



## **Curso de Mestrado em Enfermagem**

Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

**Parto e adolescentes...**

**Que intervenções de enfermagem especializadas  
para proporcionar uma experiência positiva?**

Helena Maria Morais Osório

**2011**



## **Curso de Mestrado em Enfermagem**

Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

### **Parto e adolescentes...**

## **Que intervenções de enfermagem especializadas para proporcionar uma experiência positiva?**

Helena Maria Morais Osório

**Relatório de Estágio orientado por:**

Professora Isabel Serra

**Estágio com Relatório orientado por:**

Enfermeiro Especialista Mário Cardoso

Enfermeira Especialista Eugénia Clara dos Santos

**2011**

A decorative graphic in the bottom right corner of the page, consisting of several overlapping, curved, greyish-brown shapes that resemble a stylized smile or a series of flowing lines.

À minha família, pelo tempo  
À Professora Isabel Serra, pelo apoio  
Às colegas, pelo carinho, apoio e companheirismo  
Às grávidas, puérperas, bebés e pais que aceitaram ser cuidados  
À Senhora Enfermeira Especialista Eugénia Clara dos Santos, pelos ensinamentos

É apenas com o coração que se pode ver direito  
o essencial é invisível aos olhos

Antoine de Saint-Exupéry

## **SIGLAS**

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

EESMOG - Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia

ER - Estágio com Relatório

ESEL - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

ICM – *International Confederation of Midwives*

IG – Idade gestacional

INE - Instituto Nacional de Estatística

IO – Índice Obstétrico

OCDE - *Organization for Economic Co-operation and Development*

OMS - Organização Mundial de Saúde

RCCEE - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

RCEEEESMOG - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro

Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e Ginecológica

RE - Relatório de Estágio

RN - Recém-nascido

TP - Trabalho de parto

s - semanas

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância

## RESUMO

Com este Relatório de Estágio pretendo apresentar o percurso realizado durante o ER, no 2º ano do 1º CMESMO, da ESEL, no que se refere ao aprofundamento teórico sobre as intervenções de enfermagem durante o trabalho de parto, com as adolescentes, sobre a reflexão levada a cabo e ainda sobre as competências adquiridas neste percurso.

Como ponto de partida para a revisão sistemática da literatura, metodologia utilizada na elaboração deste RE, formulei a seguinte questão em formato PI[C]O: “Quais as intervenções de enfermagem (I) que proporcionam às parturientes adolescentes (P) uma experiência positiva (O)?”

A identificação de literatura realizou-se utilizando bases de dados electrónicas, a partir do motor de busca EBSCO. Os termos de pesquisa utilizados foram: *childbirth*, *adolesc\** e *experienc\**. Obtive um total de 113 artigos e destes li os resumos de forma a fazer uma primeira avaliação. Seleccionei, mediante os critérios de inclusão e de exclusão, três artigos. A estes adicionei um artigo e um trabalho académico, sendo que o primeiro foi publicado na Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e o segundo é uma Dissertação de Candidatura ao grau de Mestre em Ciências de Enfermagem submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar.

Os aspectos mais referidos pelas adolescentes foram: características da equipa e sua interacção com ela (simpatia, confiança, disponibilidade, que não emite juízos de valor e que a cuida com respeito pelas suas características individuais); presença do acompanhante; atitude do progenitor masculino com relação à gravidez; percepção de dor menor do que a esperada; duração curta do trabalho de parto; ter o apoio da família de origem; ser elogiada quando os seus comportamentos são positivos e, por último, a forma como a equipa de enfermagem orienta no relaxamento, na respiração e nos esforços expulsivos.

**Palavras-chave:** Intervenções de enfermagem; parturiente; adolescente; experiência de parto.

## **ABSTRACT**

With the present traineeship's report I intend to present the journey undertaken during the traineeship, on the 2nd year of 1st Master in Maternal Health and Obstetrics Nursing, from ESEL, concerning the further development of theoretical nursing interventions during adolescent labor, about the reflection carried out and the skills acquired in this way.

As a starting point for the systematic literature review, methodology used preparing this traineeship, the question was formulated in the PI[C]O format: "Which are the nursing interventions (I) that provide adolescents (P) a positive childbirth experience (O)?"

The identification of literature was carried out using electronic databases, from the EBSCO search engine. The search terms used were: childbirth, adolesc\* and experienc\*. I obtained a total of 113 articles and read the summaries, in order to make a first assessment. By the criteria of inclusion and exclusion, I selected three articles. I added an article and a scholarly work. The first one was published in the Journal of Nursing School, from São Paulo's University and the second is a dissertation to obtain the degree of Master of Science in Nursing submitted to the Abel Salazar's Institute of Biomedical Sciences.

The most mentioned factors: characteristics of the team and how they interact (friendliness, reliability, availability, do not make value judgments and that care with respect for their individual characteristics), presence of their partner; his attitude towards the pregnancy; lower perception of pain than expected; labor with a short duration; have the support of family of origin; being praised when their behaviors are positive and, finally, how midwives guided relaxation, breathing and expulsive efforts.

**Keywords:** Nursing interventions, adolescent, parturient, childbirth experience.

# ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>PARTE I - OBJECTIVOS, ACTIVIDADES E COMPETÊNCIAS</b>	
<b>1. CONTEXTUALIZAÇÃO DA PRÁTICA DE CUIDADOS .....</b>	<b>16</b>
<b>2. OBJECTIVOS, ACTIVIDADES E COMPETÊNCIAS .....</b>	<b>18</b>
2.1. Actividades desenvolvidas.....	18
2.2. Aquisição e desenvolvimento de competências.....	23
<b>PARTE II - ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b>	
<b>1. DEFINIÇÃO DE CONCEITOS .....</b>	<b>32</b>
<b>2. MODELO DE ENFERMAGEM DE SISTEMAS DE CUIDADOS.....</b>	<b>33</b>
<b>3. EXPERIÊNCIA DE PARTO.....</b>	<b>38</b>
<b>4. ADOLESCÊNCIA.....</b>	<b>40</b>
<b>5. MATERNIDADE .....</b>	<b>43</b>
5.1. ...na Adolescência.....	43
5.2. ...na Adolescência e Enfermagem .....	46
5.3. ... na Adolescência em Portugal.....	49
<b>PARTE III - METODOLOGIA</b>	
<b>1. PERCURSO METODOLÓGICO .....</b>	<b>52</b>
1.1. Revisão Sistemática da Literatura .....	52
1.2. Observação participante e entrevista não directiva.....	56
1.3. Notas de Campo .....	57
1.4. Questões éticas.....	60
1.5. Limitações .....	60
<b>2. RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>62</b>
<b>3. IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA .....</b>	<b>64</b>
<b>4. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>65</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>67</b>
<b>APÊNDICES E ANEXOS .....</b>	<b>72</b>

**APÊNDICE I – PROJECTO DE ESTÁGIO**

**APÊNDICE II – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO**

**APÊNDICE III – NOTAS DE CAMPO**

**APÊNDICE IV – DIÁRIOS DE APRENDIZAGEM**

**APÊNDICE V – PLANO DE SESSÃO**

**APÊNDICE VI – MULTIMEDIA UTILIZADA NA SESSÃO**

**ANEXO I - AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO COM RELATÓRIO**

**ANEXO II - LEI 9/2009 DE 4 DE MARÇO**

**ANEXO III - REGULAMENTO DAS COMPETÊNCIAS COMUNS  
DOS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS**

**ANEXO IV - REGULAMENTO DAS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO  
ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA,  
OBSTÉTRICA E GINECOLÓGICA**

**ANEXO V – *ESSENTIAL COMPETENCIES FOR BASIC MIDWIFERY PRACTICE***

## ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Objectivos, actividades propostas e actividades desenvolvidas.....	19
Quadro 2 – Revisão Sistemática da Literatura .....	53
Quadro 3 – Caracterização dos Estudos Incluídos na Revisão.....	54
Quadro 4 – Factores que proporcionam experiência de parto positiva, mencionados pelas adolescentes, por estudo .....	55
Quadro 5 – Características das adolescentes cuidadas em Estágio, cujo parto foi realizado por mim .....	55
Quadro 6 – Contagem do número de vezes que cada temática é mencionada pelas adolescentes .....	58

## ÍNDICE DE IMAGENS

Imagem 1 – Freguesias do Concelho de Cascais .....	16
Imagem 2 – Freguesias do Concelho de Sintra pertencentes à Área de Influência do Hospital Dr. José de Almeida .....	16
Imagem 3 – Modelo de Sistemas de Cuidados de Saúde.....	35

## INTRODUÇÃO

O presente relatório vem responder ao documento emanado pela ESEL, o Guia Orientador do Estágio com Relatório, relativo à Unidade Curricular ER, no 2º ano do 1º Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, subordinado ao tema: “Parto e adolescentes... Que intervenções de enfermagem especializadas para proporcionar uma experiência positiva?”. Esta Unidade Curricular teve início no dia 17 de Janeiro de 2011, no Bloco de Partos do Hospital Dr. José de Almeida, em Cascais e decorreu até 1 de Julho de 2011.

Pretendo apresentar o percurso realizado, no que se refere ao aprofundamento teórico sobre as intervenções de enfermagem durante o trabalho de parto, com as adolescentes, sobre a reflexão e as competências adquiridas neste percurso.

A realização deste Estágio vem responder à Lei n.º 9/2009, de 4 de Março, que transpõe para o nível nacional a Directiva n.º 2005/36/CE, do Parlamento e do Conselho das Comunidades Europeias, de 7 de Setembro, relativa ao reconhecimento das qualificações profissionais, no seu Artigo 1º, alínea d): “Experiência clínica adequada em estabelecimentos aprovados sob o controlo de pessoal qualificado em obstetrícia” e ainda o seu ponto 5º, pág. 1515, alínea B (Anexo II), onde é determinado que o estudante deverá pôr em prática:

2. Vigilância e cuidados dispensados a pelo menos quarenta parturientes;
3. Realização pelo aluno de pelo menos quarenta partos (...);
4. Participação activa em um ou dois partos de apresentação pélvica;
5. Prática de episiotomia e iniciação à sutura;
6. Vigilância e cuidados prestados a quarenta grávidas, durante e depois do parto, em situação de risco;
7. Exame de pelo menos cem parturientes e recém-nascidos normais;
8. Vigilância e cuidados a parturientes e recém-nascidos, incluindo crianças nascidas antes do tempo e depois do tempo, bem como a recém-nascidos de peso inferior ao normal e a recém-nascidos que apresentem perturbações;
9. Cuidados a dispensar em situações patológicas no domínio da ginecologia e da obstetrícia, das doenças dos recém-nascidos e dos lactentes;
10. Iniciação aos cuidados dos casos patológicos gerais em medicina e cirurgia.”

A referida legislação indica ainda que a experiência clínica deve ser realizada sob a forma de estágios orientados nos serviços de centros hospitalares e que, durante esses períodos, os formandos deverão participar nas actividades que contribuam para a sua formação e ainda iniciarem-se nas responsabilidades deontológicas que as actividades de EESMOG implicam.

Tendo em conta que os objectivos para este ER se devem basear nas competências específicas definidas pela OE, no seu documento “RCEEEESMOG” nomeadamente, no Artigo 4º, ponto 1, competências **b**, **c** e **d**; nas competências descritas pela ICM, nomeadamente nas Competências **I**, **IV**, **V** e **VI**; nos objectivos preconizados no Plano de Estudos do 1º CMESMO; e nas necessidades, interesses e recursos pessoais e institucionais, defini:

- a) Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais que possibilitem a prestação de cuidados de enfermagem especializados à mulher e família, durante o período pré-natal, promotores do bem-estar materno-fetal;
- b) Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais que possibilitem a prestação de cuidados de enfermagem especializados à parturiente e família, durante o trabalho de parto e parto, em partos eutócicos, distócicos e com patologia associada;
- c) Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais que possibilitem a prestação de cuidados de enfermagem especializados à mulher durante o período de pós-parto;
- d) Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais que possibilitem a prestação de cuidados de enfermagem especializados ao recém-nascido, na adaptação à vida extra-uterina;
- e) Desenvolver competências e mobilizar conhecimentos na área da investigação, nomeadamente, na prestação de cuidados de enfermagem especializados à adolescente grávida e família durante o trabalho de parto, parto e puerpério;

Durante o presente trabalho centrar-me-ei nas adolescentes parturientes, por oposição aos e às adolescentes, pela circunstância de se estudarem questões intimamente relacionadas com os acontecimentos do parto, da perspectiva da parturiente. Por outro lado, nem sempre o progenitor masculino de uma gestação durante a adolescência é também um adolescente.

A motivação para esta temática prende-se com a minha experiência profissional, na área dos Cuidados de Saúde Primários, uma vez que sou responsável pela Consulta de Adolescência, na unidade onde exerço funções. Os cuidados aos/ às adolescentes, isentos de juízos de valor, e as repercussões destes cuidados na vida das famílias são, para mim, de particular interesse. Acompanho as /os adolescentes e

suas famílias em todo o percurso pré-natal, continuo a prestação de cuidados no pós-parto e verifico assim a importância das intervenções ocorridas durante o internamento hospitalar, no que respeita à experiência de parto e suas implicações na vida familiar. Considero que trabalhar esta temática me vai trazer conhecimentos, competências e estratégias para capacitar as adolescentes a ultrapassar uma experiência de parto que tenha sido menos positiva. Assim, pareceu-me importante debruçar-me sobre a temática e ainda reflectir sobre a prática diária dos cuidados especializados às adolescentes em trabalho de parto, identificando como pergunta de partida: “Quais as intervenções de enfermagem que proporcionam às parturientes adolescentes uma experiência positiva?”

A elaboração deste Relatório de Estágio tem como objectivos:

- Explicitar e reflectir sobre os cuidados de enfermagem especializados prestados durante o Estágio, com vista ao desenvolvimento de competências e à mobilização de conhecimentos, no âmbito da Saúde Materna e Obstetrícia;
- Conhecer os factores que proporcionam uma experiência de parto positiva para as adolescentes;
- Compreender o papel atribuído às intervenções de enfermagem especializadas, relativamente às experiências de parto, vivenciadas pelas adolescentes cujo parto ocorreu no Bloco de Partos do Hospital Dr. José de Almeida;
- Contribuir para a reflexão sobre as experiências de parto das adolescentes e suas implicações na vida das famílias;
- Proporcionar momentos de reflexão sobre os cuidados prestados às adolescentes e suas necessidades específicas, através da realização de uma acção de sensibilização apresentada à equipa de enfermagem.

Dado que estes objectivos se centram nos cuidados de enfermagem especializados, faz todo o sentido dotar este trabalho de um quadro de referência, já que estes são, por excelência, os condutores do pensamento e da acção na prática de enfermagem (TOMEY e ALLIGOOD, 2004, p.6).

Fortin (1999, p. 93) refere que o modelo conceptual constitui uma “generalização abstracta que situa o estudo no interior de um contexto e lhe dá uma significação particular”. Uma vez que vou estudar cuidados numa situação de ajustamento familiar,

na área da saúde materna, optei por um que não olhasse o destinatário desses cuidados como um receptor passivo, nem como um indivíduo dotado de um corpo apenas físico e/ou uma doença. Assim sendo, escolhi o Modelo de Enfermagem de Sistemas de Cuidados de Saúde, conceptualizado por Betty Neuman, que assenta na premissa de que cada pessoa não precisa ser cuidada apenas na perspectiva da sua doença, como era visto pelo modelo bio-médico, mas sim como um sistema que tende para o bem-estar, composto por múltiplas partes e em permanente interacção com o ambiente.

Este trabalho encontra-se dividido em três partes: uma primeira, em que se expõem os objectivos, actividades realizadas e competências adquiridas durante a experiência clínica; uma segunda, onde se faz o enquadramento teórico e uma terceira, onde se explicitam as questões metodológicas, as limitações, as implicações para a prática e as considerações finais. Por último, surgem as referências bibliográficas, os apêndices e os anexos.

## **PARTE I**

### **OBJECTIVOS, ACTIVIDADES E COMPETÊNCIAS**

---

## 1. CONTEXTUALIZAÇÃO DA PRÁTICA DE CUIDADOS

Este ER teve lugar no Hospital Dr. José de Almeida, após atribuição dos campos de estágio pela equipa docente. A distribuição das actividades pelas várias semanas está patente no cronograma, integrado no Projecto (Apêndice I).

Esta instituição hospitalar está localizada em Alcabideche e o seu Serviço de Obstetrícia é a maternidade de referência para as seis freguesias do concelho de Cascais (imagem 1) e ainda para oito freguesias do concelho de Sintra: Algueirão / Mem Martins; Colares; Pêro Pinheiro; São João das Lampas; Santa Maria e São Miguel; São Martinho; São Pedro de Penaferrim e Terrugem (imagem 2 – freguesias não coloridas pertencentes a outra área de referência).

Imagem 1- Freguesias do Concelho de Cascais



Fonte: [http://www.cascaisenergia.org/files/billeder/Energia/Matriz\\_Energética/imgs/mapa\\_cascais.jpg](http://www.cascaisenergia.org/files/billeder/Energia/Matriz_Energética/imgs/mapa_cascais.jpg)

Imagem 2- Freguesias do Concelho de Sintra pertencentes à Área de Influência do Hospital Dr. José de Almeida



Adaptado de: <http://www.cm-sintra.pt/%05CANexo%05C633789494727641250Mapa%20das%20freguesias%20do%20concelho%20de%20Sintra.pdf>

O Serviço de Ginecologia e Obstetrícia divide-se fisicamente por dois pisos: no terceiro piso o Bloco de Partos e a Urgência Obstétrica e Ginecológica e no quinto piso os Serviços de Internamento de Medicina Materno-fetal, de Ginecologia e de Puerpério. O Bloco de Partos possui sete salas de parto, onde as utentes permanecem, sem serem deslocadas, habitualmente, durante todos os períodos do trabalho de parto (mesmo que haja a necessidade de efectuar um parto distócico). São apenas transferidas para o bloco operatório e posteriormente recobro (três vagas de lotação)

se forem sujeitas a cesariana. Esta característica proporciona maior tranquilidade e privacidade às mulheres e suas famílias.

O Serviço de Neonatologia fica situado junto ao Bloco de Partos, também no 3º Piso, cuja lotação é de 10 vagas: 4 para bebés que necessitam de Cuidados Intensivos e 6 berços/ incubadoras para Cuidados Intermédios. Dado que a instituição não é um dos Hospitais de Apoio Perinatal Diferenciado, só pode receber ou manter RN a partir das 34 semanas de gestação.

Em relação aos recursos humanos, a equipa é constituída pelo Director do Serviço, por um Enfermeiro Coordenador (EESMOG), pela Enfermeira-Chefe (EESMOG), 21 EESMOG, 14 Enfermeiros generalistas, pelas equipas médicas, 10 Assistentes Operacionais e duas Assistentes Técnicas. Habitualmente a equipa de enfermagem, por turno, é constituída por quatro Especialistas em Saúde Materna e Obstetrícia e dois elementos generalistas, sendo um dos elementos antecipadamente designado para a prestação de cuidados em Urgência Ginecológica e Obstétrica.

Em termos estatísticos, podemos observar que no ano de 2009 ocorreram 99 491 partos em Portugal, sendo 31 691 realizados na área da Grande Lisboa, representando cerca de um terço do total anual nacional de partos. Ao passar a abranger as freguesias do concelho de Sintra, a partir de Março de 2010, o Hospital Dr. José de Almeida tornou-se numa das instituições hospitalares da Grande Lisboa com elevado número de partos. Durante o ano de 2010 ocorreram no Hospital de Cascais (instalações e abrangência antigas até Fevereiro) 1 946 partos, num ano em que a natalidade cresceu para 101 464 nados-vivos (dados do INE). Durante o período de estágio, entre 16 de Janeiro e 1 de Julho de 2011, realizaram-se 1 095 partos, 46 dos quais em mulheres com idade igual ou inferior a 19 anos; efectuei cinco deles, sob supervisão da EESMOG orientadora Eugénia Clara dos Santos.

## 2. OBJECTIVOS, ACTIVIDADES E COMPETÊNCIAS

Os objectivos foram apresentados no Projecto de Estágio, elaborado e apresentado no início do estágio, em interligação com a Unidade Curricular Seminário de Investigação II. Seguidamente apresentarei as actividades desenvolvidas e as competências adquiridas durante este percurso.

### 2.1. Actividades desenvolvidas

No decorrer do ER senti necessidade de adicionar duas actividades não contempladas no Projecto. A primeira surgiu através da percepção da necessidade da realização de uma acção de sensibilização, por parte da equipa de enfermagem, sobre a temática deste Relatório, tendo tido lugar no dia 28 de Junho de 2011 (o Apêndice V corresponde ao Plano de Sessão e o Apêndice VI ao material multimédia utilizado na Sessão). Estiveram presentes EESMOG, enfermeiros generalistas, docentes e estudantes de enfermagem, tanto do CMESMO como do Curso de Licenciatura em Enfermagem. Esta acção de sensibilização foi composta por duas partes, com a breve exposição de conteúdos teóricos sobre a temática e, seguidamente, uma segunda parte, com partilha de experiências entre os presentes.

A segunda actividade consistiu na “Prestação de cuidados de enfermagem especializados com particular atenção para o apoio psicológico das mulheres e famílias em processo de luto, nos casos de morte embrionária/fetal/neonatal”. A necessidade de adicionar esta actividade prende-se com o facto de terem surgido, durante o ER, diversas situações de luto, que exigem dos profissionais competências relacionais específicas. No sentido de melhorar a compreensão de todo o processo de luto e assim melhorar a qualidade dos cuidados prestados, elaborei um dos Diários de Aprendizagem a partir de uma situação de morte neonatal (Apêndice IV), o que proporcionou o pretendido aprofundamento teórico sobre esta área menos alegre e apelativa da obstetrícia.

No Projecto (Apêndice I) consta o quadro de actividades a que me propus para atingir os referidos objectivos, que apresento de seguida, sendo que a coluna à direita explicita as actividades desenvolvidas nas vinte semanas de experiência clínica, com uma carga horária total presencial de 534,5 horas.

**Quadro 1 – Objectivos, actividades propostas e actividades desenvolvidas**

Nota: Dado que há actividades a desenvolver que se repetem em objectivos diferentes, optou-se, para facilitar a elaboração, leitura e objectividade do texto, por omitir as actividades já mencionadas em objectivos anteriores.

Objectivos	Actividades Propostas	Actividades Desenvolvidas
Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais que possibilitem a prestação de cuidados de enfermagem especializados à mulher e família, durante o período pré-natal, promotores do bem-estar materno-fetal	Consulta de documentação existente no serviço	Os dossiers de protocolos e normas existentes no Serviço foram lidos por mim, no início do estágio e consultados sempre que necessário
	Observação da prestação de cuidados de enfermagem e do circuito da utente e convivente significativo; Admissão da grávida, com supervisão da enfermeira orientadora do local; Acolhimento ao serviço à grávida e convivente significativo; Consulta de toda a informação relativa à vigilância da gestação (Boletim de Saúde da Grávida, Exames Complementares de Diagnóstico, Registos Informáticos); Entrevista com a grávida para anamnese e identificação de necessidades afectadas;	Efectuei a admissão e acolhimento de 24 mulheres ao Bloco de Partos, tendo efectuado todas as actividades descritas
	Colaboração com a equipa multidisciplinar nas actividades interdependentes;	São diversas: administração de terapêutica prescrita, cuidados na realização de analgesia epidural, colheita de produtos para análise, amnioinfusão – tendo colocado em prática todas elas
	Vigilância da grávida com patologia associada, identificando sinais de alerta e sinalizando à equipa;	Prestei cuidados a duas grávidas com ameaça de parto pré-termo e três com pré-eclâmpsia
	Vigilância de integridade das membranas e características do líquido amniótico quando ocorrer REBA;	Efectuei vigilância da integridade das membranas e de todos os dados necessários após REBA/RABA
	Referenciação das utentes à equipa multidisciplinar, quando a situação esteja para além da área de actuação;	Foram sinalizadas situações de suspeita de sofrimento fetal, incompatibilidade feto-pélvica e uma situação de apresentação pélvica
	Todas as acima e abaixo referidas, com particular atenção para o apoio psicológico das mulheres e famílias em luto, nos casos de morte embrionária/fetal/neonatal	Prestei cuidados a 2 mulheres cujos fetos de termo tinham falecido <i>in útero</i> (38s e 39s) e 1 morte fetal às 16s

Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais que possibilitem a prestação de cuidados de enfermagem especializados à parturiente e família, durante o trabalho de parto, em partos eutócicos, distócicos e com patologia associada

Entrevista com a grávida/casal para auscultação de expectativas e desejos para o TP;	Esta actividade foi sendo desenvolvida com cada casal, durante a vigilância do trabalho de parto, de uma forma fluida e informal, respeitando, sempre que possível, os desejos do casal
Promoção do envolvimento do acompanhante no TP; Prestação de apoio psicológico e emocional à parturiente e convivente significativo durante o TP	De todas as grávidas cuidadas, foram poucas as que optaram por não ter acompanhante – este foi sempre incitado a participar no apoio à parturiente e nos cuidados ao RN
Informação à grávida e convivente significativo sobre os cuidados prestados, permitindo o esclarecimento de dúvidas e incentivando a emissão de opiniões;	Esta actividade foi sendo desenvolvida com cada casal, com vista ao estabelecimento de uma relação de confiança e diminuição de receios
Avaliação de bem-estar materno-fetal: (avaliação de tensão arterial, frequência cardíaca, oximetria e temperatura; da estática fetal; instituição e vigilância de monitorização cardiotocográfica) Realização de notas de enfermagem no processo clínico informatizado e no partograma; Realização de toque obstétrico; Realização de ruptura artificial de bolsa amniótica;	Estas actividades foram efectuadas ao longo das 19 semanas, com 141 parturiente
Promoção de ambiente seguro durante TP;	Proporcionei um ambiente calmo, incentivando a colocação de dúvidas por parte da grávida e/ou do acompanhante, respeitando, sempre que possível, os seus desejos com relação aos cuidados prestados e ao ambiente existente
Colaboração com a equipa multidisciplinar na implementação de medidas farmacológicas	Colaborei na realização de analgesia epidural sempre que as utentes o solicitaram e tal era exequível; administração de medicação analgésica
Implementação de medidas não-farmacológicas para o alívio da dor;	Sempre que possível, as grávidas foram incentivadas e foi demonstrado o uso de técnicas de relaxamento, massagem, utilização de música, utilização da bola de parto, deambulação, água quente
Monitorização da evolução do TP e registos no processo clínico, incluindo partograma;	Os registos relativamente à evolução do trabalho de parto, parto, puerpério e cuidados prestados foram sempre registados no partograma e no sistema informático
Detecção precoce de alterações da evolução normal do TP e sua referenciação à equipa multidisciplinar;	Foi detectada uma situação de apresentação pélvica, uma situação de anel de Bandl e diversas situações de suspeita de sofrimento fetal

	Realização de parto, em apresentação cefálica, em ambiente calmo e seguro;	Realização de 44 partos eutócicos, em apresentação cefálica
	Realização de episiotomia em situações em que seja necessário;	Efectuadas 31 episiotomias, realização de 6 partos com períneo íntegro, 4 lacerações de grau I, 3 de grau II
	Esclarecimento de dúvidas e fornecimento de informação à grávida e convivente significativo, numa perspectiva de educação para a saúde;	Esta actividade foi desenvolvida no âmbito da contracepção pós-parto, da amamentação, dos cuidados de higiene, dos hábitos de vida saudáveis, da parentalidade, da vigilância de saúde da mãe e do RN
	Colaboração com a equipa na ocorrência de partos distócicos: utilização de ventosa, fórceps ou cesariana	Colaborei em 16 partos com utilização de ventosa, em 1 parto com utilização de fórceps e 7 partos por cesariana
Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais que possibilitem a prestação de cuidados de enfermagem especializados à mulher durante o período pós-parto	Vigilância da puérpera sob o ponto de vista obstétrico;	Efectuei a vigilância de um total de 64 puérperas
	Identificação precoce de complicações pós-parto e actuação de acordo com a situação;	Foi identificada uma situação de hipotensão, prontamente corrigida, com recurso à equipa de anestesia
	Verificação da integridade da placenta e membranas após dequitação;	Ocorreu uma situação de suspeita de membranas fragmentadas retidas, que não se confirmou. Todas as restantes foram completas, espontâneas.
	Avaliação da integridade do canal de parto e realização de episiorrafia, quando necessário;	Efectuadas 30 episiorrafias, sutura de 4 lacerações de grau I e 3 de grau II
	Promoção da amamentação nos primeiros 30 minutos após o parto;	Nos primeiros partos, pela demora nos cuidados imediatos, nem sempre foi possível cumprir o prazo dos 30 minutos, mas logo que possível a puérpera foi orientada a iniciar a amamentação – houve uma grávida seropositiva para o VIH que não iniciou, mas nenhuma grávida manifestou desejo de não amamentar
Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais que possibilitem a prestação de cuidados de enfermagem especializados ao recém-nascido, na adaptação à vida extra-uterina	Preparação e verificação do material necessário para o RN antes do parto, incluindo material de reanimação; Prestação de cuidados imediatos ao RN, nomeadamente: Secagem e limpeza de pele; Estimulação táctil, Desobstrução das vias aéreas; Aquecimento; Observação física para detecção de malformações; Avaliação de reflexos neurológicos; Avaliação de peso; realizar profilaxia da doença hemorrágica do RN; Identificação do RN com pulseira de identificação e pulseira electrónica; Avaliação do RN após o parto, utilizando o Índice de	Nos partos distócicos ou naqueles em que não efectuei o parto, recebi o bebé e prestei os cuidados imediatos Ocorreu uma situação de um RN cujo sexo não correspondia ao determinado ecograficamente, o que foi comunicado à mãe no momento da observação

	Apgar	
	Promoção da vinculação precoce da tríade/díade Promoção de contacto pele-a-pele	Pela optimização da experiência de parto, pela maximização do contacto pele-a-pele, pelo incentivo aos pais para o contacto com o RN, esta promoção foi sempre efectuada
	Prestação de cuidados imediatos ao RN, em situação de risco, nomeadamente: Realização de manobras de reanimação, se necessário; Administração de terapêutica de emergência; Providenciar transferência para Unidade de Neonatologia; Informação à mãe e convivente significativo sobre os procedimentos e prestação de apoio psicológico e emocional	Num parto distócico por sofrimento fetal iniciei procedimentos para a transferência do RN para a Neonatologia, no entanto, dado o falecimento do RN, não chegou a ocorrer a transferência Em dois partos, o Índice de Apgar de RN era de 7, pelo que participei nas manobras necessárias para o estabelecimento de ventilação e circulação normal
	Observação e participação nos cuidados prestados ao RN e família sujeitos a hospitalização no Serviço de Neonatologia do Hospital de Cascais	Acompanhei a Sra. Enf <sup>a</sup> Luísa na Unidade, na prestação de cuidados ao RN – um dos Diários de Aprendizagem em anexo reporta-se a esta experiência
Desenvolver competências na área da investigação, nomeadamente na prestação de cuidados de enfermagem especializados à adolescente grávida e família	Realização de todas as actividades descritas acima, no pré, intra e pós-parto às adolescentes e ao RN	Realizei o parto de 5 adolescentes e cuidei de uma outra adolescente cujo parto não ocorreu no meu turno
	Realização de entrevistas com as adolescentes cujo parto ocorreu no Hospital Dr. José de Almeida, no período do ER	Foram efectuadas entrevistas não-directivas e observação participante de todas as adolescentes cujo parto ocorreu nos meus turnos
	Realização de reuniões tutoriais	Foram efectuadas diversas reuniões tutoriais, como previsto
	Realização de Revisão Sistemática da Literatura e Elaboração de Relatório Final de Estágio	Foram realizadas as actividades
	Realização de uma acção de sensibilização apresentada à equipa de enfermagem, com o objectivo de proporcionar momentos de reflexão sobre os cuidados prestados às adolescentes e suas necessidades específicas	A acção foi efectuada a 28 de Junho de 2011. Encontram-se em anexo o Plano de Sessão e o material multimédia utilizado na Sessão (Apêndice V e VI)

## 2.2. Aquisição e desenvolvimento de competências

Desenvolver competências na área dos cuidados à mulher e família durante o trabalho de parto é o último patamar desta escada cuja subida iniciei há uns anos. É um passo que traz, enquanto estudantes, profissionais e pessoas, muita ansiedade, mas é muito gratificante também, pois é neste momento que verificamos a evolução em conhecimentos, capacidade reflexiva, maturidade e competências.

O modelo Dreyfus designa que, na aquisição de competências, o indivíduo passa por cinco níveis sucessivos de proficiência: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito. A passagem por estes níveis centra-se em mudanças em três aspectos gerais: o primeiro é a mudança de uma confiança em princípios abstractos à utilização de uma experiência passada concreta; o segundo é a alteração da maneira como o estudante percepção as situações e o terceiro aspecto está relacionado com o envolvimento do estudante na situação, passando de observador passivo para executante envolvido (BENNER, 2001).

Aplicando o Modelo Dreyfus ao universo dos cuidados de enfermagem, Benner estudou profissionais de enfermagem, de três instituições diferentes, tentando definir critérios que permitam saber se o indivíduo estudado possui qualidades caracterizadoras de competência. Através da análise de inúmeras situações, descreveu na sua obra “De iniciado a perito” as características, comportamentos e necessidades de aprendizagem em cada nível de desenvolvimento.

