for preventing unintended pregnancies among adolescents (Review).** [em linha] The Cochrane Library. 2010. Issue 1. ISSN: 1465-1858. Acedido em: 25/07/2011 de Cochrane Database of Systematic Reviews. Disponível em: <http://apps.who.int/rhl/reviews/langs/CD005215.pdf>

PETERSON, Sandra J.; BREDOW, Timothy S. (2009) - **Middle range theories: application to nursing research** Philadelphia : Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins 2nd Edition ISBN 10 0-7817-8562-6

PORFIRIO, A.B.; PROGIANTI J.M.; SOUZA D.O.M. (2010) - As práticas humanizadas desenvolvidas por enfermeiras obstétricas na assistência ao parto hospitalar. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. [em linha].Vol.2 nº2. ISSN 1518 – 1944. Acedido em: 13/10/2012. Disponível em: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/7087>.

RAJ, A. D.; et al (2010) - Factors associated with teenage pregnancy in South Asia: a systematic review. **Health Science Journal**. [em linha] V.4 Issue 1. p 3-14 E-ISSN:1791-809X. Acedido em: 25/07/2011 de CINAHL Plus with Full Text. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=8&hid=9&sid=86448a28-e291-4ae3-9a0e-02bb21994346%40sessionmgr115>

SAMPAIO, Rosana. F.; MANCINI, Márcio C. (2007) - Systematic review studies: a guide for careful synthesis of the scientific evidence. **Revista Brasileira de Fisioterapia**. [em linha]. Vol.11, nº1 (Jan/Fev 2007). p. 83-89. ISSN 1413-3555. Acedido em: 06/03/2012 de Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v11n1/en_12.pdf.

SAULS, Donna J. (2004) – Adolescents' Perception of Support During Labor. **Journal of Perinatal Education** [em linha] Vol. 13, nº4. ISSN: 1058-1243. p. 36–42. Acedido em: 13/10/2012. Disponível em: <http://ebookbrowse.com/adolescents-perception-of-support-during-labor-pdf-d213430951>.

SAULS, Donna J. (2010) - Promoting a Positive Childbirth Experience for Adolescents. **JOGNN: Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing** [em linha] Vol. 39 Issue 6, p. 703-712. ISSN: 1552-6909 Acedido em: 13/10/2012. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&hid=106&sid=47b021ab-2954-41e0-91a0-93ef0c7cd4ab%40sessionmgr114>.

SAULS, Donna J. & GRASSLEY, Jane S. (2011) - Development of the Adolescent Support Model. **Journal of Theory Construction & Testing** [em linha] Vol. 15 Issue1, p. 24-28. ISSN: 1086-4431 Acedido em: 13/10/2012 Disponível em: http://content.ebscohost.com/pdf25_26/pdf/2011/D4Z/01Apr11/60148983.pdf?T=P&P=AN&K=60148983&S=R&D=aph&EbscoContent=dGJyMNLr40Sep7U4v%2BbwOLCmr0qepzSrqe4S7KWxWXS&ContentCustomer=dGJyMPGssk2xqLJNuePfgexy44Hy

SWANSON, K.M. (1993) - Nursing as informed caring for the well- being of others. **IMAGE: Journal of Nursing Scholarship**. [em linha] Vol. 25 nº4, p. 352-357. Acedido

em:

6/06/2012

Disponível

em:

http://nursing.unc.edu/ccm/groups/public/@nursing/documents/content/ccm3_032549.pdf

TILLET, J. (2006) - Expert Opinion: Providing Developmentally Competent Care for Adolescents During Labor and Birth. **Journal of Perinatal and Neonatal Nursing**. [em linha] Vol.20 nº2 p. 118-119. ISSN 0893-2190. Acedido em: 13/10/2012 Disponível em: <http://www.nursingcenter.com/pdf.asp?AID=645435>.

TOMEY, Ann; ALLIGOOD, Martha (2004). - **Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)**. 5ª ed. Loures: Lusociência. ISBN: 978-972-838-374-9

TSAI, Yun-Fang; WONG, Thomas K.S. (2003). - Strategies for resolving aboriginal adolescent pregnancy in eastern Taiwan. **Journal of Advanced Nursing**, [em linha] Vol 41 nº4, p. 351–357. ISSN 0309-2402. . Acedido em: 25/07/2011 de CINAHL Plus with Full Text. Disponível em:

<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=9&hid=111&sid=86448a28-e291-4ae3-9a0e-02bb21994346%40sessionmgr115>

WITT, Aracy (1996) – **Pesquisa de Enfermagem**. Lisboa: Associação Católica dos Profissionais de Enfermagem. ISBN 92-4-154281-0.

ZASLOFF, E.; SCHYTT, E.; WALDENSTRÖM, U. (2007) - First time mothers' pregnancy and birth experiences varying by age. **Acta Obstetricia Et Gynecologica Scandinavica** [em linha] Vol 86 nº11, p. 1328-1336. Acedido em: 13/10/2012 Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&hid=106&sid=44041e9e-83b7-46d4-8d55-4f9aa9d71e08%40sessionmgr113>.

APÊNDICES E ANEXOS

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

2º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE
MATERNA E OBSTETRÍCIA

Unidade Curricular de Opção

PROJECTO DE ESTÁGIO



O PAPEL DOS PAIS DE ADOLESCENTES GRÁVIDAS NA PREVENÇÃO
DE UMA NOVA GRAVIDEZ

Docente Tutora:
Prof. Isabel Serra

Discente:
Carla Cristino nº3810

Fevereiro/2012

LISTA DE SIGLAS

EESMOG – Enfermeira especialista em saúde materna, obstétrica e ginecológica.

FCF – Frequência Córdio-fetal

OE – Ordem dos Enfermeiros

ICM - International Confederation of Midwives

ONU - Organização das Nações Unidas

UNICEF - United Nations Children's Fund

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro I – Taxa de fecundidade na adolescência em Portugal entre 2005 e 2010.....	11
Quadro II – Nados-vivos de mães adolescentes por idade da mãe em 2009, último ano disponível	12
Quadro III – Taxa de nascimentos por cada 1000 adolescentes entre os 15 –19 anos.	13

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	5
Escolha da temática a aprofundar	6
Questão de partida.....	7
Quadro de Referência.....	8
REVISÃO DA LITERATURA	10
Gravidez.....	10
Adolescência.....	10
Gravidez na adolescência.....	11
Comunicação entre os Pais e o Adolescente.....	13
PLANEAMENTO DO TRABALHO DE CAMPO.....	15
Finalidade e Objectivos.....	15
Metodologia e plano de trabalho.....	15
CONSIDERAÇÕES FINAIS	17
BIBLIOGRAFIA	18
Anexos	22
Anexo I – Planeamento de Actividades.....	23
Anexo II – Cronograma de Actividades.....	28

INTRODUÇÃO

A elaboração deste projeto surge no âmbito da Unidade Curricular de Opção, como esboço do percurso formativo e de investigação que irei percorrer, durante o 4º semestre do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia.

Este projeto tem como principal objectivo transmitir o planeamento e as minhas pretensões quanto à pesquisa e percurso formativo a realizar, tendo como base de sustentação as competências do 2º Ciclo definidas no Processo de Bolonha, onde se insere o Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, bem como o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica da Ordem dos Enfermeiros (OE, 2011), as competências definidas pela International Confederation of Midwives (ICM) e os meus interesses e necessidades sentidos, resultantes da minha reflexão. Constituir-se-à assim um guia orientador do meu processo de aprendizagem com foco na prática, com um papel facilitador para a interiorização e consolidação de conhecimentos.

De acordo com Botelho (2011) ” (...) O projecto é o planeamento de um trabalho a ser executado, tem como função elaborar estratégias, definir acções para solucionar um determinado problema e perspectivar os resultados (...) ”. Joss, citado por Loff (2003), refere que “ o projecto é uma procura, porque implica uma abertura da pessoa para consigo e para com o ambiente que a cerca”. Esta metodologia privilegia a pedagogia de aprendizagem em detrimento da pedagogia de ensino, transformando o aluno num agente dinamizador, criador e capaz de construir o seu processo de conhecimento, papel adequado à minha futura função de enfermeira especialista de saúde materna, obstétrica e ginecológica (EESMOG) (Guerra, 1994).

O Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica define como alvo dos cuidados desta especialidade em enfermagem a mulher no âmbito do seu ciclo reprodutivo, sendo totalmente autónomo no seu exercício profissional, na vigilância pré-natal e acompanhamento do trabalho de parto, da mulher com baixo risco gravídico. A temática sobre a qual me vou debruçar engloba mulheres adolescentes, as quais por factores que apresentarei mais adiante, se encontram inseridas no elevado risco durante a gravidez. Não sendo o EESMOG totalmente autónomo na vigilância pré-natal de parte deste grupo, mantém um papel fundamental na melhoria da qualidade de vida

da adolescente e bebé, e prevenção de mortalidade materna e fetal. Esta é uma área incluída de forma genérica no Regulamento de Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica publicadas em Diário da República pela Ordem dos Enfermeiros, como sendo uma competência específica, particularmente no seu artigo 4º, Nº1, alínea g) onde se pode ler “(...) Cuida o grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade (...)” (OE, 2011).

Assim os objectivos específicos deste projeto, os quais serão perseguidos no ensino clínicos do 4º semestre, são:

- . analisar de forma crítica o desenvolvimento do conhecimento relativo à gravidez na adolescência, investigando de que forma a relação entre os adolescentes e os pais constitui um factor com relevância na redução deste problema;
- . compreender aprofundadamente o discurso actual relativo à problemática, analisando não só as vertentes mais conhecidas, desenvolvendo assim um projeto que faça reflectir e questione as práticas existentes e os paradigmas instalados;
- . incluir as dimensões éticas, políticas, sociais e económicas da problemática e repercussões na pratica dos cuidados, na reflexão efectuada.

Escolha da temática a aprofundar

A razão pela qual escolhi esta temática prende-se talvez com a dificuldade que sinto em entender como é numa sociedade em que a informação se encontra e se partilha, muitas vezes apenas à distância de um clique, com as novas tecnologias acessíveis a quase todos, continuam a existir crianças a tornarem-se pais e mães, apesar de todos os esforços dos sistemas de saúde para contrariar essa situação e com todo o risco e peso que estão inerentes a esta situação. Importa referir que apesar de se observar no mundo ocidental um declínio nas taxas de fecundidade na adolescência este ainda constitui um problema social e de saúde pública (Dangal, 2006).

Interessa entender que o respeito pela criança como indivíduo em crescimento e com direitos é ainda recente nas nossas sociedades, constituído com força de lei apenas em 2 de Setembro de 1990 através da Convenção dos Direitos da Criança (mais de 140 países assinaram-na e mais de 80 ratificaram-na; Portugal ratificou-a a 21 de Setembro de 1990), onde se define como criança todo o ser humano com menos de dezoito anos (excepção feita se a lei nacional conferir a maioridade mais cedo) incluindo portanto a adolescência como etapa (UNICEF, 2004).

Reconhecendo que em todos os países do mundo há crianças que vivem em condições particularmente difíceis, existindo também gravidez na adolescência sem que isso seja interpretado como um problema multifactorial (Raj, 2010), decidi investigar e dedicar especial atenção a factores menos estudados e onde se investe um pouco menos (Beretta, 2011). Já se investiu no planeamento familiar, na divulgação entre pares e nos locais de permanência, entre adolescentes do sexo feminino e masculino, em programas que combinam saúde sexual com formação em relações humanas, na divulgação de informação sobre contracepção de emergência, com uma descida visível nas taxas de alguns países, mas em que outras formas podemos nós investir para melhorar a qualidade de vida destas pessoas e famílias? Atendendo a que nenhuma estratégia por si só é considerada mais eficaz nesta problemática (Oringanje, 2010), que os filhos de pais adolescentes têm elevada probabilidade de perpetuar este problema (Arthur, 2007), e que segundo estudos efectuados, cerca de um quarto das adolescentes volta a ser mãe nos 24 meses subsequente ao evento (Barnet, 2009), entendi como interessante e relevante estudar a forma como a relação entre os pais e os adolescentes pode influenciar a gravidez na adolescência.

Considero que a EESMOG cuida a mulher independentemente da sua idade, engloba os seus conviventes significativos e a individualização dos cuidados permite oferecer os cuidados adequados para as necessidades sentidas e identificadas. Assim sendo, o papel dos pais irá ser estudado tanto na perspectiva da prevenção da gravidez como depois de esta surgir, na sua vertente de apoio e suporte, uma vez que ambas as interacções permitem melhorar a qualidade de vida das mães adolescentes, pais adolescentes e bebés. Este plano é reforçado pela literatura, onde se refere que estratégias eficazes de prevenção se dirigem em primeiro lugar ao retardar do início da actividade sexual e diminuição dos casamentos precoces, em segundo lugar à prevenção da gravidez nos adolescentes com actividade sexual estabelecida e em terceiro lugar à manutenção do bem-estar dos adolescentes pais e prevenção de novas gravidezes (Dangal, 2006).

Questão de partida

Após reflexão e pesquisa bibliográfica defini como ponto de partida a gravidez na adolescência, para apresentar a problemática e efectuar a revisão da literatura, e formulei a seguinte questão em formato PI[C]O (Melnik,2005): “Quais as intervenções

de enfermagem do EESMOG (I) a desenvolver nos pais de adolescentes grávidas (P) que contribuem para a prevenção de uma nova gravidez (O)?”

Quadro de Referência

A investigação aliada à enfermagem avançada são áreas complexas e ao mesmo tempo úteis para a prática, sendo que a utilização dos modelos de enfermagem é essencial para um conhecimento mais profundo e fundamentado, contribuindo desta forma para a excelência do cuidar.

Para desenvolver as competências específicas do EESMO e planear actividades torna-se assim imperioso escolher um quadro de referência baseado num modelo de enfermagem. O modelo teórico que irá ser referência neste estudo será o de Betty Neuman pois este Modelo de Sistemas é

“uma abordagem de sistemas dinâmica e aberta ao cuidar do cliente originalmente desenvolvida para fornecer um ponto de interesse unificador para a definição de problemas de enfermagem e para melhor compreensão do cliente em interacção com o ambiente. Enquanto sistema, o cliente pode ser definido como pessoa, família, grupo, comunidade ou assunto” (Allygood e Tomey, 2002, p.337).

A escolha do modelo deveu-se ao facto de este ser um dos mais adequados para cuidados na área da maternidade, dando grande importância à educação para a saúde e prevenção da doença, ou evento, que neste caso é a gravidez na adolescência.

Neuman vê a enfermagem como uma profissão única que tem em conta as variáveis que influenciam a resposta da pessoa ao enfrentar um stressor. Os cuidados de enfermagem “são perspectivados como intervenções que visam a integridade da pessoa e que se interessam por todas as variáveis que têm efeito sobre a resposta da pessoa aos agentes de stress, com o objectivo de lhes reduzir o efeito.” (Lopes, 2000, p. 55)

O modelo engloba três níveis de prevenção (Allygood e Tomey, 2002, p.337):

“(…) A prevenção primária, a qual é utilizada para proteger o organismo antes que este se depare com um stressor prejudicial; a prevenção secundária visa reduzir o efeito ou possível efeito dos stressores através do diagnóstico precoce e do tratamento eficaz dos sintomas da doença e a prevenção terciária visa reduzir os efeitos residuais do stressor depois do tratamento (…)

É importante definir que Neuman considera stressores os estímulos produtores de tensão, que podem ser forças intrapessoais (ex. respostas condicionadas), interpessoais (ex. expectativas de função) e extra pessoais (ex. circunstâncias financeiras).

Este projeto será então organizado da seguinte forma:

- . introdução, onde acabei de abordar a justificação da escolha do tema que irei aprofundar, a sua contextualização, bem como o quadro referencial em que me baseei;
- . de seguida apresento um breve revisão da literatura, com foco na problemática e conceitos relacionados, acompanhada da evidência científica produzida sobre o tema;
- . depois exponho o planeamento do trabalho de campo a efectuar;
- . e por fim apresento uma reflexão final sobre como prevejo o decorrer da implementação deste desafio e a bibliografia.

REVISÃO DA LITERATURA

A metodologia a utilizar no projeto final terá como base uma revisão sistemática da literatura, definida por Bachion e Pereira (2006, p. 492) como “revisão de estudos por meio de uma abordagem sistemática, utilizando metodologia claramente definida, buscando minimizar os erros nas conclusões”. Para esta revisão sistemática da literatura serão utilizadas as bases de dados electrónicas EBSCO HOST, Cochrane Database of Systematic Reviews, Medline, CINAHL e sciELO. Simultaneamente procurarei listagens de teses e ou dissertações de mestrado ou monografias de doutoramento, não publicadas, assim como efectuamos uma pesquisa manual de publicações periódicas das bibliotecas da escola.

Apresento de seguida alguns conceitos básicos, contidos nessa revisão da literatura, com o intuito de reforçar a pertinência da investigação e apresentar alguma da evidência científica produzida sobre a temática da gravidez na adolescência e a influência dos pais.

Gravidez

A gravidez ocorre quando o óvulo feminino é fecundado pelo espermatozóide e esse se implanta satisfatoriamente no revestimento uterino, tem uma duração de 266 dias, 40 semanas ou 9 meses, aproximadamente (Amadio, 2002;Lowdermilk,2006).

Compreende então o período entre a concepção e o parto, em que o corpo da mulher cria e mantém condições para desenvolver e alimentar um feto. Este é um período de mudanças para a mulher e para o companheiro, envolvendo adaptações e preparação constantes, a vários níveis, para o momento de parto e para a parentalidade. Às alterações bio-fisiológicas, psicológicas, sociais e culturais acrescenta-se sempre a forma muito individual como cada um e a díade se ajustam a esta fase de transição (Junqueira, 2008).

Adolescência

É definido como o período transição, crescimento, exploração e oportunidades onde se atinge a maturidade sexual, englobando as idades entre 10 e 19 anos (OMS, 1986; Dangal, 2006). Durante esta fase da vida os adolescentes tendem a desenvolver uma maior interesse pela actividade sexual, com os riscos inerentes de gravidezes indesejadas, gravidez precoce, aborto e infecções sexualmente transmissíveis

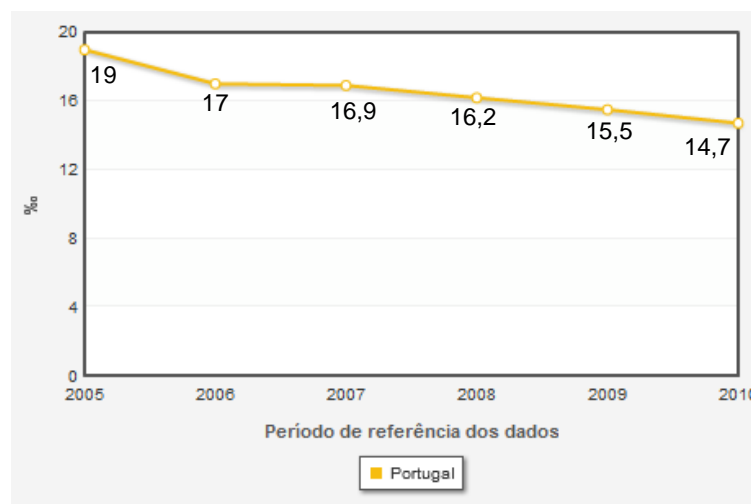
(Origanje, 2010). A maturação sexual é muitas acompanhada por reacções emocionais mistas (ansiedade, temor, excitação, prazer) e mudanças frequentes de humor, alternando desânimo e entusiasmo, representando assim uma fase de instabilidade onde existe uma procura constante de independência e reposicionamento em relação ao mundo adulto (Beretta, 2011).

Gravidez na adolescência

A gravidez na adolescência é aquela que ocorre entre os 10 e os 19 anos (Dangal, 2006; OMS, 2006)) e que constitui um problema de saúde pública, principalmente nos países industrializados (Origanje,2010). Em países como o Paquistão, Maldivas e Butão (entre outros) este não é considerado um problema devido aos costumes e tradições destes países, onde o casamento precoce é culturalmente aceite (Raj, 2010). É um problema também devido à alta ocorrência de morbilidade e mortalidade materna e infantil e por constituir um possível elemento desestruturador da vida das adolescentes, dos pais das crianças e das famílias (Moccelin, 2010).

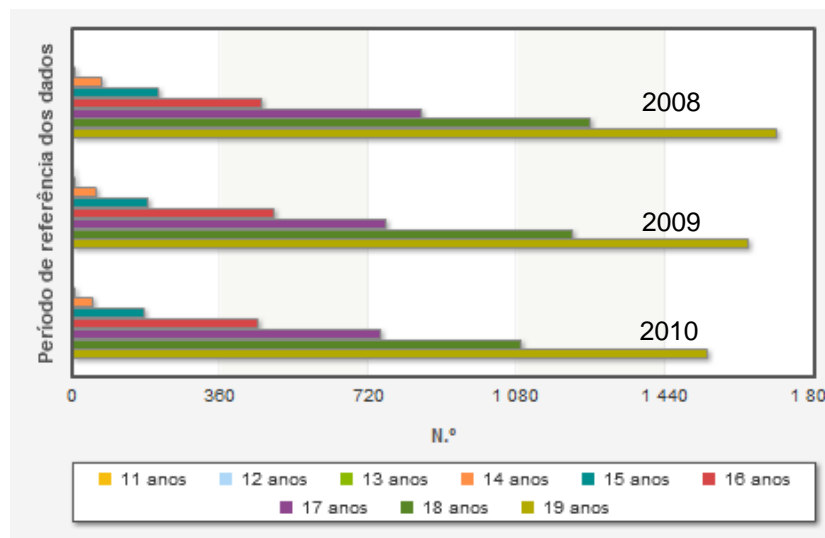
Em Portugal têm-se registado, tal como em outros países ocidentais, uma tendência global de diminuição destes valores como podemos ver nos gráficos que se seguem.

Quadro I – Taxa de fecundidade na adolescência em Portugal entre 2005 e 2010.



Fonte: Instituto Nacional de Estatística acedido em 6 de Fevereiro de 2012 em http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0001855&contexto=bd&selTab=tab2

Quadro II – Nados-vivos de mães adolescentes por idade da mãe em 2010, último ano acessível.



Fonte: Instituto Nacional de Estatística acedido em 6 de Fevereiro de 2012 em http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0001541&contexto=bd&selTab=tab2

Em países como os Estados Unidos da América a gravidez ocorre em cerca de 40% antes dos 20 anos, e destas cerca de 15% ocorrem nos primeiros seis meses de actividade sexual, demonstrando uma clara falha no uso de contracepção demonstrada na bibliografia consultada (Dangal, 2006;Raj, 2010).

No gráfico seguinte podemos observar as tendências mundiais actuais, apesar de todas as intervenções e estratégias dos vários países.

Quadro III – Taxa de nascimentos por cada 1000 adolescentes entre os 15-19 anos.

País	Nº de nascimentos/ 1000 adolescentes
África	143
Médio Oriente	56
Ásia	56
América Latina	78
Europa	25
América do Norte	42

Adaptado e traduzido de Dangal, 2006

Para melhor entender esta problemática ao nível mundial é importante pensar que entre 14 e 16 milhões de mulheres são mães anualmente, representando cerca de 10% de todos os nascimentos, significando que são 1600 nascimentos por hora e 38.500 num dia (OMS, 2006).

As razões pelas quais este tema é investigado prendem-se com as consequências para a mãe, para o bebé e para a restante família desta gravidez.

Para a mãe poderão existir complicações físicas, psicológicas, sociais e económicas. De acordo com a bibliografia existe uma probabilidade aumentada de depressão, menor grau de literacia e empregabilidade e menores capacidades parentais (Tsai, 2003; Mngadi, 2003). Para as adolescentes entre os 15 e os 19 anos de idade o risco de morte relacionada com a gravidez é o dobro quando comparada com o valor para mulheres após os 20 anos (Raj, 2010). Quanto ao decorrer da gravidez as complicações mais frequentes são o aumento excessivo de peso, hipertensão induzida pela gravidez, anemia e infecções sexualmente transmissíveis, como resultado da combinação dos factores biológicos e sociais que envolvem a adolescente. No parto muitas vezes ocorrem lacerações do trato genital e hemorragia pós-parto. As consequências psicossociais descritas na literatura são a interrupção escolar, a manutenção da pobreza, separação do pai da criança ou divórcio e nova gravidez (Dangal, 2006).

Para o recém-nascido existe duas vezes o risco de sofrer de baixo peso ao nascimento (>2500 g), quando comparado com mães adultas, e risco acrescido de traumatismos de parto, doença e atrasos do desenvolvimento físico e mental (Dangal, 2006).

Importante também não esquecer que nem todas as adolescentes assumem a sua criança, muitas vezes sujeitando-se ao aborto em condições desfavoráveis. A nível mundial estima-se que cerca de 2.2 a 4 milhões de adolescentes abortem, e contribuam em cerca de 14% para o total de abortos inseguros e ilegais, por toda a contextualização em seu redor, que lhes impede o acesso aos cuidados de saúde de qualidade (OMS, 2006).

Comunicação entre os Pais e o Adolescente

Etimologicamente, comunicação é derivada do latim “*communicare*”, que significa “partilhar algo, pôr em comum”. É um fenómeno inerente às relações dos seres vivos quando em grupo. Nos seres humanos, é uma função da actividade psíquica, relacionado com o pensamento, linguagem e desenvolvimento das capacidade psicossociais de relação, que permite influencia e ser influenciado ([http\\conceito.de/comunicação](http://conceito.de/comunicação)).

