

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA
INSTITUTO POLITÉCNICO DE VIANA DO CASTELO
UNIVERSIDADE DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO
MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTETRÍCIA

Relatório de Estágio de Natureza Profissional

Prevenção da Gravidez na Adolescência: Uma intervenção na comunidade escolar

Cláudia Sofia Cacaís Pereira



Viana do Castelo, março de 2015

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA
INSTITUTO POLITÉCNICO DE VIANA DO CASTELO
UNIVERSIDADE DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO
MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTETRÍCIA

Relatório de Estágio de Natureza Profissional

Prevenção da Gravidez na Adolescência: uma intervenção na comunidade escolar

Relatório apresentado à Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, ao abrigo do Despacho n° 345/2012 do Diário da República, 2ª. Série – n° 8 – 11 de janeiro de 2012

Cláudia Sofia Cacaís Pereira

Orientadora:

Maria Augusta Moreno Delgado da Torre

Especialista na Área Científica de Enfermagem, professora adjunta na Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo



Viana do Castelo, março de 2015

Pereira, C. S. C. (2015) **Relatório de Estágio de Natureza Profissional**. Viana do Castelo: Relatório Final de Estágio de Natureza Profissional do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo, Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Portugal.

Trabalho expressamente elaborado como relatório de estágio de natureza profissional original para efeito de obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia apresentado na Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo.

Descritores: ENFERMAGEM OBSTÉTRICA, TRABALHO DE PARTO, EDUCAÇÃO SEXUAL, TRANSIÇÃO, PARENTALIDADE.

AGRADECIMENTOS

À orientadora professora Augusta Delgado, por todo o apoio e presença ativa durante a realização do relatório. Agradeço, todo o incentivo e a sua disponibilidade.

Ao Hugo, por ser um suporte em todos os projetos da minha vida. Agradeço, pelo amor, pelo apoio, pela paciência e por toda a dedicação.

Aos meus pais e avós, agradeço simplesmente por existirem e estarem presentes na minha vida.

ÍNDICE GERAL

| | |
|---|----|
| INTRODUÇÃO | 17 |
| 1.CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL | 21 |
| 1.1 Pressupostos Teóricos à Prática de Cuidados | 23 |
| 1.2 Caracterização do Contexto do Estágio de Natureza Profissional | 28 |
| 1.2.1 Contexto da prestação de cuidados na sala de partos do Hospital de Braga | 28 |
| 1.2.2 Contexto da prestação de cuidados na Unidade de Saúde Familiar AF | 31 |
| 2.ATIVIDADES DESENVOLVIDAS | 33 |
| 2.1 Prestação e gestão de cuidados de enfermagem especializados à mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto | 33 |
| 2.2 Prestação de cuidados especializados à mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar, período pré-concepcional e período pré-natal | 42 |
| 3.PREVENÇÃO DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA - UMA INTERVENÇÃO NA COMUNIDADE ESCOLAR | 47 |
| 3.1. Enquadramento Teórico | 48 |
| 3.1.1 Adolescência e Gravidez na Adolescência..... | 48 |
| 3.1.2 Parentalidade e Transição para a Parentalidade na Adolescência | 51 |
| 3.2 Metodologia da Intervenção | 58 |
| 3.2.1 Diagnóstico de Partida | 58 |
| 3.2.2 Desenho da Intervenção | 61 |
| 3.2.3 Execução da intervenção | 63 |
| 3.2.4 Avaliação..... | 67 |
| 3.2.5 Conclusões e Sugestões..... | 69 |
| CONCLUSÃO | 73 |
| BIBLIOGRAFIA | 75 |

Índice de Apêndices

| | |
|---|-------|
| APÊNDICES..... | XV |
| Apêndice A: Resultados da 1ª sessão..... | XVII |
| Apêndice B: Plano da 1ª sessão..... | XXIII |
| Apêndice C: Plano da 2ª sessão..... | XXVII |
| Apêndice D: Notícia disponibilizada na 2ª sessão | XXXI |
| Apêndice E: Apresentação teórica da 2ª sessão | XXXV |
| Apêndice F: Aprendizagens expressas pelos estudantes na 2ª sessão | LIII |

RESUMO

INTRODUÇÃO: O estágio de natureza profissional foi realizado em contexto de sala de partos e dos cuidados de saúde primários, de forma a cumprir as necessidades pessoais e as orientações estabelecidas pela Ordem dos Enfermeiros e comunidade económica europeia para obtenção do título de mestre e especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica. Este teve como alvo uma intervenção em contexto real com o objetivo de promover a transição identitária profissional e pessoal, nos domínios da prestação de cuidados, da formação, da gestão e da investigação.