Aplicando este modelo à prática na experiência clínica agora descrita e tendo em conta que Benner (2001, p. 50) diz que todos os estudantes de enfermagem iniciam a prestação de cuidados num serviço novo como iniciadas, enquanto “os aspectos inerentes aos cuidados não lhes forem familiares”, senti-me nesse papel, o de iniciada. Apesar de ser uma profissional com mais de quinze anos de prática de cuidados, senti efectivamente que o meu nível era esse, quando tinha receio de exercer demasiada pressão sobre a cabeça do bebé que nasce, sobre se devia efectuar uma episiotomia, ou onde manter os instrumentos enquanto suturava. Isto está também de acordo com o modelo, já que este está dependente da situação em que o profissional se encontra e estas competências são muito específicas da actuação dos EESMOG.

Algumas semanas mais tarde, no decorrer do Estágio, senti já alguma facilidade nestes aspectos, correspondendo ao nível de iniciada avançada. Já tinha passado por várias situações semelhantes, habitualmente relacionadas com a realização do parto propriamente dito e com as suturas, uma vez que a maioria dos outros cuidados já não eram novos para mim, quer pela experiência profissional desenvolvida em várias vertentes ou nos ensinamentos clínicos realizados ao longo do curso. Por outro lado, ao verificar uma outra característica deste nível, a impossibilidade de estabelecer níveis de prioridade com relação aos cuidados a prestar (BENNER, 2001), senti que não estou já neste nível, dado que os meus anos de experiência profissional me permitem estabelecer níveis de prioridade com alguma facilidade.

Ao chegar ao nível 3, competente, deparo-me imediatamente com uma demarcação temporal: uma enfermeira que presta cuidados num mesmo serviço há “dois ou três anos” (BENNER, 2001, p. 53). Mas, ao ler uma das características da enfermeira competente, que sabe que tem um bom nível de conhecimentos, que se sente capaz de fazer frente a imprevistos vários, que planifica conscientemente os cuidados a prestar e as actividades a colocar em prática, penso nos cuidados que prestei ao longo desta experiência prática e concluo que atingi este nível, no Estágio.

Prosseguindo nos níveis de proficiência, chegamos ao nível de proficiente. Antes de ponderar se possuo características deste nível, penso se não será audácia da minha parte considerá-lo. Mas quando verifico que uma das características deste nível é a existência do “sinal de alarme precoce”, penso que esta capacidade é transversal a várias áreas da prestação de cuidados e que, ao longo da minha prática profissional, a desenvolvi. Um exemplo desta capacidade é a percepção de que determinado estado psicológico de uma parturiente é propício a um período expulsivo dificultado, em que a mulher considera não “ter forças” para trazer o seu bebé ao mundo. Na fase final do estágio, esta percepção já existia, embora nem sempre fosse possível contornar a situação e evitar um parto distócico.

Para observarmos as competências que um EESMOG deve possuir, podemos guiar-nos por vários documentos. Emanado pela OE, em 2010, temos o RCEEESMOG (Anexo IV), que refere, no seu artigo 2º, para além das competências regulamentadas nesse documento, os enfermeiros especialistas devem possuir ainda competências transversais a todas as áreas de especialidade, remetendo-nos assim para um outro documento, publicado também pela OE, em 2010, o RCCEE (ANEXO III). Um outro

documento é o *Essential Competencies for Basic Midwifery Practice* (Anexo V), publicado em 2002 pela *International Confederation of Midwives*, que nos define seis competências. Passo então a analisar as competências adquiridas, à luz dos documentos referidos.

O EESMOG deve dar resposta a várias solicitações, por vezes em simultâneo, dado que pode ser necessária a sua supervisão ou gestão nos cuidados prestados pela equipa, a prestação de cuidados na urgência obstétrica, no bloco operatório, no recobro, nas salas de parto ou a resolução de problemas diversos na unidade. Parece-me que dá resposta assim à Competência 3 do RCCEE: “**Competências do domínio da gestão dos cuidados**” quando o EESMOG gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional, adaptando a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a optimização da qualidade dos cuidados.

A minha integração e adaptação à unidade decorreram sem intercorrências, dada a disponibilidade da EESMOG orientadora e a constituição da equipa multidisciplinar que desempenha funções na Unidade. É uma equipa numerosa, com várias equipas das diversas profissões e especialidades. Para que os cuidados prestados sejam sempre de qualidade, é necessário que estas equipas trabalhem na mesma direcção, sendo necessário um espírito de equipa e uma maturidade profissional que só o desempenho de funções nestas condições traz. Tais características foram-me apontadas pela EESMOG orientadora, como se pode verificar no documento orientador da Avaliação do Estágio com Relatório (Anexo I). Baseando-nos no RCCEE, ainda na sua Competência 3, “**Competências do domínio da gestão dos cuidados**”, encontramos “optimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão. Disponibiliza assessoria aos enfermeiros e equipa. Colabora nas decisões da equipa multiprofissional. Intervém melhorando a informação para o processo de cuidar, os diagnósticos, a variedade de soluções eficazes a prescrever e a avaliação do processo de cuidar. Reconhece quando negociar com ou referenciar para outros prestadores de cuidados de saúde”, reconhecemos algumas das actividades mencionadas no quadro acima apresentado.

A necessidade contínua de aprofundamento de conhecimentos foi constante durante toda a experiência clínica, surgindo muitas vezes da troca de impressões com

a enfermeira orientadora, seguindo a premissa do Artigo 8.º do RCCEE, **“Competências do domínio das aprendizagens profissionais”**, onde podemos ler:

- “Actua como dinamizador e gestor da incorporação do novo conhecimento no contexto da prática cuidativa, visando ganhos em saúde dos cidadãos;
- Identifica lacunas do conhecimento e oportunidades relevantes de investigação;
- Investiga e colabora em estudos de investigação;
- Interpreta, organiza e divulga dados provenientes da evidência que contribuam para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem;
- Discute as implicações da investigação;
- Contribui para o conhecimento novo e para o desenvolvimento da prática clínica especializada”.

O desenvolvimento de competências técnicas, científicas e relacionais para o cuidado especializado à mulher durante o período pré-natal, perspectivando a promoção do bem-estar materno-fetal foi um dos objectivos deste ER, tendo tido oportunidade de prestar cuidados especializados a grávidas com patologia associada, internadas na sala de partos. Estas patologias consistiram na diabetes gestacional, na ameaça de parto pré-termo, na pré-eclâmpsia e em fenómenos hipertensivos (hipertensão prévia e induzida pela gravidez). Estes cuidados vão de encontro ao RCEEEESMOG, na sua Competência H2, **Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal**, onde define que o EESMOG “concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com patologia associada e ou concomitante com a gravidez”.

A educação para a saúde na área dos cuidados em saúde materna e obstetrícia é uma das actividades mais importantes dos EESMOG, a todos os níveis de actuação. Podemos encontrá-la no RCEEEESMOG, na Competência **Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal**, sob a actividade “concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projectos e intervenções de promoção da saúde pré-natal”, ou ainda nas competências 2, 5 e 6 do ICM (2002): ***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; Midwives provide comprehensive, high quality, culturally sensitive postnatal care for women e Midwives provide high quality, comprehensive care for the essentially healthy infant from birth to two months of age.*** Os momentos que rodeiam o nascimento de um filho são capazes

de proporcionar, mesmo às mulheres mais firmes nos seus saberes, algumas dúvidas. São momentos determinantes, em que a prestação de cuidados a uma só mãe pode mudar o rumo de uma família. Foram inúmeros os momentos em que abordei diversos assuntos, com as grávidas/parturientes/puérperas e seus acompanhantes, numa perspectiva de educação para a saúde, sobre gestação, amamentação, parentalidade, contracepção, papéis familiares, hábitos de vida saudáveis, sexualidade, cuidados com o corpo, conjugalidade...

Desenvolvi e aperfeiçoei capacidades e competências técnicas, científicas e relacionais no cuidado especializado à grávida e família, nomeadamente com a aquisição da Competência H2: **Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal**, mais especificamente com a avaliação do bem-estar materno-fetal, pelos meios clínicos e técnicos apropriados, ou seja, através da interpretação do traçado cardiotocográfico, da execução e interpretação do toque obstétrico, da detecção precoce de sinais de alerta e referenciação à equipa multidisciplinar das situações para além da área de actuação dos EESMOG.

Para desenvolver competências técnicas, 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, realizei diversas actividades, conforme descrito acima, tendo sempre presente a promoção de um ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do feto/recém-nascido. Esta é a competência H3: **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.**

A dificuldade inicial na realização e interpretação do toque obstétrico, na avaliação da bacia materna e da estática fetal, para dar resposta ao critério de avaliação “identifica e monitoriza trabalho de parto” da Competência H3, foram desafios que foram sendo ultrapassados com o passar das semanas, sempre seguindo as indicações ditadas pelos saberes da EESMOG orientadora.

O desenvolvimento e aquisição de competências no cuidado especializado, durante os quatro estádios do trabalho de parto foram evoluindo durante todo o ensino clínico, permitindo uma autonomia crescente em todas as actividades desenvolvidas.

Chegar a esta fase da caminhada académica em que finalmente se parteja é ver a luz ao fim do túnel. É sentir que realmente somos capazes de pôr em prática tudo aquilo para que trabalhámos durante tanto tempo. A aplicação de “técnicas adequadas na execução do parto de apresentação cefálica” (H3.2.6.) foi realmente o culminar de todo um processo de aprendizagem (OE, 2010). Realizei 44 partos sob a supervisão da EESMOG orientadora, prestei cuidados e colaborei em 24 partos que por diversas razões (incompatibilidade feto-pélvica, suspeita de sofrimento fetal, variedade fetal pouco favorável para parto eutócico, paragem de progressão de trabalho de parto, apresentação pélvica) foram distócicos, maioritariamente por utilização de ventosa.

A aplicação de técnicas de reparação do canal de parto, quer por ter sido necessária a realização de episiotomia, quer por ter ocorrido laceração, foi um desafio que ultrapassei com sucesso, dado não ter sentido dificuldade em realizar as suturas necessárias, seguindo o que está preconizado pela OE (H.3.3.4.) quando refere que o EESMOG “avalia a integridade do canal de parto e aplica técnicas de reparação”.

No quarto estágio do trabalho de parto a promoção da vinculação e do aleitamento materno foram a tónica para os cuidados, como descrito pela OE quando baliza a Competência H4: **Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal** e especifica que o EESMOG “concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção, protecção e apoio ao aleitamento materno e também intervenções de promoção e apoio à adaptação pós-parto”.

O desenvolvimento de competências técnicas, científicas e relacionais que permitam a prestação de cuidados de enfermagem especializados **na optimização da adaptação do RN à vida extra-uterina**, foi um objectivo sempre presente. Para a sua consecução, realizei diversas actividades: sempre que havia essa possibilidade e não realizava o parto fui a enfermeira responsável pelos primeiros cuidados ao RN, verificando a correcta funcionalidade de todos os equipamentos, preparando a unidade, recebendo o RN, registando a hora do nascimento e avaliando o Índice de Apgar ao 1º, 5º e 10º minuto de vida, assegurando assim “a avaliação imediata do recém-nascido implementando medidas de suporte à vida extra-uterina” (H3.2.7.), informando sempre a mãe e acompanhante sobre os procedimentos. Promovi, sempre que possível, o corte do cordão umbilical pelo acompanhante, o contacto pele-a-pele do RN com a mãe e a vinculação precoce entre a tríade.

Promovi a amamentação, procurando identificar mitos, receios e lacunas de conhecimentos, reforçando e complementando a informação, promovendo a sua importância, principalmente nos primeiros meses de vida, sempre numa perspectiva de educação para a saúde, dando seguimento ao emanado pela OE: “concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção, protecção e apoio ao aleitamento materno (H3.1.5.).

No âmbito deste objectivo realizei também uma semana de observação participada na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais da mesma instituição, com o intuito de observar a prestação de cuidados, específicos deste serviço, bem como a interacção pais/equipa de saúde, eventuais alterações na vinculação pais/filho e necessidades específicas da família, na área dos cuidados de enfermagem. Esta preocupação está reflectida na elaboração do Diário de Aprendizagem relativo a este período, apresentado em anexo (Apêndice IV).

Ainda no âmbito da Competência H2, **Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal**, com os seus critérios 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” e 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” (OE, 2010), prestei cuidados a várias mulheres e seus companheiros, em processos de morte embrionária/ fetal, o que exige dos profissionais competências muito específicas. Situações houve em que nada podia ser dito, pelo que me limitei a tocar a mão da mulher e ficar um pouco com ela em silêncio. Phaneuf (2005, p. 45) confirma-nos que tocar pode mostrar ao cliente que “estamos à sua escuta e que partilhamos o seu sofrimento”. O toque pode transmitir mais o sentido do que queremos dizer do que, por vezes, as nossas palavras. Esta autora reforça ainda a importância do toque, referindo que a pessoa tocada vê a sua auto-estima reforçada, intuindo que se é suficientemente importante para que lhe seja dada aquela atenção individualizada, é porque é merecedora dela.

Nas situações de luto torna-se necessário dar espaço à família para criar recordações do seu bebé, para que o luto possa desenrolar-se de forma saudável (STEWART e DENT, 1994). Acções como pegar no bebé ou vesti-lo podem ser uma forma de ajudar o sistema familiar a retomar o equilíbrio e dependem exclusivamente

da nossa intervenção como EESMOG. Devemos ainda ter sempre presente que “*we can only do our best, we cannot make it «right»; only having their baby would be right*” (STEWART e DENT, 1994, p. 61).

## **PARTE II**

### **ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

---

## 1. DEFINIÇÃO DE CONCEITOS

Para a realização de um trabalho desta natureza, torna-se útil explicitar alguns conceitos, essenciais para a compreensão do leitor e para a uniformização da linguagem utilizada.

Dochterman e Bulechek (2008, p. 39) definem intervenções de enfermagem como “qualquer tratamento, baseado no julgamento clínico e no conhecimento, realizado por uma enfermeira para aumentar os resultados obtidos pelo (...) cliente”.

Parturiente, de uma forma simplista, pode ser definida como “a mulher na iminência do parto” (GUIMARÃES, 2002, p. 349).

A Organização Mundial de Saúde (2008) define adolescência como o período da vida de um indivíduo, que vai dos 10 aos 19 anos.

Parto é um outro conceito fundamental e é definido por Lowdermilk e Perry (2008, p. 334) como a ocorrência que representa “o final da gravidez, o início da vida extra-uterina para o recém-nascido e uma mudança na vida familiar”.

Figueiredo *et al* (2002, p. 204) definem experiência de parto como a descrição de “um mesmo conjunto de acontecimentos, que são específicos, a propósito da sua experiência (...), o parto em si, geralmente considerado como uma experiência difícil, não parece ser um acontecimento que espontaneamente apontem como importante”.

## 2. MODELO DE ENFERMAGEM DE SISTEMAS DE CUIDADOS

Tal como referido anteriormente, o Modelo Teórico escolhido foi o de Sistemas de Cuidados de Saúde, pela forma como preconiza cuidados dinâmicos, baseados na relação contínua entre o cliente e os agentes causadores de *stress* do meio ambiente, que causam ou podem causar instabilidade no sistema (NEUMAN e FAWCETT, 2011). Este Modelo permite observar os cuidados prestados na perspectiva de que nem todas as ocorrências, como o parto durante a adolescência, são causadoras de problemas em saúde. Permite também explicar como é que as intervenções de enfermagem podem prevenir que o desequilíbrio ocorra, ou ajudar o sistema, seja ele a adolescente, o casal ou a família alargada no seu conjunto, a readquirir esse equilíbrio.

Neuman e Fawcett (2011, p. 3) indicam-nos quais são os quatro conceitos fundamentais para o paradigma em enfermagem: “*human beings, environment, health, and nursing*”, ou seja, pessoa, ambiente, saúde e enfermagem.

Para melhor compreendermos este modelo teórico, podemos começar por observar o que se entende por “pessoa”, que se denomina neste Modelo por cliente, dadas as novas relações prestador de cuidados/ cliente dos serviços de saúde e ainda dada a orientação do Modelo para o bem-estar e não centrado na doença. Cada cliente é considerado um sistema, quer seja um só ou vários indivíduos como um grupo.

O conceito “ambiente” pode ser definido pelas forças internas e externas que rodeiam o cliente. O ambiente actua sobre o cliente e este influencia o ambiente, a qualquer momento.

“Saúde” é definido como um contínuo dinâmico entre bem-estar e doença. Quando as necessidades do cliente estão satisfeitas, este encontra-se num estado de bem-estar. Quando existe ausência de satisfação de uma ou várias, o equilíbrio encontra-se ameaçado e o cliente tende para um estado de doença. A passagem entre os estados está intimamente relacionada com a energia disponível para suportar o sistema.

Por último, “enfermagem” é-nos descrita como uma profissão única, centrada em todas as variáveis que afectam os seus clientes, no seu ambiente (NEUMAN e FAWCETT, 2011).

O Modelo de Sistemas de Cuidados de Saúde é uma perspectiva sistémica de saúde e bem-estar, que se pode definir como a condição em que todas as partes e sub-partes do cliente/sistema se interligam e interagem de forma a atingir ou manter o equilíbrio. O cliente é um sistema aberto que interage com as forças ambientais, internas e externas, que, por sua vez, influenciam e são influenciadas por este (NEUMAN e FAWCETT, 2011).

A base filosófica para o Modelo baseou-se em diversas teorias, entre elas, Gestalt, stress e teorias de sistemas dinamicamente organizados (de Chardin, Cornu, Edelson, Lazarus e Selye). Um dos pressupostos básicos é a reacção ao stress ou aos factores de potencial stress do ambiente e do cliente, como um sistema. Estes factores podem ser de índole fisiológica, psicológica, sócio-cultural, de desenvolvimento ou espiritual (NEUMAN e FAWCETT, 2011).

Em todos os sistemas dinamicamente organizados, as propriedades de uma parte são determinadas pelo conjunto - nenhuma parte deve ser considerada isoladamente. A visão da parte mais pequena influencia a nossa percepção do conjunto e os padrões do todo influenciam a forma como vemos a parte (NEUMAN e FAWCETT, 2011). Esta visão faz todo o sentido quando transpomos esta teoria para a cliente adolescente. Uma adolescente aos nossos cuidados na sala de partos deve ser vista como uma parte integrante de um sistema maior, que a influencia e que é influenciado por ela: a família, os grupos de pares, o casal - os vários grupos sociais em que está inserida. As concepções que as adolescentes trazem para os seus partos vão sendo construídas precocemente: as descrições de outros partos na família, os comentários das amigas ao saberem que vai passar por aquele momento, e mesmo as conversas em sala de espera dos centros de cuidados pré-natais. Estas concepções influenciam a sua percepção, as suas expectativas e, assim, a experiência de parto.

Para melhor compreendermos o Modelo, com toda a sua complexidade, que espelha os sistemas onde os clientes dos cuidados de saúde integram, vamos passar a observar o esquema proposto pela autora.

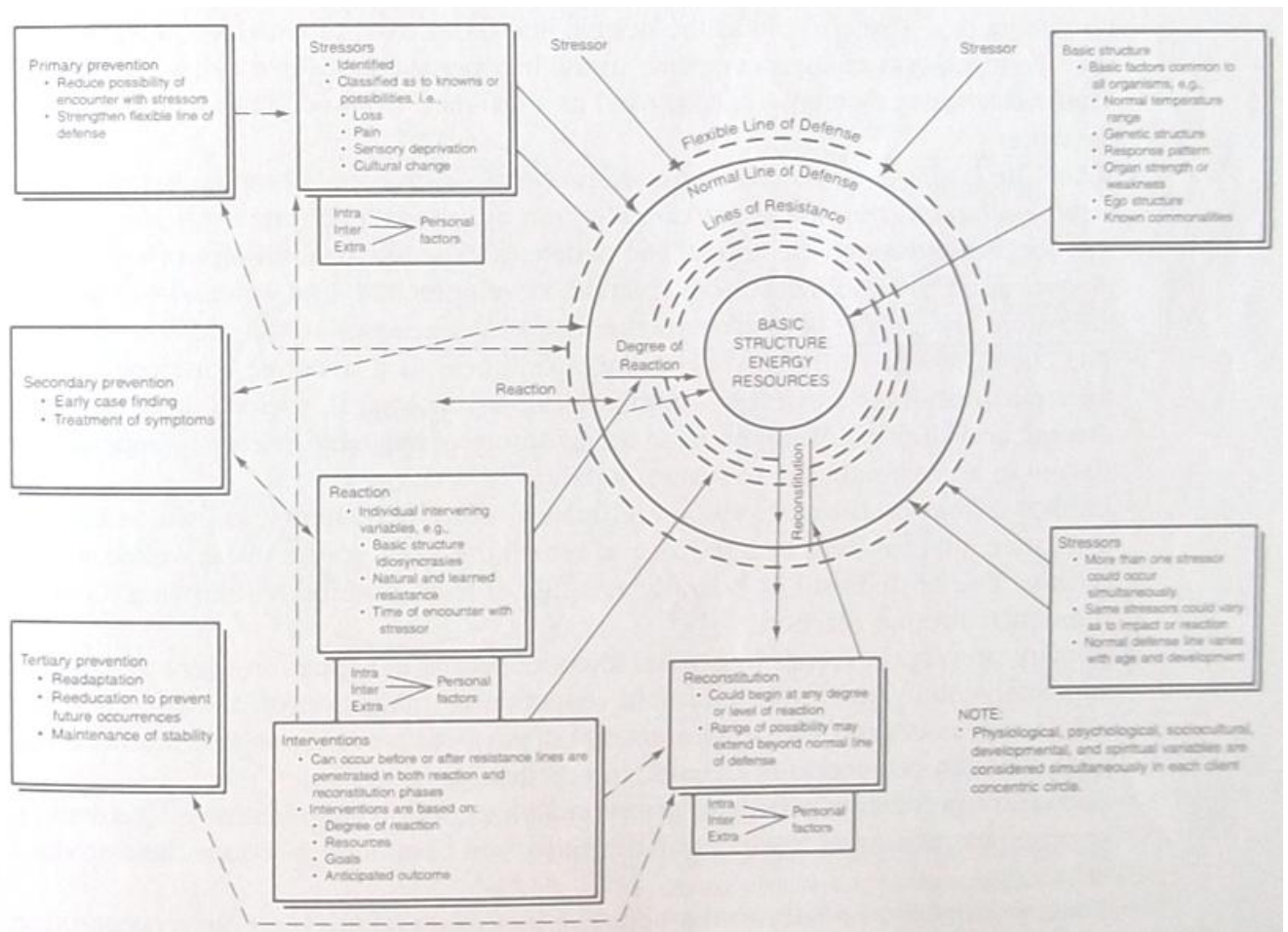


Imagem 3 – Modelo de Sistemas de Cuidados de Saúde

Fonte: NEUMAN, Betty; FAWCETT, Jacqueline (2011) - The Neuman Systems Model. 5ª ed.

Neuman e Fawcett (2011) explicam-nos alguns conceitos-chave para a compreensão do Modelo:

- Cada cliente (ainda que seja um grupo) é único e é constituído por características comuns e inatas, que são a sua estrutura básica;
- Este sistema está permanentemente sujeito a trocas de energia com o ambiente;
- Existem factores de *stress* conhecidos, desconhecidos e universais - cada um difere no seu potencial para perturbar o nível de estabilidade ou a linha normal de defesa do cliente. As interrelações particulares entre as variáveis do próprio cliente (de índole fisiológica, psicológica, sócio-cultural, de desenvolvimento ou espirituais) afectam a forma como o

cliente é protegido pela sua própria linha de defesa, quando sob o efeito de um potencial agente de *stress*;

- Cada sistema desenvolveu uma gama de respostas para os factores ambientais que são responsáveis pelo estado de estabilidade; esta vai sendo alterada, com o decorrer do tempo, consoante os diversos factores de *stress* com que o cliente se confronta;
- Quando o efeito de protecção conferido pela linha flexível de defesa já não é suficiente para proteger o cliente dos agressores, esta é quebrada;
- O bem-estar é um contínuo de energia disponível para suportar o sistema numa situação óptima;
- Cada cliente possui ainda factores de resistência internos, denominados de linhas de defesa, cuja função é estabilizar e trazer o cliente de volta a níveis aceitáveis de bem-estar;
- A prevenção primária está centrada nas intervenções para identificar e reduzir os factores de *stress*, reais ou potenciais, para prevenir uma possível reacção;
- A prevenção secundária foca-se nas alterações que ocorrem após a reacção ao factor de *stress*, dando prioridade às intervenções que reduzem os efeitos nocivos do *stress*;
- A intervenção terciária está relacionada com os processos adaptativos que fazem parte da reconstituição do sistema e que movem o cliente no sentido do equilíbrio e bem-estar.

A estrutura básica do cliente é constituída por múltiplos factores que podem ser fisiológicos, anatómicos ou genéticos e que proporcionam energia necessária à manutenção ou recuperação do equilíbrio. Se este núcleo for afectado para lá da sua capacidade de recuperação, o indivíduo fica em risco.

Os agentes causadores de *stress* podem categorizar-se em: intrapessoais, quando são intrínsecos ao indivíduo; interpessoais, quando ocorre com uma ou mais pessoas; ou extrapessoais, quando são externos aos indivíduos (PEARSON e VAUGHAN, 1992).

O modelo considera que o significado que um agente de stress tem deve ser sempre validado pelo indivíduo a ele sujeito, tanto quanto pelo profissional prestador de cuidados, pois apenas o primeiro consegue ter o completo conhecimento do que significa aquele agente (PEARSON e VAUGHAN, 1992).

Uma parturiente adolescente está sujeita a múltiplos agentes de *stress*, possui várias linhas de resistência e pode ser alvo de outras tantas intervenções, quer a nível primário, quer a nível secundário. Quando uma parturiente adolescente se encontra extremamente ansiosa, por medo do próprio parto, e quando a presença do companheiro a tranquiliza, uma intervenção possível será providenciar para que ele possa estar junto dela, de forma a obter uma diminuição da ansiedade e, provavelmente, potenciar a percepção do evento de uma forma mais positiva. O cliente é a família, o agente de *stress* é o medo (intrapessoal), a linha de defesa sobre a qual se agiu é psicológica e a intervenção pode ser classificada como secundária.

### 3. EXPERIÊNCIA DE PARTO

A satisfação das mulheres com a sua experiência de parto é hoje relevante para os prestadores de cuidados de saúde, administradores e legisladores, como um indicador da qualidade dos cuidados na área de saúde reprodutiva. Esta tem implicações para a saúde e o bem-estar da mulher mas também para o seu recém-nascido. Estas implicações podem ter efeitos imediatos mas também a longo prazo no relacionamento com o seu bebé (GOODMAN *et al*, 2004).

Uma experiência de parto satisfatória contribui para a sensação de realização e aumento da auto-estima da mulher levando a que a expectativa para partos futuros seja também positiva. Pelo contrário, as mulheres que sofreram partos insatisfatórios "lembram-se do nascimento dos seus filhos com dor, raiva, medo, ou tristeza, ou não se lembram de nada, o que é sugestivo de amnésia traumática". Os nascimentos traumáticos podem afectar a capacidade das mulheres para amamentar, o vínculo com os seus filhos e aumentar a probabilidade de ocorrer negligência e maus tratos infantis (GOODMAN *et al*, 2004, citando LAURENCE, 1997).

Uma mãe com uma percepção positiva da sua experiência de parto menciona mais frequentemente sentimentos positivos em relação ao seu bebé e a sua adaptação à maternidade é mais fácil. Existem diversos factores que parecem estar associados a um nível mais alto de satisfação em relação ao parto: perceber menos dor durante o trabalho de parto; perceber um bom nível de controlo pessoal; que as expectativas em relação ao parto sejam cumpridas e ter frequentado cursos de preparação para a parentalidade (GOODMAN *et al*, 2004).

Garcia-Puga e Medina-Ortiz (2009) referem que conseguir cumprir com sucesso um dos seus mais importantes papéis sociais (procriar) permite à mulher, em alguns casos de experiências negativas, ultrapassar os efeitos nefastos dessa experiência. Isto poderá explicar o facto de algumas destas mulheres não manifestem as dificuldades habitualmente associadas a estas situações.

Embora muitos investigadores tenham vindo a examinar a satisfação no parto como um fenómeno global, os resultados dos estudos nem sempre foram comparáveis entre os estudos, sugerindo que a satisfação da experiência de parto é um fenómeno complexo, constituído por múltiplas dimensões ou componentes de satisfação. Dada a sua importância, é necessário investir mais na investigação, examinando os seus

componentes e abordando as contradições que ocorrem nos factores associados à satisfação da experiência de parto (GOODMAN *et al*, 2004).

O conhecimento acerca da forma como a vivência do parto influencia o futuro pode ajudar os profissionais de saúde a conhecer as medidas de prevenção mais eficazes para ultrapassar as potenciais dificuldades resultantes de uma má experiência de parto. Neste contexto, a adequação dos programas dos cursos de preparação para a parentalidade permitem à grávida a aquisição de conhecimentos relativos ao curso normal do trabalho de parto, às complicações, ao medo do parto, às inquietações relativas à saúde do recém-nascido e às técnicas de alívio da dor, obtendo assim um conhecimento mais realista do parto e tornando as expectativas mais adequadas. Esta deverá ser uma aposta para todos os profissionais de saúde envolvidos (CONDE *et al*, 2007).

Lowdermilk e Perry (2008) falam-nos ainda das características dos profissionais que atendem a mulher durante o trabalho de parto, ajudando então as mulheres a recordar o nascimento de uma forma positiva: aqueles que a respeitam, ajudam, apoiam, alentam, que se mostram disponíveis, que são tolerantes, simpáticos, tranquilos e a confortam.

## 4. ADOLESCÊNCIA

A palavra “adolescência” tem a sua origem etimológica no latim, onde “*ad*” significa *para* e “*olescere*” significa *crescer*, pelo que adolescência significa “crescer para”. Assim, podemos concluir que a própria palavra traduz um período de transição, de evolução.

Guimarães (2002, p. 27) dá parâmetros alargados e não cronológicos, quando comparados com a OMS, sobre adolescência: “ocorre entre o final da infância e a chegada ao pleno desenvolvimento físico. Com modificações glandulares e o amadurecimento dos órgãos sexuais, (...) ligadas ao desenvolvimento emocional e mental”.

Para melhor compreensão sobre a adolescência e com o intuito de prestar cuidados de qualidade a estes clientes, torna-se útil conhecer melhor este período da vida, compreendendo em que diferem os adolescentes, tanto dos adultos como das crianças.

A tarefa de desenvolvimento mais importante a cumprir na adolescência é designada por Erikson como Identidade versus Confusão de Papéis, sendo que a primeira não é mais do que o conjunto de características que define cada um de nós, através das quais os outros nos reconhecem e nós nos conhecemos a nós próprios. Diametralmente oposta, a Confusão de Papéis é o comportamento pessoal baseado na resistência a um comportamento social esperado, em oposição à escolha individual. De cada vez que um adolescente explora amizades e comportamentos ele está a explorar as suas preferências. Quando o adolescente não tem estas oportunidades, a confusão de papéis acontece. Isto pode ocorrer por diversos motivos, tais como: elas próprias não desejarem explorar as suas opções, não lhes ser permitido fazê-lo ou uma situação de vida particular, como a gravidez na adolescência (OPPERMAN e CASSANDRA, 2001).

Quando os enfermeiros cuidam de adolescentes, é necessário compreender que a idade, só por si, não é determinante no cumprimento das tarefas de desenvolvimento da adolescência, como, de resto, em nenhuma outra. À medida que o adolescente progride, cada vez mais lhe deve ser dada a autonomia para a tomada de decisão relacionada com as suas escolhas. Para isto, os enfermeiros devem procurar

encorajá-los ao auto-cuidado e a fazerem as suas próprias escolhas (OPPERMAN e CASSANDRA, 2001).

A procura do adolescente por manter o controlo pode ser ameaçada pela dor, pelo que este procura reagir através do auto-controlo. Outras reacções podem incluir isolamento ou por diminuição ou aumento das queixas verbais ou ainda da mobilidade (OPPERMAN e CASSANDRA, 2001). Esta questão pode ser interessante na análise das respostas por parte das adolescentes à dor no trabalho de parto.

Já Piaget localiza a adolescência ao nível das operações formais, ou seja, neste período o indivíduo desenvolve o pensamento abstracto, permitindo-lhe pensar no possível, para além do real e actual (WHALEY e WONG, 1999). Isto permite-lhe uma perspectiva mais abrangente, para ele, para outras pessoas e para o mundo. O pensamento abstracto pode ser observado quando um adolescente faz planos a longo prazo ou quando faz escolhas a nível profissional ou familiar (OPPERMAN e CASSANDRA, 2001). É neste período que a sua capacidade de raciocínio lhe permite lidar mentalmente com numerosas variáveis ao mesmo tempo (WHALEY e WONG, 1999).

Outra das capacidades adquiridas durante a adolescência é o raciocínio dedutivo. Isto significa que conseguem, a partir de conhecimentos gerais, aplicá-los a uma situação específica. Um exemplo poderá ser saber que mantendo relações sexuais não protegidas se pode contrair uma infecção sexualmente transmissível e compreender que, nessa situação, ele próprio a pode contrair. No entanto, aquilo a que os autores chamam de “fábula pessoal” co-existe - a ilusão de que os conhecimentos e os riscos se aplicam a todas as outras pessoas menos ao próprio, por um género de protecção pessoal como ser único, o que o faz muitas vezes adoptar comportamentos de risco (OPPERMAN e CASSANDRA, 2001).

A característica idealista poderá estar presente nos adolescentes mais velhos, expressando-se através da responsabilidade cívica e da inteligência social, podendo levar os adolescentes a lutar por causas com as quais se identificam (OPPERMAN e CASSANDRA, 2001).

Outra tarefa de desenvolvimento a cumprir na adolescência centra-se no estabelecimento de relações com os pares, aquisição de autonomia em relação aos pais e desenvolvimento um quadro de valores. É a partir da adolescência que os indivíduos passam a preferir passar o seu tempo livre com os seus pares do que com

os elementos familiares. Inicialmente relacionam-se preferencialmente com pares do mesmo sexo, mais tarde passam a centrar-se também nos pares de sexo oposto.