A comunicação entre os pais e o adolescente reveste-se de características muito próprias, traduzindo em última instância a qualidade da relação, existindo evidência da ponderação e influência positivas, quando assertiva, aberta e portanto adequada, relativa a adiamento do início da actividade sexual, bons resultados escolares, auto-estima, capacidade para resolver problemas de vida difíceis, decisão de usar o preservativo, conhecimento sobre síndrome de imunodeficiência adquirido, maturidade moral, papel activo quando lidam com stress e expressão de opiniões e ideias (Guilamo-Ramos, 2009; Riesch, 2003).

A adolescência tem a particularidade de tornar os pais, que eram a principal fonte de conforto, calma e segurança da criança, em fonte de tensão e mal estar. De facto, tudo isto acontece porque “o adolescente precisa de se separar daqueles com quem tem necessidade de se identificar” (Braconier, 2000, p.70).

Atendendo a que nenhuma estratégia por si só é considerada mais eficaz nesta problemática (Oringanje, 2010), estratégias eficazes de prevenção dirigem-se em primeiro lugar ao retardar do início da actividade sexual e diminuição dos casamentos precoces, em segundo lugar à prevenção da gravidez nos adolescentes com actividade sexual estabelecida e em terceiro lugar à manutenção do bem-estar dos adolescentes pais e prevenção de novas gravidezes, percebemos que os pais têm um papel fundamental na prevenção da gravidez na adolescência (Dangal, 2006; Beretta, 2011).

O tipo de relação estabelecida entre os adolescentes e os pais é descrito como factor de risco ou de prevenção conforme se processa. Os adolescentes criados sob disciplina autoritária demonstraram consistentemente mais comportamentos seguros e menos comportamentos de risco comparados a adolescentes vindos de famílias não autoritárias. O modelo dos pais e comportamentos relacionados à afectividade, comunicação familiar e práticas disciplinares, predizem importantes mediadores na formação do adolescente, incluindo o desenvolvimento académico e o ajuste psico-social. Isto é importante para a prática de enfermagem pois permite pensar que avaliações cuidadosas de modelos padrões de pais em diversas populações, será uma próxima etapa crítica no desenvolvimento de intervenções eficazes e culturalmente adaptadas, na promoção de saúde a adolescentes, reforçando assim a coerência, aplicabilidade e viabilidade deste estudo (Newman, 2008).

PLANEAMENTO DO TRABALHO DE CAMPO

Como já referi a questão em formato PI[C]O (Melnik,2005) que estruturei é: Quais as intervenções de enfermagem do EESMOG (I) a desenvolver nos pais de adolescentes grávidas (P) que contribuem para a prevenção de uma nova gravidez (O)?

Finalidade e Objectivos

Este estudo tem como finalidade contribuir para a diminuição da recorrência da gravidez na adolescência.

O objectivo geral do estudo é o desenvolvimento de competências de competências na área da prevenção da gravidez na adolescência.

Os objectivos específicos são:

- Aprofundar conhecimentos na área da gravidez na adolescência, através da realização de uma revisão sistemática da literatura.
- Capacitar os pais com estratégias e atitudes promotoras da prevenção de uma nova gravidez.

Para dar cumprimento a estes objectivos pretendo:

- Elaborar uma revisão sistemática da literatura
- Observar padrões de comunicação e relação patentes entre pais e adolescentes durante os ensinamentos clínicos, registando essas interações num instrumento que irei elaborar, um guia de observação. Completar esta observação entrevistas semi-estruturadas aos pais.
- Delinear estratégias que facilitem a comunicação entre pais e adolescentes.

Durante o ensino clínico IV, em bloco de partos, irei desenvolver o plano de actividades que apresento em anexo (anexo I), que agrega os objectivos e actividades descritos acima e os relativos ao ensino clínico.

Metodologia e plano de trabalho

Usarei então a revisão sistemática da literatura para apresentar a evidência científica relativa ao tema, que será relacionado com a análise que efectuarei das minhas notas de campo, como forma de traduzir este fenómeno no que ele representa na prática clínica.

Para a revisão sistemática da literatura utilizarei o metapesquisador EBSCO, com acesso a três bases de dados: CINAHL (*Plus with Full Text*), MEDLINE (*Plus with Full Text*), e Cochrane Database of Systematic Reviews. Usarei também a base de dados SCielo e simultaneamente procurarei listagens de teses e ou dissertações de mestrado ou monografias de doutoramento, não publicadas, assim como efectuarei uma pesquisa manual de publicações periódicas das bibliotecas da escola.

Efectuarei a pesquisa nas bases com os seguintes descritores: *Parents, Parental attitudes, adolescent behavior, parenting, parent-child relations, parenting, parents, communication, Pregnancy in adolescence e nursing interventions.*

Serão incluídos os estudos que abordem intervenções direccionadas aos pais de adolescentes grávidas, que previnam a repetição da gravidez, que estejam em texto completo, com resumo disponível e em PDF.

Serão excluídos artigos com metodologia pouco clara, não relacionados com a problemática e que estejam em língua diferente do português ou inglês.

Farei ao longo dos ensinamentos clínicos um registo em notas de campo das situações relacionadas com a problemática de forma a poder utilizá-las, no documento final. No desenvolvimento deste projecto tentarei assegurar o máximo rigor metodológico, identificando sempre que necessário as limitações reconhecidas.

Apresenta-se em anexo o cronograma de actividades previsto (anexo II).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este projecto de investigação exigiu um grande esforço e dedicação da minha parte, por um lado devido à condição de iniciada nesta área, e por outro lado na decisão relativa à problemática a estudar.

A gravidez na adolescência é uma questão amplamente estudada, devido às suas implicações no bem-estar materno-fetal e da família. Interessa-me no entanto entender a problemática pelo prisma menos estudado. É claro para mim que a responsabilidade deste acontecimento relaciona-se intimamente com a comunicação (ou falta dela) entre pais e adolescente, pelas mais variadas razões, incluindo por falta de vontade ou conhecimento de ambos. Interessa entender de que forma podemos intervir para que o problema não se perpetue.

Os ensinamentos clínicos em geral constituem para mim um desafio especial, pois a minha experiência profissional não abrangeu, até agora, nenhuma destas áreas da prestação de cuidados em Enfermagem. Espero no seu decorrer proceder à recolha de informação pertinente para enriquecer o conhecimento sobre esta questão.

Este projecto é fruto de um trabalho individual que vai ao encontro das minhas expectativas e necessidades, profissionais e pessoais, no âmbito do meu percurso formativo neste Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia. Espero ter tornado este projecto um documento orientador do percurso a que me proponho durante os ensinamentos clínicos, de forma a ser a base do Relatório Final de Estágio Final.

BIBLIOGRAFIA

Alligood, Martha Raile; TOMEY, Ann Marriner (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra*. Loures: Lusociência, ISBN 972-8383-74-6.

Amadio, Italo; (2002). *O DICIONÁRIO DE TERMOS MÉDICOS E DE ENFERMAGEM*. 1ª edição Editora Rideel. ISBN 978-75-339-0525 -2

Arthur, Angela; et tal (2007). Teenage mothers' experiences of maternity services: a quaiitative study. *British Journal Of Midwifery*, November 2007, Vol 15, No 11. ISSN 0969-4900. Available from: CINAHL Plus with Full Text. Recuperado a 25 de Julho de 2011

Bachion, Maria Márcia; Pereira, Ângela Lima (2006). Atualidades em revisão sistemática de literatura, critérios de força e grau de recomendação de evidência. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. Porto Alegre. Vol. 27, nº 4. (Dezembro 2006) p. 491- 498.

Barnet, B. et al (2009). Motivational Intervention to Reduce Rapid Subsequent Births to Adolescent Mothers:A Community-Based Randomized Trial. *Annals of Family Medicine*, 7 (5). 436-445. Setembro – Outubro 2009. ISSN Online 1544-1717. Available from: CINAHL Plus with Full Text.

Beretta, Maria Isabel Ruiz; e tal; (2011). A contextualização da gravidez na adolescência em uma maternidade de São Carlos/SP *Revista Eletronica Enfermagem* [Internet]. 13(1):90-982011 jan/mar;. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n1/v13n1a10.htm> recuperado a 25 de Julho de 2011

Braconier, A.; Marcelli, D.; (2000). *As mil faces da adolescência*. 1ª edição. Lisboa: CLIMEPSI ISBN 972-8449-56-9

Dangal, G. (2006). TEENAGE PREGNANCY: COMPLEXITIES AND CHALLENGES. *Journal of Nepal Medical Association*, 45. Apr – Jun. ISSN: 00282715. Available from: CINAHL Plus with Full Text. Recuperado a 25 de Julho de 2011

Fortin, Marie Fabienne (1999). *O processo de investigação da concepção à realização*. Lisboa: Lusociência. ISBN 972-8383-10-X.

Guerra, Isabel (1994). *Introdução à Metodologia de Projecto* (doc. Int.), CET, Lisboa

Citado em <http://www.cfpa.pt/cfppa/pes/meterelatorios.pdf> recuperado a 25 de Julho de 2011

Graça, Luís Mendes (2010). *Medicina Materno-Fetal*. 4ª Edição. Lisboa: Lidel, Edições Técnicas, Lda. ISBN 978-972-757-325-7

Guilamo-Ramos, V. (2009). Working with parents to promote healthy adolescent sexual development. *The Prevention Researcher*. Vol 16 (4) Available from: CINAHL Plus with Full Text. Recuperado a 5 de Fevereiro

Imagem da capa disponível em <http://static.photaki.com/m%C3%A3e-gravida-com-seu-ursinho-de-pelucia-445580.jpg> Acedido em 25 de Janeiro de 2012.

Junqueira, M. (2008). *Discursos Femininos sobre a Sexualidade Durante a Gravidez – um Estudo na Maternidade Dr. Alfredo da Costa*. Lisboa. Universidade Aberta, Tese de Mestrado.

Loff, Ana. *Guia* (1999). *Prático para a elaboração de Currículos e Relatórios Críticos de Actividades*. Coimbra. 1ª Edição. ISBN: 972-8485-08-5.

Lowdermilk, Deitra L.; Perry, Shannon E. *Enfermagem na Maternidade*. 7ª edição. Loures: Lusodidacta, 2006. ISBN 978-989-8075-16-1

Melnyk B, Fineout-Overholt E. *Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice* [monograph on the Internet]. Philadelphia, Pennsylvania: Lippincott Williams & Wilkins; 2005. [cited December 17, 2010]. Available from: CINAHL Plus with Full Text.

Lopes, M. (2000). *Concepções de Enfermagem e Desenvolvimento Sócio-Moral - alguns dados e implicações*. Lisboa: Universidade Aberta. Tese de mestrado.

Mngadi, Patricia Thuli; e tal (2003). Family and community support to adolescent mothers in Swaziland. *Journal of Advanced Nursing*, 43(2), 137–144. ISSN 0309-2402. Available from: CINAHL Plus with Full Text. Recuperado a 25 de Julho de 2011

Mocellin, Ana Silvia; et al (2010). Efetividade das ações voltadas à diminuição da gravidez não-planejada na adolescência: revisão da literatura. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, Recife, 10 (4): 407-416 out. / dez., 2010. ISSN 1806-9304. Available from: sciELO. Recuperado a 25 de Julho de 2011

Population Monitoring 1996: Selected Aspects of Reproductive Rights and Reproductive Health. New York: United Nations publication, Sales No.E.97.XIII.5.

Newman, Kathy; (2008). RELATIONSHIPS BETWEEN PARENTING STYLES AND RISK BEHAVIORS IN ADOLESCENT HEALTH: AN INTEGRATIVE LITERATURE REVIEW *Revista Latino-Americana de Enfermagem*; 16(1):142-50 Janeiro-Fevereiro. ISSN 0104-1169. Disponível em www.eerp.usp.br/rlae Recuperado a 25 de Julho de 2011

Organização Mundial de Saúde (1986). *The WHO study group on young people and health for all by the year 2000. Young people's health-a challenge for society*. Geneva: World health organization, WHO technical report series No. 731.

Oringanje, C.; et tal (2010). *Interventions for preventing unintended pregnancies among adolescents (Review)*. The Cochrane Library. 2010. Issue 1. ISSN: 1465-1858. Available from: CINAHL Plus with Full Text. Recuperado a 25 de Julho de 2011

Regulamento nº127/2011 - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica. *Diário da República, 2ª Série*, 35 (2011-02-08) 8662-8666

Riesch, S.; Jackson, N.; Chanchong, W. (2003). Communication Approaches to Parent-Child Conflict: Young Adolescence to Young Adult. *Journal of Pediatric Nursing* vol.18 (4) Available from: CINAHL Plus with Full Text. Recuperado a 5 de Fevereiro

Organização Mundial de Saúde (2006). *Pregnant adolescents : delivering on global promises of hope*. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. ISBN 92 4 159378 4 Disponível em http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241593784_eng.pdf recuperado a 25 de Julho de 2011

Raj, Acharya Dev; et al (2010). Factors associated with teenage pregnancy in South Asia: a systematic review. *Health Science Journal*. V.4 (issue 1) pp:3-14 E-ISSN:1791-809X. Available from: CINAHL Plus with Full Text. Recuperado a 25 de Julho de 2011

Regulamento nº127/2011 - *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica*. **Diário da República, 2ª Série**, 35 (2011-02-08) 8662-8666

Tsai, Yun-Fang; Wong, Thomas K.S. (2003) - Strategies for resolving aboriginal adolescent pregnancy in eastern Taiwan. *Journal of Advanced Nursing*, 41(4), 351–357. ISSN 0309-2402. Available from: CINAHL Plus with Full Text. Recuperado a 25 de Julho de 2011

Unicef (2004). *A Convenção sobre os Direitos da Criança* disponível em http://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf recuperado a 25 de Julho de 2011-07-28

Anexos

Anexo I – Planeamento de Actividades

Plano de Actividades para o Ensino Clínico IV

Objectivo: Desenvolver competências técnico-científicas e relacionais que permitam a prestação de cuidados de enfermagem especializados à mulher, durante o período pré-natal, promotores do bem-estar materno-fetal.

Competências	Ação Primária	Ação Secundária	Ação Terciária	Resultados esperados
<p>Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal (OE, 2011)</p> <p>Fornecem cuidados pré-natais de alta qualidade de forma a maximizar a saúde durante a gravidez, incluindo a deteção precoce e tratamento ou referenciação de complicações (ICM, 2002)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Consulta de documentação existente no serviço utilizada na prestação de Cuidados de Enfermagem especializados; - Revisão bibliográfica; - Observação directa da prestação de cuidados de enfermagem e do circuito da utente e acompanhante; - Acolhimento à grávida e acompanhante; - Entrevista com a grávida para colheita de dados e identificação de necessidades afectadas/problemas; - Consulta de toda a informação relativa à vigilância de Saúde (Boletim de Saúde da Grávida, Exames Complementares de Diagnóstico, Registos Informáticos); - Realização de registos de enfermagem no processo clínico para promoção da continuidade dos cuidados; - Esclarecimento de dúvidas e informação à grávida e acompanhante, numa perspectiva de educação para a saúde, adequada à idade gestacional e necessidades identificadas; - Informação sobre sinais e sintomas de risco e de recurso à Urgência Obstétrica; - Apoio psicológico e emocional à grávida e acompanhante, se necessário; - Informação à grávida e acompanhante sobre os cuidados de enfermagem especializados (consentimento informado), permitindo o esclarecimento de dúvidas e incentivando a emissão de opiniões; - Promoção da privacidade da grávida; - Promoção do aleitamento materno; 	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliação de bem-estar materno-fetal; - Registo, avaliação e interpretação do registo cardiocotográfico, de forma a detectar precocemente situações de desvio da normalidade no que respeita à FCF e à dinâmica uterina; - Realização e interpretação de exame bimanual, se necessário e pertinente, para avaliação de cervicometria, alterações obstétricas e ginecológicas e características do pavimento pélvico; - Vigilância de integridade das membranas e característica de LA; - Deteção precoce de desvios da gravidez fisiológica, referenciando à equipa multidisciplinar; - Promoção de medidas de controlo não farmacológico da dor e desconfortos; - Vigilância da grávida com patologia associada, identificando precocemente sinais de alerta e referenciando à equipa multidisciplinar; - Cooperação com a equipa multidisciplinar no tratamento de complicações pós aborto ou morte fetal; - Colaboração com a equipa multidisciplinar na administração de terapêutica prescrita ou segundo protocolo; 	<ul style="list-style-type: none"> - Prestação de apoio psicológico e encaminhamento para outros profissionais se necessário em situações de abortamento ou morte fetal; - Referenciação das situações para além da área de actuação à equipa multidisciplinar; 	<ul style="list-style-type: none"> - Aquisição e desenvolvimento de competências para a prestação de cuidados especializados à mulher e família, durante o período pré-natal; - Identificação precoce de situações de risco e desenvolvimento de estratégias para as minimizar ou solucionar. - Colaboração para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem especializados - Aquisição de novos conhecimentos e consolidação dos adquiridos, através da observação da prestação de cuidados, da pesquisa da literatura e revisão de conhecimentos e da prestação de cuidados - Desenvolvimento da capacidade de reflexão sobre a prática clínica e situações vividas - Mobilização da revisão da literatura e evidência científica para a prestação de cuidados de enfermagem especializados e fundamentados, de qualidade crescente - Compreensão e adequação dos cuidados de enfermagem especializados às necessidades da grávida de forma a minimizar os riscos
Avaliação	Reflexão individual. Avaliações formativa e sumativa. Relatório de Ensino Clínico			

Objectivo: Desenvolver competências técnico-científicas e relacionais que permitam a prestação de cuidados de enfermagem especializados à parturiente e acompanhante, durante o trabalho de parto, em partos eutócicos, distócicos e com patologia associada

Competências	Ação Primária	Ação Secundária	Ação Terciária	Resultados esperados
<p>Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto (OE, 2011)</p> <p>Fornecem, sendo sensíveis à cultura da mulher e família, cuidados de alta qualidade durante o trabalho de parto, efectuando o parto de forma segura e dominam situações de emergência no sentido de maximizar a saúde da mulher e seu recém-nascido (ICM, 2002)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Consulta de documentação existente no serviço utilizada na prestação de Cuidados de Enfermagem especializados; - Revisão bibliográfica; - Observação directa da prestação de cuidados de enfermagem e do circuito da parturiente e acompanhante; - Acolhimento à parturiente e acompanhante; - Entrevista com a parturiente para colheita de dados e identificação de necessidades afectadas/problemas; - Entrevista com a parturiente para identificação de expectativas e desejos para o TP e Parto ou discussão da viabilidade do plano de parto, caso exista; - Consulta de toda a informação relativa à vigilância de Saúde (Boletim de Saúde da Grávida, Exames Complementares de Diagnóstico, Registos Informáticos); - Realização de registos no processo clínico; - Esclarecimento de dúvidas e informação à parturiente e acompanhante, numa perspectiva de educação para a saúde; - Promoção do envolvimento do acompanhante no TP e Parto; - Prestação de apoio psicológico e emocional à parturiente e acompanhante durante os 4 estádios do TP, se necessário; - Promoção de ambiente seguro durante os 4 estádios do TP; - Informação à parturiente e acompanhante sobre os cuidados de enfermagem especializados (consentimento informado), permitindo o esclarecimento de dúvidas e incentivando a emissão de opiniões; - Promoção da privacidade da parturiente; - Promoção de contacto pele-a-pele e vinculação precoce; - Promoção do aleitamento materno; 	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliação de bem-estar materno-fetal; - Registo, avaliação e interpretação do registo cardiotocográfico, para detecção precoce de situações de risco no que respeita à FCF e à dinâmica uterina; - Realização e interpretação de exame bimanual, se necessário e pertinente, para avaliação de cervicometria, alterações obstétricas e ginecológicas e características do pavimento pélvico, bem como apresentação fetal, prolapso de cordão umbilical ou procedência de membros; - Vigilância de integridade das membranas e característica de LA; - Promoção de medidas de controlo não farmacológico e farmacológico da dor; - Vigilância da evolução dos 4 estádios do trabalho de Parto e registos no processo clínico (Partograma); - Colaboração com a equipa multidisciplinar na administração de terapêutica prescrita ou segundo protocolo; - Detecção precoce de alterações da evolução normal do 1º estádio do trabalho de parto; - Realização do parto, de apresentação cefálica, em ambiente calmo e seguro; - Realização de episiotomia, se necessário; - Colheita de sangue do cordão umbilical se grávida com factor Rhesus negativo, grupo 0 ou para criopreservação de células estaminais; - Verificação da integridade de placenta e membranas após dequitação; - Verificação das características e integridade do cordão umbilical; - Avaliação da integridade do canal de parto; - Aplicação de técnicas de reparação do canal de parto, se necessário; - Identificação precoce de complicações pós-parto e actuação de acordo com a situação; - Vigilância da formação do Globo de Segurança de Pinard; - Vigilância de características e quantidade de perdas hemáticas; 	<ul style="list-style-type: none"> - Promoção de medidas de controlo não farmacológico da dor; - Colaboração com a equipa multidisciplinar na implementação de medidas farmacológicas de alívio da dor; - Referenciação das situações de risco e alterações da evolução normal do trabalho de parto à equipa multidisciplinar; - Informação à parturiente sobre exercícios de Kegel e Globo de Segurança de Pinard, numa perspectiva de educação para a saúde e auto-vigilância; - Informação sobre sinais e sintomas de risco no puerpério e de recurso à Urgência Obstétrica; - Visita à puérpera no serviço de internamento, numa perspectiva de educação para a saúde e avaliação dos cuidados de enfermagem, por mim, prestados na Sala de Partos; 	<ul style="list-style-type: none"> - Aquisição e desenvolvimento de competências para a prestação de cuidados especializados à mulher, RN e família, durante os 4 estádios do trabalho de parto; - Identificação precoce de situações de risco e desenvolvimento de estratégias para as minimizar ou solucionar. - Colaboração para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem especializados - Aquisição de novos conhecimentos e consolidação dos adquiridos, através da observação da prestação de cuidados, da pesquisa da literatura e revisão de conhecimentos e da prestação directa de cuidados - Desenvolvimento da capacidade de reflexão sobre a prática clínica e situações vividas - Mobilização da revisão da literatura e evidência científica para a prestação de cuidados de enfermagem especializados e fundamentados, de qualidade crescente - Compreensão e adequação dos cuidados de enfermagem especializados às necessidades da parturiente e acompanhante de forma a minimizar os riscos
Avaliação	Reflexão individual. Avaliações formativa e sumativa. Relatório de Ensino Clínico			

Objectivo: Desenvolver competências técnico-científicas e relacionais que permitam a prestação de cuidados de enfermagem especializados ao RN na adaptação/optimação à vida extra-uterina

Competências	Ação Primária	Ação Secundária	Ação Terciária	Resultados esperados
<p>Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto, no sentido de optimizar a saúde do recém-nascido na sua adaptação à vida extra-uterina (OE, 2011)</p> <p>Fornecem, sendo sensíveis à cultura da mulher e família, cuidados de alta qualidade durante o trabalho de parto, efectuando o parto de forma segura e dominam situações de emergência no sentido de maximizar a saúde da mulher e seu recém-nascido (ICM, 2002)</p> <p>Fornecem, sendo sensíveis à cultura da mulher e família cuidados abrangentes e compreensivos, essencialmente ao recém-nascido saudável, do nascimento até aos dois meses de idade (ICM, 2002)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Consulta de documentação existente no serviço utilizada na prestação de Cuidados de Enfermagem especializados; - Revisão bibliográfica; - Preparação e verificação do material necessário para o RN antes do parto, incluindo material de reanimação; - Registo da hora de nascimento; - Promoção da vinculação precoce mãe-filho - Promoção do aleitamento materno - Realização de registos de enfermagem no processo clínico para promoção da continuidade dos cuidados; 	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliação do RN após o parto (Índice de Apgar) ao 1º, 5º e 10º minuto de vida; - Colocação do RN em contacto pele-a-pele com a mãe (de acordo com desejo e validação prévia) - Prestação de cuidados imediatos ao RN: <ul style="list-style-type: none"> .Secagem e limpeza de pele; .Estimulação táctil; .Desobstrução da via aérea; .Aquecimento; .Observação física para rastreio de malformações; .Verificação de eliminação vesical e intestinal e rastreio de anús imperfurado; .Avaliação de reflexos neurológicos; .Avaliação de peso; .Administração de vitamina K (IM), segundo protocolo; . Profilaxia oftálmica, segundo protocolo; . Identificação do RN com pulseira de identificação e pulseira electrónica (na presença da parturiente ou acompanhante); - Vigilância do RN para detecção precoce de desvios de saúde; <p>Prestação de cuidados imediatos ao RN, em situação de risco, nomeadamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> . Realização de manobras de reanimação, se necessário; . Administração de terapêutica de emergência; . Entubação oro-gástrica para aspiração e lavagem na presença de mecónio; <ul style="list-style-type: none"> - Transferência para Unidade de Neonatologia, se necessário; 	<ul style="list-style-type: none"> - Informação à mãe e acompanhante sobre os procedimentos e promoção de apoio psicológico e emocional. - Referenciação das situações de risco à equipa multidisciplinar, nomeadamente índice de Apgar desfavorável, malformações ou riscos infecciosos; - Informação à parturiente sobre aleitamento materno e sinais de boa pega, numa perspectiva de educação para a saúde e promoção da manutenção do aleitamento materno; - Informação à parturiente sobre importância e benefícios do contacto pele-a-pele no primeiro mês de vida, numa perspectiva de educação para a saúde e promoção da vinculação precoce; 	<ul style="list-style-type: none"> - Aquisição e desenvolvimento de competências para a prestação de cuidados especializados ao RN e família, durante os 4 estádios do trabalho de parto - Identificação precoce de situações de risco e desenvolvimento de estratégias para as minimizar ou solucionar. - Colaboração para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem especializados - Aquisição de novos conhecimentos e consolidação dos adquiridos, através da observação da prestação de cuidados, da pesquisa da literatura e revisão de conhecimentos e da prestação de cuidados - Desenvolvimento da capacidade de reflexão sobre a prática clínica e situações vividas - Mobilização da revisão da literatura e evidência científica para a prestação de cuidados de enfermagem especializados e fundamentados, de qualidade crescente - Compreensão e adequação os cuidados de enfermagem especializados às necessidades do RN de forma a minimizar os riscos
Avaliação	Reflexão individual. Avaliações formativa e sumativa. Relatório de Ensino Clínico			

Objectivo: Desenvolvimento de competências na área da prevenção da gravidez na adolescência.