OBJETIVOS: Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados em saúde materna, obstétrica e ginecológica e educar os adolescentes no âmbito da prevenção da gravidez na adolescência.

METODOLOGIA: A prestação de cuidados de enfermagem especializados, baseados nos pressupostos teóricos de Meleis, Mercer e Watson, à mulher inserida na família e comunidade durante os períodos pré-natal, trabalho de parto e pós-natal, promovendo-se o bem-estar materno-fetal, efetuando o parto em ambiente seguro e otimizando-se a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extrauterina, apoiando o processo de transição para a parentalidade. Foi implementada uma intervenção dirigida a uma população de adolescentes, sustentada na metodologia de projeto.

RESULTADOS: O desenvolvimento de competências em cuidados especializados em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica foi alcançado através da assistência praticada nos diferentes contextos. Os adolescentes identificaram a importância da abordagem de três áreas temáticas, nomeadamente a responsabilidade, métodos contraceptivos e implicações da gravidez na adolescência. Estes declararam ainda a pertinência da intervenção para a sua sensibilização quanto à prevenção da gravidez na adolescência.

CONCLUSÕES: No estágio foi possível adquirir conhecimentos e competências científicas, técnicas, humanas e culturais no cuidado especializado à mulher inserida na família e comunidade, desenvolvendo-se o processo de autonomia e tomada de decisão. O enfermeiro especialista assume um papel determinante na área da prevenção, salientando-se a necessidade de implementação de outros projetos em saúde sexual e reprodutiva para avaliar a mudança efetiva de comportamentos a longo prazo.

Palavras-chave: ENFERMAGEM OBSTÉTRICA, TRABALHO DE PARTO, EDUCAÇÃO SEXUAL, TRANSIÇÃO, PARENTALIDADE.

ABSTRACT

INTRODUCTION: The internship of professional nature was carried out in the context of deliveries room and primary care, in order to meet the personal needs and guidelines established by the Council of Nurses and council of the European communities to obtain a master's degree and the midwifery specialization. This targeted a real context intervention in order to promote the professional and personal identity transition in the fields of care, training, management and research.

OBJECTIVES: To develop competences in specialized care in maternal, obstetric and gynecological nursing and educate teens on the prevention of teenage pregnancy.

METHODOLOGY: We provided specialized nursing care, based on theoretical assumptions of Meleis, Mercer and Watson, to the woman within the family and community during the prenatal period, labor and postnatal, promoting maternal and fetal well-being, making the delivery in a safe environment and optimizing the health of the woman in labor and the newborn in adapting to the extra-uterine life, supporting the transition to parenthood. An intervention led to a population of adolescents, supported in the project methodology was implemented.

RESULTS: The development of expertise in maternal, obstetric and gynecological nursing was met by assistance practiced in different contexts. Adolescents identified the importance of the three thematic areas approach, including responsibility, contraception and implications of teenage pregnancy. These have also stated the relevance of the intervention to their awareness of the teenage pregnancy.

CONCLUSIONS: It was possible to acquire knowledge and scientific, technical, human and cultural competences in specialized care to women inserted in the family and community, developing the process of autonomy and decision-making. The specialist nurse has a key role in the area of prevention, highlighting the need to implement other projects in sexual and reproductive health for measuring the change in long-term behavior.

Keywords: OBSTETRIC NURSING, LABOR, SEXUAL EDUCATION, TRANSITION, PARENTHOOD.

SIGLAS E ACRÓNIMOS

ARS – Associação Regional de Saúde

APF – Associação para o Planeamento da Família

BSG – Boletim de Saúde de Grávida

CEE – Comunidade Económica Europeia

CSP – Cuidados de Saúde Primários

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

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

DGS – Direção Geral de Saúde

DREN – Direção Regional de Educação do Norte

IST – Infecções Sexualmente Transmissíveis

EESMOG – Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia

ENP – Estágio de Natureza Profissional

ESS – Escola Superior de Saúde

IA – Índice de Apgar

IMC – Índice de Massa Corporal

IPVC – Instituto Politécnico de Viana do Castelo

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PRESSE – Programa Regional de Educação Sexual em Saúde Escolar

RCIU – Restrição do Crescimento Intra-Uterino

RN – Recém-nascido

SAPE – Sistema de Aplicação para as Práticas de Enfermagem

SMO – Saúde Materna e Obstetrícia

ESMOG – Enfermagem de Saúde Materna Obstétrica e Ginecológica

USF – Unidade de Saúde Familiar

INTRODUÇÃO

A proposta e realização deste relatório de estágio visa cumprir uma exigência da unidade curricular do Estágio de Natureza Profissional (ENP), integrado no I Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (CMESMO), cuja finalidade é evidenciar a aquisição de conhecimentos e competências científicas, técnicas, humanas e culturais na prática profissional.