Relativamente a valores morais, é nesta fase que adquirem o nível convencional do raciocínio moral, de Kohlberg - nesta fase, o adolescente consegue avaliar o que é “justo” e pode ter reacções fortes quando considera que esse sentido de justiça está a ser quebrado. Durante a adolescência tardia o indivíduo deverá atingir o raciocínio moral pós-convencional, o que lhe permite ter em conta diversos pontos de vista e consegue estabelecer prioridades para determinados aspectos em detrimento de outros (OPPERMAN e CASSANDRA, 2001).

## 5. MATERNIDADE

A maternidade pode ser definida como o período que começa com o parto, que se caracteriza, entre outras, por uma preocupação extrema que a mãe tem para com o filho. Esta está centrada no seu filho e nas suas necessidades durante todas as horas do dia. É um estado composto por diversas características, em que algumas se transformam e outras permanecem semelhantes ao longo de toda a vida (KITZINGER, 1996).

Ainda segundo Kitzinger (1996, p. 26) é “a forma mais profunda de sentir intensamente a dor, o sofrimento e o medo de outrem, bem como a sua esperança e alegria; e a renúncia de si próprio em nome das necessidades alheias”.

Mas existem razões biológicas para esta adaptação materna – só assim a criança pode sobreviver em segurança. Esta adaptação leva a uma relação que se confunde com o papel social maternal. Este tipo de relação proporciona aos filhos uma boa base para o desenvolvimento de uma personalidade adulta e com capacidade para dar e receber afecto (KITZINGER, 1996).

### 5.1. ...na Adolescência

São múltiplos os factores que influenciam a incidência da gravidez na adolescência: as condições sociais da família, as condições económicas dos adolescentes, os problemas de auto-estima e um ambiente familiar disfuncional. A segurança emocional é muitas vezes procurada nas relações sexuais e uma situação de co-habitação com o namorado ou sua família pode ser uma vantagem económica. Já para as adolescentes com dificuldades ao nível da auto-estima, que se sentem desajustadas no seu grupo de pares, o relacionamento com o sexo oposto pode ser uma fuga. Quando existe um mau aproveitamento escolar, elas podem encarar a maternidade como uma passagem mais rápida para a idade adulta (OPPERMAN e CASSANDRA, 2001).

Para melhor compreender porque é que as adolescentes continuam a engravidar, é importante perceber o que pensam estas jovens sobre as suas

gravidezes. Apesar das situações que a gravidez lhes traz, como, por exemplo, as alterações escolares (abandono ou adiamento) ou a maior dependência económica dos pais, é comum a adolescente expressar contentamento com a perspectiva de ser mãe. Ao ouvi-las atentamente, percebe-se que a gravidez é desejada por elas. Tanto a gravidez como a maternidade desempenham papéis específicos nas suas vidas, psíquica e social (DADOORIAN, 2003).

A história da família ocidental partiu da família patriarcal e a família contemporânea ainda está baseada nesse modelo. As famílias são muitas vezes constituídas e/ou mantidas em virtude de circunstâncias económicas, sociais e históricas, segundo as diferentes classes sociais (DADOORIAN, 2003, citando LOBIANCO). Este facto pode ser observado no projecto de vida de adolescentes grávidas de níveis sociais mais baixos. As jovens relatam muitas vezes a vontade de ter a sua casa e de residir com o companheiro e o filho, o que não poderia ocorrer em condições normais, por motivos económicos (DADOORIAN, 2003).

Uma família pertencente às classes baixa e média-baixa visa habitualmente educar os filhos com vista à obtenção de empregos, para ajudar no orçamento familiar. O casamento precoce, com vários filhos, é relativamente bem aceite. Já as famílias das classe média-alta e alta, por sua vez, dão prioridade à actividade intelectual dos seus filhos. O casamento é, geralmente, adiado para depois da conclusão dos estudos. A reacção das famílias diante da gravidez das suas filhas adolescentes varia de acordo com a classe social. As famílias das jovens de classes mais baixas apresentam uma melhor aceitação da situação (especialmente a mãe e a avó) contrariamente às famílias das adolescentes de classe média, que não desejam a gravidez (SILVA e PINOTTI, citados por DADOORIAN, 2003).

Na adolescência dá-se a finalização do processo de construção da sexualidade, através da capacidade do jovem de procriar, processo esse que se inicia ainda infância. No caso específico da menina, será através do desejo de ser mãe que ela se tornará mulher. Assim, o caminho que leva à feminilidade dá-se através da maternidade, surgindo então como uma qualidade que caracteriza o feminino. Através do filho, um ser que é uma extensão do seu próprio corpo, a mulher sente-se completa. O filho pode funcionar como um objecto que completa as suas carências e os seus desejos mais íntimos (DADOORIAN, 2003).

Existe uma diferença de perspectiva em relação ao papel social feminino e o seu nível sócio-económico, que influenciam a incidência da gravidez na adolescência. A maternidade aparece como o único projecto de vida para as jovens de classes sociais mais desfavorecidas, onde o papel social mais importante a desempenhar é o da maternidade (DADOORIAN, 2003).

Freud (citado por Dadoorian, 2003) fala sobre as mudanças que ocorrem na puberdade que conduzem à maturidade sexual: a pulsão sexual une-se em torno de um objectivo, que é a função reprodutora; o corpo do adolescente sofre transformações e mudanças orgânicas que têm por objectivo a reprodução. Esse processo orgânico impulsiona o adolescente a testar essa função. Surge, então, o interesse pelo sexo, podendo resultar numa gravidez. A partir daí, dois desfechos se colocam para a adolescente: o desejo negativo de ter o filho, expresso através da interrupção da gestação, e o desejo positivo de ter o filho, através da maternidade. Esse desejo (positivo ou negativo) de ter um filho na adolescência é um fenómeno universal, visto que pode ocorrer com todos os adolescentes.

As causas da gravidez na adolescência não estão relacionadas exclusivamente com a desinformação sexual, mas também com o desejo universal de ter um filho na adolescência, esteja este relacionado com o teste à sua feminilidade através da confirmação da sua capacidade reprodutiva, ou pelo próprio desejo de ter um filho. É um ritual de passagem, uma mudança no status: de menina para mulher. A vivência de situações de carência afectiva e relacional com a família de origem pode também provocar o desejo de ter um filho, situação na qual este aparece como o objecto capaz de reparar esta carência (DADOORIAN, 2003).

Fornecer o conhecimento sobre as questões referentes à fisiologia sexual e às práticas contraceptivas é uma política insuficiente para diminuir os números da gravidez antes dos 19 anos. O foco tradicional até aqui utilizado trata a questão da gravidez na adolescência partindo da ideia de que esta é indesejada, ou seja, através da perspectiva dos profissionais de saúde. Não valoriza a motivação da adolescente sobre a sua gravidez, o que explica o fracasso relativo de projectos de prevenção da ocorrência da gravidez na adolescência, visto que os desejos dessas adolescentes quanto à sua gravidez não são contemplados (DADOORIAN, 2003).

De um ponto de vista obstétrico, a adolescência e a sua contribuição para a definição do risco na gestação é algo complexo. Segundo Graça (2005), mais

importante do que a idade da gestante em termos absolutos é a sua relação com a menarca. Este autor é peremptório quando afirma que a gestação antes dos 18 anos tem como complicações obstétricas apenas quatro situações: o aumento da incidência do parto pré-termo e da ameaça de parto pré-termo; a incidência de infecção genito-urinária (referindo que estes dois factores apenas estão aumentados devido ao estilo de vida dos adolescentes, nomeadamente vida sexual desadequada, cuidados de higiene deficientes e stress aumentado); restrição do crescimento intra-uterino e a hipertensão induzida pela gravidez (devido a deficiente adaptação útero-placentária).

Assim, é perceptível que se tente conter este fenómeno por questões relacionadas com a melhoria das condições sócio-económicas das famílias, e não tanto por motivos estritamente relacionados com a saúde.

## **5.2. ...na Adolescência e Enfermagem**

Não obstante os programas, projectos, legislação e intervenções em curso, os números da maternidade na adolescência (apesar de virem a descer de uma forma observável) persistem. Não se pretende com este trabalho explorar causas ou formas de diminuir esta questão, mas sim proporcionar uma reflexão sobre a forma como cuidamos destas meninas, destes bebés e destas famílias e, sobretudo, uma reflexão sobre a importância que toma no seu futuro a forma como as cuidamos na actualidade.

Tal como nos diz o Código Deontológico do Enfermeiro, no seu Artigo 81º, alínea e), durante o exercício profissional, este deve “abster-se de juízos de valor sobre o comportamento da pessoa assistida e não lhe impor os seus próprios critérios e valores no âmbito da consciência e da filosofia de vida”. É de realçar que o exercício profissional não encerra apenas a prestação de cuidados, mas todas as actividades desempenhadas pelos enfermeiros, como a investigação, o ensino e a gestão. Poder-se-á reflectir sobre a imensidão de trabalhos realizados sobre a prevenção da gravidez na adolescência, tantas vezes mencionando o facto de haver a necessidade de aumentar os conhecimentos dos adolescentes sobre os métodos contraceptivos. No entanto, basta ter contacto com este grupo etário para compreender que este não é o cerne do problema e que esta problemática tem raízes bem mais profundas.

Para Lowdermilk e Perry (2008), o papel dos enfermeiros na gravidez na adolescência, quando já assumida, é a redução de riscos e consequências, disponibilizando e incentivando a cuidados pré-natais adequados e referenciando a família para serviços sociais que possam minimizar os efeitos de um ambiente sócio-familiar e económico desfavorável.

Tal como em tantas outras intervenções, um dos princípios-chave quando se cuida de adolescentes é o de informar o adolescente com veracidade, sobre as normas da unidade onde se encontra, os procedimentos a efectuar e as expectativas em relação às intervenções. Deve ser fornecido material escrito com vista à melhor assimilação da informação. É importante que as explicações fornecidas o sejam com linguagem e forma apropriada ao nível cognitivo do indivíduo. A comunicação com o adolescente deve espelhar uma atitude genuína de interesse e sem condescendência. Potenciada pelo desenvolvimento sexual e alterações ligadas ao crescimento, a necessidade de privacidade é enorme – bater à porta antes de entrar no quarto onde se encontra o adolescente é uma forma de demonstrar reconhecimento por essa necessidade (OPPERMAN e CASSANDRA, 2001).

Whaley e Wong (1999) dão-nos várias directrizes para a entrevista em saúde com adolescentes: entrevistá-los sem a presença dos pais proporciona privacidade e confidencialidade; explicar porque se colocam determinadas questões, traz maior entendimento e colaboração; demonstrar preocupação com a perspectiva do adolescente sobre o seu problema ou situação, perguntando-lhe qual a sua preocupação; evitar opiniões, juízos de valor e censura permite manter a objectividade; optar por perguntas abertas sempre que possível permite obter respostas mais ricas; ao iniciar a entrevista, começar por explorar assuntos menos sensíveis e ir progredindo para os mais sensíveis permite que o adolescente se sinta mais à vontade e fale mais abertamente e, no final, rever com o adolescente se o que se reteve corresponde à sua realidade.

Tal como nos diz Collière (1999), a forma como encaramos o mundo exterior é algo que já vem sendo construído por cada um de nós desde a gestação. Os hábitos de vida são uma forma de encarar as situações que nos permitem saber, num dado ambiente social, o que é bom e o que é mau, para que a vida em grupo seja possível. Estes hábitos de vida, repetidos e reforçados ao longo do tempo, tornam-se crenças. As crenças baseiam-se numa noção de bem e de mal, criando uma maneira de actuar,

num determinado meio. Desta forma, tudo o que não é bom numa determinada sociedade, é interdito, com o objectivo de proteger o grupo.

Collière (1999, p. 276) clarifica ainda a influência das crenças na prestação de cuidados de saúde: “os cuidados de enfermagem situam-se na junção de pessoas – utilizadores e prestadores de cuidados – que têm hábitos de vida e, portanto, crenças diferentes e que são submetidas às flutuações de diferentes meios de vida”.

A mesma autora dá-nos ainda um exemplo: uma enfermeira que é mãe, quando em frente a uma criança, tem atitudes diferentes se está em sua casa, no domicílio da criança ou em meio hospitalar. Para além de diferentes podem ser mesmo opostas, dado que as significações simbólicas não são as mesmas. Se a enfermeira as compreender melhor, será possível utilizá-las melhor, sendo até possível torná-las complementares e não antagonistas.

Collière (1999, p. 280) refere ainda como fundamental que cada enfermeiro seja capaz de “conhecer e compreender o que influencia a sua prática de cuidados e a do grupo a que pertence (...), a fim de conseguir clarificar o que a motiva e faz agir, bem como a coerência entre as finalidades a que se propõe e os meios que utiliza”.

Collière (1999, p. 281) termina referindo que “a concepção dos cuidados de enfermagem não pode deixar de ser transformada por esta descoberta ou redescoberta permanente dos diferentes aspectos fundamentais da vida, situando-os perante o vivido sociocultural e socioeconómico das pessoas e dos grupos em dados meios”. Só desta forma será possível quebrar crenças e sistemas de valores rígidos, muitas vezes desactualizados. Só assim os profissionais de saúde irão conseguir clarificar as crenças, os hábitos e os sistemas de valores que guiam o seu comportamento e as suas acções profissionais.

Quando o tema é sexualidade, adolescentes e gravidez, ocorre em muitos profissionais o fenómeno de verem em cada adolescente os seus próprios filhos, muitas vezes da mesma idade. Enquanto para alguns isto é fácil de identificar (tomando as medidas necessárias para que este fenómeno não influencie negativamente os cuidados), para outros este fenómeno não é tão consciente, o que pode ser problemático.

### 5.3. ... na Adolescência em Portugal

Muito embora o número de partos em mulheres com idade inferior a vinte anos tenha vindo a descer nas últimas décadas, Portugal figura na lista da UNICEF de países pertencentes à OCDE em 7º lugar: os Estados Unidos da América lideram, seguidos pelo Reino Unido, Nova Zelândia, República Eslovaca, Hungria e a Islândia. Surge então Portugal, com 21,2 nascimentos em cada 1000, num total de 28 países, com dados de 1998 (UNICEF, 2001, p. 7).

Segundo dados do Instituto Nacional de Estatística, no ano de 2009 (últimos dados disponíveis) ocorreram, em Portugal, 4 347 partos em mães cuja idade era igual ou inferior a 19 anos. É ainda de realçar que estes se distribuem do seguinte modo: 2 partos em adolescentes de 12 anos, 5 partos aos 13 anos, 56 aos 14 anos e 184 aos 15 anos, 489 aos 16 anos (736 partos no total, ou seja, 16,93%) e os restantes então após os 17 anos. Para estes dados poderão estar a concorrer questões étnicas, como a aceitação e incentivo ao casamento e maternidade precoce em determinadas comunidades, como a cigana ou as várias comunidades africanas.

Muito embora não sejam números muito elevados quando comparados com outros países, existem implicações na vida destas adolescentes, dos progenitores masculinos, das suas famílias e dos seus filhos (dos recém-nascidos e dos possíveis futuros filhos), pois, de acordo com a UNICEF (2001), os nascimentos em adolescentes com menos de 19 anos trazem à mãe, à família, à criança e à sociedade em que estão inseridos múltiplos problemas. A probabilidade de abandono escolar, de desemprego, de menores qualificações e conseqüentemente empregos com salários mais baixos, condições habitacionais inadequadas ou dependência de sistemas de segurança social constituem as conseqüências socioeconómicas. Em termos familiares, esta entidade refere ainda o risco acrescido de abandono por parte do progenitor masculino e o de ruptura da grávida com a sua família. Para a criança, o risco de vir a sofrer de abusos, de vir a ser dependente de drogas ou álcool, viver em condições sócio-económicas inapropriadas e até de se tornar mãe/pai adolescente são também maiores. Para a mãe, e numa perspectiva de saúde, o risco de desenvolvimento de depressão é também maior.

O nascimento de uma criança é um dos momentos mais marcantes na vida de uma mulher - o modo como esta é acompanhada neste processo é decisivo para a sua

percepção posterior do evento, que classificará como positivo ou negativo. A parturiente adolescente tem características distintas da mulher adulta, tornando-a, teoricamente, mais sensível, particularmente durante o trabalho de parto. Sendo os EESMOG os profissionais por excelência no acompanhamento destas adolescentes e suas famílias, o seu desempenho é vital na forma como vai ocorrer a vivência do evento (SAULS, 2004).

**PARTE III**

**METODOLOGIA**

---

## 1. PERCURSO METODOLÓGICO

Segundo Fortin (1999), a revisão da literatura é “um processo que consiste em fazer o inventário e o exame crítico do conjunto de publicações pertinentes sobre um domínio de investigação”. É uma fase morosa mas com ganhos em conhecimento que proporcionam crescimento pessoal e profissional notável. Por outro lado, Pocinho (2008) refere que estas agregam, de forma metódica, grande quantidade de resultados de investigações clínicas e podem ser um precioso auxiliar na explicação de diferenças encontradas entre estudos primários.

### 1.1. Revisão Sistemática da Literatura

Para a revisão sistemática da literatura, delineou-se a pergunta de investigação, obedecendo ao formato PICO - estar patente na questão a população (P), as intervenções (I) e os resultados (O), sendo opcional a introdução de um elemento comparativo (C). Assim, foi formulada a seguinte questão, em formato PI[C]O: “Quais as intervenções de enfermagem (I) que proporcionam às parturientes adolescentes (P) uma experiência positiva (O)?”

A identificação de literatura realizou-se utilizando as bases de dados electrónicas CINAHL *with Full Text*, MEDLINE *with Full Text*, *Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive e Academic Search Complete*, a partir do motor de busca EBSCO, com selecção de artigos em texto integral, a 29 de Abril de 2011, publicados entre 1 de Abril de 1996 e 29 de Abril de 2011. Os termos de pesquisa utilizados consistiram em: *childbirth*, *adolesc\** e *experienc\**, operacionalizados através da expressão booleana AND, resultando na seguinte expressão de pesquisa: *childbirth AND adolesc\* AND experienc\**.

Obtive um total de cento e quarenta e nove artigos (149): doze (12) na *Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive*; cinquenta e quatro (54) na *CINAHL Plus with Full Text*; vinte e dois (22) na *Academic Search Complete* e sessenta e um (61) na *MEDLINE with Full Text*. Dos artigos identificados, trinta e seis (36) estavam repetidos, pelo que a selecção inicial partiu de cento e setenta (113) artigos. Estes foram lidos de forma a fazer uma primeira avaliação da pertinência dos mesmos face à questão de

investigação colocada, tendo sido seleccionados, mediante os critérios de inclusão e de exclusão, três artigos.

A estes adicionei um artigo e um trabalho académico, pesquisados nas bases de dados das bibliotecas da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa e do Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar. O primeiro foi publicado na Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, ano 2002, Volume 36, nº 2 e o segundo é uma Dissertação de Candidatura ao grau de Mestre em Ciências de Enfermagem submetida ao referido Instituto, da Universidade do Porto (Quadro 2: Revisão Sistemática da Literatura).

Como critérios de elegibilidade para a selecção dos estudos delineei: terem sido publicados e encontrarem-se disponíveis em *full text* nas bases de dados acima referenciadas; terem sido efectuados há menos de quinze anos; terem sido publicados em português, inglês, francês ou espanhol; terem como objecto de estudo adolescentes com 19 ou menos anos, grávidas; e, por último, abordarem a problemática da experiência de parto e dos factores que a influenciam. Como critério de exclusão determinei: estudos efectuados em países em vias de desenvolvimento, dado que a realidade da adolescência, das condições de parto e dos cuidados não é semelhante à realidade portuguesa.

Quadro 2 – Revisão Sistemática da Literatura

Autores	Título	Ano de publicação	Base de dados / Publicação	Palavras-chave
TARKKA, M; PAUNONEN, M; LAIPPALA, P	<i>Importance of the midwife in the first-time mother's experience of childbirth</i>	(2000)	<i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i> , 2000; 14 (3): 184-90. ISSN: 0283-9318 PMID: 12035270 CINAHL Plus with Full Text	<i>First-time mother, childbirth experience, caring of midwife, social support</i>
SAULS, Donna J.	<i>Adolescents' Perception of Support During Labor</i>	(2004)	<i>Journal of Perinatal Education</i> , Fall 2004, Vol. 13, No. 4, págs 36 - 42; CINAHL Plus with Full Text	<i>Labor support, adolescents, childbirth</i>
OLIVEIRA, Zuleyce; MADEIRA, Anézia	Vivenciando o parto humanizado: um estudo fenomenológico sob a ótica de adolescentes	(2002)	Revista da Escola de Enfermagem da USP, ISSN: 0080-6234, 2002 Jun; Vol. 36, nº 2, págs. 133-140; Revista consultada na Biblioteca da ESEL	Enfermagem materno-infantil. Adolescente. Humanização do parto.
BRANDÃO, Ana Paula Miller	Vivências do trabalho de parto e parto: Estudo comparativo entre adolescentes e mulheres adultas	(2010)	Dissertação de Candidatura ao grau de Mestre em Ciências de Enfermagem submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto	-
ZASLOFF, Eva; SCHYTT, Erica; WALDENSTROM, Ulla	<i>First time mothers' pregnancy and birth experiences varying by age</i>	(2007)	<i>Acta Obstetricia et Gynecologica</i> . 2007; 86: 1328 -1336	<i>Childbirth, maternal age, patient satisfaction, questionnaires</i>

No intuito de obter respostas para a pergunta de partida, procedi então à revisão sistemática da literatura. Pretendi ainda que a observação, a prestação, a reflexão e a discussão sobre os cuidados prestados nesta área trouxessem importantes subsídios não só para mim mas também para os profissionais envolvidos. A equipa foi informada da temática deste trabalho e, sempre que possível, organizou-se a distribuição das utentes pelo enfermeiro responsável para que pudesse prestar cuidados às adolescentes internadas no Bloco de Partos.

**Quadro 3 – Caracterização dos Estudos Incluídos na Revisão**

#	Autor, Ano, País de publicação	Título do Estudo	Participantes	Medidas de resultado	Resultados
1	TARKKA, M; PAUNONEN, M; LAIPPALA, P, 2000 Finlândia	<b>Importance of the midwife in the first-time mother's experience of childbirth</b>	n= 271 primíparas cujo parto ocorreu entre Jan e Mai/1995, no Tampere University Hospital	Factores relacionados com experiência de parto	As experiências de parto positivas são promovidas pelas características positivas e profissionais do EESMO, pela atitude do pai do RN e por um período de trabalho de parto mais curto. As mulheres mais novas e as não-casadas têm mais propensão a ter uma experiência de parto mais positiva.
2	SAULS, Donna J. 2004 Estados Unidos da América	<b>Adolescents' Perception of Support During Labor</b>	n= 16 Puérperas com menos de 48h em dois hospitais do Texas, dos 16 aos 19 anos.	Intervenções de enfermagem percebidas as como mais positivas pelas adolescentes	As 5 intervenções mais mencionadas foram: elogiar a grávida pelos seus comportamentos positivos; administração de medicação para as dores; aceitação das ideias da grávida sem emissão de julgamentos; mostrar calma e confiança aquando da prestação de cuidados; fazer a grávida sentir-se cuidada e tratada como sendo única;
3	OLIVEIRA, Zuleyce; MADEIRA, Anézia 2002 Brasil	<b>Vivenciando o parto humanizado: um estudo fenomenológico sob a ótica de adolescentes</b>	n= 8 Hospital Sofia Feldman, Belo Horizonte, Minas Gerais	O que percebe a adolescente durante o parto do seu filho	A experiência de parto é mais positiva quando são explicados os procedimentos e a sua necessidade, quando é possível a presença de um acompanhante escolhido pela adolescente e quando a equipa cuida dela de forma individual, com respeito pelos seus desejos.
4	BRANDÃO, Ana Paula Miller 2010 Portugal	<b>Vivências do trabalho de parto e parto: Estudo comparativo entre adolescentes e mulheres adultas</b>	n= 6 Abril e Julho de 2008 Primíparas com menos de 18 anos numa Maternidade do Grande Porto	Compreender o papel atribuído às intervenções de enfermagem, no contexto da sala de partos	A adolescente menciona a família como suporte fundamental, a aceitação da gravidez por parte do pai do recém-nascido; a administração da analgesia epidural como algo de positivo; a necessidade de uma equipa com características específicas: simpatia, disponibilidade, confiança, comunicação.
5	ZASLOFF, Eva; SCHYTT, Erica; WALDENSTROM, Ulla 2007 Suécia	<b>First time mothers' pregnancy and birth experiences varying by age</b>	n= 2762 Maio a Set de 1999 e Jan2000 Puérperas às 10s após o parto, em qualquer uma das 593 instituições de cuidados pré-natais na Suécia que aceitaram participar no estudo	Compreender a situação holística da mulher em trabalho de parto e da sua experiência	As adolescentes têm expectativas de que o parto seja uma experiência negativa, sentem medo e recordam mais a dor e a falta de controlo. No entanto, no pós-parto, referem este acontecimento como mais positivo do que era esperado por elas. As adolescentes necessitam de mais apoio emocional durante o parto para que possam ter uma experiência de parto mais positiva.

Para a análise final e extracção dos dados dos estudos incluídos nesta revisão, construí o Quadro 3 (Caracterização dos Estudos Incluídos na Revisão) com referência ao estudo (autor, ano e país de publicação), título, participantes, medida de resultado e resultados. Uma vez que estes têm orientações metodológicas distintas não foi possível efectuar meta-análise.

A revisão sistemática da literatura, tal como nos indica Pocinho (2008), deve ser efectuada por dois ou mais investigadores. Logo, a realizada para este Relatório baseia-se na sistemática, dado que é um trabalho individual.

Os cinco estudos seleccionados são provenientes de vários países, nomeadamente europeus (Finlândia, Suécia e Portugal) e do continente americano (Brasil e Estados Unidos da América), cumprindo os critérios de inclusão. A diversidade cultural tem algum peso, tratando-se de cinco países do mundo ocidental, no entanto, a forma como os nascimentos são considerados tem os necessários pontos comuns.

Para que a análise do quadro anterior fosse facilitada, e para termos uma noção mais precisa das intervenções ou factores que os estudos mencionam como proporcionadores de uma experiência de parto mais positiva, construí um quadro onde podemos observar em que estudo cada factor foi mencionado (Quadro 4).

**Quadro 4 – Factores que proporcionam experiência de parto positiva, mencionados pelas adolescentes, por estudo**

	1	2	3	4	5
características positivas e profissionais do EESMO/ mostrar calma e confiança aquando da prestação de cuidados/ equipa com: simpatia, disponibilidade, confiança, comunicação	x	x		x	
sentir-se cuidada e tratada como sendo única / equipa cuida dela de forma individual/ apoio emocional		x	x		x
atitude do pai do RN/ presença de um acompanhante/ aceitação da gravidez por pelo do pai do bebé	x		x		
propensão a ter uma experiência de parto mais positiva /acontecimento mais positivo do que era esperado	x				x
medicação para as dores / a administração da analgesia epidural		x		x	
aceitação das ideias da grávida sem emissão de julgamentos		x			
um período de trabalho de parto mais curto	x				
explicados os procedimentos e a sua necessidade			x		
família como suporte				x	
elogiar a grávida pelos seus comportamentos positivos		x			

Assim, como resultado da análise dos artigos, é possível denotar que os aspectos mais referidos pelas adolescentes consistem: na forma como a equipa interage com ela, o ser cuidada por profissionais com características de simpatia, confiança, disponibilidade, sem emissão de juízos de valor e que a cuida de uma forma

individual, com respeito pelas suas características individuais; a presença e atitude do acompanhante escolhido pela adolescente, quase sempre o pai da criança, e a sua aceitação da gravidez; o alívio da dor e um trabalho de parto com uma duração curta; ter o apoio da família de origem e ser elogiada pela equipa quando os seus comportamentos são positivos.

## 1.2. Observação participante e entrevista não directiva

Ao longo do percurso de elaboração deste RE, senti necessidade de comparar dados observados durante a prestação de cuidados e aqueles encontrados durante a Revisão Sistemática da Literatura. Pareceu-me que isto permitirá uma melhor assimilação dos conhecimentos obtidos, para cuidar de cada adolescente, recém-nascido e sua família. Segundo Reis (2010, p. 80), podemos denominar esta observação como participante, dado que o investigador, “ao mesmo tempo que observa, interage com os actores (...) só pode ser praticada por aqueles que procuram viver completamente a experiência dos grupos que estudam, de forma a chegar a uma visão interna da vida daqueles grupos”.

No entanto, ao perguntar aos adolescentes cuidados como foi o parto, solicitando-lhes que descrevam a sua opinião, estou a utilizar uma outra técnica de colheita de dados, a entrevista. Fortin (1999, p. 245 e 246) define-a como sendo útil para “servir de complemento a outros métodos, tanto para explorar resultados não esperados, como para validar os resultados obtidos com outros métodos”.

Optei pela entrevista não-directiva ao considerar o que Phaneuf refere (2005, p. 253):

“a enfermeira coloca questões abertas ou indirectas, recorre a algumas questões fechadas para recolher informações mais precisas, escuta a pessoa e observa-a para chegar a uma interpretação tão clara quanto possível das suas dificuldades, interpretação que validará em seguida junto dessa mesma pessoa. É um percurso de descoberta. (...) Esta troca informal e calorosa incita a pessoa cuidada a exprimir as suas dificuldades e a dar conhecimento das emoções que elas suscitam”.

Um dos factores que me fez optar por utilizar este tipo de entrevista foram as vantagens apontadas, também por Phaneuf (2005), como a possibilidade da manutenção de um clima natural e espontâneo, tão importante num momento como o nascimento de uma criança numa família e ainda porque permite a expressão de sentimentos, de uma forma livre e aberta, vital quando se trata de adolescentes.

Seguindo o que nos aconselha ainda Phaneuf (2005, p. 266), “evitar o mais possível escrever durante a entrevista”, optei por anotar apenas após a entrevista, os pontos mais importantes do que observei e do que me foi descrito pela puérpera/família.

### **1.3. Notas de Campo**

Carmo e Ferreira (1998) referem que as notas de campo são como que um “diário de bordo”, onde o investigador anota, respeitando a ordem cronológica, os resultados das observações levadas a cabo, as ocorrências relevantes para a pesquisa e, eventualmente, permite anexar documentos importantes.

Os mesmos autores ressalvam ainda as vantagens na escolha do suporte informático, por mim escolhido, nesta metodologia: permite-nos mobilizar facilmente o texto construído, na elaboração do relatório final da investigação. Permite ainda localizar palavras utilizando para isso os recursos adequados do editor de texto. Uma terceira vantagem é a organização dos arquivos, muito facilitada com recursos informáticos.

Na elaboração das notas de campo cumpri ainda alguns procedimentos recomendados por Carmo e Ferreira (1998): o registo foi feito no mesmo dia da observação, com vista a não se perder ou adulterar informação relevante; os registos foram elaborados por ordem cronológica; as notas foram sendo lidas novamente ao longo do estágio, de forma a proporcionar momentos de reflexão sobre os cuidados prestados e a eficácia das intervenções de enfermagem postas em prática.

Analisando os resultados da revisão sistemática da literatura e o observado na prática, traduzido nas notas de campo em anexo, construí dois quadros: um primeiro onde se apresenta de uma forma resumida algumas das características das grávidas adolescentes e acompanhante, patentes nas notas de campo (Apêndice III) e um outro

onde se faz a contagem do número de vezes que cada temática é mencionada pelas adolescentes.

**Quadro 5 - Características das adolescentes cuidadas em Estágio, cujo parto foi realizado por mim**

#	Idade	Idade pai	Raça	IG	Planeada?	Desejada?	Co-habitam?
1	15	18	negra	36s+5d	não	sim	sim
2	18	(irmã)	caucasiana	38s+6d	não	sim	Sim
3	18	18	negra	40s+3d	não	sim	sim
4	17	19	caucasiana	38s+3d	não	sim	não
5	18	25	caucasiana	40s+3d	não	sim	

É de salientar a presença de uma adolescente de 15 anos, numa realidade que contempla adolescentes mais velhas, de 17 ou mais anos. Quatro delas escolheram para acompanhante o companheiro, sendo que uma optou pela irmã, referindo que o companheiro não iria conseguir estar presente no parto. Duas adolescentes são de raça negra, as restantes são caucasianas. Com excepção de uma, que se encontrava a um dia de completar as trinta e sete semanas, todas apresentavam uma gestação de termo. Um dado comum foi a ausência de planeamento da gestação, em que todos os casais afirmaram não ser planeada, mas confirmaram ser desejada. É de referir ainda que nenhum dos cinco casais usava um método contraceptivo de forma eficaz e isso foi apontado pelos próprios.

**Quadro 6 - Contagem do número de vezes que cada temática é mencionada pelas adolescentes**

#	"muito melhor que ela esperava"	"analgesia epidural foi uma excelente opção"	"presença do companheiro foi muito positiva"	"equipa de saúde, «simpática»"	"embaraço relacionado com a emissão de fezes"	"apoio da equipa foi vital, particularmente a orientar os esforços expulsivos"
1	x	x	x	x		
2	x	x			x	x
3	x	x	x			
4	x					x
5	x			x		x

Observando o quadro, é notório o facto de todas as adolescentes cuidadas considerarem que as expectativas para o parto eram de algo difícil e penoso, mas que a experiência não foi compatível com essas expectativas. Poucas horas após o parto elas já o consideram uma experiência mais fácil do que esperado, o que vai de encontro ao referido no artigo número 5: *"when looking back at labor and birth, the youngest women probably felt that the total experience was better than expected"*.