Competências	Acção Primária	Acção Secundária	Acção Terciária	Resultados esperados
<p>Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal</p> <p>Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto;</p> <p>Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal;</p> <p>Cuida o grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade.</p> <p>(OE, 2011)</p> <p>Têm o conhecimento e o conhecimento necessário das ciências sociais, saúde pública e ética que formam a base de cuidados de alta qualidade, culturalmente relevante apropriado para as mulheres, recém-nascidos e famílias em idade reprodutiva.</p> <p>Fornecem educação para a saúde de alta qualidade, culturalmente sensíveis e serviços para toda a comunidade, a fim de promover uma vida familiar saudável, gravidez planeada e parentalidade positiva.</p> <p>(ICM, 2002)</p> <p>Avaliação</p>	<p>-Elaborar uma revisão sistemática da literatura sobre o tema</p>	<p>- Observar padrões de comunicação e relação patentes entre pais e adolescentes durante os ensinamentos clínicos, registrando essas interações num instrumento que irei elaborar, um guia de observação. Completar esta observação entrevistas semi-estruturadas aos pais.</p>	<p>-Capacitar os pais para comunicar na altura certa, com o conteúdo adequado ao desenvolvimento do adolescente, com a frequência necessária, com a consciência das mensagens enviadas.</p> <p>-Identificar com ambos os grupos os temas que geram discórdia.</p>	<p>- Aquisição e desenvolvimento de competências de intervenção na comunicação entre pais e adolescentes grávidas</p> <p>- Identificação precoce de situações de risco e desenvolvimento de estratégias para as minimizar ou solucionar.</p> <p>- Colaboração para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem especializados</p> <p>- Aquisição de novos conhecimentos e consolidação dos adquiridos, através da observação da prestação de cuidados, da pesquisa da literatura e revisão de conhecimentos e da prestação de cuidados</p> <p>- Desenvolvimento da capacidade de reflexão sobre a prática clínica e situações vividas</p> <p>- Mobilização da revisão da literatura e evidência científica para a prestação de cuidados de enfermagem especializados e fundamentados, de qualidade crescente</p> <p>- Compreensão e adequação os cuidados de enfermagem especializados às necessidades da grávida adolescente</p>
	Reflexão individual. Avaliações formativa e sumativa. Relatório de Ensino Clínico			

Anexo II – Cronograma de Actividades

Cronograma de actividades

	2011						2012							
	ABR/JUN	JUL	AGO/SET	OUT	NOV	DEZ	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	SET
Escolha da temática														
Pesquisa bibliográfica e revisão da literatura														
Reuniões tutoriais	6/6					27	26	10						
Elaboração do projecto de estágio		29												
Inscrição do projecto								até 15						
Desenvolvimento de competências														
Avaliação das competências														
Elaboração do Relatório do Ensino Clínico IV														
Apresentação e discussão Pública do Relatório do Ensino Clínico IV														*

* a definir

Nota de Campo 1

24 de Março de 2012, Turno da Tarde

DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO

NOTAS DO OBSERVADOR

Este é o meu 9º turno de estágio e já passou quase um mês desde o início! E depois de vários turnos sem utentes hoje isto tá um caos, com 4! Recebi o turno e percorri as salas para conhecer as parturientes e apresentar-me como sempre faço. Terminei na sala 1 onde segundo informação transmitida pelas colegas do turno da manhã se encontra a J. uma adolescente de 16 anos acompanhada pelo namorado, também pai da RN, o P. de 17 anos. Entrei na sala de parto e à minha frente tenho o P. debruçado na cama a fazer “festinhas” na cabeça da J. “Boa tarde. Sou a Enfª. Carla Cristino, sou aluna da especialidade de saúde materna e vou ficar convosco até às 24h se estiverem de acordo” disse-lhes sorrindo com aquela imagem. “Ah, ainda bem, as estudantes são sempre mais meiguinhas...” diz P. A bebé chama-se N. Apresentações feitas...”

É importante estabelecer uma relação baseada no respeito, no apoio contínuo e numa comunicação empática, verdadeira e realista sem que a enfermeira se torne nem num dos pais nem num dos elementos do grupo de pares

“E as contrações como estão?” perguntei. “Ela tá outra vez com dor Enfª mas ela é que não quer dizer...” refere P. “Então? perguntei. “É verdade Enfª, isto aliviou logo a seguir à epidural mas agora estou outra vez com a dor a aumentar” respondeu finalmente J. Expliquei a necessidade de realizar a observação ginecológica com a qual concordou. A dilatação estava quase completa mas eu palpava um pequeno rebordo.

Na adolescência intermédia marcada pelo pico do conflito com o mundo adulto, a independência é o seu marco principal, embora necessitem de validação constante por vezes não admitem voluntariamente a necessidade de ajuda e alívio das queixas algícas pelo que deve existir a preocupação de questionar diretamente, antecipando a questão.

Fui até junto da minha orientadora e pedi-lhe para confirmar a minha avaliação, o que esta fez de imediato. Validei a administração de terapêutica de acordo com o protocolo existente. Fui até junto da adolescente e expliquei que o parto estava iminente, mas como esta referia queixas ia administrar terapêutica analgésica mas que não poderíamos reforçar a analgesia epidural

O alívio da dor através de métodos farmacológicos e não farmacológicos é considerado muito importante pelas adolescentes.

E sentei-me junto aos dois... Entre contrações cada vez mais frequentes lembrava a necessidade de relaxar, respirar adequadamente, molhar os lábios ...

As adolescentes podem necessitar de mais apoio emocional durante a gravidez e o trabalho de parto O apoio à pessoa significativa/acompanhante é considerado também importante.

Cerca de 20 minutos depois a J. diz que algo está diferente, tem vontade de evacuar e fica subitamente agitada... explico que chegou o momento de conhecer a RN e pode começar os esforços expulsivos respeitando o seu corpo.

É importante quando a mulher é submetida a analgesia epidural explicar os mecanismos naturais do parto afetados e aqueles que se conservam.

O parto foi rápido... Às 17h12m nasce a N. com

2950g com de parto eutócico com APGAR de 9/10/10 ao 1º, 5º e 10º minuto. À observação constatou-se um laceração de grau I muito pequena, não sangrante e sem necessidade de sutura. A dequitação foi completa e natural. As perdas hemáticas foram moderadas e útero estava bem contraído.

A RN foi colocada de imediato em contato pele a pele de acordo com a decisão da mãe. A amamentação foi iniciada logo após os primeiros cuidados ao RN ainda na sala de parto, cerca de 15 minutos após o parto.

A promoção da vinculação precoce é responsabilidade da EESMO e deve englobar, sempre que a utente assim o decida, o contato pele a pele e a amamentação precoce. O pai deve ser envolvido neste processo pois a vinculação também o engloba.

Momentos antes de ser transferida para a enfermaria de obstetria perguntei a J “Então, como acha que correu o parto?”, ao que esta respondeu “Desculpe pelos gritos, mas só me apetecia fugir daqui quando percebi que ia nascer... mas o que me disse ajudou-me a controlar...obrigada, e desculpe...”.

Respondi-lhe “Não tem que me pedir desculpa e o gritar nem reparei...somos todas diferentes no momento do parto sabe?”

Apesar de nesta faixa etária as adolescentes tentarem ter um comportamento similar aos adultos por vezes podem regredir a etapas do desenvolvimento anteriores.

Nota de Campo 2

25 de Março de 2012, Turno da Tarde

Descrição da Situação

Era o turno da tarde e o turno estava calmo. Tínhamos acabado de receber o turno e eu, como de costume, dirigi-me às salas de parto, para me apresentar às parturientes. Na sala 2 estava a N. de 17 anos, acompanhada pela mãe, em trabalho de parto. Disse o meu nome, expliquei que era aluna da ESMOG e que a iria acompanhar até às 24h se estivesse de acordo. A N. riu-se de imediato, dizendo (tal como já tinha ouvido outras senhoras várias vezes) que esperava que a essa hora já lá não estivesse também. Perguntei-lhe se tinha muitas contrações e se eram intensas, respondeu-me “Não, dá para aguentar ainda!”. A minha orientadora entrou nessa altura na sala de parto e apresentou-se também. Perguntámos então o sexo e o nome do bebé ao mesmo tempo que confirmávamos que todo o material estava pronto.

“É uma menina também, chama-se P.” respondeu. A minha orientadora pergunta então quem vai assistir ao parto, e é a mãe de N. que responde prontamente “Eu!”. E nessa altura a N. pergunta “Vão me ver agora?” ao que respondi “Para já não, passou apenas 45 minutos desde

Notas do observador

É importante estabelecer uma relação baseada no respeito, no apoio contínuo e numa comunicação empática, verdadeira e realista sem que a enfermeira se torne nem num dos pais nem num dos elementos do grupo de pares.

que foi observada a última vez, e não havendo alterações significativas não é pra já necessário". N. sorri e responde "Ainda bem, é tão incomodo!". Esclareço então sobre o que previsivelmente se irá passar de seguida e disponibilizo-me para esclarecer qualquer dúvida que surja, retirando-me da sala.

Deve ser proporcionado o trabalho de parto que a adolescente quiser, acompanhada de quem desejar, estabelecendo no entanto limites claros

Ao sair da sala uma das enfermeiras diz "é uma querida mas tem aspeto de tão novinha...é a lei das séries, andamos nesta fase, são os filhos dos meses de verão!"

A comunicação com a adolescente deve ser isenta de juízos de valor.

Assim que pude dirigi-me à sala de partos e sentei-me ao fundo da cama no banco onde mais tarde iria receber o RN de N. Com mais atenção pude constatar o entusiasmo da mãe de N. que demonstrava muito carinho pela filha ao mesmo tempo que utilizava estratégias não farmacológicas de alívio da dor, de forma empírica, fazendo festinhas na cabeça, massagem nas costas, respirando com a filha e molhando-lhe os lábios frequentemente.

As adolescentes podem necessitar de mais apoio emocional durante a gravidez e o trabalho de parto

De imediato N. verbalizou "o jeito que deu estar em trabalho de parto agora e que o bebé ia nascer mesmo atempo das férias da Páscoa, e que depois poderia voltar às aulas sem perder nada"

Perguntei-lhe "em que ano está?", e respondeu-me "no 10º ano e está a correr muito bem, faço questão de continuar a estudar, agora mais do que nunca". Argui que agora as coisas iam ficar um pouco diferentes com o RN, que era necessário um maior esforço e que era muito importante o apoio porque afinal de contas não precisamos de ser supermulheres"; N. sorriu respondendo que "a mãe a iria com certeza apoiar pois até estava desempregada e tinha muito gosto em ficar com o bebé enquanto vou à escola" ao mesmo tempo que a mãe afirmava, "claro que sim".

Perguntei outras coisas que para não tornar este registo exaustivo opto por não registar.

Perguntei então à mãe "Almoçou?" e ela respondeu "Não. Lá consigo comer!!!". Não quer ir alimentar-se que eu fico aqui com a N.?" perguntei. "Talvez mais tarde..." respondeu-me. Voltei a verbalizar a minha disponibilidade dizendo "se for preciso alguma coisa é só toca a campainha que eu venho".

O apoio à pessoa significativa/acompanhante é considerado também importante.

Alguns minutos mais tarde toca a campainha. Era a N. para me dizer que as contrações estavam mais fortes e que tinha vontade de evacuar. Expliquei a necessidade de realizar o toque vaginal, acedeu de imediato e perguntou "Então?". Respondi-lhe "Está com cerca de 7 cm e temos de ir até aos 10cm. Que tal levantar,

O alívio da dor através de métodos farmacológicos e não farmacológicos é considerado muito importante pelas adolescentes.

ir ao WC evacuar e sentar um pouquinho na bola de parto, para ajudarmos a mãe natureza?”. N. respondeu-me “Ah enfermeira era mesmo isso que eu estava a precisar!” e lá foi na companhia da mãe.

Cerca de 20 minutos mais tarde, N. voltou a tocar a campainha dizendo “ Preciso de me deitar que estou com muita dor!”. Expliquei que a ia reobservar pois o parto podia estar iminente, com o que concordou. E estava na hora a dilatação estava completa confirmei! “E agora?” perguntou N. Instruí então, dizendo-lhe que o seu corpo saberia o que fazer, só tinha de o respeitar, fazendo força na altura da contração, e daí a instantes estaríamos a conhecer a P.

É nesta fase que me apercebo que a mãe de N. e a minha orientadora não estão na sala, por breves instantes estamos sozinhas, para logo depois entrar a mãe, a minha orientadora e a enfermeira que ia receber o RN.

O parto foi rápido. Houve necessidade de realizar episiotomia e episiorrafia posterior por razões fetais, por líquido meconial tipo II. Segundo a minha orientadora “quando nesta idade o períneo não distende mesmo depois de lhe darmos uma oportunidade, tem mais probabilidade de lacerar”. A dequitação foi completa e natural. As perdas hemáticas foram moderadas e útero estava bem contraído. A P nasceu às 20.11 com 3260g de parto eutócico com APGAR de 9/10/10 ao 1º, 5º e 10º minuto.

Só nesta fase me ocorreu que aquele bebé tinha um pai. Onde andaria ele? Aparentemente na sala de espera depois de 40 semanas de negação da gravidez e do apoio, tinha caído em si e tinha vindo minutos antes do parto acontecer. Tinha sido por isso que a mãe e a minha orientadora tinham estado no período expulsivo fora da sala.

Quando N. passou para a sala de vigilância explicou-se o que tinha acontecido e perguntei-lhe se queria ver o pai de P. Respondeu-me “sim, claro que sim!” Foi então facilitado acesso ao pai da bebé. Passados alguns minutos no meio do corredor, ao olhar para esta tríade pensei “se não soubesse o que se acabou de passar avaliaria este quadro como o de uma família feliz a receber o seu RN, como tantas outras que aqui o fazem!”.

No dia seguinte, antes do meu turno começar dirigi-me ao serviço de obstetria e uma vez lá perguntei a N. “Então agora que já passou como foi o parto?”, ao que esta me respondeu “Agora acho que foi muito bom, agora que o pai

A promoção da vinculação precoce é responsabilidade da EESMO e deve englobar, sempre que a utente assim o decida, o contato pele a pele e a amamentação precoce. O pai deve ser envolvido neste processo pois a vinculação também o engloba.

O apoio do pai da criança foi percebido como um ganho do final do parto e o apoio que prestei foi sentido como adequado.

da P. está aqui comigo sem dramas, acho que vou conseguir ultrapassar os obstáculos que forem preciso... Não custou nadinha, foi um instantinho e estive sempre muito bem apoiada e... as dores não foram assim tão más! Agora é que me custa a mexer um bocadinho mas tudo passa quando olho para a P.”

APÊNDICE III – Objetivos, Atividades Propostas e Realizadas

OBJETIVOS, ATIVIDADES PROPOSTAS E REALIZADAS.

Nota: Com a finalidade de tornar a realização, análise e interpretação deste quadro mais adequadas e dado que existem atividades que se repetem em vários objetivos decidiu-se a sua localização onde se avalia como mais lógico e não repetição em objetivos posteriores.

Objetivo Específicos	Atividades Propostas	Atividades Realizadas
Desenvolver competências nos cuidados de enfermagem especializados à mulher/família com queixas do foro obstétrico e ginecológico que se dirigem à Urgência Obstétrica/ Ginecológica.	<ul style="list-style-type: none"> - Consulta de documentação existente no serviço utilizada na prestação de cuidados de enfermagem especializados; - Observação direta da prestação de cuidados de enfermagem e do circuito da utente e acompanhante; 	No início do ensino clínico e sempre que necessário consultei as normas e protocolos existentes no <i>dossier</i> de serviço.
	<ul style="list-style-type: none"> - Acolhimento à grávida e acompanhante; - Entrevista com a grávida para colheita de dados e identificação de necessidades afetadas/problemas; - Consulta de toda a informação relativa à vigilância de Saúde (Boletim de Saúde da Grávida, Exames Complementares de Diagnóstico, Registos Informáticos); - Realização de registos de enfermagem no processo clínico para promoção da continuidade dos cuidados; - Informação à grávida e acompanhante sobre os cuidados de enfermagem especializados (consentimento informado), permitindo o esclarecimento de dúvidas e incentivando a emissão de opiniões; - Promoção da privacidade da grávida; 	Sempre que estava disponível executei todas as atividades descritas de forma a realizar o internamento da grávida.
	<ul style="list-style-type: none"> - Esclarecimento de dúvidas e informação à grávida e acompanhante, numa perspectiva de educação para a saúde, adequada à idade gestacional e necessidades identificadas; - Informação sobre sinais e sintomas de risco e de recurso à Urgência Obstétrica; - Apoio psicológico e emocional à grávida e acompanhante, se necessário; - Detecção precoce de desvios da gravidez fisiológica, referenciando à equipa multidisciplinar; - Promoção de medidas de controlo não farmacológico da dor e desconfortos; - Colaboração com a equipa multidisciplinar na administração de terapêutica prescrita ou segundo protocolo; 	Em 5 turnos estive destacada no serviço de urgência de ginecologia e obstetrícia onde pude sistematizar e criar o meu próprio modo de acolher a grávida e acompanhante, bem como desenvolver competências na abordagem de urgência nestas áreas.
	<ul style="list-style-type: none"> - Vigilância da grávida com patologia associada, identificando precocemente sinais de alerta e referenciando à equipa multidisciplinar; - Cooperação com a equipa multidisciplinar no tratamento de complicações pós aborto ou morte fetal; 	Prestei cuidados especializados a 22 grávidas que não estando em trabalho de parto, ficaram durante o meu turno em vigilância de enfermagem, por patologia e/ou por não existir EESMOG no serviço de obstetrícia. Estas situações englobaram utentes com diagnóstico de pré-eclampsia, ameaça de parto pré-termo, hemorragia do 3º trimestre e falso trabalho de parto.
	- Prestação de cuidados especializados no serviço de urgência de ginecologia e obstetrícia	Durante os 5 turnos cuidei de 18 utentes grávidas, 5 puérperas e 6 mulheres com patologias do foro ginecológico.

<p>Desenvolver competências nos cuidados de enfermagem especializados à mulher/RN/família durante os quatro estádios do trabalho de parto</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliação de bem-estar materno-fetal; - Registo, avaliação e interpretação do registo cardiotocográfico, para deteção precoce de situações de risco no que respeita à FCF e à dinâmica uterina; - Realização e interpretação de exame bimanual, se necessário e pertinente, para avaliação de cervicometria, alterações obstétricas e ginecológicas e características do pavimento pélvico, bem como apresentação fetal, prolapso de cordão umbilical ou procedência de membros; - Vigilância de integridade das membranas e característica de LA; 	<p>Acompanhei um total 95 parturientes no 1º estágio de trabalho de parto, tendo realizado todas as atividades descritas.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> - Promoção de medidas de controlo não farmacológico e farmacológico da dor; 	<p>Sempre que possível as utentes foram convidadas a experimentar algumas estratégias não farmacológicas de relaxamento e alívio da dor durante o trabalho de parto, como a deambulação, a massagem realizada pelo marido, a deambulação, a mudança de posição, a utilização da bola de parto, a música e o controle da respiração através de técnicas instruídas na altura. Proporcionou-se também apoio, conforto e um ambiente seguro, com privacidade, com ruído e luminosidade reduzidas e temperatura adequada.</p> <p>De acordo com a vontade expressa e informada das parturientes colaborei com o anestesiológista na realização de analgesia epidural das 8h às 24h.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> - Deteção precoce de alterações da evolução normal do 1º estágio do trabalho de parto; - Referenciação das situações de risco e alterações da evolução normal do trabalho de parto à equipa multidisciplinar; 	<p>Foram identificadas e rapidamente referenciadas à equipa multidisciplinar, várias situações de sofrimento fetal, atraso na progressão de trabalho de parto, retenção placentar, incompatibilidade feto-pélvica, variedade fetal pouco favorável, entre outras.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> - Vigilância da evolução dos 4 estádios do trabalho de Parto e registos no processo clínico informático e partograma; - Realização do parto, de apresentação cefálica, em ambiente calmo e seguro; - Realização de episiotomia, se necessário; - Colheita de sangue do cordão umbilical se grávida com fator Rhesus negativo, grupo 0 ou para criopreservação de células estaminais; - Verificação da integridade de placenta e membranas após dequitação, bem como das características e integridade do cordão umbilical; - Avaliação da integridade do canal de parto e aplicação de técnicas de reparação do canal de parto, se necessário; - Identificação precoce de complicações pós-parto e atuação de acordo com a situação; - Vigilância da formação do Globo de Segurança de Pinard e de características e quantidade de perdas hemáticas; 	<p>Realização de 44 partos eutócicos de apresentação cefálica, 11 episiotomias e episiorrafias, reparação de 7 lacerações de grau I e 11 de grau II.</p> <p>Realização de 1 turno na sala de vigilância de puerpério e apoio em SOS à enfermeira generalista sob supervisão da EESMOG orientadora.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> - Informação sobre sinais e sintomas de risco no puerpério e de recurso à Urgência Obstétrica; - Visita à puérpera no serviço de internamento, numa perspectiva de educação para a saúde e avaliação dos cuidados de enfermagem, por mim, prestados na Sala de Partos; 	<p>Sempre que a distribuição dos meus turnos permitia, visitei as puérperas no serviço de obstetrícia. A maior parte das visitadas passaram no bloco de partos no momento da alta para se despedirem.</p>

Desenvolver competências nos cuidados de enfermagem especializados ao RN na adaptação/otimização à vida extrauterina	<ul style="list-style-type: none"> - Consulta de documentação existente no serviço utilizada na prestação de cuidados de enfermagem especializados; - Revisão bibliográfica; 	<p>No início do ensino clínico e sempre que necessário consultei as normas e protocolos existentes no <i>dossier</i> de serviço. Realizei o curso de Newborn Life Support com o UK Resuscitation Council em 2 de julho de 2012.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> - Preparação e verificação do material necessário para o RN antes do parto, incluindo material de reanimação; - Registo da hora de nascimento; - Avaliação do RN após o parto (Índice de Apgar) ao 1º, 5º e 10º minuto de vida; - Colocação do RN em contacto pele-a-pele com a mãe (de acordo com desejo e validação prévia) - Prestação de cuidados imediatos ao RN; - Vigilância do RN para deteção precoce de desvios de saúde; - Prestação de cuidados imediatos ao RN, em situação de risco, nomeadamente: <ul style="list-style-type: none"> . Realização de manobras de reanimação, se necessário; . Administração de terapêutica de emergência; . Entubação oro-gástrica para aspiração e lavagem na presença de mecónio; - Transferência para Unidade de Neonatologia, se necessário; 	<p>Sempre que a carga de trabalho permitia, verifiquei o material das salas de parto incluindo aquele relativo aos cuidados ao RN.</p> <p>Nos partos distócicos, naqueles em que não efetuei o parto e durante 1 turno, recebi os bebés e prestei os cuidados imediatos.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> - Promoção da vinculação precoce mãe-filho e do aleitamento materno. - Realização de registos de enfermagem no processo clínico para promoção da continuidade dos cuidados; - Informação à mãe e acompanhante sobre os procedimentos e promoção de apoio psicológico e emocional. - Referenciação das situações de risco à equipa multidisciplinar, nomeadamente índice de Apgar desfavorável, malformações ou riscos infecciosos; - Informação à parturiente sobre aleitamento materno e sinais de boa pega, numa perspectiva de educação para a saúde e promoção da manutenção do aleitamento materno; - Informação à parturiente sobre importância e benefícios do contacto pele-a-pele no primeiro mês de vida, numa perspectiva de educação para a saúde e promoção da vinculação precoce. 	<p>Após auscultação inicial das expectativas e desejos da mulher/casal e consentimento informado e esclarecido o bebé era colocado em contacto pele a pele após o nascimento, o cordão era cortado pela mãe/pai e a amamentação iniciada por vezes ainda antes da saída da mulher para a sala de vigilância (antes dos 30 m após o parto).</p>
	<p>Observação e participação nos cuidados prestados ao RN e família sujeitos a hospitalização no serviço de neonatologia, unidade de cuidados especiais do hospital</p>	<p>Decorreu no serviço de neonatologia, unidade de cuidados especiais do hospital de 25 a 28 de junho de 2012.</p>

<p>Desenvolver competências nos cuidados de enfermagem especializados à mulher adolescente com vista à diminuição das consequências físicas, psicológicas, sexuais e na área da prevenção</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Realização de revisão da literatura sobre a temática. - Aplicação de questionário a EESMOG do bloco de partos e tratamento dos dados obtidos. - Entrevistas informais às parturientes e aos EESMO/peritos na área da prestação de cuidados a adolescentes, de forma a perceber a sensibilidade para a problemática. - Observação e registo das interações das EESMOG com as adolescentes de forma enriquecer a informação obtida nos dados anteriores. - Prestação de cuidados diretos à parturiente adolescente. <p>Seleção e análise da problemática com professora orientadora.</p>	<p>Todas estas atividades foram desenvolvidas no decorrer do ensino clínico e as suas conclusões apresentadas em relatório.</p>
---	--	---

APÊNDICE IV – Quadro Resumo dos Artigos Seleccionados

Quadro Resumo dos artigos selecionados.