A realização do ENP teve como um dos objetivos gerais, a aquisição de competências para a prestação de cuidados especializados em enfermagem de saúde materna e obstetrícia (SMO), convergindo para a obtenção das exigências traçadas pela diretiva europeia, relativas ao reconhecimento das qualificações profissionais dos especialistas em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica (EESMOG), e pela Ordem dos Enfermeiros (OE). Para tal, optou-se pela realização do estágio em contexto de sala de partos e dos cuidados de saúde primários (CSP). Outro objetivo, prendeu-se à necessidade de intervenção identificada numa comunidade escolar, em que se desenvolveu um projeto, no âmbito da prevenção da gravidez na adolescência. Este processo iniciou-se pela construção de um diagnóstico de situação, elaborou-se um desenho da intervenção e, de seguida, passou-se à implementação do projeto e consequente avaliação.

Ao longo do percurso efetuado, surgiu interesse pela temática da gravidez na adolescência, que emergiu não só da realidade observada em contexto do estágio realizado, como também, das leituras exploratórias efetuadas, que reforçaram a perceção que a gravidez na adolescência é um fenómeno social ainda muito frequente, e que os estudos existentes se centram sobretudo nas causas e consequências da gravidez para os adolescentes, sendo dada pouca ênfase à questão da transição para a Parentalidade. O interesse em conhecer a forma como os adolescentes percecionam a vivência da transição para a parentalidade, provocou a vontade de aprofundar o tema e intervir junto de um grupo de adolescentes, com necessidades identificadas. Consciente de que a adolescência, a gravidez e a parentalidade são eventos de transição marcados por experiências individuais

significativas, com períodos de expectativa, alegria e realização mas também de receio, ansiedade, insegurança, stress físico e emocional, considera-se que uma abordagem sobre a experiência de ser pai/mãe adolescente seria relevante para a prática de enfermagem em SMO.

Tal como refere Meleis et al. (2000), o objeto dos cuidados de enfermagem é a pessoa em transição, pelo que conhecer, compreender e desvendar o significado da transição, são atributos que facilitam a relação intersubjetiva entre o enfermeiro e o ser que vivencia a transição e que contribuem para a eficácia das terapêuticas de enfermagem. Assim, conhecer a vivência e significados atribuídos à experiência da transição para a parentalidade, os sentimentos, as expectativas e constrangimentos experienciados pelos pais, permite uma mais ampla compreensão do fenómeno e disponibilizar ajuda na atenção, na proximidade e na implementação de ações de cuidado, de forma diferenciada. Tanto ser pai como ser mãe adolescente, significa ser protagonista de transformações significativas e adaptações pois, sem se desvincularem da fase de se desenvolverem como adolescentes, estes pais têm que enfrentar novas situações impostas pelas experiências e vivências do exercício da parentalidade. Enfrentam, assim, um fenómeno de dupla transição.

Apelou-se, também, aos pressupostos da teoria da consecução do papel maternal de Mercer (2004), pela importância que esta assume na compreensão do processo de transformação de “tornar-se mãe”, ajudando a aquisição de competências que facilitem a vivência do processo de transição para a parentalidade.

Selecionou-se, ainda, o Modelo Transpessoal de Jean Watson (2002) como modelo conceptual da prática de enfermagem norteador para uma prática de cuidados especializados interpessoais e eficientes, promovendo a saúde e o crescimento individual e familiar.

Durante o estágio de natureza profissional, pretendeu-se investir numa aprendizagem rica em experiências diversificadas e, à medida que se foi adquirindo e aperfeiçoando competências, foi-se iniciando o processo de aquisição gradual da autonomia na prestação de cuidados especializados, em todas as fases do processo de enfermagem, sempre com a devida supervisão dos enfermeiros orientadores.

O presente relatório teve como objetivos:

- Analisar e refletir sobre a consecução dos objetivos e atividades desenvolvidas ao longo do ENP, para a aquisição de competências no cuidado de enfermagem especializado no âmbito da SMO;
- Refletir sobre as experiências de aprendizagem, à luz da evidência científica;

- Descrever a intervenção implementada, direcionada para a prevenção da gravidez na adolescência numa comunidade escolar selecionada, intervenção essa dotada de rigor científico e baseada em pressupostos da investigação qualitativa.