A outra intervenção de enfermagem mencionada pelas adolescentes como muito útil na experiência de parto foi a forma como a EESMOG a orientou, em várias áreas: no relaxamento, na respiração e nos esforços expulsivos. Sendo que nenhuma das adolescentes tinha frequentado nos cursos de preparação para a parentalidade, os exercícios de relaxamento e a orientação no período expulsivo tomam uma importância aumentada, o que está patente no mencionado pelas adolescentes.

Seguidamente, um dos aspectos também referido, tal como pelas adolescentes participantes nos estudos incluídos na revisão, são as características da equipa. A simpatia da equipa parece ser importante para as adolescentes.

Das cinco adolescentes entrevistadas, quatro recorreram à analgesia epidural como método de alívio da dor. Três delas referiram-no como uma mais-valia importante, o que vai também de encontro com os achados mencionados na revisão, como se pode observar no artigo nº 1: *“the adolescents in this study identified their desire for the means to control their pain as a higher priority”*. O acesso ao alívio da dor proporcionado pela equipa multidisciplinar parece ser assim um importante aspecto para uma experiência de parto mais positiva.

Surge ainda a presença do acompanhante escolhido pela adolescente, quase sempre o pai da criança. O direito à presença de um acompanhante escolhido pela parturiente está contemplado pela Lei portuguesa desde 1985 (Lei nº 14/85, “Acompanhamento da mulher grávida durante o trabalho de parto”, pág. 1874), o que é integralmente cumprido pela equipa de saúde da instituição. Esta intervenção, proporcionar condições para a presença do acompanhante escolhido pela parturiente, parece assumir também uma importância vital na forma como a adolescente vivencia o parto, evidenciado quer pelas adolescentes entrevistadas como pelas participantes nos estudos, como está patente no artigo número 1: *“support during delivery, provided by a close support person such as the spouse/the child's father (...) has been shown to create a more positive childbirth experience”*.

Todos estes aspectos estão bem patentes na nota de campo 3: “expressa então, entusiasticamente, que [o parto] correu muito melhor do que esperava, que a analgesia epidural não correspondeu em nada ao que tinha «ouvido dizer» e que a presença do pai do bebé foi muito importante para si”.

## 1.4. Questões éticas

Entre os vários documentos que orientam os procedimentos éticos relacionados com a investigação, encontra-se o *ICM International Code of Ethics for Midwives*, publicado em 1993 e reeditado em 1998, que aponta especificamente para a abordagem ética apropriada para a profissão.

Assim, no seu ponto III, alínea a, o documento indica que as responsabilidades deontológicas das parteiras (ou EESMOG, adaptando à realidade portuguesa), consistem em “*hold in confidence client information in order to protect the right to privacy, and use judgement in sharing this information*”. Dando cumprimento a este ponto, foi então garantida a confidencialidade e anonimato de todos os dados relativos aos envolvidos.

Ainda no mesmo documento, no seu ponto IV, alínea c, verificamos que durante a prática as parteiras devem “*enhance competence of all professionals to do good, do not harm*”. Para me assegurar que isto estava a ser cumprido, foi solicitada e concedida pelo Conselho de Administração do Hospital Dr. José de Almeida autorização para a realização de entrevistas às adolescentes parturientes no Bloco de Partos deste hospital, onde foram explicitados os objectivos da realização das entrevistas, o tema do trabalho e as duas questões a serem colocadas às adolescentes (Apêndice II).

Para além de terem conhecimento do meu estatuto de enfermeira estudante do CMESMO, logo que iniciei a prestação de cuidados a cada utente/família, estes tomaram conhecimento da realização de um trabalho no âmbito da maternidade na adolescência. Tendo em conta o artigo 78º do Código Deontológico do Enfermeiro, que nos diz que “as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana”, foi inquirido às grávidas e seus acompanhantes se autorizavam a prestação de cuidados e/ou observação. Todos os clientes aceitaram as referidas actividades.

## 1.5. Limitações

Numa fase inicial do Projecto planeei efectuar entrevistas com peritos na área da adolescência. Existem diversos profissionais com estas características, mas, dada a especificidade do trabalho, de se pretender conhecer a realidade dos cuidados

prestados em sala de partos às adolescentes e devido à dificuldade em identificar profissionais com características tão específicas, estas não foram realizadas.

As indefinições durante a realização do Projecto que esteve por base na construção deste trabalho, relacionadas com as modificações ao tipo de estudo pretendido, devidas à adaptação do plano de estudos de um Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia para um Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, tornou a realização do trabalho mais morosa. A desadequação parcial do conteúdo programático da Unidade Curricular Seminário de Investigação também contribuiu para esta dificuldade.

O uso de uma metodologia com a qual não tenho experiência em trabalhar tornou todo o processo um autêntico desafio, mas muito gratificante, pois permitiu alargar os meus horizontes na área da investigação. É uma metodologia bastante exigente, que pressupõe uma miríade de conhecimentos em várias áreas, não só na área da enfermagem, da saúde materna, mas também de investigação avançada e de informática.

## 2. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Uma vez finalizada a análise dos dados obtidos, o passo seguinte é, segundo Fortin (1999, p. 329), “apresentar os resultados e interpretá-los à luz das questões de investigação”. Tendo em conta que a pergunta de partida foi “Quais as intervenções de enfermagem que proporcionam às parturientes adolescentes uma experiência positiva?” irei dar resposta então a esta questão.

Com relação aos achados obtidos através da revisão sistemática da literatura, os aspectos mais referidos consistem, primeiramente, nas características da equipa e na forma como esta equipa interage com ela. Com relação à forma como as adolescentes descrevem as características da equipa que mais facilitaram o parto, são relatadas características como simpatia, confiança, disponibilidade, a não emissão de juízos de valor e que cuida com respeito pelas suas características individuais, o que é consistente com o descrito na nota de campo nº 4: “quando se pediu que apontasse as actividades desenvolvidas pela equipa de enfermagem mais facilitadoras para si, referiu a forma como a mantiveram calma e concentrada no que era necessário: respiração, relaxamento e esforços expulsivos”. Observando os estudos relativos à revisão sistemática da literatura, no artigo nº 1, podemos constatar: “*adolescents' needs appear to center around pain control, emotional support, and individualized care*”.

As adolescentes referem também a presença do acompanhante escolhido por ela, geralmente o pai da criança, no acompanhamento do trabalho de parto, como podemos observar na nota de campo nº3, quando a adolescente refere que “a presença do pai do bebé foi muito importante para si”. Curiosamente, e não dependendo directamente das intervenções dos enfermeiros das salas de parto, mas decerto dos enfermeiros dos cuidados de saúde primários, a atitude do progenitor masculino com relação à gravidez (aceitação ou negação) tem também uma grande influência na experiência de parto e é mencionada pelas adolescentes, como se pode verificar no artigo nº1: “*the results of this study indicate that positive childbirth experiences of first-time mothers are furthered by (...) the positive attitude of the spouse/ child's father toward the pregnancy*”.

Uma percepção de dor menor do que a esperada é um factor que prevê uma experiência de parto positiva. No entanto, a percepção da dor é uma questão muito

subjectiva, e a resposta da adolescente à dor também pode ser influenciada por vários factores, como descrito atrás.

Um trabalho de parto com uma duração curta foi também um factor referido nos estudos, nomeadamente no artigo nº1, onde se pode ler: “*the duration of delivery also has an impact on the mother's childbirth experience. (...) short deliveries were more likely to be experienced positively*”. Será fácil de compreender que um trabalho de parto arrastado, onde a adolescente sente as suas forças já diminuídas, dificilmente conseguirá proporcionar uma percepção do evento positiva.

Saber ter o apoio do sistema familiar é um factor de estabilidade emocional a não ser menosprezado. Novamente, as intervenções a levar a cabo pela equipa do Bloco de Partos estarão decerto limitadas, mas ao nível dos Cuidados de Saúde Primários, muito poderá ser feito neste sistema familiar, com vista à aceitação da adolescente, quando isto não ocorre espontaneamente após o conhecimento da gravidez por parte da família, geralmente os seus pais.

Uma intervenção de enfermagem com reflexos na experiência de parto das adolescentes consiste em elogiá-las quando os seus comportamentos são positivos. Isto está de acordo com o que nos diz Riley (2004), que afirma que quando expressamos aos outros a nossa opinião e que esta é positiva, estamos a fazer com os outros se sintam confortáveis.

Um outro factor mencionado pelas adolescentes cuidadas como proporcionador de uma experiência de parto positiva, tal como pelas adolescentes participantes nos estudos incluídos na revisão, são as características da equipa. A simpatia da equipa parece ser muito importante para as adolescentes.

O alívio da dor proporcionado pela equipa multidisciplinar, que assenta numa intervenção interdependente de enfermagem, mostra ser um importante aspecto mencionado pelas adolescentes. Elas referem-no como uma mais-valia importante, o que vai também de encontro com os achados mencionados na revisão.

### 3. IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

Tal como referi anteriormente, a motivação para esta temática partiu da minha prática de cuidados, ao nível dos Cuidados de Saúde Primários. Previsivelmente, haverá, num futuro próximo, a oportunidade de desenvolver profissionalmente, a actividade preconizada pela OE como específica dos EESMOG: “concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas de preparação completa para o parto e parentalidade responsável”. Trabalhar a temática da experiência de parto, muito particularmente a percebida pelas adolescentes, trouxe-me conhecimentos, competências e estratégias para as preparar (e outras mais velhas) para a experiência de parto, permitindo-me capacitá-las a ultrapassar uma experiência menos positiva.

O conhecimento acerca da forma como a vivência do parto influencia a parentalidade, pode ajudar os profissionais de saúde a identificar quais as medidas de prevenção mais eficazes para ajudar os seus clientes a ultrapassar as potenciais dificuldades resultantes de uma má experiência de parto. Assim, a adequação do programa do curso de preparação para a parentalidade que pretendo implementar permitirá ao sistema familiar a aquisição de conhecimentos relativos ao curso normal do trabalho de parto, às complicações, aos medos do parto e às técnicas de alívio da dor, obtendo assim um conhecimento mais realista do parto e tornando as expectativas mais adequadas, trazendo indubitáveis ganhos em saúde aos meus clientes.

Caso o meu futuro profissional me permita a prestação de cuidados também ao nível de uma Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados, efectuando as Consultas de Enfermagem em Saúde Materna, a realização deste Relatório trouxe-me valiosos conhecimentos que melhorarão as minhas intervenções de enfermagem à cliente adolescente e seu sistema familiar, através da redução de riscos e consequências, disponibilizando cuidados pré-natais de qualidade e referenciando-os para os serviços sociais da instituição, quando necessário, para se que possa minimizar os efeitos de um eventual ambiente sócio-económico desfavorável na estrutura familiar.

Como futura EESMOG, sinto que recai sobre mim responsabilidade, quer a nível da formação, quer a nível de sensibilização dos profissionais de saúde com quem contacto, acerca dos cuidados aos adolescentes, muito particularmente, na maternidade na adolescência.

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Segundo Fortin (1999), o último capítulo de um relatório de investigação deverá ser o que apresenta as conclusões. Estas devem conter a posição do investigador perante os resultados obtidos pela actividade levada a cabo: se são positivos ou negativos e se (e como) podem ser aplicados na prática dos cuidados. Tendo em conta as opções metodológicas patentes neste trabalho, é de realçar que os dados obtidos pela observação da prática dos cuidados são coincidentes com os dados obtidos através da revisão sistemática da literatura. Com relação às intervenções apontadas, são relativamente simples de colocar em prática e que dependem, na sua grande maioria, exclusivamente da actuação dos EESMOG, que, tal como já foi referido, constituem o grupo profissional com maior tempo dispendido junto das parturientes e suas famílias. Algumas delas são passíveis de serem colocadas em prática no Bloco de Partos, outras nos centros de prestação de cuidados pré-natais, outras ainda mais adequadas aos cursos de preparação para a parentalidade. Novamente, em todos estes cenários os EESMOG são os profissionais de primeira linha na prestação de cuidados.

Existem muitas outras temáticas, na área da maternidade e adolescência, que não foram aprofundadas e que são igualmente aliciantes. Assim, ficam como sugestões para outros estudos: importância da atitude dos pais da adolescente com relação ao seu papel maternal; influência da atitude do companheiro da adolescente com relação à gravidez no seu papel maternal; necessidades específicas da grávida adolescente com relação a conhecimentos relacionados com gravidez, parto e parentalidade.

Ser mãe é uma experiência única, desafiadora e propiciadora de muitas dúvidas – sê-lo durante a adolescência será certamente um aumento desse desafio. Se com os nossos cuidados conseguirmos proporcionar a uma jovem mãe uma experiência de parto positiva, e assim potenciar uma maternidade mais saudável, teremos crianças mais equilibradas. Como profissionais de saúde que cuidam de mães, crianças e famílias, temos essa obrigação deontológica e como membros de uma mesma sociedade, a obrigação moral.

Com o passar dos anos na prática de qualquer acto, estes tornam-se rotineiros, a linguagem é adaptada para que seja mais célere e alguns passos são progressivamente esquecidos. Nem sempre a evolução é positiva e nem sempre as

nossas palavras ou atitudes são interpretadas correctamente pelos que cuidamos. Bater à porta antes de entrar, apresentarmo-nos com o nome e a função, explicar o procedimento que vamos executar e tratar a adolescente pelo nome próprio parece, à partida, condição *sine qua non*, mas a prática diz-nos que nem sempre é assim. Reflectir sobre a nossa própria prática diária, sobre a forma como os nossos cuidados são prestados é o primeiro passo para a excelência no cuidar. É necessário abandonar os estereótipos, tão comuns quando se trata de adolescentes, é imperioso consciencializar como os nossos conceitos pré-existentes influenciam os cuidados, logo, as pessoas de quem cuidamos e evitar que tal aconteça.

A investigação em enfermagem é uma das melhores formas de dar visibilidade à enfermagem e a devida notoriedade às competências do enfermeiro. A sua divulgação contribui indubitavelmente para o desenvolvimento e valorização da profissão. As experiências clínicas são fundamentais para o enriquecimento profissional e pessoal, para a partilha de saberes e constituem uma peça basilar no desenvolvimento de competências. Muito embora tenha sido uma experiência algo limitada em oportunidades de cuidados à parturiente adolescente e família, foi no entanto enriquecedora para o desenvolvimento de competências no cuidar em enfermagem especializada em saúde materna e obstetrícia. Como é natural, ocorreram experiências de aprendizagem menos positivas, mas a reflexão sobre estas potenciou a aquisição das referidas competências.

Todo o percurso desenvolvido conduziu também a uma evolução pessoal, como o aprofundamento da reflexão sobre as experiências na prestação de cuidados, influenciada pela melhoria de conhecimentos. Posso afirmar que me tornei numa profissional com mais capacidades para a prestação de cuidados de enfermagem especializados mas também mais fundamentados na teoria.

Não foi objectivo deste estudo esgotar as intervenções de enfermagem especializadas no cuidado à parturiente adolescente, mas sim identificar as estratégias de cuidados proporcionadoras de uma experiência de parto positiva, transformando pequenos cuidados num cuidar de excelência.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BENNER, Patrícia (2001) – **De Iniciado a Perito**. Coimbra: Quarteto Editora. ISBN: 978-972-853-597-1

BRANDÃO, Ana Paula Miller (2010) – **Vivências do Trabalho de Parto e Parto: Estudo Comparativo Entre Adolescentes e Mulheres Adultas**. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Tese de Mestrado em Ciências de Enfermagem. Disponível em: <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/26616>

CARMO, Hermano; FERREIRA, Manuela (1998) – **Metodologia da Investigação: Guia para auto-aprendizagem**. Lisboa: Universidade Aberta. ISBN 978-972-674-231-9

COLLIÈRE, Marie-Françoise (1999) – **Promover a vida**. Lisboa: Lidel. ISBN: 972-757-109-3

CONDE, Ana; FIGUEIREDO, Bárbara; COSTA, Raquel; PACHECO, Alexandra; PAIS, Álvaro (2007) – Percepção da experiência de parto: Continuidade e mudança ao longo do pós-parto. **Psicologia, Saúde & Doenças**. Vol. 8, nº1. ISSN: 1645-0086. p. 49-66

DADOORIAN, Diana (2003) – Gravidez na Adolescência: um Novo Olhar. **Psicologia, Ciência e Profissão**. Vol. 21, nº3. p. 84-91. ISSN: 1414-9893. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1414-98932003000100012&script=sci\\_arttext](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1414-98932003000100012&script=sci_arttext)

DOCHTERMAN J.M.; BULECHEK, G.M. (2008) – **Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)**. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed. ISBN: 978-853-523-442-8

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA (2011) – **Guia Orientador do Estágio com Relatório**. Acessível na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Lisboa, Portugal.

FIGUEIREDO, Bárbara; COSTA, Raquel; PACHECO, Alexandra (2002) – Experiência de parto: Alguns factores e consequências associadas. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada. **Análise Psicológica**. Vol. 2, nº XX. ISSN 0870-8231. p. 203-217

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

GARCÍA-PUGA, Julio; MEDINA-ORTIZ, Sofía (2009) – Factores Asociados a la Satisfacción Materna con la Experiencia del Nacimiento de su Hijo. Sonora: **Boletín Clínico Hospital Infantil del Estado de Sonora**. Vol. 26, nº1. ISSN: 1405-1303. p. 23-27

GRAÇA, Luís Mendes (2005) – **Medicina Materno-Fetal**. 3ª ed. Lisboa: Lidel. ISBN: 972-757-325-8

GOODMAN, Petra; MACKEY, Marlene; TAVAKOLI, Abbas (2004) – Factors related to childbirth satisfaction. Oxford: Blackwell Publishing, **Journal of Advanced Nursing**. Vol. 46, nº 2. ISSN: 0309-2402. p. 212-219

GUIMARÃES, Deocleciano (2002) – **Dicionário de termos médicos e de enfermagem**. São Paulo: Rideel Editora. ISBN: 853-390-525-4

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (2010) – Nados-vivos de mães adolescentes em 2009, em Portugal. Acessível em: [http://www.ine.pt/xportal/xmain?xp\\_id=INE&xpgid=ine\\_indicadores&indOcorrCod=0001541&contexto=bd&selTab=tab2](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xp_id=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0001541&contexto=bd&selTab=tab2)

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (2010) – **Estatísticas Demográficas 2009**. Lisboa: INE. ISBN: 978-989-25-0055-3

INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES (1999) – **ICM International Code of Ethics for Midwives**. Board of Management. Disponível em: [www.internationalmidwives.org](http://www.internationalmidwives.org)

INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES (2002) – **Essential competencies for basic midwifery practice**. Hague. Disponível em: [http://www.internationalmidwives.org/Portals/5/Documentation/Essential%20Compsenglish\\_2002-JF\\_2007%20FINAL.pdf](http://www.internationalmidwives.org/Portals/5/Documentation/Essential%20Compsenglish_2002-JF_2007%20FINAL.pdf)

KITZINGER, Sheila (1996) – **Mães: um estudo antropológico da maternidade**. Lisboa: Editorial Presença. ISBN 978-972-23-2045-0

LOWDERMILK, Deitra Leonard; PERRY, Shannon E. (2008) – **Enfermagem na Maternidade**. 7ª ed. Loures: Lusodidacta. ISBN: 978-989-8075-16-1

MENDES, Alda (1999) – **Expectativas da grávida adolescente face ao trabalho de parto: subsídios para a enfermagem**. Lisboa: [s.n.]. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem, Universidade Católica Portuguesa.

MENDES, Isabel Margarida Marques Monteiro Dias (1998) – Problematização da Gravidez na Adolescência no Contexto das Sociedades Ocidentais. **Revista Referência**. nº1. Setembro. ISSN: 0874-0283

NEUMAN, Betty; FAWCETT, Jacqueline (2011) – **The Neuman Systems Model**. 5ª ed. New Jersey: Prentice Hall. ISBN-13 978-0-13-253927-2

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

OLIVEIRA, Zuleyce; MADEIRA, Anézia (2002) – Vivenciando o parto humanizado: um estudo fenomenológico sob a ótica de adolescente. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo. ISSN: 0080-6234. - Vol. 36, nº 2. p. 133-140

OPPERMAN, Cathleen; CASSANDRA, Kathleen (2001) – **Enfermagem Pediátrica Contemporânea**. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-19-3

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010) – **Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista**. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento\\_competencias\\_comuns\\_enfermeiro.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf)

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010) – **Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e Ginecológica**. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasSaudeMaternaObstGinecologica\\_a\\_provadoAG20Nov2010.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasSaudeMaternaObstGinecologica_a_provadoAG20Nov2010.pdf)

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2008) – **Why is giving special attention to adolescents important for achieving Millennium Development Goal 5**. Genebra. Disponível em: [http://www.who.int/making\\_pregnancy\\_safer/events/2008/mdg5/adolescent\\_preg.pdf](http://www.who.int/making_pregnancy_safer/events/2008/mdg5/adolescent_preg.pdf)

PEARSON, Alan; VAUGHAN, Barbara (1992) – **Modelos para o exercício de enfermagem**. Lisboa: Associação Católica de Enfermeiros e Profissionais de Saúde. ISBN: 0-433-24902-1

PEREIRA, Ângela Lima; BACHION, Maria Márcia (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. p. 491-8

PHANEUF, M. (2005) – **Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação**. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-84-3

POCINHO, Margarida (2008) – **Lições de revisão sistemática e metanálise**. Coimbra, Instituto Superior Miguel Torga. Disponível em: [http://docentes.ismt.pt/~m\\_pocinho/Licoes\\_de\\_revisao\\_sistemática\\_e\\_metanalise.pdf](http://docentes.ismt.pt/~m_pocinho/Licoes_de_revisao_sistemática_e_metanalise.pdf)

REIS, Felipa Lopes dos (2010) – **Como Elaborar uma Dissertação de Mestrado segundo Bolonha**. Lisboa: Editora Pactor. ISBN: 978-989-693-000-4

RILEY, Julia (2004) – **Comunicação em Enfermagem**. 4ª ed. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-81-9

SAMPAIO, Álida; SILVA, Ângela; MOURA, Escolástica (2008) – Atención humanizada del parto de adolescentes: ¿norma, deseo o realidad?. **Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología**. Vol. 73, nº 3. ISSN: 0717-7526. p. 185 – 19

SAULS, Donna J. (2004) – Adolescents' Perception of Support During Labor. **Journal of Perinatal Education**. Vol. 13, nº4. ISSN: 1058-1243. p. 36–42

STEWART, Alison; DENT, Ann (1994) – **At a loss: bereavement care when a baby dies**. Londres: Baillière Tindall. ISBN: 0-7020-1682-9

TARKKA M.; PAUNONEN M.; LAIPPALA P. (2000) – Importance of the midwife in the first-time mother's experience of childbirth. **Scandinavian Journal of Caring Sciences**, Out. 2000, Vol. 14, Nº 3. ISSN: 0283-9318. p. 184-190

TAVARES, Margarida; BARROS, Henrique (1996) – Gravidez na adolescência em Portugal. **Revista de Epidemiologia**. Vol. 10 (Supl. 4). ISSN: 0871-3413. p. 3-8.

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

UNICEF (2001) – A league table of teenage births in rich nations. **Innocenti Report Card**, No.3. Florença: UNICEF Innocenti Research Centre. Disponível em: <http://www.unicef-irc.org/publications/pdf/repcard3e.pdf>

WHALEY, L.F.; WONG, D.F. (1999) – **Enfermagem Pediátrica: Elementos Essenciais à Intervenção Efetiva**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. ISBN: 978-852-770-506-6

ZASLOFF, Eva; SCHYTT, Erica; WALDENSTRÖM, Ulla (2007) – First time mothers' pregnancy and birth experiences varying by age. **Acta Obstetricia et Gynecologica**. nº 86. ISSN 1600-0412. p. 1328-1336

## **APÊNDICES E ANEXOS**

**APÊNDICE I**  
**PROJECTO DE ESTÁGIO**



1º MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTETRÍCIA  
/5º CURSO DE PÓS-LICENCIATURA DE ESPECIALIZAÇÃO  
EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTETRÍCIA

*PARTO E ADOLESCENTES... QUE INTERVENÇÕES DE  
ENFERMAGEM PARA PROPORCIONAR UMA  
EXPERIÊNCIA POSITIVA?”*

*- PROJECTO DE ESTÁGIO COM RELATÓRIO -*

**HOSPITAL DR. JOSÉ DE ALMEIDA - BLOCO DE PARTOS**

Discente: Helena Osório

Enfermeira Especialista Orientadora: Eugénia Clara dos Santos

Docente Orientador do Estágio: Professor Mário Cardoso

Docente Tutora do Relatório: Professora Isabel Serra

**LISBOA**

**2011**

“Não me desencorajo,  
porque cada tentativa errada descartada  
é outro passo à frente ”

Thomas Edison

## **ÍNDICE**

<b>0. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>4</b>
<b>1. PLANEAMENTO DO TRABALHO DE CAMPO .....</b>	<b>9</b>
1.1. Finalidade e Objectivos .....	9
1.2. Metodologia e Plano de Trabalho.....	10
1.3. Gestão do Tempo .....	12
<b>2. REFLEXÃO CRÍTICA .....</b>	<b>13</b>
<b>3. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>14</b>

### **APÊNDICE I – ACTIVIDADES A DESENVOLVER EM ENSINO CLÍNICO IV**

## 0. INTRODUÇÃO

A elaboração de um projecto de estágio foi-me proposta no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, em interligação com a Unidade Curricular Seminário de Investigação II, no 2º ano do 1º Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (5º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia), da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Este Estágio com Relatório teve início no dia 17 de Janeiro de 2011, no Bloco de Partos do Hospital Dr. José de Almeida, em Cascais, e decorrerá até 1 de Julho de 2011.

Muito embora o número de nascimentos em mulheres com idade inferior a 20 anos tenha vindo a descer nas últimas décadas, Portugal ainda figura na lista da UNICEF de países desenvolvidos em 7º lugar: os Estados Unidos da América lideram com 52,1 nascimentos por cada 1000, o Reino Unido com 30,8, a Nova Zelândia, a República Eslovaca, a Hungria e a Islândia seguem-se e Portugal surge com 21,2 nascimentos em cada 1000.

Segundo dados do Instituto Nacional de Estatística, no ano de 2009 ocorreram, em Portugal, 4347 partos em mães cujas idades eram inferiores aos 19 anos, inclusive. É ainda de realçar que estes se distribuem do seguinte modo: 2 partos em adolescentes de 12 anos, 5 partos aos 13 anos, 56 aos 14 anos e 184 aos 15 anos e os restantes então após os 16 anos.

No Hospital Dr. José de Almeida ocorreram, entre o dia 23 de Novembro de 2010 e o dia 13 de Fevereiro de 2011, 20 partos em adolescentes. Um parto de uma adolescente de 15 anos, realizado por mim, dois aos 16, três aos 17, seis aos 18 anos e os restantes, nove, aos 19 anos. Muito embora não sejam números muito elevados - em onze semanas ocorreram 20 partos - as implicações na vida destas adolescentes, dos progenitores masculinos, das suas famílias e dos seus filhos (dos recém-nascidos e dos possíveis futuros filhos) é enorme.

De acordo com a UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância), os nascimentos em adolescentes com menos de 19 anos trazem à mãe, à sua família, à criança e à sociedade em que estes estão inseridos múltiplos problemas. A probabilidade de abandono escolar, de desemprego, de menores qualificações e consequentemente empregos com salários mais baixos, condições habitacionais

inadequadas ou dependência de sistemas de segurança social constituem as consequências sócio-económicas. Em termos familiares, esta entidade refere ainda o risco acrescido de abandono por parte do progenitor masculino, e o risco de ruptura da grávida com a sua família também aumenta. Para a criança, o risco de vir a sofrer de abusos, de vir a ser dependente de drogas ou álcool, viver em condições sócio-económicas inapropriadas e até de se tornar mãe/pai adolescente são também maiores. Para a mãe, e numa perspectiva de saúde, o risco de desenvolvimento de depressão é também maior.

De um ponto de vista obstétrico, a adolescência e a sua contribuição para a definição do risco na gestação é algo complexo. Segundo GRAÇA (2005), mais importante do que a idade da gestante em termos absolutos é a sua relação com a menarca. Este autor é peremptório quando afirma que a gestação antes dos 18 anos tem como complicações obstétricas apenas quatro situações: o aumento da incidência do parto pré-termo e da ameaça de parto pré-termo, a incidência de infecção genito-urinária (e refere que estes dois factores apenas estão aumentados devido ao estilo de vida dos adolescentes, nomeadamente vida sexual desadequada, cuidados de higiene deficientes e stress aumentado); restrição do crescimento intra-uterino e a hipertensão induzida pela gravidez (devido a deficiente adaptação útero-placentária).

Assim, é perceptível que os países tentam conter este fenómeno maioritariamente por questões relacionadas com a melhoria das condições sócio-económicas das populações, que por motivos estritamente relacionados com a saúde.

O nascimento de uma criança é um dos momentos mais marcantes na vida de uma mulher. O modo como esta é acompanhada neste processo é decisivo para a sua percepção posterior do evento, que classificará como positivo ou negativo. A parturiente adolescente transporta consigo, habitualmente, uma bagagem diferente, o que a torna, teoricamente, mais sensível do que uma mulher adulta em trabalho de parto. Sendo os enfermeiros especialistas em saúde materna e obstetrícia os profissionais por excelência no acompanhamento destas adolescentes e suas famílias, o seu desempenho vai proporcionar a vivência do evento de uma forma positiva, ou, pelo contrário, de uma forma negativa. Para uma adolescente, este apoio toma uma importância acrescida (SAULS, 2004).

A motivação para esta temática prende-se com a minha experiência profissional, na área dos cuidados de saúde primários, uma vez que sou responsável pela Consulta do Adolescente, na Unidade onde exerço funções. Os cuidados aos adolescentes, isentos de juízos de valor, e as repercussões destes cuidados na vida das famílias é, para mim, de particular interesse. Acompanho as adolescentes e suas famílias em todo o percurso pré-natal, recebo-as no pós-parto, e constato a influência dos cuidados prestados durante o internamento hospitalar. Considero que trabalhar esta temática me vai trazer conhecimentos, competências e estratégias para poder preparar melhor as adolescentes para a experiência de parto, e ainda para poder ajudá-las a lidar melhor com uma experiência menos positiva. Assim, pareceu-me importante debruçar-me sobre esta temática e ainda reflectir sobre a prática diária dos cuidados às adolescentes em trabalho de parto. Deste modo, identifica-se como pergunta de partida: “Quais as intervenções de enfermagem que proporcionam às parturientes adolescentes uma experiência positiva?”

Fortin (1999, p. 91) refere que “os modelos conceptuais podem servir de quadro de referência num estudo”. Assim, e dado que vou estudar cuidados de enfermagem na área da saúde materna, optei por um modelo de cuidados que não olhasse o destinatário desses mesmos cuidados como um receptor passivo, nem como um indivíduo dotado de apenas um corpo físico e/ou uma doença.

Já Pearson e Vaughan (1992) descrevem o conceito de modelo teórico como algo que representa da forma mais fidedigna possível algo que pertence ao mundo tangível. Referem também que elaborar um modelo para a prestação de cuidados de enfermagem proporciona uma orientação para as actividades do seu trabalho.

Assim sendo, escolhi o Modelo de Enfermagem de Sistemas de Cuidados de Saúde. Este modelo, conceptualizado por Betty Neuman, assenta na premissa de que cada pessoa não precisa ser cuidada apenas na perspectiva da sua doença, como era vista outrora, nomeadamente pelo modelo bio-médico, mas sim como uma pessoa total. Este modelo propõe olhar para o indivíduo como um sistema aberto em permanente interacção com todas as variáveis presentes no ambiente. Propõe-se ainda que exista um núcleo central, constituído por questões fisiológicas, anatómicas e genéticas, que proporcionam a energia necessária para manter o equilíbrio ou para o recuperar. Se este núcleo for afectado para lá da sua capacidade de recuperação, o indivíduo fica em risco. Estes níveis são diferentes para cada pessoa, o que constitui a

sua linha básica pessoal. Em torno desse núcleo existem linhas de resistência, que ajudam a proteger o equilíbrio do sistema. Novamente, variam de indivíduo para indivíduo. Teoriza-se uma linha de defesa normal, que mantém o equilíbrio durante períodos de tempo mais prolongados, em situações de relativa normalidade. Por outro lado, existe uma segunda linha de defesa, flexível, que pode variar de momento para momento e ser influenciada por outros factores. Estes podem ser de índole fisiológica, psicológica, sócio-cultural ou de desenvolvimento (PEARSON e VAUGHAN, 1992).

Todos os indivíduos estão sujeitos a agentes de stress, que não são mais do que estímulos que vão produzir alterações adaptativas no sistema. Estas vão potenciar respostas a nível das linhas de defesa, para evitar que esses estímulos atinjam o núcleo do indivíduo, de forma a evitar o desequilíbrio. Estes agentes podem categorizar-se em: intrapessoais (quando são intrínsecos ao indivíduo), interpessoais (quando ocorre com uma ou mais pessoas) ou extrapessoais (quando são externos aos indivíduos) (PEARSON e VAUGHAN, 1992).

Betty Neuman distingue ainda os agentes de stress, entre aqueles que afectam todos os indivíduos de uma forma similar e outros que afectam apenas aquele indivíduo de uma forma muito particular. Assim, chegamos ao conceito de que o significado que um agente de stress tem deve ser sempre validado pelo indivíduo a ele sujeito, tanto quanto pelo profissional prestador de cuidados, pois apenas o primeiro consegue ter o completo conhecimento do que significa aquele agente.