	Estudo 1	Estudo 2	Estudo 3
Título	Comparison of adolescent, young adult, and adult women's maternity experiences and practices	Representações Sociais de Adolescentes Mães Acerca do Momento do Parto	As práticas humanizadas desenvolvidas por enfermeiras obstétricas na assistência ao parto hospitalar
Ano, Autor, País	2012, Kingston D; Heaman M; Fell D; Chalmers B. Corporat, Canadá	2011, Vera Lúcia de Oliveira Gomes, Adriana Dora da Fonseca, Evelyn de Castro Roballo, Brasil	2010, Aline Bastos Porfírio, Jane Márcia Progianti, Danielle de Oliveira M. de Souza, Brasil
Objetivo do Estudo	Comparar as experiências de parto, conhecimento e comportamento de adolescentes, adultos jovens e mulheres através de uma amostra representativa do país.	Compreender as representações sociais de adolescentes mães, acerca do momento do parto.	Discutir as práticas incorporadas e desenvolvidas por enfermeiras após a implantação do modelo humanizado de assistência ao parto.
Participantes	N = 6421 mulheres	N=7 primigestas e primíparas entre os 12 e 18 anos	10 enfermeiras especialistas em saúde materna e obstetrícia.
Intervenções	Regressão logística e reamostragem dos dados do Canadian Maternity Experiences Survey.	Entrevistas semiestruturadas	Entrevistas semiestruturadas
Resultados	As adolescentes e jovens adultas têm mais probabilidade de serem vítimas de abuso físico nos 2 anos subsequentes, iniciam os cuidados pré-natais mais tarde, não tomam o ácido fólico antes da gravidez ou durante, têm comportamentos pré-natais mais pobres, têm taxas de cesarianas mais baixas, são menos adeptas da amamentação exclusiva e a sua duração é menos, sentem mais stress, sofrem de depressão pós-parto, e classificam a sua saúde e a do RN como pior do que as mulheres adultas.	As categorias encontradas foram: <u>“Expectativas em relação ao parto”</u> : aqui incluem-se os sonhos, medos e fantasias das adolescentes, fortemente influenciadas pela interação com familiares, vizinhas e amigas, através de informações intimidadoras as quais contribuíram significativamente para que as adolescentes ancorassem a proximidade do parto na dor e no sofrimento e objetivassem sob forma de medo e, muitas vezes, até mesmo pânico. <u>“Vivência do trabalho de parto”</u> : a maior parte das adolescentes relata um sentimento de solidão durante o trabalho de parto e constrangimento na exposição do corpo; já em relação à dor como sendo um fator inevitável, as mais jovens até se sentem orgulhosas pela capacidade de suportá-la em silêncio, o que consideram uma manifestação de força e autocontrole; quanto ao momento do nascimento a maioria das adolescentes descreve-o como um alívio, a cessação da dor e do sofrer, e a concretização do bebé real. Este estudo ressalta a importância da vigilância pré-natal como local privilegiado onde a adolescente, acompanhada pela pessoa significativa, poderá desconstruir os tabus, preconceitos e ideias fantasiosas, contribuindo assim para uma vivência positiva do momento do parto.	A análise dos relatos possibilitou a construção de 4 categorias: .práticas que promovem relaxamento e o alívio da dor no parto; .práticas que favorecem a progressão do feto; .práticas que estimulam o vínculo enfermeira-parturiente; .práticas que proporcionam a confiança e segurança à parturiente.
Nível de Evidência	Nível IV	Nível VI	Nível VI
Fonte	MEDLINE	SciELO	CINAHL

	Estudo 4	Estudo 5	Estudo 6
Título	Promoting a Positive Childbirth Experience for Adolescents	Vivências do Trabalho de Parto e Parto: Estudo comparativo entre adolescentes e mulheres adultas	Do Teenage Mothers Experience Childbirth as Traumatic?
Ano, Autor, País	2010, Donna J. Sauls, Estados Unidos da América	2010, Ana Paula Miller Brandão, Portugal	2008, Cheryl Anderson, Teena M. McGuinness, Estados Unidos da América
Objetivo do Estudo	Identificar e descrever as necessidades de suporte da adolescente que promovem uma experiência de parto positiva.	Compreender as vivências das adolescentes relativamente ao trabalho de parto e parto, quando comparadas com as das mulheres adultas	Avaliar sintomas de stress pós-traumático e de depressão pós parto 9 meses após o parto.
Participantes	185 adolescentes no pós parto imediato	N= 6 adolescentes e a 7 mulheres adultas	N=28 adolescentes entre os 15 e os 19 anos
Intervenções	Para a componente quantitativa o Bryanton Adaptation of the Nursing Support in Labor Questionnaire-Adolescents. Para a componente qualitativa entrevista semiestruturada	Entrevistas semiestruturadas	Entrevistas telefónicas
Resultados	A intervenção identificada como de maior suporte foi o alívio da dor. A análise dos relatos possibilitou a construção de 4 categorias: .cuidados de enfermagem baseados no respeito .assistência com controle da dor .suporte da enfermeira à pessoa significativa/acompanhante da parturiente adolescente. .orientação durante o trabalho de parto.	As vivências do trabalho de parto e parto na adolescência, não divergem muito das vivências da mulher adulta. As categorias relatadas por ambas as mães adolescentes e adultas, relacionam-se com os sentimentos vivenciados no trabalho de parto e parto, como a dor, o medo, a ansiedade, assim como as expectativas relativamente à analgesia epidural, à presença do acompanhante, aos cuidados na sala de partos. O que é diferente para as adolescentes é que estas referem a família como suporte fundamental nesta fase das suas vidas.	As adolescentes têm risco de de stress pós-traumático de parto. As intervenções que podem diminuir esta incidência são: . acompanhamento por pessoa significativa; .envolvimento do pai do RN; .atitude da enfermeira sem juízos de valor; .permissão para a tomada de decisão da adolescente: .demonstrar preocupação e disponibilidade.
Nível de Evidência	Nível III	Nível VI	Nível III
Fonte	CINAHL	Outros	CINAHL

	Estudo 7	Estudo 8	Estudo 9
Título	First time mothers' pregnancy and birth experiences varying by age	Providing Developmentally Competent Care for Adolescents During Labor and Birth	Adolescents' Perception of Support During Labor
Ano, Autor, País	2007, Eva Zasloff, Erica Schytt e Ulla Waldenstro,M, Suécia	2007, Jackie Tillett, Estados Unidos da América	2004, Donna J. Sauls, Estados Unidos da América
Objetivo do Estudo	Compreender a perspectiva desde da mulher jovem à adulta, relativa a experiências anteriores, expetativas e resultados do trabalho de parto.	Artigo de opinião de perito	Identificar as intervenções de enfermagem relativas ao apoio que são entendidas como mais eficazes durante o trabalho parto pelas adolescentes.
Participantes	N=1302 (4) primíparas	Cuidados de Enfermagem a adolescentes no parto	N=16 (59% da amostra inicial) adolescentes dos 16 aos 19 anos com uma média de idade de 17 anos das quais 80% primíparas e 20% múltiparas
Intervenções	Questionário aplicado no 2º trimestre de gravidez e 2 meses após o parto	Ao prestar cuidados a esta população a enfermeira especialista deve ter em conta as 3 fases do desenvolvimento psicossocial: - <u>adolescência precoce</u> (entre os 11 e os 13 anos): não conseguem projetar o futuro, podem ser narcisistas e egocêntricas, começando a utilizar pensamento operacional formal. - <u>adolescência intermédia</u> (entre os 14 e os 17 anos):marcada pelo pico do conflito com o mundo adulto, a independência é o seu marco principal, embora necessitem de validação constante. - <u>adolescência tardia</u> (18-19 anos): conseguem formular objetivos mais realistas e orientados para o futuro, através da utilização clara do pensamento operacional formal, podendo em alturas de <i>stress</i> , como o trabalho de parto, regredir a fases do desenvolvimento anteriores. A enfermeira não pode ser nem o pai substituto nem um membro do grupo de pares. A relação estabelecida deve ser isenta de juízos de valor, de forma a permitir uma intervenção de qualidade no processo de transição para a parentalidade, que englobe o vínculo afetivo da díade/tríade, amamentação e planeamento familiar. Deve ser proporcionado o trabalho de parto que a adolescente desejar, acompanhada de quem desejar, estabelecendo no entanto limites claros. A enfermeira deve-se preparar também para contextos familiares muito diversos.	Utilizou o "Bryanton Adaptation of the Nursing Support in Labor Questionnaire Adolescents (BANSILQ-A)"
Resultados	As mulheres mais novas entre os 15 e os 20 anos tinham a expetativa mais negativa relativa ao parto, estiveram mais preocupadas e com humor mais depressivo durante a gravidez, sofreram e problemas sociais como o desemprego ou falta de suporte, tendo sentido mais dor e falta de controlo durante o parto. Podem assim necessitar de mais apoio emocional durante a gravidez e o trabalho de parto. Por outro lado as mulheres mais velhas tinham partos mais complicados. Conclui-se assim que a expetativa e a experiência do parto varia com a idade.		As necessidades das adolescentes centraram-se no controlo da dor, apoio emocional e cuidar individualizado. O controlo da dor surge na lista de prioridades das adolescentes em 2º lugar, enquanto em adultas em 17º e 19º, em estudos anteriores. Importa também considerar as etapas do desenvolvimento, pois as adolescentes intermédias valorizam o apoio que as valorize e envolva nos cuidados, enquanto as adolescentes mais velhas preferem o alívio da dor.
Nível de Evidência	Nível II	Nível VII	Nível VI
Fonte	MEDLINE	Outros	Outros



2º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTETRÍCIA

Unidade Curricular Estágio com Relatório

PARTO E ADOLESCÊNCIA

Agradeço desde já a sua colaboração no preenchimento deste pequeno questionário.

Sexo

Feminino_____

Masculino_____

Enfermeira há _____ anos

Enfermeira especialista em saúde materna e obstetrícia há _____ anos

Enuncie 5 adjetivos que ilustrem a forma como percebe o cuidar a parturiente adolescente.

Muito Obrigada!

Carla Cristino

(aluna nº 3810)



2º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTETRÍCIA

Unidade Curricular Estágio com Relatório

PARTO E ADOLESCÊNCIA

Agradeço desde já a sua colaboração no preenchimento deste pequeno questionário.

Sexo

Feminino_____

Masculino_____

Enfermeira há _____ anos

Enfermeira especialista em saúde materna e obstetrícia há _____ anos

Enuncie 5 adjetivos que ilustrem a forma como percebe o cuidar a parturiente adolescente.

Muito Obrigada!

Carla Cristino

(aluna nº 3810)



2º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTETRÍCIA

Unidade Curricular Estágio com Relatório

PARTO E ADOLESCÊNCIA

Agradeço desde já a sua colaboração no preenchimento deste pequeno questionário.

Sexo

Feminino_____

Masculino_____

Enfermeira há _____ anos

Enfermeira especialista em saúde materna e obstetrícia há _____ anos

Enuncie 5 adjetivos que ilustrem a forma como percebe o cuidar a parturiente adolescente.

Muito Obrigada!

Carla Cristino

(aluna nº 3810)



2º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTETRÍCIA

Unidade Curricular Estágio com Relatório

PARTO E ADOLESCÊNCIA

Agradeço desde já a sua colaboração no preenchimento deste pequeno questionário.

Sexo

Feminino_____

Masculino_____

Enfermeira há _____ anos

Enfermeira especialista em saúde materna e obstetrícia há _____ anos

Enuncie 5 adjetivos que ilustrem a forma como percebe o cuidar a parturiente adolescente.

Muito Obrigada!

Carla Cristino

(aluna nº 3810)

ANEXOS

**ANEXO I – Documento orientador da Unidade Curricular Estágio com
Relatório - 2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e
Obstetrícia.**

Documento Orientador da Unidade Curricular Estágio com Relatório

REGENTE: M^a Anabela Ferreira dos Santos

DOCENTES: M^a Anabela Ferreira dos Santos; Helena Bértolo; Isabel Serra; Irene Soares; Esmeralda Afonso; Helena Presado; M^a João Delgado; Luísa Sotto Mayor; Madalena Oliveira; Teresa Félix; Mário Cardoso*; Nuno Lopes*; Paula Pereira*; Ana Paula Mateus* .

*orientadores locais do estágio

1 – INTRODUÇÃO

A formação e os cuidados de saúde são hoje dimensões fundamentais no desenvolvimento da sociedade, representando uma dimensão essencial no desenvolvimento desta. Como é referido no Relatório Mundial de Saúde de 2005 “...a saúde materna, neonatal e infantil deve constituir o centro dos direitos de saúde a proteger e a financiar através do orçamento público e dos sistemas de seguros sociais de saúde...” em que “...os países devem garantir o acesso aos cuidados de saúde a todas as mães e crianças – através de um *continuum* de cuidados, desde a gravidez, passando pelo parto e pelo período neonatal...” e onde “...o acesso universal para mães e crianças impõe que os sistemas de saúde tenham capacidade de responder às necessidades e exigências da população...” (OMS, 2005, 20). Neste contexto, a formação dos enfermeiros de hoje, tem de responder a múltiplos desafios e contribuir para o desenvolvimento de pessoas e profissionais, interessados, informados, intervenientes, com uma forte consciência ética relativamente a si, aos outros e ao próprio mundo, capazes de reflectir, decidir, agir, criar e valorizar a sua condição humana.

A presente Unidade Curricular (UC) Estágio com Relatório que decorre em contexto de Bloco de Partos está interligada com o Ensino Clínico V (Neonatologia) que se desenvolve numa das semanas previstas e também com as UC Investigação em Enfermagem e Opção através do desenho de um Projecto. Este projecto será implementado nesta UC e descrito no relatório final.

A discussão pública do relatório final é condição essencial para a obtenção do grau de Mestre.

Caso o estudante não efectue a apresentação e discussão pública do referido relatório, ser-lhe-á concedido o diploma de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, não conferente de grau académico (pós-graduação).

De acordo como Plano de Estudos publicado em Diário da República ¹ a UC Estágio com Relatório contribui com 30 ECTS e tem um total de 750 horas, sendo 500 de estágio (E), 25 de orientação tutorial (OT) e as restantes horas de trabalho autónomo do estudante .

Este documento tem como finalidade facilitar a integração, orientação e avaliação do estudante na UC Estágio com Relatório do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia.

2 – FINALIDADE E COMPETÊNCIAS

Na UC Estágio com Relatório Pretende-se que o estudante desenvolva competências que lhe possibilitem:²

- a mobilização dos conhecimentos na prática de cuidados e o desenvolvimento da sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas complexos, em situações novas, em contextos multidisciplinares;
- o desenvolvimento da sua capacidade para integrar conhecimentos, apreciar e intervir em situações complexas, procurando soluções e/ou emitindo juízos face à informação disponível,
- a reflexão sobre as intervenções do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstetrícia (EEESMO) que envolvam implicações e responsabilidades éticas e sociais e que resultem das suas decisões e/ou juízos, ou as condicionem;
- o desenvolvimento de capacidades de utilização da metodologia científica no seu quotidiano;
- a mobilização activa da evidência científica na sua prática de enfermagem especializada em cuidados de saúde maternos e obstétricos;
- o desenvolvimento de capacidades de transmitir conhecimentos, raciocínios e procurar soluções, de forma clara e sem ambiguidades, a orientadores, clientes e equipa multidisciplinar.

3 – OBJECTIVOS

De acordo com o preconizado no Plano de Estudos do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, são objectivos desta UC desenvolver no estudante as competências científicas, técnicas e relacionais, que lhe permita:

¹ Despacho n.º 1482/2010. D.R. nº 14, Série II de 21 de Janeiro

² Adaptado dos descritores de Dublin e Dec-Lei nº 64/2006 de 21 de Março

- prestar cuidados de enfermagem especializados à mulher/RN/família, no âmbito da transição para a parentalidade, em situação de saúde e doença, tendo em vista a promoção da saúde e bem estar da mulher/recém-nascido (RN)/família;
- prestar cuidados de enfermagem especializados à mulher/RN/família, durante os diferentes estádios do trabalho de parto, puerpério e período neonatal, de forma a contribuir para a diminuição das morbidade e mortalidade materna, perinatal e neonatal tendo em vista a promoção da saúde e bem estar da mulher/RN/família;
- aplicar a metodologia científica de projecto, desenvolvendo um projecto durante o estágio;
- mobilizar a evidência científica para a tomada de decisão cuidados de enfermagem especializados na área da saúde materna e obstetrícia e ginecologia;
- redigir o relatório de forma lógica, coerente, descrevendo e analisando com rigor os dados obtidos, bem como as competências desenvolvidas ;
- defender o relatório mediante apresentação e discussão pública, caso pretenda obter o grau de mestre;
- demonstrar comportamentos e capacidades adequadas ao seu desenvolvimento pessoal e profissional como futuro EESMO.

4 – METODOLOGIA

Será proporcionada ao estudante uma integração que lhe permita conhecer a missão e filosofia da unidade prestadora de cuidados, nomeadamente, os aspectos fundamentais da sua organização e funcionamento que facilitem o desenvolvimento de competências e concretização do seu projecto.

Após esse período de integração, realizado numa dinâmica de observação participante dos cuidados de enfermagem prestados à mulher, recém-nascido e família, o estudante ficará responsável, sob orientação e supervisão do Enfermeiro Orientador do local (OL), por prestar cuidados especializados à mulher, recém-nascido e família, sustentada no estabelecimento de uma relação terapêutica.

O estudante deverá definir os seus objectivos e actividades para o Ensino Clínico de acordo com:

- as competências acima descritas;
- as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e Ginecológica descritas pela Ordem dos Enfermeiros (2011)³, nomeadamente as 2; 3 e 4 ;
- as competências 1; 4; 5 e 6 descritas pela International Confederation of Midwives (ICM));

³ [Regulamento n.º 127/2011. D.R. n.º 35, Série II de 2011-02-18](#)

- as suas necessidades e interesses;
- as necessidades e recursos existentes nas unidades de cuidados;
- o seu projecto individual.⁴

ORIENTAÇÃO PEDAGÓGICA

Pretende-se um trabalho com envolvimento dos três agentes implicados no processo.

- O ESTUDANTE

- Implementação do projecto individual;
- Prestação de cuidados de enfermagem globais a mulheres com patologia ginecológica, parturientes, puérperas, respectivos RN e famílias, em contexto hospitalar;
- Promoção da continuidade de cuidados prestados, individualizando as actividades de acordo com a especificidade de cada situação, utente ou família;
- Análise e discussão das situações vividas;
- Realização de, pelo menos, 2 diários de aprendizagem (DA) ao longo do Ensino Clínico;
- Avaliação das actividades desenvolvidas;
- Realização do relatório das actividades desenvolvidas elaborado segundo as indicações fornecidas na UCs Investigação em Enfermagem, Opção e na presente UC;
- Entrega do Relatório em data a combinar oportunamente;
- Apresentação e discussão pública do relatório.

- O ORIENTADOR DO ENSINO CLÍNICO (OL)

- Integração do estudante;
- Discussão dos objectivos e actividades propostas;
- Orientação na realização das actividades definidas no projecto;
- orientação e supervisão na prestação de cuidados especializados a mulheres com patologia ginecológica, parturientes, puérperas, respectivos RN e famílias;
- Análise e discussão das situações vividas;
- Avaliação do percurso e das actividades desenvolvidas.

- O DOCENTE ORIENTADOR (OE) / TUTOR DO PROJECTO

- Análise e discussão do projecto nas suas várias etapas
- Análise e discussão das situações vividas
- Avaliação e classificação do percurso e das actividades desenvolvidas
- Orientação na elaboração do relatório

⁴ Contribuem para este projecto as UC Investigação em Enfermagem e Opção,

- Membro do Júri de discussão e apreciação do relatório

Os docentes deslocar-se-ão aos locais onde decorrem os Ensinos Clínicos, sempre que tal seja considerado necessário.

CALENDARIZAÇÃO

O Estágio com Relatório tem a duração de 21 semanas, distribuídas da seguinte forma:

- Bloco de Partos – 20 semanas
- Unidade de Neonatologia – 1 semanas (75h / 35h de estágio); esta semana da UC ECV, será agendada de acordo com a disponibilidade do serviço, interesse do estudante e aprovação dos orientadores.

Inicia-se a 27 de Fevereiro de 2012 e termina a 27 de Julho de 2012.

Realizar-se-ão na Escola sessões de análise das práticas, pesquisa bibliográfica e orientação tutorial do estudante. Essas reuniões decorrerão no pólo Artur Ravares da ESEL, das 9:30 às 16:30 horas nos dias 22 de Março, 27 de Abril, 24 de Maio, 21 de Junho de 2012. Em alguns desses dias terão lugar conferências das 14:00 às 16:30 horas sobre temas relacionados com o Estágio.

Ao longo do Estágio será apresentado, implementado e avaliado um projecto individual de acordo com as necessidades e interesses de cada um dos estudantes. Os horários do Estágio serão estabelecidos de acordo com a equipa em que o estudante está inserido. A carga horária da UC Estágio com Relatório 500 horas de estágio (25 horas semanais), sendo as restantes horas de orientação tutorial (25) e de trabalho autónomo do estudante (225).

AVALIAÇÃO

A avaliação da aprendizagem é contínua, tendo em conta os objectivos definidos e as actividades desenvolvidas, numa perspectiva de continuidade do projecto individual.

Haverá, pelo menos, dois momentos de avaliação formativa e um momento de avaliação final durante o Estágio. A avaliação do Estágio (qualitativa), será anexada ao relatório final.

Os indicadores utilizados na avaliação constam em documento anexo (anexo I).

Nos vários momentos de avaliação o estudante elaborará por escrito a sua auto-avaliação tendo como referência nomeadamente, os indicadores, aspectos positivos/aspectos negativos, dificuldades sentidas, evolução do percurso de aprendizagem, estratégias utilizadas e o seu compromisso nos aspectos a desenvolver.

No Relatório o estudante incluirá o seu projecto, trabalhos realizados, avaliação realizada no local e todos os demais documentos que considere pertinentes.

Aspectos a serem incluídos no relatório:

- Caracterização do(s) local(ais) de estágio;
- Implementação e consecução do projecto;
- Descrição dos objectivos, actividades e resultados obtidos;
- Reflexão e análise dos resultados;
- Outros trabalhos realizados;
- Avaliação do Estágio.

A avaliação qualitativa do Estágio será um indicador a ter em conta na apreciação do Relatório.

A classificação obtida na realização e discussão pública do Relatório constituirá a nota da unidade curricular Estágio com Relatório.

Os estudantes que optarem ficar apenas com a Pós Graduação (Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia), terão de formalizar essa intenção. Para estes, a classificação atribuída ao Relatório, no qual a avaliação qualitativa do Estágio é um indicador, constituirá a classificação final do Estágio com Relatório.

ANEXO I

**2º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE
MATERNA E OBSTETRÍCIA
(2º CMESMO)**

FOLHA DE AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO NO ESTÁGIO COM RELATÓRIO

LOCAL DO ESTÁGIO _____

DATAS: INÍCIO _____ FIM _____

ESTUDANTE _____

ENFERMEIRO ORIENTADOR _____

DOCENTE ORIENTADOR _____

ASSINATURAS

	Avaliação Formativa	Avaliação Formativa	Avaliação Formativa	Avaliação Final
	Data	Data	Data	Data
Estudante				
Enfermeiro Orientador				
Docente Orientador				

CLASSIFICAÇÃO FINAL _____

Estudante: _____

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

O DOCENTE: _____

Data: _____ / _____ / _____

Estudante: _____

DATA: ____/____/____

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

<p>Demonstra atitudes e comportamentos adequados à situação de estudante em EC e ao desempenho de cuidados de enfermagem especializados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Assiduidade e pontualidade • Assertividade • Assunção do seu processo formativo • Utilização de técnicas de comunicação adequadas com indivíduos / famílias / equipa de saúde • Capacidade de negociação com a equipa multiprofissional • Capacidade de autoavaliação e reacção à crítica • Actuação de acordo com os princípios éticos, valores e referenciais orientadores da profissão 										
<p>Revela capacidade de integração / socialização ao contexto do Ensino Clínico</p>										

Classificações Finais:

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

APRECIÇÃO GLOBAL

ESTUDANTE

ENFERMEIRO ORIENTADOR

**ANEXO II – Regulamento das competências Específicas do Enfermeiro
Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e
Ginecológica**

Regulamento n.º 127/2011

Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica

Preâmbulo

Em concordância com o conceito alvo de intervenção, definido e assente na premissa que “os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projectos de saúde que cada pessoa vive e persegue”, define-se a Mulher no âmbito do ciclo reprodutivo como a entidade beneficiária de cuidados de enfermagem desta especialidade, tendo subjacente o pressuposto de que a pessoa, como ser sociável e agente intencional de comportamentos é um ser único, com dignidade própria e direito a auto-determinar-se (a Mulher, como a entidade beneficiária de cuidados de enfermagem desta especialidade, deve ser entendida numa perspectiva individual como a pessoa no seu todo, considerando a inter-relação com os conviventes significativos e com o ambiente no qual vive e se desenvolve, constituído pelos elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais; e numa perspectiva colectiva como grupo-alvo entendido como o conjunto das Mulheres em idade fértil ligadas pela partilha de condições e interesses comuns).

O enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica assume a responsabilidade pelo exercício das seguintes áreas de actividade de intervenção: 1. Planeamento familiar e pré-concepcional — assistência à mulher a vivenciar processos de saúde/doença no âmbito da sexualidade, do planeamento da família e do período pré-concepcional; 2. Gravidez — assistência à mulher a vivenciar processos de saúde/doença durante o período pré-natal; 3. Parto — assistência à mulher a vivenciar processos de saúde/doença durante o trabalho de parto e parto; 4. Puerpério — assistência à mulher a vivenciar processos de saúde/doença durante o período pós-natal; 5. Climatério — assistência à mulher a vivenciar processos de saúde/doença durante o período peri-menopáusicos; 6. Ginecologia — assistência à mulher a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica; 7. Comunidade — assistência às mulheres em idade fértil, actuando no ambiente em que vivem e se desenvolvem, no sentido de promover a saúde sexual e reprodutiva e prevenir processos de doença.

O enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica, assume no seu exercício profissional intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos fisiológicos e processos de vida normais no ciclo reprodutivo da mulher e intervenções autónomas e interdependentes em todas as situações de médio e alto risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos patológicos e processos de vida disfuncionais no ciclo reprodutivo da mulher.

Assim:

Nos termos da alínea c) do n.º 4 do artigo 31.º-A, da alínea o) do artigo 20.º e da alínea i) do artigo 12.º, todos do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de Abril, alterado e republicado pela Lei n.º 111/2009, de 16 de Setembro, após aprovação pelo Colégio de Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, sob proposta do Conselho Directivo, ouvido o Conselho Jurisdicional e os conselhos directivos regionais, a Assembleia Geral aprova o seguinte Regulamento:

Artigo 1.º

Objecto

O presente regulamento define o perfil das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica.

Artigo 2.º

Âmbito e Finalidade

O perfil de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica integra, junto com o perfil das competências comuns, o conjunto de competências clínicas especializadas que visa prover um enquadramento regulador para a certificação das competências e comunicar aos cidadãos o que podem esperar.

Artigo 3.º

Conceitos

Os termos utilizados no presente Regulamento regem-se pelas definições previstas no artigo 3.º do Regulamento que estabelece as competências comuns dos enfermeiros especialistas.

Artigo 4.º

Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica

1 — As competências do enfermeiro especialista e enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica são as seguintes:

- a) Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional;
- b) Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal;
- c) Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto;
- d) Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal;
- e) Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério;
- f) Cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica;
- g) Cuida o grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade.

2 — Cada competência prevista no número anterior é apresentada com descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação (Anexo I).

ANEXO I

Competência

H1. Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional

Descritivo

Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional, estabelecendo e implementando programas de intervenção e de educação para a saúde de forma a promover famílias saudáveis, gravidezes planeadas e vivências positivas da sexualidade e parentalidade.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
H1.1 Promove a saúde da mulher no âmbito da saúde sexual, do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional.	H1.1.1. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projectos e intervenções de educação sexual e de saúde pré-concepcional. H1.1.2. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projectos e intervenções de promoção da regulação da fecundidade e da fertilidade. H1.1.3. Informa e orienta sobre recursos disponíveis na comunidade no âmbito do planeamento familiar e pré-concepcional. H1.1.4. Informa e orienta em matéria de planeamento familiar e pré-concepcional. H1.1.5. Promove a decisão esclarecida no âmbito do planeamento familiar e saúde pré-concepcional. H1.1.6. Faculta métodos contraceptivos e supervisiona a utilização.
H1.2. Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher no âmbito da saúde sexual, do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional.	H1.2.1. Concebe, planeia, coordena, implementa e avalia intervenções de rastreio e de diagnóstico da situação de saúde da mulher. H1.2.2. Concebe, planeia, coordena, implementa e avalia intervenções de protecção da saúde e prevenção das infecções sexualmente transmissíveis. H1.2.3. Identifica problemas relacionados com a vivência da sexualidade, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação.

Unidades de competência	Critérios de avaliação
	H1.2.4. Identifica e monitoriza o potencial de risco pré-concepcional e obstétrico, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação. H1.2.5. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com infecção sexualmente transmissível, incluindo os conviventes significativos.
H1.3. Providencia cuidados à mulher com disfunções sexuais, problemas de fertilidade e infecções sexualmente transmissíveis.	H1.3.1. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com disfunções sexuais, incluindo os conviventes significativos. H1.3.2. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com problemas de fertilidade, considerando as necessidades de saúde do companheiro. H1.3.3. Concebe, planeia, implementa e avalia medidas de suporte emocional e psicológico à mulher com disfunções sexuais e ou com problemas de fertilidade, incluindo conviventes significativos. H1.3.4. Cooperar com outros profissionais no tratamento da mulher com infecção sexualmente transmissível, incluindo os conviventes significativos. H1.3.5. Cooperar com outros profissionais no tratamento da mulher com problemas de fertilidade, considerando as necessidades de saúde do companheiro.

Competência

H2. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal

Descritivo

Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, de forma a potenciar a sua saúde, a detectar e a tratar precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno-fetal.

Unidades de competência	Critérios de avaliação
H2.1. Promove a saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento.	H2.1.1. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projectos e intervenções de promoção da saúde pré-natal. H2.1.2. Diagnostica e monitoriza a gravidez. H2.1.3. Promove a decisão esclarecida no âmbito da interrupção voluntária da gravidez, informando e orientando para os recursos disponíveis na comunidade. H2.1.4. Informa e orienta sobre estilos de vida saudáveis na gravidez. H2.1.5. Promove a decisão esclarecida no âmbito da saúde pré-natal, facultando informação à grávida sobre recursos disponíveis na comunidade. H2.1.6. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projectos e intervenções de promoção da saúde mental na vivência da gravidez. H2.1.7. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas de preparação completa para o parto e parentalidade responsável. H2.1.8. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projectos e intervenções de promoção do aleitamento materno. H2.1.9. Promove o plano de parto, aconselha e apoia a mulher na decisão. H2.1.10. Informa e orienta a mulher sobre sexualidade e contraceção no período pós-aborto.
H2.2. Diagnostica precocemente e previne complicações na saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento.	H2.2.1. Informa e orienta a grávida e conviventes significativos sobre os sinais e sintomas de risco. H2.2.2. Identifica e monitoriza saúde materno-fetal pelos meios clínicos e técnicos apropriados. H2.2.3. Prescreve exames auxiliares de diagnóstico necessários à detecção de gravidez de risco. H2.2.4. Identifica e monitoriza desvios à gravidez fisiológica, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação. H2.2.5. Identifica e monitoriza desvios ao padrão de adaptação à gravidez, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação. H2.2.6. Avalia bem-estar materno-fetal pelos meios clínicos e técnicos apropriados. H2.2.7. Avalia e determina a adequação da estrutura pélvica em relação ao feto. H2.2.8. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções com a finalidade de potenciar uma gravidez saudável. H2.2.9. Identifica e monitoriza trabalho de abortamento. H2.2.10. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções com a finalidade de potenciar a saúde da mulher durante o abortamento e após o aborto. H2.2.11. Identifica complicações pós-aborto, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação.
H2.3. Providencia cuidados à mulher e facilita a sua adaptação, durante o período pré natal e em situação de abortamento.	H2.3.1. Informa e orienta sobre medidas de suporte para alívio dos desconfortos da gravidez. H2.3.2. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com desvios ao padrão de adaptação à gravidez. H2.3.3. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com patologia associada e ou concomitante com a gravidez. H2.3.4. Cooperar com outros profissionais no tratamento da mulher com complicações da gravidez, ainda que com patologia associada e ou concomitante. H2.3.5. Aplica medidas de suporte básico de vida à mulher em situação crítica. H2.3.6. Assume a decisão de transferir, assegura a transferência e cuida da grávida durante o transporte. H2.3.7. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com complicações pós-aborto. H2.3.8. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de apoio à mulher, incluindo conviventes significativos, durante o período de luto em caso de abortamento. H2.3.9. Cooperar com outros profissionais no tratamento da mulher com complicações pós-aborto.

Competência

H3. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto.

Descritivo

Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto, efectuando o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extra-uterina.

Unidades de competência	Critérios de avaliação
H3.1. Promove a saúde da mulher durante o trabalho de parto e otimiza a adaptação do recém-nascido à vida extra-uterina.	<p>H3.1.1. Actua de acordo com o plano de parto estabelecido com mulher, garantindo intervenções de qualidade e risco controlado.</p> <p>H3.1.2. Garante um ambiente seguro durante o trabalho de parto e parto.</p> <p>H3.1.3. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção do conforto e bem-estar da mulher e conviventes significativos.</p> <p>H3.1.4. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção da vinculação mãe/pai/recém-nascido/conviventes significativos.</p> <p>H3.1.5. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção, protecção e apoio ao aleitamento materno.</p> <p>H3.1.6. Cooperar com outros profissionais na implementação de intervenções de promoção, prevenção e controlo da dor.</p>
H3.2. Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e do recém-nascido.	<p>H3.2.1. Identifica e monitoriza trabalho de parto.</p> <p>H3.2.2. Identifica e monitoriza o risco materno-fetal durante o trabalho de parto e parto, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação.</p> <p>H3.2.3. Identifica e monitoriza desvios ao padrão normal de evolução do trabalho de parto, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação.</p> <p>H3.2.4. Avalia e determina a adequação da estrutura pélvica em relação ao feto durante o trabalho de parto.</p> <p>H3.2.5. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções adequadas à evolução do trabalho de parto, otimizando as condições de saúde da mãe e do feto.</p> <p>H3.2.6. Aplica as técnicas adequadas na execução do parto de apresentação cefálica e, em caso de urgência, do parto de apresentação pélvica.</p> <p>H3.2.7. Assegura a avaliação imediata do recém-nascido implementando medidas de suporte na adaptação à vida extra-uterina.</p> <p>H3.2.8. Assegura reanimação do recém-nascido em situação de emergência.</p> <p>H3.2.9. Cooperar com outros profissionais no tratamento do recém-nascido com alterações morfológicas e funcionais.</p> <p>H3.2.10. Identifica alterações morfológicas e funcionais do recém-nascido, referenciando as que estão para além da sua área de actuação.</p>
H3.3. Providencia cuidados à mulher com patologia associada e ou concomitante com a gravidez e ou com o trabalho de parto.	<p>H3.3.1. Concebe, planeia, implementa e avalia medidas de suporte emocional e psicológico à parturiente e à mulher em trabalho de parto, incluindo conviventes significativos.</p> <p>H3.3.2. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à parturiente com patologia associada e ou concomitante com a gravidez durante o trabalho de parto.</p> <p>H3.3.3. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à parturiente em caso de retenção de placenta, efectuando em caso de urgência, extracção manual e revisão uterina.</p> <p>H3.3.4. Avalia a integridade do canal de parto e aplica técnicas de reparação, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação.</p> <p>H3.3.5. Cooperar com outros profissionais no tratamento da parturiente com complicações da gravidez e do parto.</p> <p>H3.3.6. Assume a decisão de transferir, assegura a transferência e cuida da parturiente durante o transporte.</p>

Competência

H4. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal.

Descritivo

Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal, no sentido de potenciar a saúde da puérpera e do recém-nascido, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade.

Unidades de competência	Critérios de avaliação
H4.1. Promove a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal.	<p>H4.1.1. Informa e orienta sobre recursos disponíveis na comunidade passíveis de responder às necessidades da puérpera e do recém-nascido, promovendo a decisão esclarecida.</p> <p>H4.1.2. Informa e orienta a mulher sobre crescimento, desenvolvimento, sinais e sintomas de alarme no recém-nascido.</p> <p>H4.1.3. Informa e orienta a mulher sobre sexualidade e contracepção no período pós-parto.</p> <p>H4.1.4. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção, protecção e apoio ao aleitamento materno.</p> <p>H4.1.5. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção e apoio à adaptação pós-parto.</p> <p>H4.1.6. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projectos e intervenções de promoção da saúde mental na vivência do puerpério, potenciando a parentalidade responsável.</p>

Unidades de competência	Critérios de avaliação
H4.2. Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e recém-nascido durante o período pós-natal.	H4.2.1. Informa, orienta e apoia a mãe no auto-cuidado e a cuidar do seu filho. H4.2.2. Identifica e monitoriza alterações aos processos de transição e adaptação à parentalidade, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação. H4.2.3. Identifica e monitoriza o estado de saúde da puérpera e do recém-nascido, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação. H4.2.4. Identifica complicações pós-parto, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação. H4.2.5. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções com a finalidade de potenciar a saúde da mulher após o parto.
H4.3. Providencia cuidados nas situações que possam afectar negativamente a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal.	H4.3.1. Concebe, planeia, implementa e avalia medidas de suporte emocional e psicológico à puérpera, incluindo conviventes significativos. H4.3.2. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de recuperação pós-parto. H4.3.3. Concebe, planeia, implementa e avalia medidas correctivas ao processo de aleitamento materno. H4.3.4. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com complicações pós-parto. H4.3.5. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à puérpera com patologia associada e ou concomitante. H4.3.6. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de apoio à mulher, incluindo conviventes significativos, em caso de alterações morfológicas e ou funcionais do recém-nascido. H4.3.7. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de apoio à mulher, incluindo conviventes significativos, durante o período de luto em caso de morte fetal/neo-natal. H4.3.8. Cooperar com outros profissionais no tratamento da mulher com complicações pós-parto. H4.3.9. Cooperar com outros profissionais no tratamento da puérpera com patologia associada e ou concomitante. H4.3.10. Cooperar com outros profissionais no tratamento do recém-nascido com problemas de saúde no período neo-natal. H4.3.11. Assume a decisão de transferir, assegura a transferência e cuida da puérpera e do recém-nascido durante o transporte.

Competência

H5. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério.

Descritivo

Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério, no sentido de potenciar a saúde, apoiando o processo de transição e adaptação à menopausa.

Unidades de competência	Critérios de avaliação
H5.1. Promove a saúde da mulher apoiando o processo de transição à menopausa.	H5.1.1. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projectos e intervenções de rastreio e de promoção da saúde durante o climatério. H5.1.2. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projectos e intervenções de promoção da saúde mental na vivência da menopausa. H5.1.3. Informa e orienta a mulher com alterações associadas ao climatério. H5.1.4. Informa e orienta a mulher sobre os recursos disponíveis, promovendo a decisão esclarecida.
H5.2. Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher durante o período do climatério.	H5.2.1. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia intervenções de protecção da saúde e prevenção das alterações associadas ao climatério. H5.2.2. Identifica e monitoriza o estado de saúde da mulher no climatério, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação. H5.2.3. Identifica e monitoriza o potencial de risco de doenças causadas pelo decréscimo da função ovárica, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação. H5.2.4. Identifica alterações físicas, psicológicas, emocionais e sexuais decorrentes do climatério, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação. H5.2.5. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com alterações associadas ao climatério.
H5.3. Providencia cuidados à mulher que vivencia processos de adaptação à menopausa.	H5.3.1. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com disfunções sexuais associadas ao climatério, incluindo os conviventes significativos. H5.3.2. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com patologia associada e ou concomitante ao climatério. H5.3.3. Concebe, planeia, implementa e avalia medidas de suporte emocional e psicológico à mulher com complicações associadas ao climatério, incluindo conviventes significativos. H5.3.4. Cooperar com outros profissionais no tratamento da mulher com complicações associadas ao climatério.

Competência

H6. Cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica

Descritivo

Cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica no sentido de potenciar a saúde.

Unidades de competência	Critérios de avaliação
H6.1. Promove a saúde ginecológica da mulher.	H6.1.1. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projectos e intervenções de rastreio no sentido de promover a saúde ginecológica. H6.1.2. Informa e orienta a mulher sobre saúde ginecológica. H6.1.3. Informa e orienta a mulher sobre recursos da comunidade no âmbito da saúde ginecológica, promovendo a decisão esclarecida.
H6.2. Diagnostica precocemente e previne complicações relacionadas com afecções do aparelho genito-urinário e/ou mama.	H6.2.1. Diagnostica e monitoriza potencial de risco da mulher para afecções do aparelho genito-urinário e ou mama. H6.2.2. Diagnostica e monitoriza afecções do aparelho genito-urinário e ou mama, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação. H6.2.3. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com afecções do aparelho genito-urinário e ou mama, incluindo os conviventes significativos. H6.2.4. Cooperar com outros profissionais no diagnóstico das afecções do aparelho genito-urinário e ou mama.
H6.3. Providencia cuidados à mulher com afecções do aparelho genito-urinário e ou mama e facilita a sua adaptação à nova situação.	H6.3.1. Informa e orienta a mulher em tratamento de afecções do aparelho genito-urinário e ou mama. H6.3.2. Concebe, planeia implementa e avalia intervenções à mulher em tratamento de afecções do aparelho genito-urinário e ou mama. H6.3.3. Concebe, planeia, implementa e avalia medidas de suporte emocionais e psicológicas à mulher em tratamento de afecções do aparelho genito-urinário e ou mama, incluindo os conviventes significativos. H6.3.4. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com complicações pós-cirúrgicas de afecções do aparelho genito-urinário e ou mama. H6.3.5. Cooperar com outros profissionais no tratamento da mulher com afecções do aparelho genito-urinário e ou mama.

Competência

H7. Cuida o grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade

Descritivo

Cuida o grupo-alvo promovendo cuidados de qualidade, culturalmente sensíveis e congruentes com as necessidades da população.

Unidades de competência	Critérios de avaliação
H7.1. Promove a saúde do grupo alvo.	H7.1.1. Identifica infra-estruturas de saúde da comunidade e as condições de acesso. H7.1.2. Gere os recursos disponíveis na comunidade para dar resposta em situação de urgência/emergência e de transporte. H7.1.3. Diagnostica e monitoriza o estado de saúde das mulheres em idade fértil. H7.1.4. Identifica necessidades em cuidados de enfermagem relacionadas com a saúde sexual e reprodutiva. H7.1.5. Identifica as causas directas e indirectas da morbi-mortalidade materna e neo-natal utilizando o conhecimento epidemiológico. H7.1.6. Desenvolve estratégias para promover cuidados seguros em diferentes ambientes de nascimento. H7.1.7. Advoga e promove estratégias de “empowerment” para as mulheres em idade fértil. H7.1.8. Advoga o cumprimento da legislação em vigor relacionada com a saúde reprodutiva e maternidade/paternidade.
H7.2. Diagnostica precocemente e intervém no grupo alvo no sentido de prevenir complicações na área da saúde sexual e reprodutiva.	H7.2.1. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projectos e intervenções no sentido de responder às necessidades de saúde sexual e reprodutiva. H7.2.2. Valoriza as práticas de saúde tradicionais e contemporâneas, gerindo os seus riscos e benefícios para a saúde das mulheres em idade fértil. H7.2.3. Gere os benefícios e riscos dos locais de nascimento disponíveis. H7.2.4. Avalia e dá parecer sobre condições apropriadas à prática clínica. H7.2.5. Aplica o programa nacional de vacinação e informa sobre as condições de acesso aos serviços de imunização.
H7.3. Intervém na minimização das causas de morbi-mortalidade materno-fetal.	H7.3.1. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projectos e intervenções no sentido de minimizar as causas directas e indirectas de morbi-mortalidade materno-fetal. H7.3.2. Cooperar com outros profissionais em programas, projectos e intervenções para melhorar a qualidade global dos serviços no âmbito da saúde sexual e reprodutiva.

Aprovado em Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica de dia 11 de Setembro de 2010.

Aprovado em Assembleia Geral Extraordinária de 20 de Novembro de 2010.

20 de Novembro de 2010. — A Bastonária, *Maria Augusta Purificação Rodrigues de Sousa*.



INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES

ESSENTIAL COMPETENCIES FOR BASIC MIDWIFERY PRACTICE 2002

INTRODUCTION

The International Confederation of Midwives (ICM) is a federation of midwifery associations representing midwives in 72 nations of the world. The ICM works closely with all UN agencies in support of Safe Motherhood, primary health care strategies for the world's families, and the definition and preparation of the midwife. In keeping with the aims of the ICM, the ICM/WHO/FIGO international *Definition of the Midwife* (1992), the ICM *International Code of Ethics for Midwives* (1993), the ICM *Global Vision for Women and Their Health* (1996) and requests from member associations, the ICM has taken the lead in defining these essential competencies for midwives.

Throughout this document, the term "competencies" is used to refer to both the broad statement heading each section as well as the basic knowledge, skills and behaviours required of the midwife for safe practice in any setting. They answer the question: "What does a midwife do?" *and are evidence-based.* (See Appendix 1)

It is fully understood that these competencies may be considered maximum in some areas of the world, and minimum in other areas. Some knowledge and skills have been separated into a category, "additional". This allows for variation in the preparation and practice of midwives throughout the world, depending on the needs of their local community and/or nation.

Likewise, in recognition that midwives receive their knowledge and skills from several different educational pathways, these competencies are written for generic use by midwives and midwifery associations responsible for the education and practice of midwifery in their country or region. The essential competencies are guidelines for those interested in developing midwifery education, and information for those in government and other policy arenas who need to understand who a midwife is, what a midwife does, and how the midwife learned to be a midwife.

It is expected that the document will undergo continual evaluation as it is used world-wide and as the health care needs of childbearing women and families change.

KEY MIDWIFERY CONCEPTS

The key midwifery concepts that define the unique role of midwives in promoting the health of women and childbearing families include: partnership with women to promote self-care and the health of mothers, infants and families; respect for human dignity and for women as persons with full human rights; advocacy for women so that their voices are heard; cultural sensitivity, including working with women and health care providers to overcome those cultural practices that harm women and babies;

a focus on health promotion and disease prevention which views pregnancy as a normal life event. Midwives recognise that equity of status for women will bring the greatest impact on global maternal-child health by ensuring adequate nutrition, clean water and sanitation; so they are committed to the improvement of basic living conditions as well as providing competent midwifery services.

SCOPE OF MIDWIFERY PRACTICE

The scope of midwifery practice used throughout this document is built upon the ICM/WHO/FIGO international *Definition of the Midwife* (1992). Midwifery practice includes the autonomous care of the girl-child, the adolescent and the adult woman prior to, during and following pregnancy. This means that the midwife gives necessary supervision, care and advice for women during pregnancy, labour and the postpartum period. The midwife conducts deliveries on her own responsibility and cares for the newborn infant. This care includes primary health care supervision within the community (preventive measures); health counselling and education for women, the family and the community including preparation for parenthood; the provision of family planning; the detection of abnormal conditions in the mother and child; the procurement of specialised assistance as necessary (consultation or referral); and the execution of primary and secondary emergency measures in the absence of medical help. Midwifery practice is ideally conducted within a community-based health care system that may include traditional birth attendants, traditional healers, other community-based health workers, doctors, nurses and specialists in referral centres.

THE MIDWIFERY MODEL OF CARE

The Midwifery Model of Care is based on the premise that pregnancy and birth are normal life events. The Midwifery Model of Care includes: monitoring the physical, psychological, spiritual and social well-being of the woman and family throughout the childbearing cycle; providing the woman with individualised education, counselling and antenatal care; continuous attendance during labour, birth and the immediate postpartum period; ongoing support during the postnatal period; minimising technological interventions; and identifying and referring women who require obstetric or other specialist attention. This model of care is woman-centred and therein lies its accountability.

THE FRAMEWORK FOR DECISION-MAKING IN MIDWIFERY CARE

Midwives assume responsibility and accountability for their practice, applying up-to-date knowledge and skills in caring for each woman and family. The safety and overall well-being of the woman is of foremost concern to the midwife. The midwife strives to support a woman's informed choices in the context of a safe experience. The midwife's decision-making process utilises a variety of sources of knowledge and is dynamic, responding to the changing health status of each woman. Midwives involve women and their families in all parts of the decision-making process and in developing a plan of care for a healthy pregnancy and birth experience.

- STEP 1: Collect information from the woman, from the woman's and the infant's records, and from any laboratory tests in a systematic way for a complete assessment.**
- STEP 2: Identify actual or potential problems based on the correct interpretation of the information gathered in Step 1.**
- STEP 3: Develop a comprehensive plan of care with the woman and her family based on the woman's or infant's needs and supported by the data collected.**
- STEP 4: Carry out and continually update the plan of care within an appropriate time frame.**
- STEP 5: Evaluate the effectiveness of care given with the woman and her family, consider alternatives if unsuccessful, returning to STEP 1 to collect more data and/or develop a new plan.**

GUIDING STATEMENT TO MEMBER ASSOCIATIONS

The essential competencies for basic midwifery practice that follow are based on the values, vision, strategies and actions used by those who attend to the health needs of women and childbearing families. Member associations are encouraged to use this ICM statement of competencies, as needed in their countries, in the education, regulation and development of standards of practice for midwives as well as in policies needed to strengthen midwifery.

ESSENTIAL COMPETENCIES FOR BASIC MIDWIFERY PRACTICE

MAY 2002

GENERIC KNOWLEDGE, SKILLS AND BEHAVIOURS FROM THE SOCIAL SCIENCES, PUBLIC HEALTH AND THE HEALTH PROFESSIONS

Competency #1: Midwives have the requisite knowledge and skills from the social sciences, public health and ethics that form the basis of high quality, culturally relevant, appropriate care for women, newborn and childbearing families.