Este relatório está dividido em três partes distintas, ordenadas de forma a promover uma melhor compreensão e encadeamento lógico do percurso do estágio. Inicialmente, realiza-se uma contextualização do estágio de natureza profissional, onde é explanado o enquadramento científico para o estágio e é feita a caracterização dos contextos frequentados. Posteriormente, segue-se a segunda parte do relatório, com uma exposição das atividades desenvolvidas ao longo do estágio, incluindo uma descrição da aquisição de competências no cuidado à mulher inserida na família e comunidade durante os períodos pré-natal, trabalho de parto e pós-natal. Por último, na terceira parte do relatório, relata-se o projeto de intervenção implementado numa população-alvo de uma escola do concelho de Barcelos, no âmbito da prevenção da gravidez na adolescência.

1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

O Estágio de Natureza Profissional foi a unidade curricular escolhida das opções disponíveis no segundo ano do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia. A opção surgiu com o objetivo de aprimorar as competências alcançadas no curso de especialização e as competências definidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) e pela Comunidade Económica Europeia (CEE).

Segundo os princípios orientadores do ENP definidos pela comissão coordenadora do CMESMO, este tem como alvo uma intervenção em contexto real com o objetivo de promover a transição identitária profissional e pessoal, nos domínios da prestação de cuidados, da formação, da gestão e da investigação. Partiu-se, então, para o ENP em busca de vivenciar novas experiências, cumprir os números exigidos, aperfeiçoar a prática e continuar a ir ao encontro dos objetivos delineados para todo o percurso do MESMO.

Objetivou-se seguir a mesma linha orientadora que dita o regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica (ESMOG), implementado pela OE (2010b). Neste regulamento estão descritas as áreas de atividade de intervenção do enfermeiro especialista em ESMOG, que abrangem o cuidado à mulher inserida na família e comunidade, no âmbito do planeamento familiar e período pré-concepcional, durante o período pré-natal, trabalho de parto, período pós-natal, climatério e a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica. Concomitantemente, não foram descuradas as competências comuns do Enfermeiro Especialista emanadas pela OE (2010a), que se constituem como um referencial básico da profissão, abrangendo desde a responsabilidade ética, legal e profissional, até à gestão dos cuidados e desenvolvimento profissional, passando pela melhoria contínua da qualidade dos cuidados especializados em saúde materna e obstetrícia.

Outro objetivo traçado para o ENP foi o aprofundamento de uma área específica do conhecimento. Assim sendo, tendo em conta que se vivenciou, ao longo de estágios anteriores, episódios de gravidez na adolescência e que esta era uma temática já de interesse ao longo do percurso académico, a área de conhecimento surgiu com naturalidade.

Existindo a necessidade de cumprir os números estabelecidos pelas diretivas da CEE e pela OE, nomeadamente o número de experiências na assistência à mulher e família durante o período pré-natal e trabalho de parto, a opção passou por realizar o estágio, em contexto de cuidados hospitalares, especificamente em Sala de Partos, e em contexto de Cuidados de Saúde Primários.

A decisão pelos locais de estágio acabou por ser a concretização de uma ponderação sobre as áreas onde se pretendia maior investimento. Apesar de toda a aprendizagem realizada, da partilha de ideias e de áreas de interesse e das experiências vivenciadas nos contextos anteriores, este estágio foi um período longo de aprendizagem que permitiu diminuir muitos dos “espaços em branco”, embora parte deles só serão preenchidos ao longo de toda a vida profissional. Neste contexto, sentiu-se que era no domínio do cuidado à mulher inserida na família e comunidade, durante o trabalho de parto, que se necessitava de maior tempo de estágio para conseguir alcançar competências necessárias ao exercício de Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia e Ginecológica responsável, qualificada, dinâmica e com autoconfiança.

A preferência para a realização da primeira parte do ENP no Hospital de Braga, passou pela proximidade do local de trabalho e pela possibilidade de conhecer outro contexto da prática de cuidados especializados em saúde materna e obstetrícia. Não pode ser descurado o facto de que a preparação para o exercício de enfermagem advém, também, da observação de diferentes modelos de prestação de cuidados ao longo do período de formação. A diversidade de experiências proporcionadas por uma nova equipa, novas instalações, novos métodos de trabalho teve um peso significativo na escolha.

No que concerne à prestação de cuidados especializados à mulher inserida na família e comunidade, também se evidenciava necessidade de aprendizagem, nomeadamente no desenvolvimento de competências no âmbito do planeamento familiar, período pré-concepcional e período pré-natal. Assim sendo, optou-se por realizar outra parte do estágio nos CSP. Esta opção, numa segunda fase, surgiu estrategicamente por se acreditar que se teria uma melhor preparação e maior consciência das necessidades de intervenção junto da mulher, com outra visão sobre o ciclo gravídico e com a bagagem das experiências adquiridas na etapa anterior deste estágio.