Podemos ainda classificar as intervenções como primárias, secundárias ou terciárias. Primárias são aquelas que tomam lugar logo que é identificado um factor de stress, ou que se prevê a sua ocorrência, antes que haja reacção por parte do sistema. A intervenção pode ser no sentido de diminuir a probabilidade do factor de stress tomar contacto com o sistema ou, por outro lado, reforçar as linhas de defesa, com o objectivo de diminuir ou evitar a reacção. A secundária consiste na ajuda ao sistema para a reconstituição, necessariamente, após ocorrer o desequilíbrio. A intervenção a nível terciário pretende ajudar o indivíduo a regressar ao estado de equilíbrio.

Uma adolescente grávida, internada numa instituição para ter o seu filho, está sujeita a múltiplos agentes de stress, possui várias linhas de resistência e pode ser alvo de outras tantas intervenções, quer a nível primário, quer a nível secundário. Um exemplo é a parturiente extremamente ansiosa, por medo do próprio parto, cuja presença do companheiro a tranquiliza. Uma intervenção possível será providenciar

para que ele possa estar junto dela, de forma a obter uma diminuição da ansiedade e, provavelmente, potencializar a percepção do evento de uma forma mais positiva. O nosso cliente é a família, o agente de stress é o medo (intrapessoal), a linha de defesa sobre a qual se agiu é psicológica e a intervenção pode ser classificada como secundária.

Para a realização de um trabalho desta natureza, é sempre necessário explicitar alguns conceitos, essenciais para a compreensão e uniformização da linguagem utilizada. Assim, podemos começar por observar como a Organização Mundial de Saúde define adolescência: o período da vida de um indivíduo, que vai dos 10 aos 19 anos. Já Guimarães (2002, p. 27) dá parâmetros mais alargados e não tanto cronológicos: “ocorre entre o final da infância e a chegada ao pleno desenvolvimento físico. Com modificações glandulares e o amadurecimento dos órgãos sexuais, (...) ligadas ao desenvolvimento emocional e mental”.

Parto é-nos definido por Lowdermilk (2008, p. 334) como a ocorrência que representa “o final da gravidez, o início da vida-extra-uterina para o recém-nascido e uma mudança na vida familiar”.

Figueiredo *et al* (2002, p. 204) definem experiência de parto como a descrição de “um mesmo conjunto de acontecimentos, que são específicos, a propósito da sua experiência (...), o parto em si, geralmente considerado como uma experiência difícil, não parece ser um acontecimento que espontaneamente apontem como importante”. Esta definição traz-nos um dado importante: a consciencialização da importância de um evento marcante como o parto não é comum na mulher. No entanto, as suas consequências, apontadas pelos mesmos autores, influenciam a qualidade da relação com o bebé e até o número de filhos planeados posteriormente.

## 1. PLANEAMENTO DO TRABALHO DE CAMPO

Segundo Carmo e Ferreira (1998), o investigador está em condições de planear o trabalho no âmbito da investigação quando reflectiu seriamente sobre os recursos temporais e o acesso à informação existente. Referem ainda que o investigador deve então pensar sobre o que vai estudar, com a definição clara, simples e rigorosa da intenção da investigação.

### 1.1. Finalidade e Objectivos

Este projecto tem como objectivo geral contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem especializados prestados às adolescentes grávidas e suas famílias.

Tem como objectivos específicos planear e reflectir sobre as actividades a desenvolver no Estágio com Relatório (ER), com vista à obtenção de competências e mobilização de conhecimentos na prestação de cuidados especializados à mulher e família, no âmbito da Saúde Materna e Obstetrícia. Tem ainda como segundo objectivo específico planear a elaboração de um Relatório de Estágio, em articulação com a Unidade Curricular Seminário de Investigação II.

Tendo em conta que os objectivos de cada estudante a atingir neste ER devem basear-se nas competências específicas definidas pela Ordem dos Enfermeiros, no seu documento “Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica” nomeadamente, o Artigo 4º, ponto 1, competências **b**, **c** e **d**; nas Competências descritas pela International Confederation of Midwives, nomeadamente as Competências **I**, **IV**, **V** e **VI**; os objectivos preconizados no Plano de Estudos do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia; e as necessidades, interesses e recursos pessoais e institucionais, defino como objectivos para este ER:

- a) Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais que possibilitem a prestação de cuidados de enfermagem especializados à mulher e família, durante o período pré-natal, promotores do bem-estar materno-fetal

- b) Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais que possibilitem a prestação de cuidados de enfermagem especializados à parturiente e família, durante o trabalho de parto e parto, em partos eutócicos, distócicos e com patologia associada
- c) Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais que possibilitem a prestação de cuidados de enfermagem especializados à mulher durante o período de pós-parto
- d) Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais que possibilitem a prestação de cuidados de enfermagem especializados ao recém-nascido, na adaptação à vida extra-uterina
- e) Desenvolver competências na área da utilização do Projecto de estágio, mobilizando conhecimentos na área da investigação, nomeadamente na prestação de cuidados de enfermagem especializados à adolescente grávida e família

## 1.2. Metodologia e Plano de Trabalho

No intuito de obter respostas para a pergunta de partida, procederei a uma pesquisa bibliográfica, utilizando a metodologia da revisão sistemática da literatura, que é apontada por Pereira e Bachion (2006, p. 492) como uma “revisão de estudos por meio de uma abordagem sistemática, utilizando metodologia claramente definida, buscando minimizar os erros nas conclusões”.

Serão utilizadas as bases de dados electrónicas EBSCO, MEDLINE, CINAHL, LILACS, Cochran Database of Systematic Reviews, b-on e, em presença, a Biblioteca da ESEL.

Tendo em conta que a pergunta de partida é “Quais as intervenções de enfermagem que proporcionam às parturientes adolescentes uma experiência positiva”,

os descritores escolhidos são os seguintes: adolescentes, experiência de parto e intervenções de enfermagem.

Como critérios de elegibilidade para a selecção dos estudos temos: terem sido publicados e encontrarem-se disponíveis em *full text* nas bases de dados acima referenciadas; terem sido efectuados há dez ou menos anos; terem sido publicados em português, inglês, francês ou espanhol; terem como objecto de estudo intervenientes em gravidezes de adolescentes com menos de 18 anos, inclusive; e, por último, abordarem a problemática da experiência de parto e dos factores que a influenciam, em adolescentes.

Como critério de exclusão delimita-se: estudos efectuados em países em desenvolvimento, dado que a realidade quer da adolescência, quer das condições de parto, quer dos cuidados não são semelhantes à realidade portuguesa.

Pretendo ainda realizar entrevistas com peritos na área dos cuidados de saúde na gravidez, parto e parentalidade na adolescência, nomeadamente da instituição onde decorre o ensino clínico, e ainda numa outra instituição hospitalar.

Pretendo ainda que a observação, a prestação, a reflexão e a discussão sobre os cuidados prestados nesta área traga importantes subsídios não só para mim mas também para os profissionais envolvidos. A equipa está informada sobre a temática deste projecto e, sempre que possível, organizar-se-á a distribuição das utentes pelo enfermeiro responsável para que possa prestar cuidados às adolescentes internadas no Bloco de Partos.

A descrição das actividades planeadas para o ER é apresentada em anexo, pela forte limitação de páginas no corpo central do trabalho (Apêndice I).

Tendo em conta a revisão bibliográfica já efectuada, encontraram-se alguns estudos publicados que correspondem aos critérios de selecção. Nestes constam as intervenções de enfermagem que mais contribuíram para uma experiência de parto positiva, nas adolescentes que constituíram as amostras: alívio efectivo da dor, cuidados prestados na ausência de juízos de valor e apoio emocional (SAULS, 2004); satisfazer as necessidades emocionais das adolescentes (carinho, atenção e compreensão) e de aprendizagem (SAMPAIO, 2008); tipo de parto, presença de um acompanhante, um bom atendimento pela equipa (MENDES, 1999) e explicação prévia dos procedimentos a efectuar (OLIVEIRA, 2002).

### 1.3. Gestão do Tempo

Em todas as actividades humanas encontramos um obstáculo: a falta de tempo, ou a boa gestão do mesmo. Carmo e Ferreira (1998) enumeram três principais razões pelas quais esta afirmação toma grande importância nas actividades relacionadas com a investigação: a grande disponibilidade de informação com que nos deparamos na actualidade gera alguma dispersão e há necessidade de limitar temporalmente as actividades; não havendo limitações temporais, os custos relacionados com a investigação seriam muito maiores – e cada vez mais esta questão é primordial - e, por último, se a limitação temporal não existisse corríamos o risco de obter, após um longo processo, um conhecimento que já não seria actual. Assim sendo, delimitaram-se para este Projecto limites temporais e elaborou-se um cronograma, para uma melhor visualização dos tempos previstos.

**Quadro 1 - Cronograma do Ensino Clínico IV**

Actividades	2011						
	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maió	Junho	Julho
Conhecer a estrutura física e dinâmica do BP do Hospital Dr. José de Almeida							
Desenvolver as actividades planeadas, apresentadas em anexo	Até 1 de Julho de 2011						
Elaborar o Projecto do ER	Até 18/2						
Registar o Projecto do ER		28/2 a 4/3					
Elaborar o Relatório do ER			Até 8 de Julho de 2011				
Elaborar Diários de Aprendizagem (2 no BP e 1 na Neonatologia)		Até 1 de Julho de 2011					
Apresentação e Discussão Pública do Relatório de Estágio							A partir de 9/2011

## 2. REFLEXÃO CRÍTICA

A área da adolescência, muito particularmente da gravidez na adolescência está, muitas vezes, direccionada para a prevenção desta. É uma área importante de ser trabalhada, em que desenvolvo a minha actividade profissional, mas é minha crença que os estudos nesta área não se devem limitar à prevenção da ocorrência da gravidez. Assim, ter escolhido um tema sobre uma área que já trabalhava, mas numa nova perspectiva, alargou, necessariamente, os meus horizontes. E é só o começo de uma longa caminhada.

Ter poucas bases teóricas sobre a metodologia a aplicar foi algo muito difícil de ultrapassar ao longo de todo o Projecto. Exigiu de nós todo um trabalho extra e, tal como os conhecimentos e as competências a adquirir, vai ainda exigir muito mais no futuro próximo.

A reflexão sobre as práticas de cuidados trouxe também já alguns frutos. Tendo em conta que a entrega deste projecto dá-se no final da quinta semana de estágio, e foi desenvolvido também, obviamente, ao longo destas semanas, é curioso notar as alterações que os conhecimentos obtidos através na pesquisa bibliográfica e da reflexão sobre elas. Se antes o apresentar-me formalmente à utente e convivente significativo que não me conhecem ainda era algo encarado com relativa ligeireza, no final desta fase é algo que compreendo ter vários objectivos. Um primeiro, em que podemos aproveitar para iniciar uma relação de confiança com a utente, que percebe uma atitude de respeito para com ela; uma segunda, em que podemos contribuir para a diminuição da sua ansiedade, ao explicarmos quem somos e durante quanto tempo se planeia que fique aos nossos cuidados; e uma terceira, em que trazemos à nossa classe profissional, muito particularmente aos enfermeiros especialistas em saúde materna e obstetrícia, a notoriedade merecida, dado que neste tipo de serviço todos os profissionais se apresentam fardados do mesmo modo, tendo como consequência frequente a confusão com a classe médica.

### 3. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRANDÃO, Ana Paula Miller (2010) - **Vivências do Trabalho de Parto e Parto: Estudo Comparativo Entre Adolescentes e Mulheres Adultas**. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Tese de Mestrado em Ciências de Enfermagem. Disponível em: <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/26616>

CARMO, Hermano; FERREIRA, Manuela Malheiro (1998) - **Metodologia da Investigação - Guia para auto-aprendizagem**. Lisboa, Universidade Aberta. ISBN 978-972-674-231-9

DADOORIAN, Diana (2003) - Gravidez na Adolescência: um Novo Olhar. **Psicologia, Ciência e Profissão**, ISSN: 1414-9893. Vol. 21, nº3. p. 84-91

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA (2011) – **Guia Orientador do Estágio com Relatório**. Acessível na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Lisboa, Portugal.

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

GRAÇA, Luís Mendes (2005) – **Medicina Materno-Fetal**. 3ª ed. Lisboa: Lidel. ISBN: 972-757-325-8

GUIMARÃES, Deocleciano Torrieri (2002) - **Dicionário de termos médicos e de enfermagem**. São Paulo: Rideel. ISBN: 8533905254

HIGGINS, J.P.T., GREEN, S. (2006) - **Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions**. Versão 4.2.6. The Cochrane Collaboration. Disponível em: <http://www.cochrane.org/sites/default/files/uploads/Handbook4.2.6Sep2006.pdf>

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA - Nados-vivos de mães adolescentes em 2009, em Portugal. Acessível em: [http://www.ine.pt/xportal/xmain?xp\\_id=INE&xpgid=ine\\_indicadores&indOcorrCod=0001541&contexto=bd&selTab=tab2](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xp_id=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0001541&contexto=bd&selTab=tab2)

LOWDERMILK, Deitra Leonard; PERRY, Shannon E. (2008) – **Enfermagem na Maternidade**. 7ª ed. Loures: Lusodidacta. ISBN: 978-989-8075-16-1

MAIA FILHO, Nelson Lourenço (1993) - **A adolescente precoce: aspectos relacionados ao parto, puerpério imediato e recém-nascido, comparativamente às não-precoces e as gestantes adultas**. Campinas: Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. Pós-Graduação em Tocoginecologia. Disponível em: <http://cutter.unicamp.br/document/?code=000054958>

MENDES, Alda Maria Pires Silva (1999) - **Expectativas da grávida adolescente face ao trabalho de parto: subsídios para a enfermagem**. Lisboa: [s.n.], 1999. Dissertação de Mestrado, Ciências de Enfermagem, Universidade Católica Portuguesa.

MENDES, Isabel Margarida Marques Monteiro Dias (1998) - Problematização da Gravidez na Adolescência no Contexto das Sociedades Ocidentais. **Revista Referência**. Série nº1. Setembro de 1998. ISSN: 0874-0283

OLIVEIRA, Zuleyce Maria Lessa Pacheco de; MADEIRA, Anézia Moreira Faria (2002) - Vivenciando o parto humanizado: um estudo fenomenológico sob a ótica de adolescente. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. - São Paulo. – ISSN: 0080-6234. - Vol. 36, nº 2 (Junho 2002), p. 133-140.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010) - **Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e Ginecológica**. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasSaudeMaternaObstGinecologica\\_aprovadoAG20Nov2010.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasSaudeMaternaObstGinecologica_aprovadoAG20Nov2010.pdf)

PEARSON, Alan; VAUGHAN, Barbara (1992) - **Modelos para o exercício de enfermagem**. Lisboa: ACEPS. ISBN: 0-433-24902-1

PEREIRA, Ângela Lima; BACHION, Maria Márcia (2006) - Atualidades em revisão sistemática de literatura, critérios de força e grau de recomendação de evidência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre. Dez. Vol. 27, nº 4. p. 491-8.

SAMPAIO, Álda; SILVA, Ângela; MOURA, Escolástica (2008) - Atención humanizada del parto de adolescentes: ¿norma, deseo o realidad?. **Revista Chilena de Obstetricia y Ginecologia**. Volume 73, nº 3. p. 185 – 19. ISSN: 0717-7526

SAULS, Donna J. (2004) - Adolescents' Perception of Support During Labor. **Journal of Perinatal Education**. Vol. 13, nº4. p. 36–42. ISSN: 1058-1243

SAULS, Donna J. (2010) - Promoting a Positive Childbirth Experience for Adolescents. **Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing**. Vol. 39, nº 6. p. 703-712. ISSN: 1552-6909

TAVARES, Margarida; BARROS, Henrique (1996) – Gravidez na adolescência em Portugal. **Revista de Epidemiologia – Arquivos de Medicina**, 10 (Supl. 4): 3-8. ISSN: 0871-3413.

TILGHMAN, Joan; LOVETTE, Avi (2008) - Prenatal Care: The Adolescent's Perspective. **Journal of Perinatal Education**. Vol. 17, nº2. p. 50–53. ISSN: 1058-1243

UNICEF (2001) - A league table of teenage births in rich nations. **Innocenti Report Card**, No.3. Florença: UNICEF Innocenti Research Centre. Disponível em: <http://www.unicef-irc.org/publications/pdf/repcard3e.pdf>

VELHO, Manuela Beatriz; OLIVEIRA, Maria Emília de; SANTOS, Evangelia Kotzias Atherino dos (2010) - Reflexões sobre a assistência de enfermagem prestada à parturiente. Brasília: **Revista Brasileira de Enfermagem**. Jul-Ago; Vol. 63, nº 4. p. 652-659

## APÊNDICES

**APÊNDICE I –  
ACTIVIDADES A DESENVOLVER NO ESTÁGIO COM RELATÓRIO**

## ACTIVIDADES A DESENVOLVER NO ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Nota: Dado que há actividades a desenvolver que se repetem em objectivos diferentes, optou-se, para facilitar a elaboração, leitura e objectividade do texto, por omitir as actividades já mencionadas em objectivos anteriores.

Objectivos	Actividades
<b>Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais que possibilitem a prestação de cuidados de enfermagem especializados à mulher e família, durante o período pré-natal, promotores do bem-estar materno-fetal</b>	<p>Consulta de documentação existente no serviço</p> <p>Observação da prestação de cuidados de enfermagem e do circuito da utente e convivente significativo;</p> <p>Admissão da grávida, com supervisão da enfermeira orientadora do local;</p> <p>Realização do acolhimento ao serviço à grávida e convivente significativo;</p> <p>Consulta de toda a informação relativa à vigilância da gestação (Boletim de Saúde da Grávida, Exames Complementares de Diagnóstico, Registos Informáticos);</p> <p>Entrevista com a grávida para anamnese e identificação de necessidades afectadas;</p> <p>Avaliação de bem-estar materno-fetal: (avaliação de tensão arterial, frequência cardíaca, oximetria e temperatura; da estática fetal; instituição e vigilância de monitorização cardiotocográfica)</p> <p>Realização de notas de enfermagem no processo clínico e no partograma;</p> <p>Esclarecimento de dúvidas e fornecimento de informação à grávida e convivente significativo, numa perspectiva de educação para a saúde;</p> <p>Detecção precoce de desvios da gravidez normal, referenciando à equipa multidisciplinar;</p> <p>Informação à grávida e convivente significativo sobre os cuidados de enfermagem prestados, permitindo o esclarecimento de dúvidas e incentivando a emissão de opiniões;</p> <p>Promoção de medidas de controlo da dor (posicionamentos, exercícios respiratórios e de relaxamento);</p> <p>Colaboração com a equipa multidisciplinar nas actividades interdependentes;</p> <p>Realização de toque obstétrico, sempre que haja indicação obstétrica para tal;</p> <p>Vigilância da grávida com patologia associada, identificando sinais de alerta e sinalizando à equipa;</p> <p>Vigilância de integridade de Bolsa amniótica e características do Líquido amniótico quando ocorrer REBA/RABA;</p> <p>Promoção da amamentação;</p> <p>Sinalização à equipa multidisciplinar das utentes, quando a situação esteja para além da área de actuação;</p> <p>Esclarecimento de dúvidas, sempre que necessário;</p>

<p><b>Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais que possibilitem a prestação de cuidados de enfermagem especializados à parturiente e família, durante o trabalho de parto e parto, em partos eutócicos, distócicos e com patologia associada</b></p>	<p>Entrevista com a grávida/casal para auscultação de expectativas e desejos para o TP e Parto;  Promoção do envolvimento do convivente significativo no TP e Parto;  Prestação de apoio psicológico e emocional à parturiente e convivente significativo durante o TP e Parto;  Promoção de ambiente seguro durante TP e Parto;  Colaboração com a equipa multidisciplinar na implementação de medidas farmacológicas e não-farmacológicas no alívio da dor;  Monitorização da evolução do TP e registos no processo clínico, incluindo partograma;  Detecção precoce de alterações da evolução normal do TP e sua referenciação à equipa multidisciplinar;  Realização de parto, em apresentação cefálica, em ambiente calmo e seguro;  Realização de episiotomia em situações em que se afigure necessário;  Verificação da integridade da placenta e membranas após dequitação;</p>
<p><b>Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais que possibilitem a prestação de cuidados de enfermagem especializados à mulher durante o período pós-parto</b></p>	<p>Vigilância da puérpera sob o ponto de vista obstétrico;  Identificação precoce de complicações pós-parto e actuação de acordo com a situação;  Avaliação da integridade do canal de parto e realização de episiorrafia, quando necessário;  Promoção de contacto pele-a-pele e vinculação precoce;  Promoção da amamentação nos primeiros 30 minutos após o parto;</p>

<p><b>Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais que possibilitem a prestação de cuidados de enfermagem especializados ao recém-nascido, na adaptação à vida extra-uterina</b></p>	<p>Preparação e verificação do material necessário para o RN antes do parto, incluindo material de reanimação;  Avaliação do RN após o parto, utilizando o Índice de Apgar;  Prestação de cuidados imediatos ao RN, nomeadamente:      Secagem e limpeza de pele; Estimulação táctil; Desobstrução das vias aéreas; Aquecimento;      Observação física para detecção de malformações; Avaliação de reflexos neurológicos;      Avaliação de peso; realizar profilaxia da doença hemorrágica do RN;      Identificação do RN com pulseira de identificação e pulseira electrónica;      Entubação oro-gástrica para aspiração de conteúdo gástrico e lavagem se necessário;  Promoção da vinculação precoce da tríade/díade  Promoção da amamentação  Vigilância do RN para detecção precoce de desvios de saúde  Prestação de cuidados imediatos ao RN, em situação de risco, nomeadamente:      Realização de manobras de reanimação, se necessário; Administração de terapêutica de emergência;      Providenciar transferência para Unidade de Neonatologia;  Informação à mãe e convivente significativo sobre os procedimentos e prestação de apoio psicológico e emocional.</p>
<p><b>Desenvolver competências na área da investigação, nomeadamente na prestação de cuidados de enfermagem especializados à adolescente grávida e família</b></p>	<p>Realização de Revisão bibliográfica;  Realização de entrevistas com as adolescentes cujo parto ocorreu no Hospital Dr. José de Almeida, no período do Estágio com Relatório;  Consecução de todas as actividades descritas acima, no pré, intra e pós-parto e ao RN;  Realização de entrevistas a peritos na área da Adolescência e Parentalidade;  Realização de reuniões tutoriais  Elaboração de Relatório Final de Estágio</p>

## **APENDICE II**

### **PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO**

14-10-2010 / 14-10-2010

Cascais, 9 de Junho de 2011

Amb-2  
m

Ao Exmº Presidente do Conselho de Administração do Hospital Dr. José de Almeida

15/06/2011

**ASSUNTO: Pedido de autorização para realização de entrevistas às parturientes adolescentes, no Bloco de Partos no âmbito do I Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia**

A' Prof. Filomena  
Jara Antunes

Administrador  
Manuel Roque

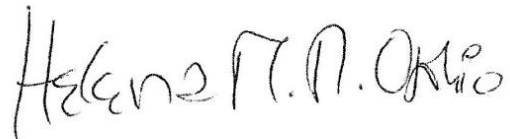
Helena Maria Morais Osório, enfermeira a frequentar o I Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa vem por este meio solicitar autorização para a realização de entrevistas às adolescentes parturientes no Bloco de Partos deste hospital, no âmbito da elaboração de um Relatório de Estágio com o tema: "Parto e adolescentes... Que intervenções de enfermagem para proporcionar uma experiência positiva?"

Pretende-se com este estudo compreender o papel atribuído às intervenções de enfermagem, relativamente às experiências de parto, vivenciadas pelas adolescentes cujo parto teve lugar no Bloco de Partos do Hospital Dr. José de Almeida.

A entrevista consistirá em solicitar às utentes com 19 anos ou menos que descrevam como correu o trabalho de parto e o parto, na sua perspectiva e ainda que apontem as actividades desenvolvidas pela equipa de enfermagem mais facilitadoras para si.

Os dados recolhidos serão tratados confidencialmente.

Com os melhores cumprimentos



Helena Maria Morais Osório

O meu contacto telefónico: 926310056 ou eletrónico:  
helenammosorio@gmail.com

**APÊNDICE III**  
**NOTAS DE CAMPO**

## Nota de Campo 1

Menina de 15 anos, IO: 0000, raça negra, acompanhada pelo companheiro, gravidez de 36 semanas e 5 dias, não planeada, mas desejada. No início da gravidez não viviam juntos, mas durante a gravidez iniciaram co-habitação. Relação do casal aparentemente boa, harmoniosa. Ele é mais velho, tem 18 anos. Ela está em fase activa do trabalho de parto mas refere não pretender analgesia epidural ou outras medidas farmacológicas de alívio da dor. É convidada a assumir uma posição menos horizontal, o que aceita e confirma que se torna mais confortável. Aquando das contracções expressa sinais não verbais de dor intensa. É convidada a expressar as razões para a recusa de métodos farmacológicos de alívio da dor. Refere ter ouvido as amigas dizerem que a “epidural dói muito”, que se trata de “espetar uma agulha nas costas” e “que se pode ficar sem andar para sempre”. São referidas as possíveis complicações, bem como a sua incidência e desmistificadas as questões relacionadas com a técnica.

Aceita então a realização de analgesia epidural e, quando o alívio da sensibilidade dolorosa é atingido, refere arrependimento de não ter realizado a técnica antes.

O parto, eutócico, dá-se algum tempo depois. Nasce um bebé saudável, do sexo masculino, com 2820gr, Índice de Apgar de 9/10.

A tríade apresenta excelente interação, após os cuidados prestados são deixados a sós algum tempo. Aquando da continuação da vigilância é-lhes solicitado que descrevam como correu o trabalho de parto e o parto. A puérpera expressa com alegria que foi muito melhor que ela esperava, que a analgesia epidural foi uma excelente opção, que a presença do companheiro foi muito positiva e que a equipa de saúde, particularmente a de enfermagem, era muito mais “simpática” do que tinha “ouvido falar”.

## Nota de Campo 2

Menina de 18 anos, caucasiana, Índice Obstétrico: 0000, acompanhada pela irmã, por escolha sua. Gravidez de 38 semanas e 6 dias, não planeada, mas desejada. Realizou analgesia epidural, que decorreu sem intercorrências. Aquando da chegada do período expulsivo, houve a saída de algum conteúdo rectal, o que lhe causou muito constrangimento. Foi-lhe assegurado por diversas vezes de que se trata de uma situação normal, mas o embaraço pela situação era-lhe difícil de esquecer.

O parto foi eutócico, o recém-nascido é do sexo masculino, apresentava 3320 gr de peso, com um Apgar 10/10. Foi colocado em contacto pele-a-pele com a mãe, que o abraçou e chorou.

Após os cuidados imediatos, e quando se colocou a questão de como correu o parto, referiu novamente o embaraço relacionado com a emissão de fezes. Foi-lhe novamente assegurado de que é uma situação natural e que seria melhor não deixar essa questão tomar uma proporção que não tem.

Disse então que o parto foi fisicamente exigente, mais do que ela esperava, mas que, de uma forma geral, tinha corrido muito bem. A escolha da analgesia epidural revelou-se para a adolescente, na sua opinião, uma boa escolha. Referiu ainda que o apoio da equipa foi vital, particularmente no que toca a orientar os esforços expulsivos.

### Nota de Campo 3

Menina de 18 anos, raça negra, Índice Obstétrico: 0000, acompanhada pelo namorado, também adolescente. Internada para indução do trabalho de parto. Gravidez de 40 semanas e 3 dias, não planeada (utilização de preservativo de forma incorrecta), mas aceite. Em passagem de ocorrências é apresentada como estando calma, sem dores, a dormir. No partograma o Sinal Vital “Dor” está avaliado em 0. No início do turno a utente apresenta-se muito tensa, referindo queixas álgicas quando inquirida. Apresentei-me, coloquei algumas questões relativas a dados pessoais, à gestação, ao companheiro. Dado que os sinais não verbais de dor intensa se mantinham, questioneei a razão de ter recusado analgesia epidural. A grávida expressou muito receio de realizar a analgesia, dado que tinha “ouvido dizer” que era muito perigoso, e que “doía mais a darem a injeção nas costas do que a ter o bebé”. Recorria frequentemente ao companheiro, no sentido de obter dados sobre a recusa. Quando a dor ficou ainda mais intensa, a grávida perguntou ao companheiro se “podia fazer”, ao que ele respondeu que a decisão era dela. Decidiu-se então avançar com a técnica.

Passados alguns minutos, a grávida começou a verbalizar contentamento por já não sentir dor.

O parto deu-se algumas horas depois, eutócico, recém-nascido com 3645 gr, Apgar 9/10, promoveu-se o contacto pele-a-pele entre a mãe e o recém-nascido, o pai manteve-se bastante participante e interessado.

Algumas horas após o parto, é solicitado à puérpera que descreva como correu o trabalho de parto e o parto, na sua perspectiva. Esta expressa então, entusiasticamente, que correu muito melhor do que esperava, que a analgesia epidural não correspondeu em nada ao que tinha “ouvido dizer” e que a presença do pai do bebé foi muito importante para si.

## Nota de Campo 4

Menina de 17 anos, raça caucasiana, Índice Obstétrico: 0000, acompanhada pelo namorado, 19 anos, raça mista. Não vivem juntos nem vão viver depois do nascimento. Moram perto. Internada por início do trabalho de parto. Gravidez de 38 semanas e 3 dias, não planeada, mas bem aceite pelo casal. Não usavam contraceptivos porque não queriam usar “acessórios” (sic), mas sabiam que podiam engravidar. A família de ambos teve alguma dificuldade inicial em aceitar a situação (1º neto de ambas as famílias), mas depois aceitou. Terminaram há semanas o 12º ano de escolaridade, curso técnico-profissional. Compareceram a algumas aulas do curso de preparação para a parentalidade.

No início do turno a utente apresenta-se controlada, referindo queixas algícas de intensidade moderada. Referiu não pretender analgesia epidural porque temia que as alergias cujos agentes desconhece fossem medicamentos utilizados na técnica. Foi administrada, no final do turno anterior, medicação analgésica, que foi eficaz. O companheiro é estimulado a efectuar massagem e exercícios de relaxamento com a grávida, também com bastante sucesso.

Quando solicitados a expor dúvidas, caso as tivessem, respondeu: “Não... eu grito, ela sai e pronto, não é?”.

O parto deu-se algum tempo depois, eutócico, recém-nascida com 3490 gr, Apgar 9/10, sem malformações aparentes; promoveu-se o contacto pele-a-pele entre a mãe e o recém-nascido, o pai saiu segundos antes do nascimento e entrou alguns minutos depois, a seu pedido. Porém esteve sempre participante, interessado e com excelente interacção entre a mãe e o seu bebé.

Cerca de três horas após o parto, é solicitado à puérpera que descreva como correu o trabalho de parto e o parto, na sua perspectiva. Esta refere então que foi muito mais fácil do que esperava. Quando se pediu que apontasse as actividades desenvolvidas pela equipa de enfermagem mais facilitadoras para si, referiu a forma como a mantiveram calma e concentrada no que era necessário: respiração, relaxamento e esforços expulsivos.

## Nota de Campo 5

Menina de 18 anos, caucasiana, portuguesa, Índice Obstétrico: 0000, Idade Gestacional 40s+3d. Acompanhada pelo companheiro, 25 anos, brasileiro. Não viviam juntos no início da gravidez, mas iniciaram co-habitação cerca das 20 semanas. Internada para indução do trabalho de parto. Gravidez não planeada, mas bem aceite pelo casal. Ambos brincam com o facto de ambos desejarem a gravidez, de forma inconsciente. Usavam preservativo esporadicamente. A família da adolescente teve alguma dificuldade inicial em aceitar a situação (1º neto, irmã de 30 anos), mas acabou por aceitar. Ela trabalha como lojista. A grávida frequentou o curso de preparação para a parentalidade, sem a presença do pai, por motivos laborais.

A grávida foi transferida do Internamento de Medicina Materno-Fetal, realizou analgesia sequencial porque se encontrava extremamente queixosa, ainda em fase latente do trabalho de parto, com efeito.

O parto foi eutócico, recém-nascida com 3520 gr, Apgar 9/10, sem malformações aparentes; promoveu-se o contacto pele-a-pele entre a recém-nascida e a mãe, que se mostrou muito emocionada quando viu a sua bebé pela primeira vez.

Cerca de duas horas após o parto, é solicitado à puérpera que descreva como correu o trabalho de parto e o parto, na sua perspectiva. Esta refere então que foi muito difícil, mas, mesmo assim, mais fácil e rápido do que esperava. Quando se pediu que apontasse as actividades desenvolvidas pela equipa de enfermagem mais facilitadoras para si, referiu a forma como a ajudaram e orientaram na respiração e esforços expulsivos. Mencionou ainda a simpatia da equipa como promotora de um momento mais agradável.

## **APÊNDICE IV**

### **DIÁRIOS DE APRENDIZAGEM**



1º MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTETRÍCIA  
/5º CURSO DE PÓS-LICENCIATURA DE ESPECIALIZAÇÃO  
EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTETRÍCIA

*- DIÁRIO DE APRENDIZAGEM I -*

*HOSPITAL DR. JOSÉ DE ALMEIDA - BLOCO DE PARTOS*

Discente: Helena Osório

Enfermeira Especialista Orientadora: Eugénia Clara dos Santos

Docente Orientador: Professor Mário Cardoso

LISBOA

2011

“Na juventude aprendemos, com a idade compreendemos ”

Marie von Ebner-Eschenbach

## **ÍNDICE**

<b>0. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>4</b>
<b>1. ANÁLISE DA SITUAÇÃO À LUZ DO CICLO DE GIBBS.....</b>	<b>5</b>
1.1. Descrição da situação .....	5
1.2. Sentimentos .....	5
1.3. Avaliação.....	6
1.4. Análise .....	7
1.5. Conclusão .....	8
1.6. Planear a acção .....	8
<b>2. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>9</b>

## **ANEXOS**

### **ANEXO I – CICLO REFLEXIVO DE GIBBS**

## **1. ANÁLISE DA SITUAÇÃO À LUZ DO CICLO DE GIBBS**

Conforme as directrizes para a elaboração dos Diários de Aprendizagem, este será elaborado com base nas várias etapas propostas por Gibbs, no seu ciclo reflexivo. Estas são seis: descrição da situação, sentimentos, avaliação, análise, conclusão e planear a acção. Serão então seguidamente descritas e analisadas individualmente.