Basic Knowledge and Skills:

1. Respect for local culture (customs).
2. Traditional and modern routine health practices (beneficial and harmful).
3. Resources for alarm and transport (emergency care).
4. Direct and indirect causes of maternal and neonatal mortality and morbidity in the local community.
5. Advocacy and empowerment strategies for women.
6. Understanding human rights and their effect on health.
7. Benefits and risks of available birth settings.
8. Strategies for advocating with women for a variety of safe birth settings.
9. Knowledge of the community - its state of health including water supply, housing, environmental hazards, food, common threats to health.
10. Indications and procedures for adult and newborn/infant cardiopulmonary resuscitation.
11. Ability to assemble, use and maintain equipment and supplies appropriate to setting of practice.

Additional Knowledge and Skills

12. Principles of epidemiology, sanitation, community diagnosis and vital statistics or records
13. National and local health infrastructures; how to access needed resources for midwifery care.
14. Principles of community-based primary care using health promotion and disease prevention strategies.
15. National immunisation programs (provision of same or knowledge of how to assist community members to access to immunisation services)

Professional Behaviours - The midwife:

1. Is responsible and accountable for clinical decisions.
2. Maintains knowledge and skills in order to remain current in practice.
3. Uses universal/standard precautions, infection control strategies and clean technique.
4. Uses appropriate consultation and referral during care.
5. Is non-judgmental and culturally respectful.
6. Works in partnership with women and supports them in making informed choices about their health.
7. Uses appropriate communication skills.
8. Works collaboratively with other health workers to improve the delivery of services to

women and families.

PRE-PREGNANCY CARE AND FAMILY PLANNING METHODS

Competency #2: Midwives provide high quality, culturally sensitive health education and services to all in the community in order to promote healthy family life, planned pregnancies and positive parenting.

Basic Knowledge of:

1. Growth and development related to sexuality, sexual development and sexual activity.
2. Female and male anatomy and physiology related to conception and reproduction.
3. Cultural norms and practices surrounding sexuality, sexual practices and childbearing.
4. Components of a health history, family history and relevant genetic history.
5. Physical examination content and investigative laboratory studies that evaluate potential for a healthy pregnancy.
6. Health education content targeted to reproductive health, sexually transmitted infections (STIs), HIV/AIDS and child survival.
7. Natural methods for child spacing and other locally available and culturally acceptable methods of family planning.
8. Barrier, steroidal, mechanical, chemical and surgical methods of contraception and indications for use.
9. Counselling methods for women needing to make decisions about methods of family planning.
10. Signs and symptoms of urinary tract infection and common sexually transmitted infections in the area.

Additional Knowledge of:

11. Factors involved in decisions relating to unplanned or unwanted pregnancies.
12. Indicators of common acute and chronic disease conditions specific to a geographic area of the world, and referral process for further testing/ treatment.
13. Indicators of and methods of counselling/referral for dysfunctional interpersonal relationships including sexual problems, domestic violence, emotional abuse and physical neglect.

Basic Skills:

1. Take a comprehensive history.
2. Perform a physical examination focused on the presenting condition of the woman.
3. Order and/or perform and interpret common laboratory studies such as haematocrit, urinalysis or microscopy.
4. Use health education and basic counselling skills appropriately.
5. Provide locally available and culturally acceptable methods of family planning.
6. Record findings, including what was done and what needs follow-up.

Additional Skills:

7. Use the microscope.
8. Provide all available methods of barrier, steroidal, mechanical, and chemical methods of contraception.
9. Take or order cervical cytology smear (Pap test)

CARE AND COUNSELLING DURING PREGNANCY

Competency #3: Midwives provide high quality antenatal care to maximise the health during pregnancy and that includes early detection and treatment or referral of selected complications.

Basic Knowledge of:

1. Anatomy and physiology of the human body.
2. Menstrual cycle and process of conception.
3. Signs and symptoms of pregnancy.
4. How to confirm a pregnancy.
5. Diagnosis of an ectopic pregnancy and multiple fetuses.
6. Dating pregnancy by menstrual history, size of uterus and/or fundal growth patterns.
7. Components of a health history.
8. Components of a focused physical examination for antenatal visits.
9. Normal findings [results] of basic screening laboratory studies defined by need of area of the world; eg. iron levels, urine test for sugar, protein, acetone, bacteria.
10. Normal progression of pregnancy: body changes, common discomforts, expected fundal growth patterns.
11. Normal psychological changes in pregnancy and impact of pregnancy on the family.
12. Safe, locally available herbal/non-pharmacological preparations for the relief of common discomforts of pregnancy.
13. How to determine fetal well-being during pregnancy including fetal heart rate and activity patterns.
14. Nutritional requirements of the pregnant woman and fetus.
15. Basic fetal growth and development.
16. Education needs regarding normal body changes during pregnancy, relief of common discomforts, hygiene, sexuality, nutrition, work inside and outside the home.
17. Preparation for labour, birth and parenting.
18. Preparation of the home/family for the newborn.
19. Indicators of the onset of labour.
20. How to explain and support breastfeeding.
21. Techniques for increasing relaxation and pain relief measures available for labour.
22. Effects of prescribed medications, street drugs, traditional medicines and over-the-counter drugs on pregnancy and the fetus.
23. Effects of smoking, alcohol use and illicit drug use on the pregnant woman and fetus.
24. Signs and symptoms of conditions that are life-threatening to the pregnant woman; eg. pre-eclampsia, vaginal bleeding, premature labour, severe anaemia.

Additional Knowledge of:

25. Signs, symptoms and indications for referral of selected complications and conditions of pregnancy: eg. asthma, HIV infection, diabetes, cardiac conditions, post-dates pregnancy.
26. Effects of above named chronic and acute conditions on pregnancy and the fetus.

Basic Skills:

1. Take an initial and ongoing history each antenatal visit.
2. Perform a physical examination and explain findings to woman.
3. Take and assess maternal vital signs including temperature, blood pressure, pulse.
4. Assess maternal nutrition and its relationship to fetal growth.
5. Perform a complete abdominal assessment including measuring fundal height, position, lie and descent of fetus.
6. Assess fetal growth.
7. Listen to the fetal heart rate and palpate uterus for fetal activity pattern.
8. Perform a pelvic examination, including sizing the uterus and determining the adequacy of the bony structures.
9. Calculate the estimated date of delivery.
10. Educate women and families about danger signs and when/how to contact the midwife.
11. Teach and/or demonstrate measures to decrease common discomforts of pregnancy.
12. Provide guidance and basic preparation for labour, birth and parenting.
13. Identify variations from normal during the course of the pregnancy and institute appropriate interventions for:
 - a. low and/or inadequate maternal nutrition
 - b. inadequate fetal growth
 - c. elevated blood pressure, proteinuria, presence of significant oedema, severe headaches, visual changes, epigastric pain associated with elevated blood pressure
 - d. vaginal bleeding
 - e. multiple gestation, abnormal lie at term
 - f. intrauterine fetal death
 - g. rupture of membranes prior to term
14. Perform basic life saving skills competently.
15. Record findings including what was done and what needs follow-up.

Additional Skills:

16. Counsel women about health habits; eg. nutrition, exercise, safety, stopping smoking.
17. Perform clinical pelvimetry [evaluation of bony pelvis].
18. Monitor fetal heart rate with doppler.
19. Identify and refer variations from normal during the course of the pregnancy, such as:
 - a. small for dates [light]/large for dates [heavy] fetus
 - b. suspected polyhydramnios, diabetes, fetal anomaly (eg. oliguria)

- c. abnormal laboratory results
 - d. infections such as sexually transmitted infections (STIs), vaginitis, urinary tract, upper respiratory
 - e. fetal assessment in the post-term pregnancy
20. Treat and/or collaboratively manage above variations from normal based upon local standards and available resources.
 21. Perform external version of breech presentation.

CARE DURING LABOUR AND BIRTH

Competency #4: Midwives provide high quality, culturally sensitive care during labour, conduct a clean and safe delivery, and handle selected emergency situations to maximise the health of women and their newborn.

Basic Knowledge of:

1. Physiology of labour.
2. Anatomy of fetal skull, critical diameters and landmarks.
3. Psychological and cultural aspects of labour and birth.
4. Indicators that labour is beginning.
5. Normal progression of labour and how to use the partograph or similar tool.
6. Measures to assess fetal well-being in labour.
7. Measures to assess maternal well-being in labour.
8. Process of fetal passage [descent] through the pelvis during labour and birth.
9. Comfort measures in labour: eg. family presence/assistance, positioning, hydration, emotional support, non-pharmacological methods of pain relief.
10. Transition of newborn to extra-uterine life.
11. Physical care of the newborn - breathing, warmth, feeding.
12. Promotion of skin-to-skin contact of the newborn with mother when appropriate.
13. Ways to support and promote uninterrupted [exclusive] breastfeeding.
14. Physiological management of the 3rd stage of labour.
15. Indications for emergency measures: eg. retained placenta, shoulder dystocia, atonic uterine bleeding, neonatal asphyxia.
16. Indications for operative delivery: eg. fetal distress, cephalo-pelvic disproportion.
17. Indicators of complications in labour: bleeding, labour arrest, malpresentation, eclampsia, maternal distress, fetal distress, infection, prolapsed cord.
18. Principles of active management of 3rd stage of labour.

Basic Skills:

1. Take a specific history and maternal vital signs in labour.
2. Perform a screening physical examination.
3. Do a complete abdominal assessment for fetal position and descent.
4. Time and assess the effectiveness of uterine contractions.
5. Perform a complete and accurate pelvic examination for dilation, descent, presenting part, position, status of membranes, and adequacy of pelvis for baby.
6. Follow progress of labour using the partograph or similar tool for recording.
7. Provide psychological support for woman and family.
8. Provide adequate hydration, nutrition and comfort measures during labour.

9. Provide for bladder care.
10. Promptly identify abnormal labour patterns with appropriate and timely intervention and/or referral.
11. Perform appropriate hand manoeuvres for a vertex delivery.
12. Manage a cord around the baby's neck at delivery.
13. Cut an episiotomy if needed.
14. Repair an episiotomy if needed.
15. Support physiological management of the 3rd stage of labour.
16. Conduct active management of the 3rd stage of labour including:
 - a. Administration of uterotonic agents
 - b. Controlled cord traction
 - c. Uterine massage after delivery of the placenta, as appropriate
17. Guard the uterus from inversion during 3rd stage of labour.
18. Inspect the placenta and membranes for completeness.
19. Estimate maternal blood loss.
20. Inspect the vagina and cervix for lacerations.
21. Repair vaginal/perineal lacerations and episiotomy.
22. Manage postpartum haemorrhage.
23. Provide a safe environment for mother and infant to promote attachment.
24. Initiate breastfeeding as soon as possible after birth and support exclusive breastfeeding.
25. Perform a screening physical examination of the newborn.
26. Record findings including what was done and what needs follow-up.

Additional Skills:

27. Perform appropriate hand manoeuvres for face and breech deliveries.
28. Inject local anaesthesia.
29. Apply vacuum extraction or forceps.
30. Manage malpresentation, shoulder dystocia, fetal distress initially.
31. Identify and manage a prolapsed cord.
32. Perform manual removal of placenta.
33. Identify and repair cervical lacerations.
34. Perform internal bimanual compression of the uterus to control bleeding.
35. Insert intravenous line, draw bloods, perform haematocrit and haemoglobin testing.
36. Prescribe and/or administer pharmacological methods of pain relief when needed.
37. Administer oxytocics appropriately for labour induction or augmentation and treatment of postpartum bleeding.
38. Transfer woman for additional/emergency care in a timely manner.

POSTNATAL CARE OF WOMEN

Competency #5: Midwives provide comprehensive, high quality, culturally sensitive postnatal care for women.

Basic Knowledge of:

1. Normal process of involution and healing following delivery [including after an abortion].

2. Process of lactation and common variations including engorgement, lack of milk supply, etc.
3. Maternal nutrition, rest, activity and physiological needs (eg. bladder).
4. Infant nutritional needs.
5. Parent-infant bonding and attachment; eg. how to promote positive relationships.
6. Indicators of sub-involution eg. persistent uterine bleeding, infection.
7. Indications of breastfeeding problems.
8. Signs and symptoms of life threatening conditions; eg. persistent vaginal bleeding, urinary retention, incontinence of faeces, postpartum pre-eclampsia.

Additional Knowledge of:

9. Indicators of selected complications in the postnatal period: eg. persistent anaemia, haematoma, embolism, mastitis, depression, thrombophlebitis.
10. Care and counselling needs during and after abortion.
11. Signs and symptoms of abortion complications.

Basic Skills:

1. Take a selective history, including details of pregnancy, labour and birth.
2. Perform a focused physical examination of the mother.
3. Assess for uterine involution and healing of lacerations/repairs.
4. Initiate and support uninterrupted [exclusive] breastfeeding.
5. Educate mother on care of self and infant after delivery including rest and nutrition.
6. Identify haematoma and refer for care as appropriate.
7. Identify maternal infection, treat or refer for treatment as appropriate.
8. Record findings including what was done and what needs follow-up.

Additional Skills:

9. Counsel woman/family on sexuality and family planning post delivery.
10. Counsel and support woman who is post-abortion.
11. Evacuate a haematoma.
12. Provide appropriate antibiotic treatment for infection.
13. Refer for selected complications.

NEWBORN CARE (up to 2 months of age)

Competency #6: Midwives provide high quality, comprehensive care for the essentially healthy infant from birth to two months of age.

Basic Knowledge of:

1. Newborn adaptation to extra-uterine life.
2. Basic needs of newborn: airway, warmth, nutrition, bonding.
3. Elements of assessment of the immediate condition of newborn; eg. APGAR scoring system for breathing, heart rate, reflexes, muscle tone and colour.
4. Basic newborn appearance and behaviours.

5. Normal newborn and infant growth and development.
6. Selected variations in the normal newborn; eg. caput, moulding, mongolian spots, haemangiomas, hypoglycaemia, hypothermia, dehydration, infection.
7. Elements of health promotion and prevention of disease in newborn and infants.
8. Immunisation needs, risks and benefits for the infant up to 2 months of age.

Additional Knowledge of:

9. Selected newborn complications, eg. jaundice, haematoma, adverse moulding of the fetal skull, cerebral irritation, non-accidental injuries, causes of sudden infant death.
10. Normal growth and development of the preterm infant up to 2 months of age.

Basic Skills:

1. Clear airway to maintain respirations.
2. Maintain warmth but avoid overheating.
3. Assess the immediate condition of the newborn; eg. APGAR scoring or other assessment method.
4. Perform a screening physical examination of the newborn for conditions incompatible with life.
5. Position the infant for breastfeeding.
6. Educate parents about danger signs and when to bring the infant for care.
7. Begin emergency measures for respiratory distress (newborn resuscitation), hypothermia, hypoglycaemia, cardiac arrest.
8. Transfer newborn to emergency care facility when available.
9. Record findings, including what was done and what needs follow-up.

Additional Skills:

10. Perform a gestational age assessment
11. Educate parents about normal growth and development, child care.
12. Assist parents to access community resources available to the family.
13. Support parents during grieving process for congenital birth defects, loss of pregnancy, or neonatal death.
14. Support parents during transport/transfer of newborn.
15. Support parents with multiple births.

Appendix 1. Background to the evidence-base of the competencies


Between 1995 and 1999 a modified Delphi Technique was carried out for seven rounds to establish the Provisional Essential Competencies for Basic Midwifery Practice. As agreed by the International Council (the Confederation's governing body) in 1999, the competencies were field-tested by 17 ICM member associations throughout 2001. The extensive field testing was undertaken by 1,271 practising midwives, 77 educator groups (total of 312 educators), and 79 senior level midwifery student groups (total of 333 individuals) from 22 countries; and 25 regulators from 20 countries. A total of 214 individual competency statements within six domains were presented for consideration

and comment. Almost all of the competencies were supported by a great majority of the persons/groups involved in the testing, with many receiving universal support. In April 2002 the ICM International Council discussed and adopted the Essential Competencies for Basic Midwifery Practice, therewith establishing it as an official ICM document.

ANEXO I


2º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE
MATERNA E OBSTETRÍCIA
(2º CMESMO)


FOLHA DE AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO NO ESTÁGIO COM RELATÓRIO

LOCAL DO ESTÁGIO Bloco de Parto 






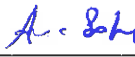



DATAS: INÍCIO 27/02/2012 FIM 27/07/2012

ESTUDANTE CARLA CRISTINO

ENFERMEIRO ORIENTADOR 

DOCENTE ORIENTADOR 

ASSINATURAS

	Avaliação Formativa	Avaliação Formativa	Avaliação Formativa	Avaliação Final
	Data <u>16/05</u>	Data <u>10/07/2012</u>	Data	Data <u>23/07</u>
Estudante			/	
Enfermeiro Orientador			/	
Docente Orientador			/	

CLASSIFICAÇÃO FINAL 18 valores

AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO EM ESTÁGIO COM RELATÓRIO

FORMATIVA



FINAL



Estudante: Cacela CRISTINO

DATA: 16 / 05 / 2012

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

Guy ~~De~~ ~~9~~

<p>Demonstra atitudes e comportamentos adequados à situação de estudante em EC e ao desempenho de cuidados de enfermagem especializados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Assiduidade e pontualidade • Assertividade • Assunção do seu processo formativo • Utilização de técnicas de comunicação adequadas com indivíduos / famílias / equipa de saúde • Capacidade de negociação com a equipa multiprofissional • Capacidade de autoavaliação e reacção à crítica • Actuação de acordo com os princípios éticos, valores e referenciais orientadores da profissão 			x						x	
<p>Revela capacidade de integração / socialização ao contexto do Ensino Clínico</p>		x							x	

Classificações Finais:

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

APRECIÇÃO GLOBAL

ESTUDANTE

O ensino clínico Estágio com Relatório apresenta-se como o derradeiro desaho desta aventura académica a que me propus, daqui a nada hei 2 anos, e tem-se constituído como uma experiência, diariamente enriquecedora, abundante em situações novas para mim, resultado de uma verdadeira conquista e evolução no desenvolvimento de competências comuns e específicas. O que tem sido mais positivo, e sem dúvida a terima, como me tem sido permitido adquirir e desenvolver estas competências, de futura enfermeira experiente de saúde materna e obstétrica num ambiente pedagógico, de crescimento profissional e do mesmo tempo de procura de excelência, de unidades da área.

Sinto-me progressivamente mais autónoma na prática de unidades integradas à equipe multidisciplinar e no dia a dia de pontes, continuo do no entanto a privilegiar a validação dos meus pontos junto da enfermeira orientadora Ana Sotir.

Ante diariamente a necessidade de recorrer a pesquisa bibliográfica e a documentos fornecidos nos vários unidades curriculares para fundamentar e relacionar as intervenções efectuadas e as tomadas de decisão.

Espero assim com a minha caminhada e vir a fazer um despenha bobo e comerdoces positivos do ensino clínico

Conceição

ENFERMEIRO ORIENTADOR

A aluna planeia, executa e avalia as intervenções de enfermagem baseadas nos princípios científicos, para a satisfação das necessidades de parturiente / acompanhante, nos diferentes estádios do trabalho de parto, de uma forma segura no sentido de maximizar a saúde do mulher e seu recém nascido.

De salientar a capacidade de análise e reflexão crítica ao longo do estágio e tomada de decisão face às necessidades de unidades, que nem vindo a aprimorar.

O uso de pontos e uso de instrumentos de trabalho de parto têm sido satisfatórios para a aplicação dos conhecimentos adquiridos.

Espera-se que até ao final do estágio adquira mais autonomia / tomada de decisão com a responsabilidade inerente ao mesmo

Ana Sofia Rodrigues

AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO EM ESTÁGIO COM RELATÓRIO

FORMATIVA

FINAL

Estudante: Carla Alexancho Custio

DATA: 10 / 07 / 2012

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

<p>Demonstra atitudes e comportamentos adequados à situação de estudante em EC e ao desempenho de cuidados de enfermagem especializados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Assiduidade e pontualdade • Assertividade • Assunção do seu processo formativo • Utilização de técnicas de comunicação adequadas com indivíduos / famílias / equipa de saúde • Capacidade de negociação com a equipa multiprofissional • Capacidade de autoavaliação e reacção à crítica • Actuação de acordo com os princípios éticos, valores e referenciais orientadores da profissão 										
<p>Revela capacidade de integração / socialização ao contexto do Ensino Clínico</p>										

Classificações Finais:

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

Avaliação Formativa II

O ensino clínico Estágio com Relatório está a decorrer dentro das minhas expectativas pessoais e sinto que tenho conseguido adquirir e demonstrar autonomia competências científicas, técnicas e relacionais, de uma forma consistente ao longo do ensino clínico.

No tempo que ainda resta, espero concretizar uma evolução na minha aprendizagem, continuando a minha caminhada na procura pela excelência dos cuidados especializados.

Portimão, 10 de Julho de 2012

Conla Enisby

Comz 

AValiação DO DESEMPENHO EM EstÁGIO COM RELatÓRIO

FORMATIVA

FINAL

Estudante: Carla Custimo

DATA: 23 / 07 / 2012

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

Avaliação Sumativa

Este ensino clínico foi uma experiência motivadora e inspiradora para a minha futura prestação de cuidados especializados na área da saúde materna e obstetrícia, pois permitiu ligar a teoria com a prática, mobilizando de forma continuada conhecimentos teóricos e favorecendo a aquisição de competências técnicas e práticas, imersas em princípios éticos e deontológicos, que não se debatendo diariamente e em voz alta, se encontram subjacentes aos cuidados que prestamos.

Procurei durante o ensino clínico privilegiar a educação para a saúde e potenciar a aquisição de competências da mulher e acompanhante para a parentalidade, promover uma experiência de parto positiva e gratificante, desenvolvendo cuidados personalizados, diferenciados e especializados à mulher em todo o ciclo reprodutivo, com especial ênfase no trabalho de parto.

Atingi os objetivos a que me propus no projeto de forma progressiva e muito positiva.

Portimão, 23 de Julho de 2012

Carla Cristino

OM 3/16

Avaliação Sumativa

Carla Cristino, aluna do 2.ª Curo de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, realizou o Estágio em contexto de Bloco de Partos (com interligação com o ensino clínico V – Neonatologia), e o desenho de um projecto (UC de Investigação).

A aluna revelou conhecimentos teóricos e práticos com fundamentação científica na sua prática de enfermagem especializada em cuidados de saúde maternos e obstétricos.

Relativamente aos objectivos propostos, a aluna conseguiu atingir a totalidade dos mesmos, com a excepção da aplicação do projecto de investigação, direccionado ao tema escolhido pela aluna, e que se verificou inexecutável durante todo o estágio.

Foi disponibilizada uma integração no serviço de Bloco de partos, e após a aluna prestou cuidados de enfermagem, sustentada no estabelecimento de uma relação terapêutica sempre com supervisão.

A aluna, ao longo ensino clínico, atingiu os objectivos propostos positivamente. De salientar um dos pontos que considero de maior importância; a grande sensibilidade para o controlo da dor (com recurso a técnicas não farmacológicas - dada a conjuntura do serviço e a inexistência de analgesia epidural durante a noite).

Relativamente a um dos requisitos deste estágio – realização de 40 partos eutócicos - aluna conseguiu atingir o numero requerido, porem o numero de vigilância de trabalho de parto foi amplamente explorada o que incrementou o resultado obtido.

Em forma de conclusão este estágio contribuiu para o serviço positivamente, pela partilha de conhecimentos, e a aluna pelo seu desempenho tem como avaliação final a classificação de Muito Bom.

23 de Julho de 2012

Enfermeiro Orientador

Ana Sofia Cardoso Silva Rodas

Handwritten initials/signatures in blue ink at the top right of the page.

Estudante: Carla Cristina

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

O DOCENTE: [Handwritten Signature]

Data: 23 / 07 / 2012

Anexo IV

Documento de avaliação do Ensino Clínico V

Competência

LOCAL DO ENSINO CLÍNICO Seminário Circulares Especiais de Neonatologia

DATA: INÍCIO 25/06/2012 FIM 29/06/2012

APRECIÇÃO GLOBAL

Atingiu os objetivos a que se propôs para o presente estágio de observação,

A utilização do Ciclo Reflexivo de Gibbs para a análise reflexiva do período em análise, demonstrou o empenho, motivação e o excelente desempenho da Cozula.

Em anexo documento anexo.

Assinaturas

ESTUDANTE

Concha Cruz

ENFERMEIRO ORIENTADOR

DOCENTE ORIENTADOR

[Assinatura]

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA REFLEXÃO DO SEU DESEMPENHO

Estudante: CARLA CURSANO

Indicadores	Pontuação	Pontuação obtida
Estrutura, apresentação e criatividade	1	1
Linguagem científica	1	1
Introdução		
Objectivos Justificação Descrição da organização do trabalho	2	1
Desenvolvimento		
Identificação das necessidades de aprendizagem	1,5	1
Adequação das estratégias	2	2
Descrição do percurso e situações inerentes ao EC	1,5	1
Avaliação/reformulação das intervenções	2	2
Pertinência da fundamentação e mobilização de conceitos	3	3
Análise crítica do percurso de aprendizagem	3	3
Conclusão	2	2
Bibliografia e Anexos	1	1
Apreciação global do desempenho do estudante no EC	20	20
Total	40	38

Classificação: 19 Data 23/07/2012 Docente: AB

O estudante Carla Curvano

2º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTETRÍCIA

Unidade Curricular Ensino Clínico V



REFLEXÃO DE DESEMPENHO EM ENSINO CLÍNICO DE ENFERMAGEM EM CONTEXTO NEONATAL

Orientadora Docente

Enfª [REDACTED]

Orientadora Local

EESMO [REDACTED]

Docente Tutora:

Prof. Isabel Serra

Discente:

Carla Cristino nº3810

Julho/2012

LISTA DE SIGLAS

EESMOG - Enfermeira especialista em saúde materna, obstétrica e ginecológica.