### **1.1. Descrição da situação**

No primeiro passo do Ciclo de Gibbs devemos responder à questão: “O que aconteceu?”. Assim, sendo, passo à descrição da situação. Ocorreu numa sala de partos da instituição onde decorre o meu estágio, após um parto. A parturiente tinha 15 anos, que completou em Novembro de 2010, ou seja, tinha 15 anos e 3 meses. O progenitor masculino era também adolescente, e, após o parto, encontravam-se ambos a olhar o bebé, ao colo do pai, quando um dos elementos da equipa de saúde parou, os olhou, e proferiu a frase: “duas crianças a ter uma criança”. Ambos pararam de olhar a criança, olharam para o elemento que fez o comentário, fizeram uma pausa, olharam para alguns elementos da equipa, incluindo eu própria e voltaram a olhar para o recém-nascido, tendo ficado em silêncio.

### **1.2. Sentimentos**

No que pode ser considerada a segunda etapa do ciclo reflexivo, devemos responder à pergunta: “O que está a pensar e a sentir?”. Após ter efectuado alguma pesquisa para a elaboração do Projecto do Estágio com Relatório, que incide precisamente sobre o parto e os adolescentes, mais precisamente quais as intervenções dos enfermeiros que podem proporcionar às adolescentes uma experiência de parto positiva, o meu primeiro pensamento foi de incredulidade. Senti-me um pouco constrangida dado ter sido um comentário tecido de uma forma

descontraída e, essencialmente, por ter sido escutado por ambos os progenitores. Senti também um pouco de receio pela reacção do progenitor masculino, pois podia não ser a melhor nem a mais assertiva, o que dificultaria a relação com a equipa.

### 1.3. Avaliação

Em resposta à seguinte questão do ciclo, “O que foi bom e mau na experiência?”, podemos começar pelo que foi bom nela. De positivo podemos apontar o facto de ter trazido uma experiência à reflexão, sempre útil para avaliarmos as nossas práticas, sendo que neste caso até proporciona também uma pesquisa sobre o tema, aumentando assim a abrangência dos conhecimentos sobre o mesmo.

De mau podemos apontar o facto da relação terapêutica com aquela tríade ter ficado afectada. Como utente, este casal tem direitos na relação terapêutica, que, de alguma forma, não foram completamente respeitados. Como nos diz Riley (2004, p. 31), os utentes são providos de direitos na relação de ajuda que estabelecemos conjuntamente. Entre eles encontra-se o direito de “ser tratado com cortesia” e “obter uma ajuda adequada, sem discussões ou barreiras”, o que não ocorreu.

Ainda Riley (2004) refere que o julgamento (que define como aprovar ou reprovar o que nos é transmitido pelo utente) tem como consequência ficar implícito que o profissional de saúde tem o direito de o julgar o utente, promovendo assim a dependência da relação. Vai mais longe classificando esta comunicação como não-terapêutica.

Respeito pode ser definido como “a comunicação das ideias, sentimentos e experiências do cliente”. Quando respeitamos o outro e o demonstramos, estamos a transmitir-lhe a mensagem de que ele é importante para nós. De uma forma oposta, quando isto não ocorre, o destinatário da comunicação pode experienciar sentimentos de rejeição e desagrado. Existe uma relação entre o respeito (e a cordialidade e a empatia) e o sucesso nas intervenções terapêuticas, o que nos poderia conduzir à conclusão de que o resultado dos cuidados prestados pode ter ficado afectado pela ocorrência (RILEY, 2004, p. 111, citando Haber *et al*).

Riley (2004) deixa bem claro a influência que as interações que estabelecemos com os nossos utentes têm, quando afirma que temos de compreender realmente o efeito que temos com cada pessoa, em cada encontro. Temos noção do poder que temos, fazer o outro sentir que está a ser cuidado e usar esse poder de uma forma consciente e bem direccionado faz parte de um cuidar de excelência.

Canavarro (2006) explica a complexidade e exigência no processo de formação da identidade da adolescente grávida, uma vez que esta tem de conseguir lidar com profundas mudanças a vários níveis: relações com os pares, relação com o companheiro, decisões académicas/laborais, processos de autonomia, papel maternal, relação com os progenitores/família alargada. Desta forma, compreende-se que a grávida adolescente seja um elemento mais frágil nas relações com os profissionais de saúde.

#### **1.4. Análise**

Tereso (2005) explica dois dos motivos pelos quais, por vezes, os enfermeiros especialistas se demitem do seu papel promotor dos direitos das parturientes: a falta de pessoal (e conseqüente sobrecarga de trabalho) e ainda a forma como as normas instituídas limitam os cuidados. Assim, apesar de não diminuir a importância da ocorrência, poder-se-á reflectir sobre a importância de um rácio enfermeiro especialista /utente adequado, que permita uma maior interacção entre todos os elementos da relação, para que os primeiros possam melhor conhecer e compreender os segundos e assim, prestar cuidados de enfermagem de qualidade.

## **1.5. Conclusão**

Nesta etapa do Ciclo devemos procurar responder à questão: “Que mais poderia ter feito?”. Sauls (2004) refere especificamente que a parturiente adolescente necessita e deseja um cuidado isento de juízos de valor, com suporte emocional adequado. Poderia ter sido esclarecido junto da parturiente e do companheiro o porquê daquele comentário, e que o profissional verbalizou uma preocupação mas que não foi de uma forma pejorativa. Talvez essa intervenção pudesse minimizar o impacto que poderá ter tido na relação terapêutica dos profissionais com a tríade.

## **1.6. Planear a acção**

Nesta etapa é-nos solicitado que planeemos o que faremos se e quando voltar a ocorrer a mesma situação. Creio que a única atitude possível será tentar minimizar o impacto dos comentários, quer seja através do diálogo com a adolescente e companheiro, quer através da análise da situação com o profissional que demonstra a atitude.

Parece ainda importante salientar que a presença de estudantes em Ensino Clínico permite, por vezes, a reflexão sobre determinadas áreas que, por serem talvez menos comuns, não estão tão presentes na prática diária, pelo que creio ser possível que situações como estas nem sequer ocorram.

## 2. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CANAVARRO, Maria Cristina (2006) – **Psicologia da gravidez e da maternidade**. 2ª ed. Coimbra: Quarteto. ISBN 978-989-558-081-1

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA (2011) – **Guia Orientador do Estágio com Relatório**. Acessível na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Lisboa, Portugal.

LOWDERMILK, Deitra Leonard; PERRY, Shannon E. (2008) – **Enfermagem na Maternidade**. 7ª ed. Loures: Lusodidacta. ISBN: 978-989-8075-16-1

RILEY, Julia (2004) – Comunicação em Enfermagem. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-81-9

SAMPAIO, Álida; SILVA, Ângela; MOURA, Escolástica (2008) - Atención humanizada del parto de adolescentes: ¿norma, deseo o realidad?. **Revista Chilena de Obstetricia y Ginecologia**. Volume 73, nº 3. p. 185 – 19. ISSN: 0717-7526

SAULS, Donna J. (2004) - Adolescents' Perception of Support During Labor. **Journal of Perinatal Education**. Vol. 13, nº4. p. 36–42. ISSN: 1058-1243

TERESO, Alexandra (2005) - **Coagir ou emancipar? Sobre o papel da enfermagem no exercício da cidadania das parturientes**. Coimbra: Formasau. ISBN: 972-8485-44-1

Foto da capa da autoria da estudante.

## **ANEXOS**

**ANEXO I –  
CICLO REFLEXIVO DE GIBBS**

## CICLO REFLEXIVO DE GIBBS



FONTE: Adaptado de REID, B. (1994). The Mentor's Experience – A personal perspective. In: PALMER, A. – Reflective practice in Nursing: the growth of the professional practitioner. Oxford: Blackwell Scientific Publications. Pág. 39



1º MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTETRÍCIA

/5º CURSO DE PÓS-LICENCIATURA DE ESPECIALIZAÇÃO  
EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTETRÍCIA

# *DIÁRIO DE APRENDIZAGEM II*

*HOSPITAL DR. JOSÉ DE ALMEIDA - BLOCO DE PARTOS*

Discente: Helena Osório

Enfermeira Especialista Orientadora: Eugénia Clara dos Santos

Docente Orientador: Professor Mário Cardoso

**LISBOA**

**2011**

Jamais desesperes, mesmo perante as mais sombrias aflições da tua vida,  
pois das nuvens mais negras cai água límpida e fecunda.

Provérbio chinês

## ÍNDICE

<b>0. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>4</b>
<b>1. ANÁLISE DA SITUAÇÃO À LUZ DO CICLO DE GIBBS.....</b>	<b>5</b>
1.1. Descrição da situação .....	5
1.2. Sentimentos .....	6
1.3. Avaliação.....	7
1.4. Análise .....	7
1.5. Conclusão .....	8
1.6. Planear a acção .....	8
<b>2. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>10</b>

### APÊNDICE I – CICLO REFLEXIVO DE GIBBS

## 0. INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, no 2º ano do 1º Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia - 5º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia - da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, foi-nos proposta a elaboração de um segundo diário de aprendizagem, baseado no Ciclo Reflexivo de Gibbs. Este Estágio teve início no dia 17 de Janeiro de 2011, no Bloco de Partos do Hospital Dr. José de Almeida, em Cascais, e decorrerá até 1 de Julho de 2011. O docente orientador é o Professor Mário Cardoso e a orientadora do local é a Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia Eugénia Clara dos Santos.

A elaboração deste diário, tal como o anterior, tem como objectivos:

- ☞ Analisar e reflectir sobre as práticas diárias da estudante e da equipa
- ☞ Aprofundar conhecimentos sobre o tema abordado
- ☞ Adquirir competências específicas sobre o tema abordado
- ☞ Fornecer mais um dos elementos necessários para a avaliação formal da estudante

## 1. ANÁLISE DA SITUAÇÃO À LUZ DO CICLO DE GIBBS

Numa aula teórica deste Mestrado, sobre um tema que já não recordo, uma docente proferiu uma frase que me ficará para sempre na memória: “às vezes, is profissionais vêm para a obstetrícia a pensar que é tudo bonito, que é tudo vida, mas não é. Há morte, há sofrimento, há dor, e por vezes é muito difícil lidar com isso”. Apesar de ser profissional há largos anos já, o meu contacto com a obstetrícia e saúde materna fez-se como experiência pessoal (onde tudo decorreu normalmente) e através dos cuidados de saúde primários, onde, de uma forma geral, as situações mais difíceis estão “diluídas” pela esmagadora maioria da “normalidade” da felicidade de tudo “correr bem”. Nos ensinamentos clínicos por que passei deparei-me com algumas situações mais difíceis de intervir, pelos sentimentos que provocaram em mim. Uma delas ocorreu num ensino clínico onde não estava prevista a realização de um diário de aprendizagem e, durante a ocorrência deste segundo acontecimento, pensei imediatamente que seria uma situação para reflectir muito sobre ela. Pensei que deveria realizar um exercício mais formal e assim melhorar a minha prestação em acontecimentos futuros semelhantes. Surgiu assim a decisão de realizar um Diário de Aprendizagem sobre esta situação, que descreverei de seguida.

### 1.1. Descrição da situação

A situação que vou analisar ocorreu numa manhã de um dia útil, na quinta semana do estágio. Estava a ser um turno calmo, com algumas utentes internadas, sem a previsão de nenhum parto para esse dia. Por volta da hora de almoço deu entrada na Urgência Obstétrica uma grávida com idade gestacional de 38 semanas, por diminuição da percepção de movimentos fetais há cerca de quarenta e oito horas. Perante um registo cardio-tocográfico patológico, decidiu-se por uma cesariana de emergência. Participei no internamento e nos vários procedimentos necessários para levar a utente para o Bloco Operatório. Após uma cesariana muito rápida, o recém-nascido foi recebido pelos profissionais presentes (pediatras e enfermeiras) e

iniciadas as manobras de reanimação. Após vinte minutos foi declarada a morte do recém-nascido.

## 1.2. Sentimentos

Sou enfermeira há quatorze anos. Antes de exercer funções nos cuidados de saúde primários, prestei cuidados em dois serviços de internamento, um de infecciologia e um de cirurgia geral, em que, todos os dias lidava com a morte. Mas a morte de um adulto é muito diferente da morte de uma criança. De um recém-nascido. Durante os vinte minutos que a reanimação durou, dei-me conta de estar a dialogar com Deus para não levar aquele pequeno ser. E eu não me defino como católica. Quando foi declarada a morte, senti as lágrimas a invadir-me, tive vontade de pegar na bebé e abraçá-la até que ela voltasse a respirar. Retirei-me da sala e entrei numa outra, em que não estivesse ninguém, para chorar, e chorei, até me sentir em condições de sair e falar com as outras pessoas. Posso afirmar que senti muita tristeza, senti a impotência de nada poder fazer para evitar que aquele pequeno ser não continue a viver.

Stewart e Dent (1994) são muito claras quando referem que os profissionais de saúde do mundo ocidental deveriam conseguir colocar de lado os seus sentimentos de fracasso quando ocorre uma morte neo-natal. Há situações que não podem de todo ser prevenidas e a vivência desta gama de sentimentos não permite ao profissional prestar cuidados de qualidade aos pais. Penso que isto transmite claramente o que se passou, eu estava demasiado concentrada no que estava a sentir para poder prestar cuidados aos pais.

Ainda Stewart e Dent (1994, p. 57) trazem-nos o relato de uma mãe, que mostra o que é vivenciar, na primeira pessoa, o sentimento de recusa da aceitação da morte de uma criança: "a child, a baby, whose time is not ripe, who has had no life yet to speak of, who has all hope, all potencial, everything to come – it is impossible to accept, one's instinct is to hope against hope, to do battle, to fight for its survival no matter what".

### 1.3. Avaliação

Nesta experiência não consigo identificar muito facilmente factores positivos. Talvez o único que consigo apontar, pesarosamente, é que creio que não passará uma grávida pela minha unidade de saúde, pela consulta de enfermagem, que não seja alertada para a importância da contagem dos movimentos fetais.

Obviamente, a morte de um ser humano é sempre uma ocorrência negativa, ainda para mais quando se trata de um bebé. Canavarro (2006) refere que a morte de um bebé, em ambiente hospitalar, tem contornos muito específicos, o que tem implicações muito próprias na vivência da ocorrência, não só dos pais mas também dos profissionais de saúde envolvidos. A mesma autora refere ainda que o grau de dificuldade que se tem em aceitar a perda está relacionado com as circunstâncias em que se dá, nomeadamente a etiologia, se é conhecida ou desconhecida e é inesperada ou não. A situação de ser uma gravidez vigiada normalmente, sem o diagnóstico de qualquer malformação ou situação patológica tornou-a mais difícil de aceitar.

Tal como nos diz Canavarro (2006), a tarefa de ultrapassar a morte de um bebé é, para os profissionais de saúde envolvidos, obviamente, a um nível diferente do dos pais e familiares, mas as perdas dos seus utentes são também perda das suas assunções básicas, que necessitam de ser reconstruídas de forma válida, para que o profissional se volte a sentir bem como pessoa e a nível laboral.

### 1.4. Análise

Procurar sentido na morte é algo que a humanidade busca fazer, talvez, desde que existe. Nesta situação, passa talvez por tentar compreender porque é que ocorreu. Falou-se em equipa de alguns sinais que a recém-nascida tinha, indicadores de patologia, provavelmente da área da infecciologia: hepatoesplenomegália, petéquias generalizadas e cianose. A mãe nunca tinha sido testada para o citomegalovírus. O exame anatomo-patológico não mostrou malformações e à data da realização deste trabalho não tenho conhecimento das serologias dos espécimens colhidos.

### 1.5. Conclusão

Nesta ocorrência, a única atitude que poderia ter sido colocada em prática que alterasse o desfecho da situação, era da área preventiva, pelo que não dependeria de nós.

### 1.6. Planear a acção

Penso que a única atitude a ter, caso a situação ocorra de novo, isto é, que ocorra a morte de uma criança, é o apoio efectivo aos pais e familiares. Nesta situação, ausentei-me um pouco na fase após a ocorrência, muito embora os cuidados estivessem a ser prestados por outros membros da equipa, mas, tendo em conta o que reflecti e pesquisei para a elaboração deste trabalho, a minha intervenção poderá contribuir futuramente de forma modesta para que os pais e familiares comecem o longo e árduo caminho que é a aceitação da morte de uma criança.

Podemos reportar-nos ao que Stewart e Dent (1994) nos dizem, quando referem que o profissional de saúde pode ajudar em muitas situações, apenas estando presente. O conforto físico de ter alguém presente, que escuta, mesmo que nada diga, é vital para apoiar as famílias que estão em luto por um bebé. Ser um profissional de saúde que se preocupa por aquela família é, por vezes, a única coisa que temos para oferecer.

Como consideração final, parece-me importante salientar que, para que possamos continuar a cuidar das famílias que perdem os seus bebés antes, durante ou logo após o parto (e em última instância, de quaisquer utentes que passam por um processo de luto), temos, antes de mais, de saber onde podemos e quando devemos recorrer para que nós próprios consigamos continuar a desempenhar funções com segurança, eficácia e determinação. Stewart e Dent (1994) referem que muitos profissionais de saúde contam com família e amigos para este apoio. Ele é efectivo, porém, pode ser limitado, e devemos também ter em conta que, com essa atitude, podemos estar a infligir-lhes algum dano. O suporte de pares, em reuniões de equipa, por exemplo, tem a vantagem de estarmos entre pessoas que, pelo menos

teoricamente, compreendem os problemas e os vêem sob pontos de vista semelhantes. Estas autoras indicam também que os elementos responsáveis pelo acompanhamento religioso da instituição podem ser uma excelente ajuda para os profissionais de saúde. As referidas autores dão ainda algumas ideias importantes sobre cuidarmos de nós antes de cuidarmos dos outros: refeições equilibradas fora do local de prestação de cuidados, onde assuntos relacionados com o trabalho não devem ser discutidos; fazer algum tipo de exercício físico regularmente, de preferência ao ar livre; adquirir e praticar um *hobby*, que seja relaxante; ter em atenção os seus próprios sinais de stress e levá-los a sério; recordar que nós tomamos as nossas próprias escolhas, incluindo as laborais e, por último, conhecer e reconhecer as suas próprias limitações e não ser demasiado exigente consigo próprio.

## 2. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CANAVARRO, Maria Cristina (2006) – **Psicologia da gravidez e da maternidade**. 2ª ed. Coimbra: Quarteto. ISBN 978-989-558-081-1

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA (2011) – **Guia Orientador do Estágio com Relatório**. Acessível na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Lisboa, Portugal.

LOWDERMILK, Deitra Leonard; PERRY, Shannon E. (2008) – **Enfermagem na Maternidade**. 7ª ed. Loures: Lusodidacta. ISBN: 978-989-8075-16-1

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010) - **Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e Ginecológica**. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasSaudeMaternaObstGinecologica\\_aprovadoAG20Nov2010.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasSaudeMaternaObstGinecologica_aprovadoAG20Nov2010.pdf)

STEWART, Alison; DENT, Ann (1994) - **At a loss: bereavement care when a baby dies**. Londres: Baillière Tindall. ISBN: 0-7020-1682-9

Foto da capa da autoria da estudante.

**ANEXOS**

**ANEXO I -  
CICLO REFLEXIVO DE GIBBS**

## CICLO REFLEXIVO DE GIBBS



FONTE: Adaptado de REID, B (1994), *The Mentor's Experience – A personal perspective*. In: PALMER, A – *Reflective practice in Nursing: the growth of the professional practitioner*. Oxford: Blackwell Scientific Publications. Pág. 39

*DIÁRIO DE APRENDIZAGEM III*

*HOSPITAL DR. JOSÉ DE ALMEIDA - BLOCO DE PARTOS*

Discente: Helena Osório

Enfermeira Especialista Orientadora: Eugénia Clara dos Santos

Docente Orientador: Professor Mário Cardoso

LISBOA

2011

Não devemos permitir que alguém saia de nossa presença  
sem sentir-se melhor e mais feliz

Madre Teresa de Calcutá

## ÍNDICE

<b>0. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>4</b>
<b>1. ANÁLISE DA SITUAÇÃO UTILIZANDO O CICLO REFLEXIVO DE GIBBS .....</b>	<b>5</b>
1.2. Sentimentos .....	6
1.3. Avaliação.....	6
1.4. Análise .....	7
1.5. Conclusão .....	8
1.6. Planear a acção .....	8
<b>2. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>9</b>

### APÊNDICE I – CICLO REFLEXIVO DE GIBBS

## 0. INTRODUÇÃO

No contexto da Unidade Curricular Estágio com Relatório, no 2º ano do 1º Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia - 5º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia - da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, foi proposta a elaboração de três diários de aprendizagem, baseados no Ciclo Reflexivo de Gibbs. Este é o terceiro e último diário, baseado numa situação experienciada pela estudante durante os turnos de observação participada na Unidade de Neonatologia. Os referidos turnos tiveram início no dia 15 de Março de 2011, na Unidade de Neonatologia do Hospital Dr. José de Almeida, em Cascais, e decorreram até 21 de Março de 2011. O docente orientador é o Professor Mário Cardoso e a orientadora do local – Neonatologia - foi a Enfermeira Luísa Rodrigues.

A elaboração deste diário, em consonância com os anteriores, tem como objectivos:

- ☞ Reflectir sobre uma temática pertinente na área da Neonatologia
- ☞ Aprofundar conhecimentos sobre a temática escolhida
- ☞ Adquirir competências específicas sobre a temática escolhida
- ☞ Fornecer um dos elementos necessários para a avaliação formal da estudante

## 1. ANÁLISE DA SITUAÇÃO UTILIZANDO O CICLO REFLEXIVO DE GIBBS

A minha experiência em Neonatologia resume-se a um dia de observação na Unidade do Hospital de Santa Maria, efectuada no turno da manhã, aquando da frequência do bacharelato em Enfermagem, em 1996. Lembro uma Unidade com bastante vagas, *state of the art* já na época, e uma imagem que retive foi que cada bebé estava acompanhado de um dos seus progenitores. Posteriormente, a passagem pelo Serviço de Pediatria, sensivelmente na mesma época, veio criar em mim a imagem de que a maior parte dos bebés e crianças internadas nas nossas instituições hospitalares, quando as famílias pertencem à classificação das chamadas famílias “funcionais”, estão sempre acompanhadas pelo pai ou pela mãe.

No início do turno da noite, das sete crianças internadas na Unidade de Neonatologia da instituição onde decorre o Estágio, apenas uma tinha a sua mãe presente. Pouco depois esta subiu para o serviço onde se encontrava internada, cerca de 48 horas após o parto, para repousar. Por várias vezes, durante o turno, os bebés choravam e de cada vez que me aproximava de uma incubadora, e o recém-nascido se tranquilizava com o meu toque, um pensamento assolava-me: “estes seres humanos são do mais frágil que existe, o lugar deles é junto da mãe, dos pais, que os amam, e não aqui, numa caixa de plástico, sozinhos uma boa porção do dia, tapados com panos, quase sem serem estimulados...”.

Decidi realizar então um Diário de Aprendizagem sobre esta situação, pois ela envolve várias perspectivas: as razões para a ausência dos pais, quiçá relacionadas com a dificuldade na aceitação do nascimento de um filho prematuro /com patologia; as repercussões no relacionamento destes bebés com os seus pais, com a sua família ou, num futuro ainda longínquo, com os seus pares.

Como futura enfermeira especialista em saúde materna e obstetrícia, sinto necessidade de melhor compreender estes fenómenos, acreditando que deste modo poderei proporcionar às mulheres, recém-nascidos e suas famílias, cuidados de maior qualidade.

## 1.2. Sentimentos

Um bebé é sempre uma visão que entenece a esmagadora maioria das pessoas. Um bebé em risco de vida é um acréscimo na fragilidade, um acréscimo no instinto de protecção que desperta na maioria dos seres humanos que com ele contactam. Um recém-nascido, prematuro ou não, internado numa Unidade de Cuidados Intensivos, como o é a Neonatologia, que chora desacompanhado da sua família é algo que mexe intensamente com, atrever-me-ia a dizer, com qualquer pessoa. Canavarro (2006, p. 242), citando Frodi e Lamb, expressa bem isto quando diz que “o choro do bebé prematuro provocava, no cuidador, uma reacção fisiológica característica dum estado de alerta emocional negativo”. Abrir a incubadora, falar com ele, tocar-lhe e observar que pára de chorar provoca em nós sensações que são difíceis de colocar em palavras.

Verificar que os pais não estão tão presentes como eu julgaria, no momento, deixou-me um pouco desapontada, mas ao mesmo tempo intrigada sobre quais as motivações para esta situação. Conjecturei que, conhecer as causas me permitirá perceber melhor os pais e, talvez, ajudá-los a ultrapassar um dos momentos mais difíceis das suas vidas.

## 1.3. Avaliação

Todas as experiências têm um lado positivo. Quanto mais não seja, o facto de nos fazer pensar, de nos fazer reflectir sobre o ocorrido. Nesta situação, o que inicialmente pensei ter a ver com um pouco de desinteresse por parte dos pais, revelou-se uma experiência que me trouxe a oportunidade de me aperceber da dificuldade que os pais têm em lidar com a ocorrência de um parto pré-termo, a situação patológica do seu bebé ou uma malformação, anteriormente diagnosticada ou não. Compreender esta realidade, creio, permitir-me-á adequar melhor os cuidados prestados aos pais.

Fowlie e McHaffie (2004) referem como factor adicional de stress o facto de o internamento nunca ter feito parte dos cenários possíveis, para os pais, durante a gravidez. Durante as consultas pré-natais costumo referir, relacionado com outras questões, o parto pré-termo. Nesta perspectiva, parece-me positivo mencionar esta hipótese, de uma forma ligeira, durante o acompanhamento pré-natal. Desta forma, poderei contribuir, ainda que de forma modesta, para amenizar o impacto da necessidade do internamento em Neonatologia, nas famílias de quem cuido. Ainda os mesmos autores referem uma visita a uma Unidade de Neonatologia como devendo fazer parte dos cursos de preparação para a parentalidade.

Canavarro (2006) enumera algumas questões relacionadas com o parto pré-termo que influem certamente no relacionamento bebé-pais: recém-nascido fisicamente muito diferente do idealizado, comunicação mais difícil de interpretar, menos interactivo, choro mais agressivo, menos contacto com os pais devido ao internamento e à tecnologia utilizada, prognóstico reservado, probabilidade de morbilidade mais elevada. Esta autora refere que, perante tal panorama, é perfeitamente compreensível que os pais apresentem também diferenças na iniciativa e na própria interacção com o bebé. Vai mais longe ainda quando afirma que, especialmente quando a sobrevivência do bebé está longe de estar assegurada, as mães tendem a mostrar-se apáticas e desinteressadas. Conhecer esta realidade permite trabalhar com as famílias, apoiá-las nas suas decisões, compreende-las melhor e, assim, prestar cuidados mais direccionados para as necessidades por elas sentidas.

#### **1.4. Análise**

Neste ponto do Ciclo Reflexivo, é-nos solicitado que analisemos: “Que sentido pode encontrar na experiência?”. Depois da pesquisa bibliográfica para a elaboração deste trabalho académico, compreendo melhor as razões que levam os pais a estarem menos presentes que o possível numa Unidade de Neonatologia, junto do seu filho. Podem estar, de certa forma, a proteger-se da dor de ver o recém-nascido a ser submetido a técnicas invasivas. Podem estar, ainda que inconscientemente, a limitar a vinculação, para, caso o pior aconteça, não sofrerem tanto. São as suas razões. Não

nos compete avaliá-las, tão somente analisá-las, de forma a melhor poder apoiar a família num momento difícil como o descrito.

### **1.5. Conclusão**

A equipa de enfermagem da Unidade tem planeadas algumas acções para minimizar os impactos negativos de uma hospitalização, nomeadamente a elaboração de um Guia de Acolhimento aos pais. Todas as informações são dadas de uma forma acolhedora, interessada, gentil, mas, como a própria equipa refere aos pais, é um momento de stress onde a capacidade de retenção da informação dada é diminuta.

Fowlie e McHaffie (2004) indicam ainda algumas medidas que podem ser postas em prática, para minimizar o referido impacto negativo: providenciar áreas de brincadeira junto à Unidade, para os irmãos mais velhos; salas acolhedoras específicas para o convívio dos pais; constituição de grupos de pares, impulsionados pelos profissionais de saúde e ainda informação aos pais de grupos de apoio mais formais, existentes em Portugal, como a XXS - Associação Portuguesa de Apoio ao Bebé Prematuro ou o fórum Nascer Prematuro, disponível em <http://www.nascerprematuro.org>.

### **1.6. Planear a acção**

Tal como já referi anteriormente, a minha intervenção, enquanto futura enfermeira especialista em saúde materna e obstetrícia, centra-se na prevenção, primeiramente, do parto pré-termo. Numa segunda perspectiva, passa pela introdução da temática às famílias cuja gravidez é vigiada na instituição onde exerço funções. Numa terceira e última perspectiva, o apoio aos pais cujo bebé necessita de um internamento em Neonatologia, para que estes possam melhor lidar com os seus sentimentos e acompanhar o seu bebé com a possível tranquilidade.

## 2. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CANAVARRO, Maria Cristina (2006) – **Psicologia da gravidez e da maternidade**. 2ª ed. Coimbra: Quarteto. ISBN 978-989-558-081-1

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA (2011) – **Guia Orientador do Estágio com Relatório**. Acessível na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Lisboa, Portugal.

FOWLIE, Peter; MCHAFFIE, Hazel (2004) - Supporting parents in the neonatal unit. **British Medical Journal**. Vol. 329 4. Dez. págs. 1336 -1338. Disponível em <http://www.bmj.com/content/329/7478/1336.extract>

LOWDERMILK, Deitra Leonard; PERRY, Shannon E. (2008) – **Enfermagem na Maternidade**. 7ª ed. Loures: Lusodidacta. ISBN: 978-989-8075-16-1

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010) - **Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e Ginecológica**. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasSaudeMaternaObstGinecologica\\_aprovadoAG20Nov2010.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasSaudeMaternaObstGinecologica_aprovadoAG20Nov2010.pdf)

Foto da capa da autoria da estudante.

**ANEXOS**

**ANEXO I –  
CICLO REFLEXIVO DE GIBBS**

## CICLO REFLEXIVO DE GIBBS



FONTE: Adaptado de REID, B (1994). The Mentor's Experience – A personal perspective. In: PALMER, A – Reflective practice in Nursing: the growth of the professional practitioner. Oxford: Blackwell Scientific Publications. Pág 39

**APENDICE V**  
**PLANO DE SESSÃO**

**PLANO DE SESSÃO**

**TEMA:** “Parto e adolescentes... Que intervenções de enfermagem para proporcionar uma experiência positiva?”

**Data:** 28 de Junho de 2011 - 15h **Local:** Sala de Reuniões do Bloco de Partos do Hospital Dr. José de Almeida

**Duração:** 30 minutos **Formadores:** Helena Osório

**Destinatários:** Equipa de Enfermagem do Bloco de Partos do Hospital Dr. José de Almeida

**Objectivo Geral:** Proporcionar a todos os intervenientes momentos de reflexão sobre os cuidados prestados às adolescentes e suas necessidades específicas

**Materiais e Equipamentos utilizados:** Computador e Projector Multimédia

**Avaliação:** Através do método expositivo: esclarecimento de dúvidas; e através do método activo: promover debate de ideias

Momento	Conteúdos	Tempo	Método	Recursos Pedagógicos
Introdução	Apresentação dos intervenientes Exposição do tema Enunciado dos objectivos	2 Minutos	Expositivo	Computador e Projector
Desenvolvimento	Palavras-chave Definição de Conceitos Parto e Experiência de Parto Adolescência Maternidade Maternidade...na Adolescência Maternidade...na Adolescência e Enfermagem Maternidade... na Adolescência em Portugal Revisão Sistemática da literatura Utentes Estágio com relatório	18 Minutos	Expositivo / Activo	Computador e Projector
Conclusão	Referências bibliográficas Esclarecimento de dúvidas /Avaliação Debate de Ideias	10 Minutos	Expositivo / Activo	Computador e Projector

**APENDICE VI**  
**MULTIMEDIA UTILIZADA NA SESSÃO**

**ESEL**  
Escola Superior de Enfermagem  
de Lisboa

1º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM  
DE SAÚDE MATERNA E OBSTETRICIA

**PARTO E ADOLESCENTES...  
QUE INTERVENÇÕES  
DE ENFERMAGEM PARA  
PROPORCIONAR  
UMA EXPERIÊNCIA POSITIVA?**

— ESTÁGIO COM RELATÓRIO —  
HOSPITAL DR. JOSÉ DE ALMEIDA - BLOCO DE PARTOS

Helena Osório

2011

## OBJECTIVO

Proporcionar à equipa de enfermagem momentos de reflexão sobre os cuidados prestados às adolescentes e suas necessidades específicas

Helena Osório - ESEL - 28 Junho 2011

## SUMÁRIO

PALAVRAS-CHAVE  
DEFINIÇÃO DE CONCEITOS  
PARTO E EXPERIÊNCIA DE PARTO  
ADOLESCÊNCIA  
MATERNIDADE  
MATERNIDADE...NA ADOLESCÊNCIA  
MATERNIDADE...NA ADOLESCÊNCIA E ENFERMAGEM  
MATERNIDADE... NA ADOLESCÊNCIA EM PORTUGAL  
REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA  
UTENTES ESTÁGIO COM RELATÓRIO  
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Helena Osório - ESEL - 28 Junho 2011

## PALAVRAS-CHAVE

Intervenções de enfermagem  
Parturiente  
Adolescente  
Experiência de parto

Helena Osório - ESEL - 28 Junho 2011

## DEFINIÇÃO DE CONCEITOS

- Adolescência

Período da vida de um indivíduo, que vai dos 10 aos 19 anos

Organização Mundial de Saúde (OMS, 2008)

Helena Osório - ESEL - 28 Junho 2011

## PARTO E EXPERIÊNCIA DE PARTO

- Uma experiência de parto satisfatória contribui para a sensação de realização e aumento da auto-estima da mulher e leva a que as expectativas para partos futuros sejam também positivas

(GOODMAN, MACKEY e TAVAKOLI, 2004, citando Laurance, p.832)

Helena Osório - ESEL - 28 Junho 2011

## PARTO E EXPERIÊNCIA DE PARTO

- As mulheres que sofreram partos insatisfatórios lembram-se do nascimento dos seus filhos com dor, raiva, medo, ou tristeza, ou não se lembram de nada (amnésia traumática)
- Os nascimentos traumáticos podem afectar a capacidade das mulheres para amamentar, o vínculo com os seus filhos e aumentar a probabilidade de ocorrer negligência e maus tratos infantis

(GOODMAN, MACKEY e TAVAKOLI, 2004, citando Laurence)

Helena Oliveira - ESEL - 28 Junho 2011

7

## PARTO E EXPERIÊNCIA DE PARTO

Factores que proporcionam relataram níveis mais altos de satisfação em relação ao parto:

- Baixa percepção de dor
- Níveis altos de controlo pessoal
- Mulheres cujas expectativas para o parto foram cumpridas (tipo)
- Mulheres com preparação para o parto

(GOODMAN, MACKEY e TAVAKOLI, 2004)

Helena Oliveira - ESEL - 28 Junho 2011

8

## PARTO E EXPERIÊNCIA DE PARTO

- Fenómeno complexo, constituído de múltiplas dimensões ou componentes de satisfação
- Dada a sua importância, é necessário investir em mais investigação, que examine os seus componentes e aborde as contradições que ocorrem nos factores associados

(GOODMAN, MACKEY e TAVAKOLI, 2004)

Helena Oliveira - ESEL - 28 Junho 2011

9

## PARTO E EXPERIÊNCIA DE PARTO

- Características dos profissionais

“que respeitam a mulher, que a apoiam, protegem, encorajam, que estão disponíveis e são pacientes, simpáticos, calmos, profissionais que a confortam”

(LOWDERMILK E PERRY, 2008)

Helena Oliveira - ESEL - 28 Junho 2011

10

## ADOLESCÊNCIA

### Tarefa Desenvolvimento Identidade vs Confusão de Papéis (Erikson)

Identidade: conjunto de características que define cada um de nós, através das quais os outros nos reconhecem e nós nos conhecemos a nós próprios

Confusão de Papéis: comportamento pessoal baseado na resistência (ou aceitação total) de um comportamento social esperado, em oposição à escolha individual

(OPPERMAN e CASSANDRA, 1998)

Helena Oliveira - ESEL - 28 Junho 2011

11

## ADOLESCÊNCIA

- De cada vez que um adolescente explora amizades e comportamentos, ele está a explorar as suas preferências
- Quando o adolescente não tem estas oportunidades, a confusão de papéis acontece
- Isto pode ocorrer por diversos motivos: elas próprias não desejarem explorar as suas opções, não lhes ser permitido fazê-lo ou uma situação de vida como a gravidez na adolescência

(OPPERMAN e CASSANDRA, 1998)

Helena Oliveira - ESEL - 28 Junho 2011

12

## ADOLESCÊNCIA

- A procura do adolescente por manter o controlo pode ser ameaçada pela dor, pelo que este procura reagir através do auto-controlo. Outras reacções podem incluir isolamento ou por diminuição ou aumento das queixas verbais ou ainda da mobilidade

(OPPERMAN e CASSANDRA, 1998)

Helena Oliveira - ESEL - 28 Junho 2011

13

## ADOLESCÊNCIA

- Nivel das operações formais: desenvolve a capacidade de pensar de forma abstracta, o que lhes permite deixar de pensar no real e actual mas também no possível (Piaget)

(WHALEY e WONG, 1999)

- Perspectiva mais abrangente, para eles, para outras pessoas e para o mundo. Isto pode ser observado quando faz planos a longo prazo, quando faz escolhas a nível profissional ou para a sua família

(OPPERMAN e CASSANDRA, 1998)

- Capacidade de raciocínio permite-lhes lidar mentalmente com muitas variáveis ao mesmo tempo

(WHALEY e WONG, 1999)

Helena Oliveira - ESEL - 28 Junho 2011

14

## ADOLESCÊNCIA

### Raciocínio dedutivo:

Conseguem, a partir de conhecimentos gerais, aplicá-los a uma situação específica

Um exemplo poderá ser saber que tendo relações sexuais não protegidas pode-se contrair uma IST e compreender que, nesse situação, ele próprio a pode contrair

No entanto, a "fábula pessoal" co-existe: a ilusão de que os conhecimentos, os riscos, se aplicam a todas as outras pessoas menos ao próprio, por um género de protecção pessoal como ser único, o que o faz muitas vezes correr riscos

(OPPERMAN e CASSANDRA, 1998)

Helena Oliveira - ESEL - 28 Junho 2011

15

## ADOLESCÊNCIA

### Nivel convencional do raciocínio moral (Kohlberg)

- Conseguem avaliar o que é "justo" e pode ter reacções fortes quando considera que esse sentido de justiça está a ser quebrado. Durante a adolescência tardia, deverá atingir o raciocínio moral pós-convencional, o que lhe permite ter em conta diversos pontos de vista - consegue estabelecer prioridade para determinados aspectos em detrimento de outros

(OPPERMAN e CASSANDRA, 1998)

- Forte questionamento dos valores estabelecidos, normalmente porque adquirem a percepção de que, muitas vezes, os outros verbalizam obedecer a esses valores, mas que, efectivamente, não o fazem

(WHALEY e WONG, 1999)

Helena Oliveira - ESEL - 28 Junho 2011

16

## MATERNIDADE...na Adolescência

Factores que influenciam a incidência

- condições sociais da família
- condições económicas
- problemas de auto-estima
- ambiente familiar disfuncional

(OPPERMAN e CASSANDRA, 1998)

Helena Oliveira - ESEL - 28 Junho 2011

17

## MATERNIDADE...na Adolescência

- Causas relacionadas com o desejo universal de ter um filho na adolescência, relacionado com o teste à sua feminilidade (através da confirmação da sua capacidade reprodutiva) ou pelo próprio desejo de ter um filho
- É um ritual de passagem, uma mudança no status: de menina para mulher

(DADOORIAN, 2003)

Helena Oliveira - ESEL - 28 Junho 2011

18

## MATERNIDADE...na Adolescência

- Fornecer o conhecimento sobre as questões referentes à fisiologia sexual e às práticas contraceptivas é uma política insuficiente e pouco eficaz para diminuir os números
- O foco tradicional trata a questão da gravidez na adolescência partindo da ideia de que esta é indesejada, ou seja, através da perspectiva dos profissionais de saúde
- Não valoriza a motivação da adolescente sobre a sua gravidez, o que explica o fracasso dos vários projectos, visto que os desejos dessas adolescentes quanto à sua gravidez não são contemplados

(DADOORIAN, 2003)

Helena Oliveira - ESEI - 28 Junho 2011

20

## MATERNIDADE...na Adolescência

- Mais importante do que a idade da gestante em termos absolutos é a sua relação com a menarca
- A gestação antes dos 18 anos tem como complicações obstétricas quatro situações:
  - aumento da incidência do parto pré-termo e da ameaça de parto pré-termo
  - da incidência de infecção genito-urinária (e refere que estes dois factores apenas estão aumentados devido ao estilo de vida dos adolescentes, nomeadamente vida sexual desadequada, cuidados de higiene deficientes e stress aumentado)
  - da restrição do crescimento intra-uterino
  - da hipertensão induzida pela gravidez (devido a deficiente adaptação útero-placentária)

(GRAÇA, 2005)

Helena Oliveira - ESEI - 28 Junho 2011

20

## ...na Adolescência e Enfermagem

Código Deontológico Enfermeiro, Art. 81º, e):

Durante o exercício profissional, este deve “abster-se de juízos de valor sobre o comportamento da pessoa assistida e não lhe impor os seus próprios critérios e valores no âmbito da consciência e da filosofia de vida”

Helena Oliveira - ESEI - 28 Junho 2011

21

## ...na Adolescência e Enfermagem

- O papel dos enfermeiros é a redução de riscos e consequências, disponibilizando e incentivando a cuidados pré-natais adequados e referenciar a família para serviços sociais que possam minimizar os efeitos de um ambiente sócio-familiar e económico desfavorável

(LOWDERMILK E PERRY, 2008)

Helena Oliveira - ESEI - 28 Junho 2011

22

## ...na Adolescência e Enfermagem

- Informar com veracidade, sobre as normas da Unidade, os procedimentos e as expectativas em relação às intervenções
- Fornecer material escrito, com vista à melhor assimilação da informação
- Explicações fornecidas com linguagem e de forma apropriada ao nível cognitivo do indivíduo
- A comunicação deve espelhar uma atitude genuína de interesse, sem condescendência
- Potenciada pelo desenvolvimento sexual e alterações ligadas ao crescimento, a necessidade de privacidade é enorme - bater à porta antes de entrar no quarto é uma forma de demonstrar reconhecimento por essa necessidade

(OPPERMAN e CASSANDRA, 1998)

Helena Oliveira - ESEI - 28 Junho 2011

23

## ...na Adolescência e Enfermagem

- Entrevistá-los sem a presença dos pais proporciona privacidade e confidencialidade
- Explicar porque se colocam as questões, para que possa entender quais os motivos
- Demonstrar preocupação com a sua perspectiva sobre a situação, perguntando-lhe qual a sua preocupação
- Evitar opiniões, juízos de valor e sermões permite manter a objectividade
- Optar por perguntas abertas permite obter respostas mais ricas
- Quando inicia a entrevista, começar por explorar assuntos menos sensíveis e ir progredindo para os mais sensíveis
- Utilizar linguagem apropriada para ambos os interlocutores
- No final, reveja se o que reteve corresponde à realidade

Helena Oliveira - ESEI - 28 Junho 2011

(WHALEY E WONG, 1999)

### ...na Adolescência e Enfermagem

- Um exemplo: uma enfermeira que é mãe, quando em frente a uma criança, tem atitudes diferentes, consoante está em sua casa, no domicílio da criança ou em meio hospitalar. Para além de diferentes podem ser mesmo opostos, dado que as significações simbólicas não são as mesmas. Se esta enfermeira as compreender melhor, seria talvez possível utilizá-las melhor, sendo até possível torná-las complementares e não antagonistas

(COLLIÈRE, 1999)

### ...na Adolescência e Enfermagem

- “a concepção dos cuidados de enfermagem não pode deixar de ser transformada por esta descoberta ou redescoberta permanente dos diferentes aspectos fundamentais da vida, situando-os perante o vivido sociocultural e socioeconómico das pessoas e dos grupos em dados meios”
- Só desta forma será possível quebrar crenças e sistemas de valores rígidos, já muitas vezes desactualizados. Só assim os profissionais de saúde irão conseguir clarificar as crenças, os hábitos e os sistemas de valores que guiam o seu comportamento e as suas acções profissionais

(COLLIÈRE, 1999)

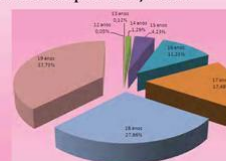
### ... na Adolescência em Portugal

- Os EUA lideram, seguidos pelo Reino Unido, Nova Zelândia, República Eslovaca, Hungria e a Islândia
- Portugal está em 7º lugar na lista da UNICEF de países pertencentes à OCDE
- Surge então Portugal, com 21,2 nascimentos em cada 1000, num total de 28 países (dados de 1998)

(UNICEF, 2001, p. 7)

### ... na Adolescência em Portugal

- Em 2009 ocorreram, 4347 partos em mães com 19 anos ou menos (num total de 99 491)
- 2 partos em adolescentes de 12 anos 5 partos aos 13 anos, 56 aos 14 anos e 184 aos 15 anos, 489 aos 16 anos e os restantes após os 17 anos



(INE)

### ... na Adolescência em Portugal

- De 16 de Janeiro de 2011 até 13 de Junho de 2011 realizaram-se 1055 partos no HPP Cascais, sendo que, destes, 42 ocorreram em mulheres com 19 ou menos anos

### REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

Características positivas e profissionais do EESMO/ mostrar calma e confiança aquando da prestação de cuidados/ equipa com: simpatia, disponibilidade, confiança, comunicação

Atitude do pai do RN/ presença de um acompanhante

/ aceitação da gravidez por pelo do pai do bebé

Um período de trabalho de parto mais curto

Ter uma experiência de parto mais positiva

/acontecimento mais positivo do que era esperado

Elogiar a grávida pelos seus comportamentos positivos

Medicação para as dores / Administração da analgesia epidural

Aceitação das ideias da grávida sem emissão de julgamentos

Sentir-se cuidada e tratada como sendo única / equipa cuida dela de forma individual

/ apoio emocional

Explicados os procedimentos e a sua necessidade

Família como suporte



## **ANEXO I**

### **AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO COM RELATÓRIO**



**1º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE  
MATERNA E OBSTETRÍCIA  
(5º CPLEESMO)**

FOLHA DE AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO COM RELATÓRIO

LOCAL DO ESTÁGIO BLOCO PARTOS HPP CASCAIS

DATAS: INÍCIO 17 JAN 2011 FIM 01 JUL 2011

ESTUDANTE HELENA OSÓRIO

ENFERMEIRO ORIENTADOR ENF<sup>a</sup> ESMO EUGÉNIA CLARA DOS SANTOS

DOCENTE ORIENTADOR ENF<sup>o</sup> ESMO MÁRIO CARDOSO

ASSINATURAS

	Avaliação Formativa	Avaliação Formativa	Avaliação Formativa	Avaliação Final
	Data 12/4/2011	Data 14/05/2011	Data	Data 28/06/11
Estudante	H. Osório	H. Osório	/	H. Osório
Enfermeiro Orientador	Eugénia Clara dos Santos	Eugénia Clara dos Santos	/	Eugénia Clara dos Santos
Docente Orientador	Mário Cardoso	Mário Cardoso	/	Mário Cardoso

CLASSIFICAÇÃO FINAL EXCELENTE

Estudante: HELENA OSÓRIO

Estágio com Relatório	Docente				
	Insuf.	Suficiente	Bom	Muito Bom	Exce-lente
<b>Nível Atingido</b>					
<b>Indicadores para Avaliação</b>					
Revela capacidade de integração / socialização ao contexto do Ensino Clínico					X
Elabora projecto pertinente e adequado				X	
Demonstra autonomia, criatividade e eficiência no desenvolvimento das actividades					X
Promove a qualidade dos cuidados aos três níveis de prevenção, perspectivando a continuidade de cuidados <ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliação inicial</li> <li>• Identificação de necessidades / problemas / diagnósticos de enfermagem</li> <li>• Planeamento das intervenções</li> <li>• Avaliação/eventual reformulação</li> <li>• Promoção continuidade cuidados</li> </ul>				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"> <li>• Promove a saúde, diagnostica precocemente, previne complicações e providencia cuidados à mulher, facilita a sua adaptação em situações de abortamento e/ou morte fetal</li> </ul>				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"> <li>• Promove a saúde da mulher durante o trabalho de parto e otimiza a adaptação do RN à vida extra-uterina,</li> <li>• Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e RN;</li> <li>• Providencia cuidados à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez e/ou trabalho de parto</li> </ul>				X	
Presta cuidados especializados à mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal <ul style="list-style-type: none"> <li>• Promove a saúde da mulher e RN no período pós-natal</li> <li>• Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e RN durante o período pós-natal;</li> <li>• Providencia cuidados nas situações que possam afectar negativamente a saúde da mulher e RN no período pós-natal;</li> </ul>				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"> <li>• Assiduidade e pontualidade</li> <li>• Assertividade</li> <li>• Assunção do seu processo formativo</li> <li>• Utilização de técnicas de comunicação adequadas com indivíduos / famílias / equipa de saúde</li> <li>• Capacidade de negociação com a equipa multi-profissional</li> <li>• Capacidade de autoavaliação e reacção à crítica</li> <li>• Actuação de acordo com os princípios éticos, valores e referenciais orientadores da profissão</li> </ul>					X

O DOCENTE: ENF<sup>o</sup> ESMO MÁRIO CARDOSO

Data: 28, 06, 2011

*Mário Cardoso*

DATA: 12, 04, 2011

Indicadores para Avaliação	Estudante					Orientador				
	Insuf.	Suficiente	Bom	Muito Bom	Exce lente	Insuf.	Suficiente	Bom	Muito Bom	Exce lente
Revela capacidade de integração / socialização ao contexto do Ensino Clínico				X					✓	
Elabora projecto pertinente e adequado			X					✓		
Demonstra autonomia, criatividade e eficiência no desenvolvimento das actividades				X					✓	
Promove a qualidade dos cuidados aos três níveis de prevenção, perspectivando a continuidade de cuidados <ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliação inicial</li> <li>• Identificação de necessidades / problemas / diagnósticos de enfermagem</li> <li>• Planeamento das intervenções</li> <li>• Avaliação/eventual reformulação</li> <li>• Promoção continuidade cuidados</li> </ul>				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"> <li>• Promove a saúde, diagnostica precocemente, previne complicações e providencia cuidados à mulher, facilita a sua adaptação em situações de abortamento e/ou morte fetal</li> </ul>			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"> <li>• Promove a saúde da mulher durante o trabalho de parto e otimiza a adaptação do RN à vida extra-uterina,</li> <li>• Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e RN;</li> <li>• Providencia cuidados à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez e/ou trabalho de parto</li> </ul>			X					✓	✓	
Presta cuidados especializados à mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal <ul style="list-style-type: none"> <li>• Promove a saúde da mulher e RN no período pós-natal</li> <li>• Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e RN durante o período pós-natal;</li> <li>• Providencia cuidados nas situações que possam afectar negativamente a saúde da mulher e RN no período pós-natal;</li> </ul>			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"> <li>• Assiduidade e pontualidade</li> <li>• Assertividade</li> <li>• Assunção do seu processo formativo</li> <li>• Utilização de técnicas de comunicação adequadas com indivíduos / famílias / equipa de saúde</li> <li>• Capacidade de negociação com a equipa multiprofissional</li> <li>• Capacidade de autoavaliação e reacção à crítica</li> <li>• Actuação de acordo com os princípios éticos, valores e referenciais orientadores da profissão</li> </ul>				X				✓	✓	✓

Classificações Finais: *16*

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)

*hes*

DATA: 14, 05, 2011

Nível Atingido	Estudante					Orientador				
	Insuf.	Suficiente	Bom	Muito Bom	Exce-lente	Insuf.	Suficiente	Bom	Muito Bom	Exce-lente
<b>Indicadores para Avaliação</b>										
Revela capacidade de integração / socialização ao contexto do Ensino Clínico				X						✓
Elabora projecto pertinente e adequado			X					✓		
Demonstra autonomia, criatividade e eficiência no desenvolvimento das actividades				X					✓	
Promove a qualidade dos cuidados aos três níveis de prevenção, perspectivando a continuidade de cuidados <ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliação inicial</li> <li>• Identificação de necessidades / problemas / diagnósticos de enfermagem</li> <li>• Planeamento das intervenções</li> <li>• Avaliação/eventual reformulação</li> <li>• Promoção continuidade cuidados</li> </ul>				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"> <li>• Promove a saúde, diagnostica precocemente, previne complicações e providencia cuidados à mulher, facilita a sua adaptação em situações de abortamento e/ou morte fetal</li> </ul>				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"> <li>• Promove a saúde da mulher durante o trabalho de parto e optimiza a adaptação do RN à vida extra-uterina,</li> <li>• Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e RN;</li> <li>• Providencia cuidados à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez e/ou trabalho de parto</li> </ul>				X			✓	✓	✓	
Presta cuidados especializados à mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal <ul style="list-style-type: none"> <li>• Promove a saúde da mulher e RN no período pós-natal</li> <li>• Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e RN durante o período pós-natal;</li> <li>• Providencia cuidados nas situações que possam afectar negativamente a saúde da mulher e RN no período pós-natal;</li> </ul>			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"> <li>• Assiduidade e pontualidade</li> <li>• Assertividade</li> <li>• Assunção do seu processo formativo</li> <li>• Utilização de técnicas de comunicação adequadas com indivíduos / famílias / equipa de saúde</li> <li>• Capacidade de negociação com a equipa multiprofissional</li> <li>• Capacidade de autoavaliação e reacção à crítica</li> <li>• Actuação de acordo com os princípios éticos, valores e referenciais orientadores da profissão</li> </ul>				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)

DATA: 28/06/2011

Nível Atingido	Estudante					Orientador				
	Insuf.	Suficiente	Bom	Muito Bom	Exce-lente	Insuf.	Suficiente	Bom	Muito Bom	Exce-lente
<b>Indicadores para Avaliação</b>										
Revela capacidade de integração / socialização ao contexto do Ensino Clínico					X					✓
Elabora projecto pertinente e adequado			X						✓	
Demonstra autonomia, criatividade e eficiência no desenvolvimento das actividades				X						✓
Promove a qualidade dos cuidados aos três níveis de prevenção, perspectivando a continuidade de cuidados <ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliação inicial</li> <li>• Identificação de necessidades / problemas / diagnósticos de enfermagem</li> <li>• Planeamento das intervenções</li> <li>• Avaliação/eventual reformulação</li> <li>• Promoção continuidade cuidados</li> </ul>				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"> <li>• Promove a saúde, diagnostica precocemente, previne complicações e providencia cuidados à mulher, facilita a sua adaptação em situações de abortamento e/ou morte fetal</li> </ul>				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"> <li>• Promove a saúde da mulher durante o trabalho de parto e optimiza a adaptação do RN à vida extra-uterina,</li> <li>• Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e RN;</li> <li>• Providencia cuidados à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez e/ou trabalho de parto</li> </ul>					X					✓
Presta cuidados especializados à mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal <ul style="list-style-type: none"> <li>• Promove a saúde da mulher e RN no período pós-natal</li> <li>• Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e RN durante o período pós-natal;</li> <li>• Providencia cuidados nas situações que possam afectar negativamente a saúde da mulher e RN no período pós-natal;</li> </ul>				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"> <li>• Assiduidade e pontualidade</li> <li>• Assertividade</li> <li>• Assunção do seu processo formativo</li> <li>• Utilização de técnicas de comunicação adequadas com indivíduos / famílias / equipa de saúde</li> <li>• Capacidade de negociação com a equipa multiprofissional</li> <li>• Capacidade de autoavaliação e reacção à crítica</li> <li>• Actuação de acordo com os princípios éticos, valores e referenciais orientadores da profissão</li> </ul>					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)

## APRECIACÃO GLOBAL

### ESTUDANTE

- DAS ACTIVIDADES A QUE SE PROPÓS NO PROJETO, TIVÉ OPORTUNIDADE DE DESENVOLVER TODAS ELAS.
- O FACTO DE SER UM HOSPITAL COM UMA GRANDE ÁREA DE INFLUÊNCIA E COM GRANDE NÚMERO DE PACIENTES/APO PROPOCIONA AOS ESTUDANTES, NA ÁREA DE CARIAS, UMA ÁREA DE DESENVOLVIMENTO, ALÉM PARA A APRENDIZAGEM.
- TEM PODIDO SER ORIENTADA POR UM DIA-EMPREGADO COM MUITA EXPERIÊNCIA, PARA DISPONIBILIDADE PARA O ENTENHO E ATITUDE DEBENTROLOGIA DEBENTROLOGIA E CONHECIMENTO; TAMBÉM UM EXCELENTE FACTOR PARA O E.T.
- A INFLUÊNCIA DEBENTROLOGIA DEBENTROLOGIA (FÉLIX, SONIA) OS ESTUDANTES, SEJA O DE ANÁLISE DE PACIENTES, JORNADA) TAMBÉM A APRENDIZAGEM ALÉM DO CARIAS, LOBO, SÃO AS FACILITADORAS
- CUIDO QUE A ENFERMEIRA DO NER PERCURSO É APRENDIZAGEM, METE ÚLTIMO ET, DA ESPECIALIDADE, FOI POSITIVO.

### ENFERMEIRO ORIENTADOR

- \* DEMONSTROU SER UMA ENFERMEIRA EFÉVEL, ASERTIVA E COM INTERACÇÃO FÉVEL COM OUTROS ELEMENTOS DA EQUIPE.
- \* NO DECURSO DO ESTÁGIO DEMONSTROU UMA EVOLUÇÃO FAVORÁVEL COM GRÁFICOS DE AUTONOMIA NA ÁREA DE PRESTIÇÃO DE CUIDADOS DIRECTOS.
- \* GOSTEI DE SER UMA COLEGA NESTE PERCURSO PORQUE TAMBÉM ME MOTIVOU NA SEMPRE ACTUALIZAÇÃO NECESSÁRIA DO NOSSO FUNDAMENTO TÉCNICO QUANDO QUEREMOS DISPONIBILIZAR CUIDADOS DE QUALIDADE.



**1º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE  
MATERNAL E OBSTETRÍCIA**

(5º CPLEESMO)

**FOLHA DE AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO COM RELATÓRIO**

**LOCAL DO ESTÁGIO BLOCO PARTOS HPP CASCAIS**

**DATAS: INÍCIO 17 JAN 2011 FIM 01 JUL 2011**

**ESTUDANTE HELENA OSÓRIO**

**ENFERMEIRO ORIENTADOR ENFª ESMO EUGÉNIA SANTOS**

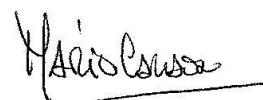
**DOCENTE ORIENTADOR ENFº ESMO MÁRIO CARDOSO**

A estudante Helena Osório revelou uma excelente capacidade de integração / socialização ao contexto do Ensino Clínico. O seu projecto foi adequado e pertinente. Demonstrou excelente autonomia, criatividade e eficiência no desenvolvimento das actividades. Também promoveu a um nível muito bom a qualidade dos cuidados aos três níveis de prevenção, perspectivando a continuidade de cuidados, assim como processos de educação em saúde ao indivíduo / família. Prestou cuidados especializados à mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, assim como prestou 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 a um nível de bom. Prestou cuidados especializados à mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal a um nível muito bom. Demonstra excelente autonomia, capacidade de negociação e tomada de decisão face às necessidades de cuidados. Revelou excelente capacidade de utilização de pensamento crítico na análise e resolução de problemas, capacidade de análise e reflexão crítica sobre o percurso de aprendizagem e análise e discussão das situações vividas. Demonstrou excelentes atitudes e comportamentos adequados à situação de estudante em EC e ao desempenho de cuidados de enfermagem especializados.

Avaliações Formativas 12 Abril 2011 e 14 Maio 2011.

Avaliação Final 28 Junho 2011.

Face ao seu desempenho a classificação final é de Excelente.



01.07.2011

**ANEXO II**

**LEI 9/2009 DE 4 DE MARÇO**

## 5 — Parteira

5.1 — Programa de estudos para as parteiras  
(vias de formação i e ii)

O programa de estudos para obtenção do título de parteira inclui as duas vertentes seguintes:

## A—Ensino teórico e técnico

Disciplinas de base:

- Noções fundamentais de anatomia e de fisiologia;
- Noções fundamentais de patologia;
- Noções fundamentais de bacteriologia, virologia e parasitologia;
- Noções fundamentais de biofísica, bioquímica e radiologia;
- Pediatria, nomeadamente no que respeita ao recém-nascido;
- Higiene, educação sanitária, prevenção das doenças, rastreio precoce;
- Nutrição e dietética, nomeadamente no que respeita à alimentação da mulher, do recém-nascido e do lactente;
- Noções fundamentais de sociologia e problemas da medicina social;
- Noções fundamentais de farmacologia;
- Psicologia;
- Pedagogia;
- Legislação sanitária e social e organização sanitária;
- Deontologia e legislação profissional;
- Educação sexual e planeamento familiar;
- Protecção jurídica da mãe e da criança.

Disciplinas específicas das actividades de parteira:

- Anatomia e fisiologia;
- Embriologia e desenvolvimento do feto;
- Gravidez, parto e puerpério;
- Patologia ginecológica e obstétrica;
- Preparação para o parto e para a maternidade e paternidade, incluindo os aspectos psicológicos;
- Preparação do parto (incluindo o conhecimento e a utilização do material obstétrico);
- Analgesia, anestesia e reanimação;
- Fisiologia e patologia do recém-nascido;
- Cuidados e vigilância do recém-nascido;
- Factores psicológicos e sociais;

## B—Ensino prático e ensino clínico

Este ensino é ministrado sob orientação apropriada:

- Consultas de grávidas incluindo, pelo menos, 100 exames pré-natais;
- Vigilância e cuidados dispensados a, pelo menos, 40 parturientes;
- Realização pelo aluno de pelo menos 40 partos; quando este número não puder ser atingido por falta de parturientes, pode ser reduzido, no mínimo, a 30, na condição de o aluno participar, para além daqueles, em 20 partos;
- Participação activa em partos de apresentação pélvica — Em caso de impossibilidade devido a um número insuficiente de partos de apresentação pélvica, deverá ser realizada uma formação por simulação;
- Prática de episiotomia e iniciação à sutura — A iniciação incluirá um ensino teórico e exercícios clínicos — A prática da sutura inclui a suturação de episiotomias e rasgos simples do períneo, que pode ser realizada de forma simulada se tal for indispensável;
- Vigilância e cuidados prestados a 40 grávidas, durante e depois do parto, em situação de risco;
- Vigilância e cuidados, incluindo exame, de pelo menos 100 parturientes e recém-nascidos normais;
- Observações e cuidados a recém-nascidos que necessitem de cuidados especiais, incluindo crianças nascidas antes do tempo e depois do tempo, bem como recém-nascidos de peso inferior ao normal e recém-nascidos doentes;
- Cuidados a mulheres que apresentem patologias no domínio da ginecologia e da obstetria;
- Iniciação aos cuidados em medicina e cirurgia — A iniciação incluirá um ensino teórico e exercícios clínicos.

O ensino teórico e técnico deve ser ponderado e coordenado com o ensino clínico (parte B do programa), de tal modo que os conhecimentos e experiências previstos neste anexo possam ser adquiridos de forma adequada.

O ensino clínico deve ser efectuado sob forma de estágios orientados nos serviços de um centro hospitalar ou em outros serviços de saúde aprovados pelas autoridades ou organismos competentes — Durante essa formação, os formandos participarão nas actividades dos serviços em causa, na medida em que contribuam para a sua formação, e serão iniciados nas responsabilidades que as actividades de parteira implicam.

## 5.2 — Títulos de formação de parteira

País	Título de formação	Organsmo que concede o título de formação	Título profissional	Data de referência
Alemanha	Zeugnis über die staatliche Prüfung für Hebammen und Entbindungspfleger	Staatlicher Prüfungsausschuss	- Hebamme - Entbindungspfleger	23 de Janeiro de 1983.
Áustria	Hebammen-Diplom	- Hebammenakademie - Bundeshebammenlehranstalt	Hebamme	1 de Janeiro de 1994.
Bélgica	Diploma van vroedvrouw/Diplôme d'accoucheuse	- De erkende opleidingsinstututen/Les établissements d'enseignement - De bevoegde Examen-commissie van de Vlaamse Gemeenschap/Le Jury compétent d'enseignement de la Communauté française.	Vroedvrouw/ Accoucheuse.	23 de Janeiro de 1983.
Bulgária	Диплома за висше образование на образователно-квалификационна степен «Бакалъор» с професионална квалификация «Акушерка».	Университет	Акушерка	1 de Janeiro de 2007.