OE – Ordem dos Enfermeiros

ICM –International Confederation of Midwives

RCEEEESMOG – Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em saúde materna, obstétrica e ginecológica

RN – Recém-nascido

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO.....	4
2. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NO ENSINO CLÍNICO	6
3. REFLEXÃO SOBRE O PERCURSO DE APRENDIZAGEM	8
4. PARA TERMINAR (OU CONTINUAR...)	12
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	13

1. INTRODUÇÃO

No âmbito da unidade curricular de ensino clínico V, que decorreu no serviço de neonatologia, unidade de cuidados especiais do Hospital do Barlavento Algarvio, em Portimão, de 25 a 28 de junho de 2012, com a carga horária de 35 horas, pretendia-se a observação e colaboração na prestação de cuidados de enfermagem ao recém-nascido (RN) /família, e no final a elaboração de uma autoavaliação onde constasse a reflexão sobre o meu desempenho. A orientação deste ensino clínico esteve a cargo da Sr.^a Enf.^a Docente Orientadora [REDACTED]

Foi proposto ao grupo de estudantes que seleccionássemos uma família com um RN prematuro ou de termo com necessidade de internamento, cujo parto tivéssemos realizado, em início de internamento de forma a conseguirmos criar uma ligação, proporcionar a continuidade de cuidados e observar a evolução desta família no decurso do mesmo. Por contingências de oportunidade não foi possível, sendo então dirigida a minha aprendizagem aos RN/famílias presentes nos dias do ensino clínico.

Os objetivos gerais delineados pela equipa pedagógica, baseados no plano de estudos do curso de mestrado em enfermagem de saúde materna e obstetrícia e no regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica (RCEEEESMOG) da Ordem dos Enfermeiros (OE) (2011) para este ensino clínico são:

- .prestar cuidados de enfermagem especializados ao recém-nascido (RN) prematuro e/ou com patologia e sua família, no âmbito da transição para a parentalidade, em situação de doença, tendo em vista a promoção da saúde e bem estar do RN/família;
- .prestar cuidados de enfermagem especializados ao RN/família, durante o período neonatal, de forma a contribuir para a diminuição da morbilidade e mortalidade perinatal e neonatal tendo em vista a promoção da saúde e bem-estar do RN/família;
- .observar/colaborar na prestação de cuidados de enfermagem ao RN/família hospitalizado numa Unidade de Neonatologia;

.demonstrar comportamentos e capacidades adequadas ao seu desenvolvimento pessoal e profissional como futuro EEESMO.

Assim os meus objetivos específicos para este ensino clínico foram:

- . Conhecer a estrutura física, orgânica, dinâmica e filosofia do Serviço de Neonatologia;
- . Desenvolver competências para a prestação de cuidados especializados na área de enfermagem neonatal, cuidando o RN inserido na família, durante o período pós-natal, tendo em vista a promoção da saúde e bem-estar do RN/família e apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade.

Este era sem dúvida um ensino clínico pelo qual nutria um misto de ansiedade e apreensão, desde o início deste percurso formativo. Como enfermeira cujo contexto de prática clínica diário é o serviço de urgência e emergência pré-hospitalar, a área pediátrica sempre me suscitou sentimentos de insegurança. Mesmo entre os peritos em urgência é unânime a opinião informal que as situações com população pediátrica são as que mais *stress* originam e onde mais conflitos se geram, sendo também as menos frequentes, traduzindo assim a dificuldade na aquisição de competências, pela menor exposição do profissional a estas situações.

Para mim, sem nenhum contato com esta área, imaginava um ambiente altamente tecnológico, onde se trava uma luta diária pela sobrevivência do RN e a adaptação um pouco menos fisiológica dos pais à parentalidade. O que aí viria a experienciar e sentir foi uma agradável surpresa...

A estrutura deste documento inclui além desta introdução, a descrição das atividades desenvolvidas durante o ensino clínico, a minha reflexão sobre o percurso de aprendizagem, de acordo com o ciclo reflexivo de Gibbs, seguida da conclusão e para finalizar as referências bibliográficas.

2. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NO ENSINO CLÍNICO

Ao EESMOG são reconhecidas competências científicas, técnicas e humanas que lhe permitem executar a vigilância de saúde da mulher ao longo do ciclo reprodutivo, a vivenciar processos de saúde/doença nos períodos pré-concepcional, pré, intra e pós natal e ao RN até aos 28 dias de vida. Interessa-me para este ensino clínico particularmente o momento pós-natal para a mulher e neonatal para o RN.

O reconhecimento destas competências está patente no RCEEEESMOG, na competência H.3 e H.4, as quais respetivamente se referem a "cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto, efetuando o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extrauterina" e "cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal, no sentido de potenciar a saúde da puérpera e do recém-nascido, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade" (OE, 2011). A nível internacional, a International Confederation of Midwives (ICM) no seu documento "Essential Competencies for Basic Midwifery Practice" de 2002, refere que a parteira (de acordo com o anexo I do Decreto -lei nº 333/87 de 1 de Outubro, em Portugal é equiparado ao título de "Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica) é o profissional autónomo, responsável, que trabalha em parceria com as mulheres, comunidades e famílias, no sentido de alcançar bons resultados na gravidez, no nascimento e ao longo do ciclo reprodutivo, garantindo cuidados de qualidade e abrangendo o RN até ao 28º dia de vida.

De acordo com as competências delineadas que balizam o conhecimento a adquirir, nesta fase da minha formação como futura ESMOG, apresento de seguida as atividades desenvolvidas durante o ensino clínico, em função do objetivo que delineei.

Objetivo Especifico	Atividades Desenvolvidas
Conhecer a estrutura física, orgânica, dinâmica e filosofia do Serviço de Neonatologia	<ul style="list-style-type: none"> .Reunião com a Enfermeira Chefe do serviço e orientadora docente. .Realização de visita guiada para conhecer a sua estrutura física e conhecer os elementos da equipa de saúde. .Consulta de documentação existente no serviço, utilizada na prestação dos cuidados de enfermagem; .Observação e perceção geral do funcionamento e organização do

	<p>serviço. .Identificação da articulação entre os vários elementos e da metodologia de trabalho da equipa multidisciplinar. .Identificação dos circuitos de admissão, de articulação e encaminhamento das utentes/famílias e RN.</p>
<p>Desenvolver competências para a prestação de cuidados especializados na área de enfermagem neonatal, cuidando o RN inserido na família, durante o período pós-natal, tendo em vista a promoção da saúde e bem-estar do RN/família e apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade.</p>	<p>.Estabelecer relação de ajuda com a puérpera/família promovendo a livre expressão de dúvidas e receios, demonstrando disponibilidade para o fazer e ajudar na satisfação das necessidades, de forma a promover a autonomia e autoconfiança no processo de saúde. .Estabelecer relação empática capaz de promover sentimento de segurança que permita a aceitação do apoio emocional necessário em momentos de maior ansiedade. . Utilizar técnicas de comunicação eficaz no contato com os pais. .Promover a presença dos pais junto do RN para promoção da vinculação, amamentação e educação para a saúde. .Estimular a participação de ambos os pais nos cuidados ao RN, preparando a alta e desenvolvendo as competências parentais. .Demonstrar disponibilidade para esclarecer dúvidas e promover o esclarecimento por outros técnicos de saúde aos pais, sobre o estado de saúde do seu filho, o objetivo da tecnologia e terapêutica utilizada, e das intervenções efetuadas ao RN. .Promoção do toque e contacto pele-a-pele (método canguru) quando possível. .Prestar e/ colaborar nos cuidados de higiene e conforto ao RN. .Minimizar alterações bruscas no ambiente (ruído, temperatura, luz, cheiro), stress e dor através da proteção da incubadora e do RN. .Prestar e/colaborar nos cuidados de uma forma suave e carinhosa promovendo a ausência/diminuição do stresse. .Prevenir a transmissão de infeções. .Colaborar e/ manter a hidratação e alimentação do RN. .Realizar a contenção e o posicionamento do RN, para promover sensação de segurança e prevenir zonas de pressão. . Compreender a gestão dos cuidados, nomeadamente do agrupar dos cuidados para efeitos de menor <i>stress</i>.</p>

Como já referi não me foi possível dar resposta ao desafio lançado pela escola, onde acompanharia uma família, cujo nascimento tivesse assistido. Tentei no entanto desenvolver as competências previstas durante este breve contato com esta realidade de cuidados. Considero que como futura ESMOG este ensino clínico foi preponderante para a minha evolução e para que no futuro possa vir a prestar cuidados de elevada qualidade.

3. REFLEXÃO SOBRE O PERCURSO DE APRENDIZAGEM

Para apresentar a minha reflexão irei utilizar o Ciclo Reflexivo de Gibbs, cuja estrutura apresento em anexo (Anexo I)

Descrição e Sentimentos

Como já tive oportunidade de referir na introdução, este ensino clínico suscitava em mim um misto de ansiedade e apreensão. Não tive durante o meu curso base oportunidade de contactar com esta realidade de cuidados, que para mim era um ambiente altamente tecnológico onde os RN e famílias estavam após a interrupção de um momento que se quer saudável, como é o nascimento. Receava a minha reação perante a doença no RN e perante a forma como os pais lidam com este momento.

Neste ensino clínico prestei cuidados essencialmente visando a adaptação dos pais a esta nova realidade. Apesar da minha presença ter sido curta alguns dos pais estabeleceram uma relação terapêutica comigo, manifestando-a na colocação de dúvidas e na procura de esclarecimentos acerca do estado do próprio filho.

Relativamente à tecnologia existente, não me assustava e fui colocando questões relativas aos equipamentos desconhecidos, as quais foram prontamente esclarecidas.

Avaliação

A parte mais positiva, para mim, foi conseguir desmistificar e desmontar este meu preconceito. Apesar de esta não ser uma unidade de cuidados intensivos, sinto depois de apenas 1 semana que os RN são aqueles que ajudam a nascer, os pais têm os mesmos receios, questões e necessidades daqueles que cuido diariamente e eu sou capaz de dar resposta às situações atempada e adequadamente.

Sinto que dei lugar à aquisição de novos conhecimentos e consolidação dos adquiridos, através da observação e da prestação direta de cuidados, da pesquisa da literatura e revisão de conhecimentos.

Compreendo a necessidade da gestão do tempo relativo à experiência clínica em bloco de partos, mas considero que a duração deste ensino clínico curta, sendo este o fator mais crítico na aquisição destas novas competências.

Análise

Quando falamos sobre neonatologia, um ramo da pediatria tão específico e especializado, englobamos o cuidado ao RN prematuro ou pré-termo (nascido antes das 37 semanas) ou de termo (nascido a partir das 37 semanas e até aos 28 dias de idade) com necessidade de vigilância, incluindo nesses cuidados os pais (Thomas, 2008). Apesar de ter surgido como especialidade nos anos 60, a sua origem remonta a 1890. O primeiro RN prematuro com baixo peso ao nascer de que existe registo de sobrevivência remonta a 1937, tinha 420 gramas e foi alimentado com xarope de milho e brandy (Zanconeta, 2004). Com uma evolução marcada nos últimos 30 anos, muito à custa da evolução tecnológica, os cuidados aos prematuros consistiam basicamente em aquecimento, manuseio muito cuidadoso (individualizado) e alimentação, e a enfermagem desde os seus primórdios teve um papel fundamental, acreditando-se que os melhores resultados obtidos no cuidado ao RN prematuro eram alcançados por enfermeiras bem treinadas (Rodrigues, 2004; Oliveira, 2005).

Este ambiente de prestação de cuidados é rico em tensões e potencialmente gerador de *stress*, provocando sentimentos fortes aos intervenientes, como insegurança, inadequação e impotência, de acordo com a literatura consultada e com a minha sensibilidade (Fogaça, 2008). Estas tensões resultam das emoções fortes causadas pela exposição constante aos cuidados críticos e ao risco de morte, à oscilação entre sucesso e fracasso no tratamento e evolução, às exigências constantes colocadas à equipa num local de tecnologia avançada, e às características das relações interpessoais estabelecidas com os familiares e entre a equipa multiprofissional (Fogaça, 2008).

Num estudo realizado numa unidade de cuidados intermédios neonatal, pude constatar que os diagnósticos de enfermagem mais frequentes foram privação do sono (83,1%), risco de infeção (76,3%) e processos familiares alterados (75,4%) e apesar das suas limitações transmitem uma clara imagem sobre as necessidades do RN (Del'Angelo, 2010).

A adaptação à vida extrauterina é um evento altamente stressante para o RN, pois este passa bruscamente de um ambiente escuro, quente e húmido, com escassos estímulos sensoriais e onde as necessidades respiratórias e nutricionais estão garantidas, para um ambiente completamente oposto, onde é suposto esforçar-se até para respirar. Por outro lado surgem inúmeros estímulos que interferem com os períodos de sono, fornecem procedimentos invasivos e provocam dor (Zaconeta, 2004). O papel da enfermagem é primordial pois uma gestão adequado dos cuidados previne e diminui quer o stress, quer a dor. Saliento o agrupar dos cuidados, a utilização de medidas não farmacológicas como a administração de soluções glicosadas e a sucção não nutritiva, controle do ruído e da luz, humanização do ambiente com segurança e posicionamento, como intervenções independentes e autónomas que significam qualidade de cuidados ao RN (Zaconeta, 2004).

Budin em 1890 constatou, num hospital em Paris que cuidava de RN prematuros e doentes, que as mães que não participavam nos cuidados, frequentemente abandonavam os seus bebés, entendendo-se assim a importância da vinculação precoce, apesar de apenas nos anos 80 se optar por um modelo de cuidados inclusivo da família (Thomas, 2008). Os sentimentos dos pais relatados na literatura consultada vão desde depressão, ansiedade, desespero, impotência, frustração e alguns descrevem a experiência como sendo um estranho. Por outro lado alguns estudos concluíram que bebés com internamentos longos têm maior risco de violência parental, negligência e atraso no crescimento após a alta (Thomas, 2008).

Tal como referido na Secção de Neonatologia da Sociedade Portuguesa de Pediatria (2011, p.1) "porque o envolvimento dos pais é, como o vão comprovando os estudos científicos e se impõe empiricamente, fundamental no processo de desenvolvimento da criança". O papel do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstetrícia no período neonatal envolve a estimulação do vínculo da tríade dificultada pelo internamento. O vínculo é um processo que se inicia durante a gestação e se intensifica durante o parto e o puerpério sendo um sentimento estrito à ligação entre mãe-filho e pai-filho e importante para a saúde mental e física de uma vida inteira (Burrougs, 1995, p. 248). Esta ligação, nestas famílias, fica prejudicada logo após o parto e cabe ao ESMOG diminuir o risco de vinculação ineficaz subjacente.

Mas não é só pelo potencial risco que os pais devem ser incluídos. Com a evolução dos cuidados surge o planeamento da alta, onde estes pais passam a cuidar na totalidade destes bebés. O papel da enfermeira aqui passa por providenciar uma avaliação psicológica, do suporte social e capacidade parental para que a transição do hospital para a comunidade seja segura, e não mais um momento de *stress* para a família. Os vários projetos em curso na unidade de neonatologia (Alta Segura e Desenvolvimento de Competências Parentais) dão resposta de forma exemplar a estas necessidades.

Conclusão e Plano de Ação

A minha observação neste serviço permitiu-me concluir que se procura a excelência no cuidar. A equipa de enfermagem encontra-se motivada, apesar de uma carga de trabalho considerável, o que é visível na passagem de ocorrências, onde existe uma preocupação de transmitir as alterações de comportamento dos pais procurando-se estratégias para as resolver. A disponibilidade dos elementos da equipa no esclarecimento de dúvidas foi importante para mim, fazendo-me sentir “quase” integrada. Interagi com a equipa, de modo funcional e adequado, estabelecendo uma relação de empatia, assumindo uma conduta de respeito para todos os seus elementos e colaborando ativamente, demonstrando total disponibilidade sempre que fui solicitada.

Da minha reflexão, resta-me apenas acrescentar que quando penso na melhoria dos cuidados não posso de deixar de referir a inclusão na tomada de decisão e estratégias de qualidade na comunicação com os pais. A comunicação de qualidade deve ser uma preocupação constante de qualquer enfermeiro, e um *gold standard* para o ESMOG. E quando falo de comunicação refiro-me também às estratégias de resolução de conflito, as quais e por diversas razões são tantas vezes necessárias mobilizar (afinal somos pessoas diferentes!). Quanto à inclusão na tomada de decisão, penso que temos um modelo de cuidados na equipa multidisciplinar, ainda muito centrado no biomédico. A participação na tomada de decisão poderia passar por exemplo, por passagens de turno, conjuntas entre médicos e enfermeiros, onde os pais efetivamente tivessem espaço para esclarecerem as dúvidas e transmitirem as suas opiniões, sobre o plano a seguir. Considero no entanto que esta estratégia requer preparação de todos os intervenientes... Talvez no futuro !

4. PARA TERMINAR (OU CONTINUAR...)

Cuidar no contexto neonatal é especial e requer sensibilidade e bom senso aguçados, ao mesmo tempo que exige dos profissionais elevada competência técnica. A comunicação de qualidade é sem dúvida o veículo pelo qual se consegue uma aquisição de competência parental promotora de saúde e verdadeiramente terapêutica, que permite a expressão das necessidades emocionais e físicas, envolvimento no cuidado, ganho de sensação de capacidade de controlo sobre os cuidados pelos pais, desenvolvimento de confiança nos profissionais de saúde e como resultado atinge-se a excelência no cuidar.

Para mim como futura ESMOG foi de crucial importância esta experiência pois permitiu-me perceber que os meus sentimentos relativos à prestação de cuidados nesta área são partilhados por quem o faz diariamente. A parte mais positiva, para mim, foi conseguir desmistificar e desmontar este meu preconceito e entender que os RN são aqueles que ajudam a nascer, os pais têm os mesmos receios, questões e necessidades daqueles que cuidam diariamente e eu sou capaz de dar resposta às situações atempada e adequadamente.

Considero que os objetivos propostos para este ensino clínico, foram atingidos.

Deixo aqui o meu agradecimento à Enf.^a [REDACTED], Enf.^a [REDACTED] e Enf.^a [REDACTED] pelo apoio e informação fornecida.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Burrougs, A. (1995). Uma Introdução à enfermagem materna. (6ª Edição) Porto Alegre, Brasil: Artes Médicas.

Del'Angelo, N., & Góes, F., & Dalri, M., & Leite, A., & Furtado, M., & Scochi, C. (2010). Diagnósticos de enfermagem de prematuros sob cuidados intermediários. Revista Brasileira de Enfermagem, 63(5), 755-761. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_isoref&pid=S0034-71672010000500010&lng=en&tlng=pt. Acedido a 16 de julho

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa - Guia Orientador do Ensino Clínico V - Ano Letivo 2011/2012. Lisboa: ESEL, 2012.

Fogaça, M., & Carvalho, W., & Cítero, V., & Nogueira-Martins, L. (2008). Fatores que tornam estressante o trabalho de médicos e enfermeiros em terapia intensiva pediátrica e neonatal: estudo de revisão bibliográfica. Revista Brasileira de Terapia Intensiva, 20(3), 261-266. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2008000300009&lang=pt Acedido a 16 de julho.

Oliveira, I., & Rodrigues, R. (2005). Assistência ao recém-nascido: perspectivas para o saber de enfermagem em neonatologia (1937-1979). Texto contexto - enferm. [online]. vol.14, n.4 [cited 2012-07-16], pp. 498-505 . Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072005000400005&lang=pt . ISSN 0104-0707. Acedido a 16 de julho

Ordem dos Enfermeiros, Regulamento nº127/2011 – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica. Diário da República, 2ª Série, 35 (2011-02-08) 8662-8666 Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEESaudeMaternaObstetricaGinecologica.pdf> . Acedido em 6 de Junho de 2012.

Rodrigues, R. G., & Oliveira, I. C. S. (2004) - Os primórdios da assistência aos recém-nascidos no exterior e no Brasil: perspectivas para o saber de enfermagem na neonatologia (1870-1903). ISSN 1518-1944 Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 06, n. 02. Disponível em <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen> . Acedido em 16/07/2012

Thomas, L. (2008). The changing role of parents in neonatal care: a historical review. Neonatal Network, 27(2), 91-100. Disponível em <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&hid=122&sid=68bac25d-85e8-4e55-a7c1-ad67d5d2e5fe%40sessionmgr111> Acedido a 16 de julho.

Zaconeta, C., & Siqueira, A., & Siqueira, F., & Ramos, E. (2004). Neonatologia, a terceira onda. Disponível em www.paulomargotto.com.br/documentos/neo_04022004.doc. Acedido em 16/07/2012.

<http://www.lusoneonatologia.com> . Acedido a 16/07/2012.

ANEXOS

ANEXO I
Ciclo Reflexivo de Gibbs

REGISTO DE PRESENÇA ENSINO CLÍNICO

Nota: Entregar mensalmente nos Serviços Académicos

Curso: 2º Curso Mestrado em Enfermagem de
Suporte Materno e Obstetrical Ano Lectivo: 2011/2012 Mês: Fevereiro
Nome: Carla Alexandre da Saiz Bano Santos Cristina N de Estudante 3840
Unidade Curricular: Estágio em Releatório Hospital / ES: XXXXXXXXXX
Serviço: Bloco de Pontos Unidade: _____

DIA	ENTRADA (hora)	SAÍDA (hora)	ASSINATURA	OBSERVAÇÕES
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27	8 ^h	16 ^h	Carla	
28				
29	15 ^h 30	24 ^h	Carla	
30				
31				

Orientador do Local de Estágio

Auc [assinatura]

O Docente Responsável

[assinatura]

O Estudante

Carla Cristina

Curso: 2º Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica Ano Lectivo: 2011/2012 Mês: Março
 Nome: Carla Alexandra de Saiz Bone Santos Cristina N de Estudante 3810
 Unidade Curricular: Estágio com Relatório Hospital / CS: XXXXXXXXXX
 Serviço: Bloco de Partos Unidade: _____

DIA	ENTRADA (hora)	SAÍDA (hora)	ASSINATURA	OBSERVAÇÕES
1				
2	13^h30 23 ^h 30	8 ^h 30	Carla	
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12	15 ^h 30	24 ^h	Carla	
13	8 ^h	16 ^h	Carla	
14	8 ^h	16 ^h	Carla	
15	15 ^h 30	24 ^h	Carla	
16				
17	8 ^h	8 ^h 30	Carla	
18				
19	8 ^h	16 ^h	Carla	
20	15 ^h 30	24 ^h	Carla	
21				
22				
23				
24	15 ^h 30	24 ^h	Carla	
25	15 ^h 30	24 ^h	Carla	
26				
27				
28				
29	9 ^h 30	16 ^h 30	Carla	ESEL 9 ^h 30 - 16 ^h 30
30	15 ^h 30	24 ^h	Carla	
31				

Orientador do Local de Estágio

O Docente Responsável

O Estudante

Ana Lobo

[Assinatura]

Carla Cristina

Nota: Entregar mensalmente nos Serviços Académicos

Curso: 2º Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica Ano Lectivo: 2011/2012 Mês: Abril

Nome: Carla Alexandra de Sousa Barros Santos Crustino N de Estudante 3810

Unidade Curricular: Estágio com Relatório Hospital / ES: [REDACTED]

Serviço: Bloco de Partos Unidade: _____

DIA	ENTRADA (hora)	SAÍDA (hora)	ASSINATURA	OBSERVAÇÕES
1				
2	F			
3	E			
4	R			
5				
6	I			
7	A			
8	S			
9				
10	8 ^h	16 ^h	GM	
11	15 ^h 30	24 ^h	GM	
12				
13				
14				
15	8 ^h	16 ^h	GM	
16	15 ^h 30	24 ^h	GM	
17				
18				
19	15 ^h 30	24 ^h	GM	
20				
21	15 ^h 30	24 ^h	GM	
22				
23	23 ^h 30	8 ^h 30	GM	
24				
25	8 ^h	16 ^h	GM	
26				
27				
28	23 ^h 30	8 ^h 30	GM	
29	8 ^h	16 ^h	GM	
30	8 ^h	16 ^h	GM	
31				

Orientador do Local de Estágio

O Docente Responsável

O Estudante

Ana Silva

[Signature]

Carla Crustino

Curso: 2º ano de licenciatura em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica Ano Lectivo: 2011/2012 Mês: Maio
 Nome: Conla Alexandre de Saude Bruno Santos Cristino N de Estudante 3810
 Unidade Curricular: Estágio com Redutório Hospital / ~~ES~~: [REDACTED]
 Serviço: Blocos de Pontas Unidade: _____

DIA	ENTRADA (hora)	SAÍDA (hora)	ASSINATURA	OBSERVAÇÕES
1				
2	23 ^h 30	8 ^h 30	Conla	
3				
4				
5	8 ^h	16 ^h	Conla	
6	15 ^h 30	24 ^h	Conla	
7	15 ^h 30	24 ^h	Conla	
8				
9	8 ^h	12 ^h	Conla	ESEL 8 ^h /12 ^h
10				
11				
12				
13	23 ^h 30	8 ^h 30	Conla	
14				
15	15 ^h 30	24 ^h	Conla	
16	15 ^h 30	24 ^h	Conla	
17				
18	23 ^h 30	8 ^h 30	Conla	
19	23 ^h 30	8 ^h 30	Conla	
20	8 ^h	16 ^h	Conla	
21	8 ^h	16 ^h	Conla	
22	15 ^h 30	24 ^h	Conla	
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30	15 ^h 30	24 ^h	Conla	
31				