País	Título de formação	Organismo que concede o título de formação	Título profissional	Data de referência
Chipre	Δίπλωμα στο μεταβασικό πρόγραμμα Μαιευτικής	Νοσηλευτική Σχολή	Εγγεγραμμένη Μαία	1 de Maio de 2004.
Dinamarca	Bevis for bestået jordemoderik-samen	Danmarks jordemoderiskele	Jordemoder	23 de Janeiro de 1983.
Eslováquia	1 — Vysokškolský diplom o udelení akademického titulu «bakalár z pôrodnej asistencie» («Bc.»). 2 — Absolventský diplom v šu dijnom odbore diplomovaná pôrodná asistentka.	1 — Vysoká škola 2 — Stredná zdravotnícka škola	Pôrodná asistentka	
Eslovénia	Diploma, s katero se podéljuje strokovni naslov «diplomirana babica» /diplomirani babičar.	1 — Univerza 2 — Visoka strokovna škola	Diplomirana babica/diplomirani babičar.	
Espanha	- Título de Matrona - Título de Asistente obstétrico (matrona) - Título de Enfermería obstétrica-ginecológica.	Ministerio de Educación y Cultura	- Matrona - Asistente obstétrico	1 de Janeiro de 1986.
Estónia	Diplom ämmaemandaerialal	1 — Tallinna Meditsiinikool 2 — Tartu Meditsiinikool	Ämmaemand	1 de Maio de 2004.
Finlândia	1 — Kättilön tutkinto/barmnorskeexamen 2 — Sosiaali- ja terveysalan ammattikorkeakoulututkinto, kättilö (AMK)/yrkeshögskolexamenin om hälsovård och det sociala omsördet, barmnorska (YH).	1 — Terveystieteiden oppilaitokset/hälsövrärdsläroanstalter 2 — Ammatikorkeakoulu/Yrkeshögskolor	Kättilö/Barmnorska	
França	Diplôme de sage-femme	L'Etat	Sage-femme	23 de Janeiro de 1983.
Grécia	1 — Πτυχίο Τμήματος Μαιευτικής Τεχνολογικών Εκπαιδευτικών Ιδρυμάτων (Τ.Ε.Ι.). 2 — Πτυχίο του Τμήματος Μαίων της Ανωτάτης Σχολής Σπουδών Υγείας και Κοινων — Πρόνοιας (Κ.ΑΤ.Ε.Ε.). 3 — Πτυχίο Μαιίας Ανωτάτης Σχολής Μαίων.	1 — Τεχνολογικά Εκπαιδευτικά Ιδρύματα (Τ.Ε.Ι.). 2 — Κ.Α.Τ.Ε.Ε. Υπουργείου Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων. 3 — Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας	- Μαία - Μαιευτής	23 de Janeiro de 1983.
Hungria	Szülészeti bizonyítvány	Iskola/főiskola	Szülészeti	1 de Maio de 2004.
Irlanda	Certificate in Midwifery	An Board Ailmainis	Midwife	23 de Janeiro de 1983.
Itália	Diploma d'ostetrica	Scuole riconosciute dallo Stato	Ostetrica	23 de Janeiro de 1983.
Letónia	Diploms par vecmātes kvalifikācijas iegūšanu	Māsu skolas	Vecmāte	1 de Maio de 2004.
Lituânia	1 — Aukštojo mokslo diplomas, nurodantis suteiktą bendrosios praktikos slaugytojo profesinę kvalifikaciją, ir profesinės kvalifikacijos pažymėjimas, nurodantis suteiktą akušerio profesinę kvalifikaciją, — Pažymėjimas, liudijantis profesinę praktinį akušerį-joje. 2 — Aukštojo mokslo diplomas (universitetinės studijos), nurodantis suteiktą bendrosios praktikos slaugytojo profesinę kvalifikaciją, ir profesinės kvalifikacijos pažymėjimas, nurodantis suteiktą akušerio profesinę kvalifikaciją, — Pažymėjimas, liudijantis profesinę praktinį akušerį-joje. 3 — Aukštojo mokslo diplomas (universitetinės studijos), nurodantis suteiktą akušerio profesinę kvalifikaciją	1 — Universitetas 2 — Kolegija 3 — Kolegija	Akušieris	1 de Maio de 2004.

País	Título de formação	Organismo que concede o título de formação	Título profissional	Data de referência
Luxemburgo	Diplôme de sage-femme	Ministère de l'éducation nationale, de la formation professionnelle et des sports	Sage-femme	23 de Janeiro de 1983.
Malta	Lawrja jew diploma fl- Istudji tal-Qwebel	Universita' ta' Malta	Qabla	1 de Maio de 2004.
Países Baixos	Diploma van verloskundige	Door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport erkende opleidingsinstellingen	Verloskundige	23 de Janeiro de 1983.
Polónia	- Dyplom ukończenia studiów wyższych na kierunku położnictwo z tytułem «magister położnictwa». - Dyplom ukończenia studiów wyższych zawodowych na kierunku/specjalności położnictwo z tytułem «licencjat położnictwa».	Institucja prowadząca kształcenie na poziomie wyższym uznana przez właściwe władze (Instituição de ensino superior reconhecida pelas autoridades competentes).	- Polozna - Pielęgniarka	1 de Maio de 2004.
Portugal	1 — Diploma de enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica. 2 — Diploma/carta de curso de estudos superiores especializados em enfermagem de saúde materna e obstétrica. 3 — Diploma (do curso de pós-licenciatura) de especialização em enfermagem de saúde materna e obstétrica.	1 — Escolas de Enfermagem. 2 — Escolas Superiores de Enfermagem. 3 — Escolas Superiores de Enfermagem. - Escolas Superiores de Saúde	Enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica.	1 de Janeiro de 1986.
Reino Unido	Statement of registration as a Midwife on part 10 of the register kept by the United Kingdom Central Council for Nursing, Midwifery and Health Visiting.	Various	Midwife.	
República Checa	1 — Diplom o ukončení studia ve studijním programu ošetrovatelství ve studijním oboru porodní asistenta (bakalář, Bc.). - Vysvědčení o státní závěrečné zkoušce. 2 — Diplom o ukončení studia ve studijním oboru diplomovaná porodní asistentka (diplomovaný specialista, DiS). - Vysvědčení o absolutoriu.	1 — Vysoká škola zřízení n ebo uznán státém. 2 — Vyšší odborná škola zřízení n ebo uznán státém.	Porodní asistentka/podrodní asistent.	1 de Maio de 2004.
Roménia	Diplomă de licență de moașă	Universități	Moașă	
Suécia	Barnmorskeexamen	Universitet eller högskola	Barnmorska	
Islândia	1 — Embættiþróf í ljósmóðurfraði 2 — Þróf í ljósmæðrafraðum	1 — Háskóli Íslands 2 — Ljósmeðraskóli Íslands	Ljósmóðir	1 de Janeiro de 1994.
Listenstaina	Os diplomas, certificados e outros títulos obtidos noutro Estado ao qual se aplica a presente directiva e enumerados no presente anexo.	Autoridades competentes	Hebamme	1 de Maio de 1995.
Noruega	Vitnemål for bestilt jordmorutdanning.	Høgskole	Jordmor	1 de Janeiro de 1994.

## 6 — Farmacéutico

- 6.1 — Programa de estudos para os farmacéuticos
- Biologia vegetal e animal.
  - Física.
  - Química geral e inorgânica.
  - Química orgânica.

- Química analítica.
- Química farmacéutica, incluindo análise dos medicamentos.
- Bioquímica geral e aplicada (médica).
- Anatomia e fisiologia; terminologia médica.
- Microbiologia.
- Farmacologia e farmacoterapia.

**ANEXO III**

**REGULAMENTO DAS COMPETÊNCIAS COMUNS  
DOS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS**

Ficam notificados todos os interessados, de que o processo supra identificado, foi encerrado.

A decisão de encerramento do processo foi determinada por: Insuficiência de bens para satisfação das custas do processo e das restantes dívidas da massa insolvente (art.º 230 al. d) e artigo 232.º n.º 1, 2 e 7 do CIRE).

Efeitos do encerramento: Os previstos no disposto no art.º 233.º do CIRE.

09/02/2011. — O Juiz de Direito, *Dr.ª Cristina Rebelo*. — O Oficial de Justiça, *Lurdes Lemos*.

304332911

### CONSELHO SUPERIOR DOS TRIBUNAIS ADMINISTRATIVOS E FISCAIS

#### Deliberação (extracto) n.º 485/2011

Por deliberação do Conselho Superior dos Tribunais Administrativos e Fiscais de 8 de Fevereiro de 2011:

Dr. António Manuel de Macedo de Almeida, juiz conselheiro da Secção de Contencioso Administrativo do Supremo Tribunal Administrativo e a exercer, em comissão de serviço, as funções de consultor da Casa Civil do Presidente da República e de secretário do Conselho de Estado — desligado do serviço para efeitos de aposentação/jubilização.

9 de Fevereiro de 2011. — O Presidente do Conselho Superior dos Tribunais Administrativos e Fiscais, *Lúcio Alberto de Assunção Barbosa*. 204339854

#### Deliberação (extracto) n.º 486/2011

Por deliberação do Conselho Superior dos Tribunais Administrativos e Fiscais de 8 de Fevereiro de 2011:

Dr. Abel Ferreira Atanásio, juiz conselheiro, da Secção de Contencioso Administrativo do Supremo Tribunal Administrativo e a exercer o mandato de presidente do Tribunal Administrativo de Circuito de Lisboa e do Tribunal Tributário de Lisboa e, em acumulação, do Tribunal Administrativo e Fiscal de Almada — nomeado para, em regime de

acumulação, exercer as funções de presidente do Tribunal Administrativo e Fiscal de Sintra.

9 de Fevereiro de 2011. — O Presidente do Conselho Superior dos Tribunais Administrativos e Fiscais, *Lúcio Alberto de Assunção Barbosa*. 204339943

#### Deliberação (extracto) n.º 487/2011

Por deliberação do Conselho Superior dos Tribunais Administrativos e Fiscais de 8 de Fevereiro de 2011, foi reformulada a delegação de poderes operada por deliberação de 25 de Janeiro de 2011, publicada no *Diário da República*, 2.ª série, n.º 25, de 4 de Fevereiro de 2011 [Deliberação (extracto) n.º 349/2011], e foram delegados na Presidente do Tribunal Administrativo e Fiscal de Loulé, Juíza Conselheira Fernanda Martins Xavier e Nunes, e no Presidente do Tribunal Administrativo e Fiscal de Sintra, Juiz Conselheiro Abel Ferreira Atanásio, os poderes para a organização e aprovação conjunta dos mapas de férias dos juizes em exercício de funções nos Tribunais Administrativos e Fiscais de Loulé, Beja e Sintra, mantendo-se quanto ao mais a delegação de poderes operada pela referida deliberação de 25 de Janeiro de 2011.

9 de Fevereiro de 2011. — O Presidente do Conselho Superior dos Tribunais Administrativos e Fiscais, *Lúcio Alberto de Assunção Barbosa*. 204340039

#### Deliberação (extracto) n.º 488/2011

Por deliberação do Conselho Superior dos Tribunais Administrativos e Fiscais de 8 de Fevereiro de 2011:

Dr. Benjamim Magalhães Barbosa, juiz de direito, em comissão permanente de serviço como juiz desembargador da Secção de Contencioso Administrativo do Tribunal Central Administrativo Sul, e actualmente em comissão de serviço como Coordenador do Departamento de Formação do Centro de Estudos Judiciários — provido, a título definitivo, no lugar de juiz desembargador da Secção de Contencioso Administrativo do Tribunal Central Administrativo Sul, mantendo a comissão de serviço no Centro de Estudos Judiciários.

9 de Fevereiro de 2011. — O Presidente do Conselho Superior dos Tribunais Administrativos e Fiscais, *Lúcio Alberto de Assunção Barbosa*. 204339992



## PARTE E

### ORDEM DOS ENFERMEIROS

#### Regulamento n.º 122/2011

#### Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

##### Preâmbulo

Especialista é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção. A definição das competências do enfermeiro especialista é coerente com os domínios considerados na definição das competências do enfermeiro de Cuidados Gerais, isto é, o conjunto de competências clínicas especializadas, decorre do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais.

Seja qual for a área de especialidade, todos os enfermeiros especialistas partilham de um grupo de domínios, consideradas competências comuns — a actuação do enfermeiro especialista inclui competências aplicáveis em ambientes de cuidados de saúde primários, secundários e terciários, em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde. Também envolve as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança e inclui a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante, que permita avançar e melhorar a prática da enfermagem.

Assim:

Nos termos do n.º 6 do artigo 4.º da Lei n.º 111/2009, de 16 de Setembro, e da alínea *d*) do artigo 30.º, 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, sob proposta do Conselho de Enfermagem e do Conselho Directivo, ouvidos 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 comuns dos enfermeiros especialistas e estabelece o quadro de conceitos aplicáveis na regulamentação das competências específicas para cada área de especialização em enfermagem.

##### Artigo 2.º

##### Âmbito e finalidade

1 — O conjunto de competências clínicas especializadas decorre do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais e concretiza-se, em competências comuns, aqui previstas, e em competências específicas.

2 — O perfil de competências comuns e específicas visa prover um enquadramento regulador para a certificação das competências e comunicar aos cidadãos o que podem esperar.

3 — As competências específicas serão reguladas em regulamento próprio de acordo com a respectiva área de especialização em enfermagem.

4 — A certificação das competências clínicas especializadas assegura que o enfermeiro especialista possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza em contexto de prática clínica que lhe permitem ponderar as necessidades de saúde do grupo-alvo e actuar em todos os contextos de vida das pessoas, em todos os níveis de prevenção.

**Artigo 3.º**

**Conceitos**

Para efeitos do presente Regulamento e dos regulamentos que estabelecem as competências específicas dos enfermeiros para cada área de especialização em enfermagem, entende-se por:

a) “Competências comuns”, são as competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de concepção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efectivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria;

b) “Competências específicas”, são as competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas.

c) “Competências acrescidas”, são as competências que permitem responder de uma forma dinâmica a necessidades em cuidados de saúde da população que se vão configurando, fruto da complexificação permanente dos conhecimentos, práticas e contextos, certificadas ao longo do percurso profissional especializado, em domínios da disciplina de Enfermagem e disciplinas relacionadas.

d) “Domínio de competência”, é uma esfera de acção e compreende um conjunto de competências com linha condutora semelhante e um conjunto de elementos agregados.

e) “Norma ou descritivo de competência”, apresenta a competência em relação aos atributos gerais e específicos, sendo decomposta em segmentos menores, podendo descrever os conhecimentos, as habilidades e operações que devem ser desempenhadas e aplicadas em distintas situações de trabalho.

f) “Unidade de competência”, é um segmento maior da competência, tipicamente representado como uma função maior ou conjunto de elementos de competência afins que representam uma realização concreta, revestindo-se de um significado claro e de valor reconhecido no processo.

g) “Critérios de avaliação”, compreendem a lista integrada dos aspectos de desempenho que devem ser atendidos como evidência do desempenho profissional competente em exercício; expressam as características dos resultados, relacionando-se com o alcance descrito.

**Artigo 4.º**

**Domínios das competências comuns**

São quatro os domínios de competências comuns: responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

**Artigo 5.º**

**Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal**

1 — As competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal são as seguintes:

a) Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção;

b) Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

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

**Artigo 6.º**

**Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade**

1 — As competências do domínio da melhoria contínua da qualidade são as seguintes:

a) Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;

b) Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade;

c) Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.

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

**Artigo 7.º**

**Competências do domínio da gestão dos cuidados**

1 — As competências do domínio da gestão dos cuidados são as seguintes:

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 optimização da qualidade dos cuidados.

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

**Artigo 8.º**

**Competências do domínio das aprendizagens profissionais**

1 — As competências do domínio das aprendizagens profissionais são as seguintes:

a) Desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade;

b) Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.

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

**ANEXO I**

**A — Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal**

**Competência**

A1 — Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção.

**Descritivo**

Demonstra um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica. A competência assenta num corpo de conhecimento no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do cliente.

Unidades de competência	Critérios de avaliação
A1.1 — Demonstra tomada de decisão ética numa variedade de situações da prática especializada.	A1.1.1 — As estratégias de resolução de problemas são desenvolvidas em parceria com o cliente. A1.1.2 — O juízo baseado no conhecimento e experiência está reflectido na tomada de decisão. A1.1.3 — A autonomia de julgamento fundamentado reflecte-se na tomada de decisão em situações da prática clínica. A1.1.4 — Participa na construção da tomada de decisão em equipa. A1.1.5 — As respostas mais apropriadas são identificadas a partir de um amplo leque de opções.
A1.2 — Suporta a decisão em princípios, valores e normas deontológicas.	A1.2.1 — As situações são avaliadas usando técnicas de tomada de decisão. A1.2.2 — As decisões são guiadas pelo Código Deontológico.

Unidades de competência	CrITÉrios de avaliação
	A1.2.3 — Incorpora elementos de enquadramento jurÍdico no julgamento de enfermagem. A1.2.4 — Promove o exercÍcio profissional de acordo com o Código Deontológico, na equipa de Enfermagem onde está inserido.
A1.3 — Lidera de forma efectiva os processos de tomada de decisão tica de maior complexidade na sua área de especialidade.	A1.3.1 — Desempenha o papel de consultor quando os cuidados requerem um nÍvel de competência correspondente à sua área de especialidade. A1.3.2 — Reconhece a sua competência na área da sua especialidade. A1.3.3 — Toma a iniciativa de conduzir os processos de tomada de decisão. A1.3.4 — Recolhe contributos e suscita a análise dos fundamentos das decisões.
A1.4 — Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão.	A1.4.1 — Afere os resultados das tomadas de decisão com o processo e a ponderao realizada. A1.4.2 — Os resultados são avaliados e partilhados para promover o desenvolvimento da prática especializada.

#### Competência

A2 — Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

#### Descritivo

Demonstra uma prática que respeita os direitos humanos, analisa e interpreta em situao especÍfica de cuidados especializados, assumindo a responsabilidade de gerir situaes potencialmente comprometedoras para os clientes.

Unidades de competência	CrITÉrios de avaliação
A2.1 — Promove a proteco dos direitos humanos.	A2.1.1 — Assume a defesa dos Direitos Humanos, tal como descrito no Código Deontológico, relevando os relativos à sua área de especialidade. A2.1.2 — Promove o respeito pelo direito dos clientes no acesso  informao, na equipa de Enfermagem onde está inserido. A2.1.3 — Promove a confidencialidade e a segurança da informao escrita e oral adquirida enquanto profissional, na equipa de Enfermagem onde está inserido. A2.1.4 — Promove o respeito do cliente  privacidade, na equipa de Enfermagem onde está inserido. A2.1.5 — Promove o respeito do cliente  escolha e  autodeterminao no âmbito dos cuidados especializados e de saúde, na equipa de Enfermagem onde está inserido. A2.1.6 — Promove o respeito pelos valores, costumes, as crenças espirituais e as práticas especÍficas dos indivÍduos e grupos, na equipa de enfermagem onde está inserido. A2.1.7 — Reconhece e aceita os direitos dos outros. A2.1.8 — Mantm um processo efectivo de cuidado, quando confrontado com valores diferentes.
A2.2 — Gere na equipa, de forma apropriada as práticas de cuidados que podem comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade do cliente.	A2.2.1 — Reconhece a necessidade de prevenir e identifica práticas de risco. A2.2.2 — Adota e promove a adopo de medidas apropriadas, com recurso às suas competências especializadas. A2.2.3 — Tem uma conduta preventiva, antecipatória. A2.2.4 — Recolhe e analisa informao com a finalidade de aumentar a segurança das práticas, nas dimensões tica e deontológica. A2.2.5 — Identifica as aces a serem tomadas em circunstâncias especÍficas. A2.2.6 — Segue incidentes de prática insegura para prevenir re-ocorrência.

### ANEXO II

#### B — DomÍnio da Melhoria da Qualidade

#### Competência

B1 — Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governao clÍnica.

#### Descritivo

Colabora na concepo e concretizao de projectos institucionais na área da qualidade e efectua a disseminao necessária  sua apropriao até ao nÍvel operacional.

Unidades de competência	CrITÉrios de avaliação
B1.1 — Inicia e participa em projectos institucionais na área da qualidade.	B1.1.1 — Participa na definio de metas para a melhoria da qualidade dos cuidados ao nÍvel organizacional. B1.1.2 — Desenvolve aptidões a nÍvel da análise e planeamento estratégico da qualidade dos cuidados. B1.1.3 — Colabora na realizao de actividades na área da qualidade e em protocolos da qualidade com outras instituies. B1.1.4 — Comunica resultados das actividades institucionais na área da qualidade aos enfermeiros e gestores.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
B1.2 — Incorpora directivas e conhecimentos na melhoria da qualidade na prática.	B1.2.1 — Detém conhecimentos avançados sobre as directivas na área da qualidade e em melhoria contínua. B1.2.2 — Divulga experiências avaliadas como sendo de sucesso. B1.2.3 — Promove a incorporação dos conhecimentos na área da qualidade na prestação de cuidados.

**Competência**

B2 — Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade.

**Descritivo**

Reconhecendo que a melhoria da qualidade envolve análise e revisão das práticas em relação aos seus resultados, avalia a qualidade, e, partindo dos resultados, implementa programas de melhoria contínua.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
B2.1 — Avalia a qualidade dos cuidados de enfermagem nas vertentes de Estrutura, Processo e Resultado.	B2.1.1 — Acede à evidência científica e às normas necessárias para a avaliação da qualidade. B2.1.2 — Define indicadores para medição válida da qualidade, em função das necessidades. B2.1.3 — Utiliza indicadores de avaliação da estrutura ao nível da organização, recursos humanos e materiais. B2.1.4 — Realiza auditorias clínicas. B2.1.5 — Aplica instrumentos de avaliação de resultado.
B2.2 — Planeia programas de melhoria contínua.	B2.2.1 — Identifica oportunidades de melhoria. B2.2.2 — Estabelece prioridades de melhoria. B2.2.3 — Selecciona estratégias de melhoria. B2.2.4 — Elabora guias orientadores de boa prática.
B2.3 — Lidera programas de melhoria.	B2.3.1 — Supervisiona, permanentemente, os processos de melhoria e o desenvolvimento da qualidade. B2.3.2 — Normaliza e actualiza as soluções eficazes e eficientes.

**Competência**

B3 — Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.

**Descritivo**

Considerando a gestão do ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível para a efectividade terapêutica e para a prevenção de incidentes, actua proactivamente promovendo a envolvimento adequada ao bem-estar e gerindo o risco.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
B3.1 — Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e protecção dos indivíduos/grupo.	B3.1.1 — Promove a sensibilidade, consciência e respeito pela identidade cultural, como parte das percepções de segurança de um indivíduo/grupo. B3.1.2 — Promove a sensibilidade, consciência e respeito em relação às necessidades espirituais do indivíduo/grupo. B3.1.3 — Envolve a família e outros no sentido de assegurar que necessidades culturais e espirituais são satisfeitas. B3.1.4 — Demonstra conhecimento e compreensão das questões relativas ao fornecimento de um ambiente seguro para os utentes (de acordo com a idade). B3.1.5 — Promove a aplicação dos princípios relevantes para garantir a segurança da administração de substâncias terapêuticas pelos pares. B3.1.6 — Promove a aplicação dos princípios da ergonomia e tecnológicos para evitar danos aos profissionais e aos utentes. B3.1.7 — Promove a adesão à saúde e segurança ocupacional. B3.1.8 — Desenvolve medidas para a segurança dos dados e registos.
B3.2 — Gere o risco ao nível institucional ou das unidades funcionais.	B3.2.1 — Colabora na definição de recursos adequados para a prestação de cuidados seguros. B3.2.2 — Envolve os colaboradores na gestão do risco. B3.2.3 — Previne os riscos ambientais. B3.2.4 — Desenvolve mecanismos formais para a participação dos incidentes, avaliação das consequências e investigação das causas, sem atribuição de culpa. B3.2.5 — Desenvolve os sistemas de trabalho, de forma a reduzir a probabilidade de ocorrência de erro humano. B3.2.6 — Cria mecanismos formais que permitam avaliar a efectividade das estratégias, planos e processos da gestão do risco. B3.2.7 — Colabora na elaboração de planos de manutenção preventiva de instalações, materiais e equipamentos. B3.2.8 — Coordena a implementação e manutenção de medidas standard de prevenção e controlo da infecção. B3.2.9 — Colabora na elaboração de planos de emergência.

## ANEXO III

**C — Domínio da gestão dos cuidados****Competência**

C1 — Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional.

**Descritivo**

Realiza a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
C1.1 — Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão.	C1.1.1 — Disponibiliza assessoria aos enfermeiros e equipa. C1.1.2 — Colabora nas decisões da equipa multiprofissional. C1.1.3 — Intervém melhorando a informação para o processo de cuidar, os diagnósticos, a variedade de soluções eficazes a prescrever e a avaliação do processo de cuidar. C1.1.4 — Reconhece quando negociar com ou referenciar para outros prestadores de cuidados de saúde.
C1.2 — Orienta e supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade.	C1.2.1 — Orienta a decisão relativa às tarefas a delegar. C1.2.2 — Cria guias orientadores das práticas a delegar. C1.2.3 — Utiliza uma variedade de técnicas directas ou indirectas tais como a instrução ou a demonstração prática das tarefas a delegar. C1.2.4 — Supervisiona e avalia os cuidados prestados, em situação de delegação.

**Competência**

C2 — Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a optimização da qualidade dos cuidados.

**Descritivo**

Na gestão dos cuidados, adequa os recursos às necessidades de cuidados, identificando o estilo de liderança situacional mais adequado à promoção da qualidade dos cuidados.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
C2.1 — Otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados.	C2.1.1 — Conhece e aplica a legislação, políticas e procedimentos de gestão de cuidados. C2.1.2 — Fundamenta os métodos de organização do trabalho adequados. C2.1.3 — Organiza e coordena a equipa de prestação de cuidados. C2.1.4 — Negocia recursos adequados à prestação de cuidados de qualidade. C2.1.5 — Avalia riscos para a prestação de cuidados associados aos recursos. C2.1.6 — Utiliza os recursos de forma eficiente para promover a qualidade.
C2.2 — Adapta o estilo de liderança e adequa-o ao clima organizacional estro favorecedores da melhor resposta do grupo e dos indivíduos.	C2.2.1 — Reconhece e compreende os distintos e interdependentes papéis e funções de todos os membros da equipa. Promove um ambiente positivo e favorável à prática. C2.2.2 — Aplica estratégias de motivação da equipa para um desempenho diferenciado. C2.2.3 — Adapta o estilo de liderança à maturidade dos colaboradores e às contingências. C2.2.4 — Usa os processos de mudança para influenciar a introdução de inovações na prática especializada.

## ANEXO IV

**D — Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais****Competência**

D1 — Desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade.

**Descritivo**

Demonstra, em situação, a capacidade de auto-conhecimento, que é central na prática de enfermagem, reconhecendo-se que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais. Releva a dimensão de Si e da relação com o Outro, em contexto singular, profissional e organizacional.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
D1.1 — Detém uma elevada consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro.	D1.1.1 — Desenvolve o auto-conhecimento para facilitar a identificação de factores que podem interferir no relacionamento com a pessoa cliente e ou a equipa multidisciplinar. D1.1.2 — Gere as suas idiosincrasias na construção dos processos de ajuda. D1.1.3 — Reconhece os seus recursos e limites pessoais e profissionais. D1.1.4 — Consciencializa a influência pessoal na relação profissional.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
D1.2 — Gera respostas, de elevada adaptabilidade individual e organizacional.	D1.2.1 — Desenvolve a congruência entre auto e hetero-percepção. D1.2.2 — Gere sentimentos e emoções em ordem a uma resposta eficiente. D1.2.3 — Actua eficazmente sob pressão. D1.2.4 — Reconhece e antecipa situações de eventual conflitualidade. D1.2.5 — Utiliza adequadamente técnicas de resolução de conflitos.

**Competência**

D2 — Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento

**Descritivo**

Assenta os processos de tomada de decisão e as intervenções em padrões de conhecimento (científico, ético, estético, pessoal e de contexto socio-político) válidos, actuais e pertinentes, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente activo no campo da investigação.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
D2.1 — Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade.	D2.1.1 — Actua como formador oportuno em contexto de trabalho, na supervisão clínica e em dispositivos formativos formais. D2.1.2 — Diagnostica necessidades formativas. D2.1.3 — Concebe e gere programas e dispositivos formativos. D2.1.4 — Favorece a aprendizagem, a destreza nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros. D2.1.5 — Avalia o impacto da formação.
D2.2 — Suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade.	D2.2.1 — Actua como dinamizador e gestor da incorporação do novo conhecimento no contexto da prática cuidativa, visando ganhos em saúde dos cidadãos. D2.2.2 — Identifica lacunas do conhecimento e oportunidades relevantes de investigação. D2.2.3 — Investiga e colabora em estudos de investigação. D2.2.4 — Interpreta, organiza e divulga dados provenientes da evidência que contribuam para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem. D2.2.5 — Discute as implicações da investigação. D2.2.6 — Contribui para o conhecimento novo e para o desenvolvimento da prática clínica especializada.
D2.3 — Provê liderança na formulação e implementação de políticas, padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho.	D2.3.1 — Tem uma sólida base de conhecimentos de enfermagem e outras disciplinas que contribuem para a prática especializada. D2.3.2 — Demonstra conhecimentos e aplica-os na prestação de cuidados especializados, seguros e competentes. D2.3.3 — Rentabiliza as oportunidades de aprendizagem e toma a iniciativa na análise de situações clínicas. D2.3.4 — Usa as tecnologias de informação e métodos de pesquisa adequados. D2.3.5 — Toma iniciativa na formulação e implementação de processos de formação e desenvolvimento na prática clínica especializada.

Aprovado em Assembleia Geral de 29 de Maio de 2010.

29 de Maio de 2010. — A Bastonária, *Maria Augusta Purificação Rodrigues de Sousa*.

304319903

**Regulamento n.º 123/2011****Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem****Preâmbulo**

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem utiliza um modelo conceptual centrado na criança e família encarando sempre este binómio como beneficiário dos seus cuidados. A especialidade de Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem detém o seu espaço de intervenção em torno de uma fase crucial do ciclo vital, a qual compreende o período que medeia do nascimento até aos 18 anos de idade. Em casos especiais, como a doença crónica, a incapacidade e a deficiência, pode ir além dos 18 anos e mesmo até aos 21 anos, ou mais, até que a transição apropriada para a vida adulta esteja conseguida com sucesso.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem trabalha em parceria com a criança e família/pessoa significativa, em qualquer contexto em que ela se encontre (em hospitais, cuidados continuados, centros de saúde, escola, comunidade, casa, ...), para promover o mais elevado estado de saúde possível, presta cuidados à criança saudável ou doente e proporciona educação para a saúde

assim como identifica e mobiliza recursos de suporte à família/pessoa significativa.

A performance como especialista traduz-se na prestação de cuidados de nível avançado, com segurança, competência e satisfação da criança e suas famílias, procurando responder globalmente ao "mundo" da criança bem como trabalhar no sentido de remover barreiras e incorporar instrumentos de custo efectivo e gestão da segurança do cliente (*Kelly et al, 2007*).

São áreas de actuação particular a avaliação e promoção do crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem, com orientação antecipatória às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantil; a gestão do bem-estar da criança; a detecção precoce e encaminhamento de situações que possam afectar negativamente a vida ou qualidade de vida, nomeadamente comportamentos de risco, suicídio, violência e gravidez; a promoção da auto-estima do adolescente e a sua progressiva responsabilização pelas escolhas relativas à saúde.

É do escopo de acção deste especialista a resposta na complexidade em áreas diversas como, deter conhecimentos e habilidades para antecipar e responder às situações de emergência, mas também para avaliar a família e responder às suas necessidades, nomeadamente no âmbito da adaptação às mudanças na saúde e dinâmica familiar. Na definição das competências e critérios serão utilizados termos que devem ser entendidos de acordo com o significado atribuído pela CIPE® 1.0.

## **ANEXO IV**

### **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  mulher com infeção sexualmente transmissível, incluindo os conviventes significativos.
H1.3. Providencia cuidados  mulher com disfunções sexuais, problemas de fertilidade e infeções sexualmente transmissíveis.	H1.3.1. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções  mulher com disfunções sexuais, incluindo os conviventes significativos. H1.3.2. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções  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  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 infeção 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 mbito da saúde pr-natal, facultando informação  grávida sobre recursos disponíveis na comunidade. H2.1.6. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projectos e intervençes de promoção da saúde mental na vivncia 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 contracepção no período pós-aborto.
H2.2. Diagnostica precocemente e prevne 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  detecção de gravidez de risco. H2.2.4. Identifica e monitoriza desvios de 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  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  mulher com desvios ao padrão de adaptação à gravidez. H2.3.3. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções  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  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  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	Crítérios 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.	H3.1.1. Actua de acordo com o plano de parto estabelecido com mulher, garantindo intervenções de qualidade e risco controlado. H3.1.2. Garante um ambiente seguro durante o trabalho de parto e parto. H3.1.3. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção do conforto e bem-estar da mulher e conviventes significativos. H3.1.4. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção da vinculação mãe/pai/recém-nascido/conviventes significativos. H3.1.5. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção, protecção e apoio ao aleitamento materno. H3.1.6. Cooperar com outros profissionais na implementação de intervenções de promoção, prevenção e controlo da dor.
H3.2. Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e do recém-nascido.	H3.2.1. Identifica e monitoriza trabalho de parto. 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. 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. H3.2.4. Avalia e determina a adequação da estrutura pélvica em relação ao feto durante o trabalho de parto. H3.2.5. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções adequadas à evolução do trabalho de parto, optimizando as condições de saúde da mãe e do feto. H3.2.6. Aplica as técnicas adequadas na execução do parto de apresentação cefálica e, em caso de urgência, do parto de apresentação pélvica. H3.2.7. Assegura a avaliação imediata do recém-nascido implementando medidas de suporte na adaptação à vida extra-uterina. H3.2.8. Assegura reanimação do recém-nascido em situação de emergência. H3.2.9. Cooperar com outros profissionais no tratamento do recém-nascido com alterações morfológicas e funcionais. H3.2.10. Identifica alterações morfológicas e funcionais do recém-nascido, referenciando as que estão para além da sua área de actuação.
H3.3. Providencia cuidados à mulher com patologia associada e ou concomitante com a gravidez e ou com o trabalho de parto.	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. 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. 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. 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. H3.3.5. Cooperar com outros profissionais no tratamento da parturiente com complicações da gravidez e do parto. H3.3.6. Assume a decisão de transferir, assegura a transferência e cuida da parturiente durante o transporte.

**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	Crítérios de avaliação
H4.1. Promove a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal.	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. H4.1.2. Informa e orienta a mulher sobre crescimento, desenvolvimento, sinais e sintomas de alarme no recém-nascido. H4.1.3. Informa e orienta a mulher sobre sexualidade e contracepção no período pós-parto. H4.1.4. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção, protecção e apoio ao aleitamento materno. H4.1.5. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção e apoio à adaptação pós-parto. 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.

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	Crítérios 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	Crítérios 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*.

**ANEXO V**

**ESSENTIAL COMPETENCIES FOR BASIC MIDWIFERY PRACTICE**



# 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.