Orientador do Local de Estágio

O Docente Responsável

O Estudante

Aurora

[Signature]

Conla Cristino

Curso: 2º Mestrado em Enfermagem
do sítio de Maternidade e Obstetrícia Ano Lectivo: 2011/2012 Mês: Junho
Nome: Concha Alexandra da Silva Barros Santos Cruz N de Estudante 3810
Unidade Curricular: Estágio com Relatório Hospital / ES: [REDACTED]
Serviço: Bloco de Partos Unidade: _____

DIA	ENTRADA (hora)	SAÍDA (hora)	ASSINATURA	OBSERVAÇÕES
1				
2				
3				
4				
5				
6	8 ^h	16 ^h	Con	
7	15 ^h 30	24 ^h	Con	
8	15 ^h 30	02 ^h	Con	
9				
10	8 ^h	16 ^h	Con	
11	8 ^h	16 ^h	Con	
12	15 ^h 30	24 ^h	Con	
13				
14				
15				
16	8 ^h	16 ^h	Con	
17	15 ^h 30	24 ^h	Con	
18				
19	8 ^h	16 ^h	Con	
20				
21	8 ^h	16 ^h	Con	
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				

Orientador do Local de Estágio

O Docente Responsável

O Estudante

Ana Silva

[Signature]

Concha Cruz

Nota: Entregar mensalmente nos Serviços Académicos

Curso: 2º Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica Ano Lectivo: 2011/2012 Mês: Junho
Nome: Carla Alexandre da Silva Bone Santos Cristino N de Estudante: 3810

Unidade Curricular: Ensino Clínico V Hospital / ES: [REDACTED]

Serviço: Neonatologia Unidade: [REDACTED]

DIA	ENTRADA (hora)	SAÍDA (hora)	ASSINATURA	OBSERVAÇÕES
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25	8 ^A	16 ^A	Carla	
26	8 ^A	16 ^A	Carla	
27	8 ^A	16 ^A	Carla	
28	8 ^A	16 ^A	Carla	
29				
30				
31				

Orientador do Local de Estágio

O Docente Responsável

O Estudante

Isabel Aires

[Signature]

Carla Cristino

Nota: Entregar mensalmente nos Serviços Académicos

Curso: 2º Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e do Lactante Ano Lectivo: 2011/2012 Mês: Julho
 Nome: Carla Alexandre da Silva Baptista Crisóstomo N de Estudante: 3810
 Unidade Curricular: Estágio com Relato Hospital / ES: XXXXXXXXXX
 Serviço: Bloco de Partos Unidade: _____

DIA	ENTRADA (hora)	SAÍDA (hora)	ASSINATURA	OBSERVAÇÕES
1				
2				
3				
4	15 ^h 30	24 ^h	CM	
5				
6				
7	23 ^h 30	8 ^h 30	CM	
8				
9	8 ^h	16 ^h	CM	
10	8 ^h	16 ^h	CM	
11	15 ^h 30	24 ^h	CM	
12	15 ^h 30	24 ^h	CM	
13				
14				
15				
16				
17	8 ^h	16 ^h	CM	
18	15 ^h 30	24 ^h	CM	
19				
20				
21				
22				
23	15 ^h 30	24 ^h	CM	
24				
25				
26				
27	15 ^h 30	24 ^h	CM	
28				
29				
30				
31				

Orientador do Local de Estágio

O Docente Responsável

O Estudante

Ana Silva

[Assinatura]

Carla Crisóstomo

2º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE
MATERNA E OBSTETRÍCIA
Unidade Curricular Estágio com Relatório



Diários de Aprendizagem

Docente Tutora:
Prof. Isabel Serra

Discente:
Carla Cristino nº3810

Julho/2012

Índice

0. Introdução	p.3
1. Diário de Aprendizagem I	p.4
2. Diário de Aprendizagem II	p.10
3. Referências Bibliográficas	p.14
4. Anexos	
Anexo I – Ciclo de Gibbs	p.16

1. INTRODUÇÃO

No âmbito da unidade curricular estágio com relatório, do 2º ano, 2º semestre do 2º curso de mestrado em enfermagem de saúde materna e obstetrícia da Escola Superior de Saúde de Lisboa foi-me proposta a realização de 2 diários de aprendizagem. O estágio com relatório decorre no

no bloco de partos de 27 de fevereiro a 27 de julho de 2012. A carga horária da unidade curricular estágio com relatório é de 500 horas (25 h semanais), sendo as restantes horas de orientação tutorial (25h) e de trabalho autónomo do estudante (225h). A orientação está a cargo da Sr.^a docente orientadora, e da Sr.^a Enf.^a, orientadora do local, enfermeira especialista em enfermagem de saúde materna e obstetrícia do. A tutora do projeto é a Professora Isabel Serra.

O diário de aprendizagem define-se como sendo um relato dos significados produzidos numa situação real da prática clínica, tornando-a assim significativa e transformando o estudante no sujeito pró-ativo que gera e desenvolve o seu conhecimento (Barbier, 1993). Para sua realização e apresentação irei utilizar a estrutura do Ciclo Reflexivo de Gibbs que se apresenta em anexo (Anexo I).

A elaboração destes diários de aprendizagem tem como objetivos:

- . analisar e refletir sobre as minhas práticas diárias;
- . aprofundar conhecimentos sobre o tema abordado;
- . adquirir competências específicas sobre o tema abordado.

2 . DIÁRIO DE APRENDIZAGEM I

Para este primeiro diário de aprendizagem vou apresentar aqui a minha reflexão, de acordo com o Ciclo de Gibbs, sobre uma situação ocorrida no dia 7 de julho, na minha 18ª semana de estágio.

Descrição da Situação

O turno era uma noite e tínhamos 1 utente. Por volta da 1.40 entra pela urgência a Sr. H., uma senhora de 32 anos com uma gravidez de 40 semanas e 5 dias que vinha por contrações dolorosas e frequentes acompanhada pelo marido. Tratava-se de uma gesta II para I, com um parto eutócico em 2010, uma menina com 3500 gr, e grupo sanguíneo A Rh +. A bebé que iria nascer era a Jasmine. A parturiente tinha sido seguida com 9 consultas de vigilância pré-natal, trazia as serologias de 3º trimestre incompletas e tinha a pesquisa de estreptococos B retal e vaginal positivas. Sem alergias conhecidas ou patologias na gravidez ou anteriores, o seu único antecedente cirúrgico foi uma apendicectomia há 16 anos atrás. A parturiente estava já em fase ativa do trabalho de parto, apresentando uma cervicometria com 5 cm de dilatação, e o cardiotocógrafo apresentava dinâmica uterina de média/elevada intensidade e amplitude, com cerca de 3 contrações em 10 min e boa variabilidade da frequência cardíaca fetal. Dirigi-me ao quarto onde me apresentei como enfermeira e aluna da especialidade. Neste momento ela pergunta, “Não dá para fazer epidural a esta hora pois não?”, o que lhe confirmei, assegurando que iríamos prestar-lhe todos os cuidados possíveis para minimizar a dor durante o trabalho de parto. Reforcei a ideia de que estávamos lá para a ajudar e apoiar naquele momento alegre e doloroso e que poderia questionar-nos ou pedir o que quisesse que tentaríamos apoiá-la. A utente estava muito queixosa e dado que estávamos num turno da noite, o que tínhamos para oferecer eram alguns fármacos e estratégias não farmacológicas de alívio da dor. Canalizou-se um acesso periférico à utente, colheu-se sangue para pesquisa de toxoplasmose, administrou-se, de acordo com protocolo ampicilina 2gr endovenosa (por estreptococos B +) e administrou-se paracetamol 1gr endovenosa, para analgesia. E de seguida sugeriu-se à utente que utilizasse a

bola de parto, o que foi aceite e executado por ela, por breves instantes, com o apoio do marido. Mas a dor não aliviava... e depressa voltou para a cama muito queixosa e agitada, o que me levou a reavaliar a cervicometria. E pronto, a dilatação estava completa.

A parturiente iniciou então os esforços expulsivos de forma totalmente autónoma e eficaz, numa sala pouco iluminada e às 2h12m nasceu a Jasmine com 4020gr.

Pensamentos e Sentimentos

As razões para este momento e não outros, ser significativo para mim são várias. Primeiro este foi sem dúvida o recém-nascido mais pesado e apressado que ajudei a nascer até hoje. Depois senti-me constrangida por não poder oferecer a esta mulher todas as estratégias de alívio da dor, como a analgesia epidural, pois não existe anestesista disponível para estas situações após as 0h. Também fiquei feliz pela capacidade de dominar o medo da dor que a parturiente desenvolveu e desejei ter o mesmo tipo de força interior. E por fim, este foi um parto cujas condições espero repetir na minha vivência como futura enfermeira especialista em enfermagem de saúde materna e obstetrícia, com pouca luz e reduzido ruído, e com a mulher no centro da ação, fazendo aquilo que a natureza lhe deixou nos genes e para o que apenas necessita do meu apoio e intervenção. Senti-me muito feliz e emocionada por perceber que tinha feito diferença naquela fase tão importante da vida daquele casal, transformando uma experiência que estava a ser difícil numa experiência calma e gratificante.

Avaliação

O que para mim foi mais positivo foi perceber que já começo a saber o que quero e como quero cuidar da mulher em trabalho de parto. Lembro-me das palavras sábias da minha orientadora logo no início do ensino clínico “primeiro só vais ver assim, depois assim e só lá pro fim assim...” ao mesmo tempo que demonstrava com as mãos intervalos progressivamente maiores

Foi possível então oferecer à parturiente várias estratégias para relaxar e lidar com a dor, como a massagem realizada pelo marido, a deambulação, a mudança de posição, a utilização da bola de parto, a música e o controle da respiração através de várias técnicas instruídas na altura. Proporcionou-se apoio, conforto e um ambiente seguro, com privacidade, com ruído e luminosidade reduzidas e temperatura adequada.

Por outro lado, o que se podia constituir como negativo foi o confronto com algo transversal no cuidar em todas as instituições, que se relaciona com constrangimentos organizacionais que interferem com as atividades interdependentes da profissão de enfermagem. Parece-me que não é equidade no acesso aos cuidados de saúde, que a parturiente não possa ter acesso a analgesia epidural depois das 0h, mas esta é uma oportunidade única para a demonstração da autonomia no cuidar em saúde materna, como irei explicitar uma pouco adiante.

Análise

Nesta fase, em que é tudo novidade e que a componente técnica ainda é muito valorizada, deixamos muitas vezes a componente relacional mais descuidada... Senti que nesta situação foi privilegiada a relação e que estou no bom caminho para desenvolver competências no cuidar especializado em saúde materna, tendo que continuar a aperfeiçoar e treinar estratégias e competências.

De acordo com Coutinho (2004) “a relação que se estabelece entre o enfermeiro e a parturiente torna-se fundamental, sendo determinante que o enfermeiro veja o corpo da mulher, não como uma máquina que desenvolve o seu trabalho (parir), mas com um todo, uma pessoa que para além de cuidados físicos precisa de outros cuidados. De alguém com quem falar, de alguém que a oiça ativamente, ou então simplesmente que lhe segure a mão, e permaneça ali, acompanhando-a no seu percurso, revelando-lhe que não está sozinha”. (Coutinho, 2004, p. 2)

Esta situação serviu essencialmente para estruturar no meu pensamento que género de “parteira” quero vir a ser... Nesta fase do percurso profissional, com

tantas exigências acadêmicas, esta situação foi um grande incentivo e um impulso motivador para a prossecução do meu objetivo – cuidar como Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica!

Segundo Lowdermilk (2006) o desconforto no trabalho de parto e parto relaciona-se com causas neurológicas e com fatores que influenciam a reação à dor.

A dor e o desconforto têm origem visceral e somática, respetivamente no primeiro e segundo estágio do trabalho de parto. A dor visceral do primeiro estágio é provocada pelas alterações do colo, distensão do segmento inferior e isquemia uterina e manifesta-se principalmente durante a contração. Já a dor somática do 2º estágio resulta do estiramento dos tecidos perineais e do pavimento pélvico, da distensão e da tração do peritoneu e dos ligamentos útero-cervicais e de lacerações dos tecidos moles (Lowdermilk, 2006, p.356)

Os fatores que influenciam a reação à dor são fatores fisiológicos (ex: posição ereta e possibilidade de poder adotar a posição mais confortável podem reduzir o desconforto), a cultura, ansiedade (quando esta aumenta, a experiência de dor também aumenta; em associação com o medo aumentam a tensão muscular, diminuem a eficácia das contrações uterinas e aumentam o desconforto criando um ciclo de medo e ansiedade que resulta muitas vezes no atraso da progressão do trabalho de parto), a experiência anterior (se tiver sido difícil e dolorosa vai provocar medo e ansiedade), a preparação para o nascimento, o conforto, o apoio e o ambiente (engloba as pessoas presentes e o espaço físico, com disponibilidade para o movimento e medidas de relaxamento e alívio não farmacológicas como bolas de parto, cadeiras confortáveis, banheiras e chuveiros) (Lowdermilk, 2006, p.356-359).

As estratégias não farmacológicas de relaxamento e alívio da dor durante o trabalho de parto e parto são variadas, englobando estratégias de estimulação cutânea (contrapressão, massagem suave, deambulação, báscula, mudança de posição, acupressão e acupuntura, aplicação de calor ou frio, hidroterapia e administração subcutânea de água destilada), estratégias de estimulação sensorial (aromaterapia, técnicas respiratórias, musicoterapia, visualização e

utilização de pontos de atenção) e estratégias cognitivas (preparação para o nascimento, hipnose e *bio feedback*) (Lowdermilk, 2006, p.359).

Nem todas as culturas encaram o parto como doloroso mas muito à custa dos meios de comunicação social e do difundir da ideia de que todos os partos são muito dolorosos, o medo e ansiedade que se geram em cada mulher que se encontra prestes a dar à luz, tal como acabamos de perceber, influencia a sua experiência de parto através da produção de adrenalina, o que pode atrasar a progressão (Croft, 2011; Higson, 2012). Cabe à enfermeira especialista em saúde materna e obstetrícia o papel fundamental de desmistificar esta situação e intervir de forma autónoma. A experiência de dor é diferente em cada mulher e até em cada gravidez dessa mulher. A própria designação de dor deve ser substituída no nosso léxico por contrações, bem como deve ser explicada à parturiente, em linguagem adequada, que o corpo dela, mais propriamente o seu maior musculo em termos de massa (o útero), produz estas contrações para que existam alterações no colo e para que o bebé progrida no canal de parto, e quais os efeitos da adrenalina no trabalho de parto (Croft, 2011; Higson, 2012). Importa também salientar à parturiente que o mesmo corpo com o progredir do trabalho de parto vai produzir endorfinas, que ajudarão a controlar a dor. Essencialmente o objetivo é aumentar a confiança na sua capacidade de lidar com a dor e diminuir a ansiedade, de forma que a parturiente sinta o parto como uma experiência positiva (Croft, 2011; Higson, 2012).

Conclusão e Planear a Ação

Relativamente ao fato de não existir possibilidade de escolha da analgesia epidural o que me parece possível fazer é esclarecer as parturientes, seja nos contatos antes do momento do parto seja na altura do internamento em trabalho de parto, sobre a questão, e incentivar a que reclamem (se o desejarem) nas instâncias devidas.

Para esta utente a fase ativa do 1º estágio do trabalho de parto foi rápida e durou cerca de 30 minutos, não tendo sido possível a exploração de todas as técnicas não farmacológicas de relaxamento e alívio da dor. Se a progressão

do trabalho de parto fosse mais lenta poderia ter oferecido outras estratégias, o que irei fazer sempre que seja possível e esteja disponível. Por exemplo, não é possível oferecer uma banheira ou jacúzi mas as utentes podem tomar um duche na casa de banho. Mas acredito que também é importante que isto não se passe como uma lista de tarefas a cumprir mas antes uma escolha informada da mulher.

Toda esta situação fez-me pensar também qual o meu papel na realização de um parto. Efetivamente o parto pertence àquele casal e não a mim. Sou apenas um profissional de saúde com competência para o acompanhar. Os verdadeiros donos do parto são o casal e eu apenas observo todo o desenrolar dos acontecimentos para diagnosticar potenciais problemas, sempre com uma postura preventiva, intervindo quando adequado e necessário.

3. DIÁRIO DE APRENDIZAGEM II

Neste segundo diário de aprendizagem vou refletir sobre o meu 40º parto, que realizei a 11 de julho de 2011.

Descrição da Situação

Era um turno da tarde. Num dos quartos estava a Srª A., uma jovem de 21 anos, GII P0, com uma interrupção terapêutica da gravidez em 2011, por um feto polimalformado com 20 semanas de gestação. Veio neste internamento à urgência por contrações e grávida de 38 semanas e 1 dia. Viguada com 7 consultas de vigilância pré-natal no médico particular e com o médico de família, trazia análises do 3º trimestre incompletas, já tinham sido colhidas no turno da manhã as que faltavam, imune à rubéola, sem pesquisa de estreptococos B e com resultados analíticos de coagulação e plaquetas, necessários à analgesia epidural que desejava realizar. Grupo Sanguíneo O Rh-, foi-lhe administrada imunoglobulina às 28 semanas, a 3 de maio. Durante a gravidez teve várias infeções do trato urinário e foi-lhe prescrito amoxicilina, estando de momento assintomática. Sem alergias conhecidas ou doenças prévias à gravidez. Encontrava-se acompanhada pelo marido.

O cardiotocógrafo registava dinâmica irregular de média intensidade, boa variabilidade da frequência cardiofetal. A cervicometria foi avaliada e era de 3cm com colo a centrar e apresentação cefálica e alta, pelo que a parturiente estava no final da fase latente do 1º estágio de trabalho de parto.

Foi convidada a experimentar várias estratégias não farmacológicas de relaxamento e alívio da dor durante o trabalho de parto, como a deambulação, a massagem realizada pelo marido, a deambulação, a mudança de posição, a utilização da bola de parto, a música e o controle da respiração através de várias técnicas instruídas na altura. Proporcionou-se também apoio, conforto e um ambiente seguro, com privacidade, com ruído e luminosidade reduzidas e temperatura adequada.

E por volta das 21h dado ser esse o desejo da Srª A. e existirem condições para a realização de analgesia epidural, colaborei com o anestesista na sua

realização. Foi neste momento, aliado à saída do marido, que a Sr^a A. ficou silenciosa e pensativa. Perguntei-lhe se me queria dizer em que estava a pensar e quando me respondeu que não pensava em nada, decidi deixá-la a sós com os seus pensamentos, pois pareceu-me ser aquilo que queria. O tempo foi passando, as intervenções também (rutura artificial das membranas) e às 23.32 deu-se o parto e nasceu a Alice com 1 circular cervical apertada que foi laqueada à vulva, com APGAR de 9-10-10, apenas com necessidade de estimulação. Estávamos então no 3º estágio e aguardando pacientemente pela dequitação. Por volta dos 15 minutos, apesar dos sinais de dequitação (contração do útero, saída de sangue pelo introito e aumento do tamanho do cordão umbilical) a placenta não surgia na vagina. Ao pesquisar manualmente, por indicação da minha orientadora, constato que o colo está formado e a placenta retida. Foi chamada a médica obstetra que manualmente dilatou o colo e descolou e dequitou a placenta.

Pensamentos e Sentimentos

Lembro-me de horas antes do parto dizer à minha orientadora “esta senhora merecia tanto um bom parto!”. De fato, senti que esta mulher por todo o sofrimento que já tinha passado merecia uma experiência de parto positiva, até porque toda a sua atitude já era positiva.

Depois do parto senti-me insegura, será que eu tinha feito algo de errado? Mas depois de rever mentalmente todo o processo percebi que nada tinha feito de errado.

No dia seguinte fiquei feliz de ver a puérpera e a bebé bem na enfermaria de obstetrícia.

Avaliação

O que foi mau nesta experiência foi o sofrimento e dor que esta utente sentiu quando a dequitação manual estava a ser executada pela médica.

Bom, foi ter tido esta experiência sem repercussões de maior para a utente, pois permitiu-me adquirir competência em futuras situações.

Análise

Não é fácil passar por uma gravidez depois de uma morte fetal. Seja logo a seguir ou passado algum tempo, a alegria de estar grávida é muitas vezes suplantada pelo medo do que pode vir a acontecer, da tristeza que se sente pelo bebê que se perdeu e a culpa de estar a ser desleal com esse bebê indo para a frente com outra gravidez (Douglas, 2004, p.686).

A experiência do nascimento do filho por ser um pouco amarga, sentida com um misto de alegria mas onde pode haver necessidade de completar o processo de luto anterior. A vinculação mãe-filho pode levar mais tempo a estabelecer-se, pelo menos até a mãe ter a certeza que este bebê é saudável (<http://www.americanpregnancy.org/pregnancyloss/mcgettingpregnantagain.html>).

Cabe ao enfermeiro especialista respeitar estes sentimentos e facilitar a sua expressão, mantendo a disponibilidade para ajudar no que for necessário.

O 3º estágio do trabalho de parto vai desde o nascimento do bebê até à expulsão da placenta e membranas, ocorre usualmente após alguns minutos, e resulta primeiro da diminuição acentuada do local de implantação devido às contrações. Depois devido a esta redução de tamanho do útero dá-se a rotura das vilosidades e separa-se a placenta do leito basal. Não se justificam tentativas para a dequitação manual até terem decorrido 15 a 30 minutos, excetuo se surgirem motivos antes desse período de tempo (Lowdermilk, 2006, p.470; Graça,2010, p.422).

A atitude da enfermeira especialista pode ser uma conduta expectante ou ativa neste estágio. Considera-se como conduta ativa aquela que engloba uso por rotina de drogas uterotómicas, corte precoce do cordão e tração controlada do cordão. Tem como as vantagens, a redução do risco de perda de sangue severa, necessidade de transfusão e anemia pós-natal, e como desvantagens, o risco de hipertensão materna (dependendo da medicação uterotómica administrada), maior dor no pós-parto, necessidade de analgesia e hemorragia após a alta. A conduta passiva (espera e observa) por outro lado, é aquela onde não se administram drogas, o corte do cordão só ocorre quando cessa a

pulsação e a placenta é exteriorizada com o esforço materno e com auxílio da gravidade (Begley, 2011, p.6-7; Lowdermilk, 2006, p.471).

Na literatura também aparece descrito o método misto, muito à custa da evidência sobre o atraso em clampar e cortar o cordão umbilical pelo menos após o primeiro minuto de vida, patente em *guidelines* recentes (Begley, 2011, p.7).

A recomendação de atuação da Organização Mundial de Saúde, do International College of Midwives e da Federation of International Gynecologists and Obstetricians é a conduta ativa no 3º estágio do trabalho de parto (Begley, 2011, p.6).

A retenção da placenta pode resultar da separação parcial da placenta normal, placenta parcialmente separada devido a anel de constrição do útero, incorreta gestão do terceiro estágio do trabalho de parto ou aderência anormal de toda ou parte da placenta na parede uterina. A atuação é o descolamento e dequitação manual realizados pelo médico (Lowdermilk, 2006, p.863).

Conclusão e Plano de Ação

A conduta relativa ao 3º estágio do trabalho de parto escolhida foi a mais segura para a mulher, a ativa. Mesmo assim este problema aconteceu, lembrando-me que por vezes não controlamos todos os acontecimentos num trabalho de parto.

Na literatura consultada pude constatar a alusão à discussão com a mulher na consulta de vigilância pré-natal, sobre qual o seu desejo relativo à condução do 3º estágio, informando-a sobre as vantagens e desvantagens, o que irei implementar quando tiver oportunidade de realizar consultas de vigilância pré-natal (Begley, 2011).

3.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Barbier, Jean-Marie (1993). *Elaboração de Projectos de Acção e Planificação*. Porto: Porto Editora. ISBN 972-034-106-8.

Begley C. (2011). Active versus expectant management for women in the third stage of labour. *Cochrane Database Of Systematic Reviews* [serial online]. September 26,;(11)Disponível em : Cochrane Database of Systematic Reviews, Ipswich, MA. Acedido em 20 julho 2012

Coutinho, Emília de Carvalho (2004). A experiência de ser cuidada na sala de partos. **Revista Millenium**. [versão electrónica]. Nº 30 (Outubro 2004), p. 29-37. [acedido a 19/07/2012]. Disponível em: <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium30/3.pdf>. ISSN 1647- 662X

Croft, N. (2011). Mind over matter: minimising pain in labour. **Midwives**, 14(7), 20-21.

Douglas, A. & Sussman, J. (2004). *The unofficial guide to having a baby*. 2nd Edition. United States of America:Wiley Publishing ISBN 0-7645-4148-X

Lowdermilk, Deitra L. & PERRY, Shannon E. (2006). *Enfermagem na Maternidade*. 7ª Edição. Loures: Lusodidacta. ISBN 978-989-8075-16-1.

Graça, Luís Mendes (2010). *Medicina Materno-Fetal*. 4ª Edição.Lisboa: Lidel, Edições Técnicas, Lda. ISBN 978-972-757-654-8Higson, A. (2012). Pain Free Labour: Teaching women how to labour. **Midwifery Matters**, (132), 17.

Anexo I – Ciclo de Gibbs