Para a segunda fase do estágio, a proposta passou pela Unidade de Saúde Familiar (USF) AF, pelo facto de ser próximo, também, do local de trabalho efetivo e por se conhecer esse campo de estágio. O facto de ter esse conhecimento do local permitiu ultrapassar a fase de integração com mais facilidade e, assim, rentabilizar de forma mais

eficiente o tempo disponível no terreno. Realiza-se, de seguida, uma reflexão sobre os pressupostos teóricos que fomentaram a prática de cuidados especializados de SMO e, posteriormente, caracteriza-se o contexto do ENP, realizando-se uma descrição de cada contexto onde se realizou o estágio.

1.1 Pressupostos Teóricos à Prática de Cuidados

Torna-se importante enunciar, no presente relatório, algumas considerações em relação às teorias e modelos de enfermagem utilizados ao longo do estágio como orientadores da prática. Assim, fruto da análise de algumas das teorias de Enfermagem, identifica-se, de forma mais marcada: a Teoria de Cuidado Transpessoal (Watson, 2002), aludindo para uma dimensão holística do utente, muito além da dimensão do conhecimento técnico e científico; a Teoria da Consecução do Papel Maternal de Mercer (2004), que, muito específica na área da SMO, sustenta a importância das questões de preparação para o processo de transformação que é tornar-se mãe, considerando os cuidados de saúde e de enfermagem, como uma resposta construtiva no processo de parentalidade e de educação da criança; a Teoria das Transições, defendida por Meleis (2010), que apoia na compreensão das vivências de todo o processo de transição para a parentalidade.

A influência das diferentes teorias de enfermagem foi importante para a criação de modelos e princípios orientadores próprios para a prática, ao longo de todo o percurso de estágio, e caminhar para a reconstrução da identidade profissional e que se passam a desenvolver.

O processo de ser mãe/pai é sinónimo de novas responsabilidades e implica mudanças e alterações a vários níveis. Há que enfrentar novas rotinas, expectativas, novos conhecimentos, gerir recursos, providenciar medidas de apoio/suporte, gerir novas emoções, desenvolver autonomia e a capacidade de observação e decisão e reformular as suas relações familiares e sociais. Essas mudanças são, na perspectiva de Meleis (2010), consideradas como uma transição.

Segundo a mesma autora, a transição é definida como uma passagem ou um processo que ocorre ao longo do tempo e engloba o desenvolvimento, fluxo e circulação de um estado, condição ou local para outro, podendo ser fatores precipitantes deste processo as alterações de vida, saúde, relações, o diagnóstico de doença, a gravidez, o parto, a

menopausa, o envelhecimento, a adolescência e a parentalidade, entre outros. Refere, ainda, que as transições implicam profundas mudanças de papéis, relacionamentos, habilidades, comportamentos, personalidade, podendo estas ter efeitos negativos na vida do indivíduo que a vivencia, bem como, na de pessoas próximas/significativas. Estas mudanças podem gerar instabilidade e produzir efeitos e alterações passageiras ou permanentes, deixando mesmo marcas no indivíduo, exigindo deste a utilização de mecanismos ou recursos de suporte para enfrentar e se adaptar à nova condição, visando a resolução de desajustes, conflitos, desorganização ou desarmonia (Meleis 1997 citado em Machado; Zagonel,2003).

De acordo com Meleis et al. (2000), as transições podem caracterizar-se, tendo em conta os tipos, propriedades, condições facilitadoras e inibidoras, padrões de resposta e indicadores de resultado do sucesso da transição. Podem ser consideradas de três tipos: transição desenvolvimental (associada a etapas do desenvolvimento), transição de saúde e doença (em que a mudança resulta da transição de um estado de saúde para um de doença aguda/crônica) e transição situacional (relacionada com situações inesperadas, como o nascimento ou a morte). Esta última transição é claramente, de entre os três tipos de transição, a que maior importância detém, na medida em que incorpora a transição associada à parentalidade.

Machado (2004), acrescenta que a transição desenvolvimental ocorre nas diferentes fases da vida desde o nascimento até à morte, enquanto a transição situacional inclui os eventos esperados, ou não, que ocorrem durante a vida da pessoa e que exigem o confronto e a adaptação. Refere ainda que a transição situacional inclui situações como a adição ou perda de um membro da família, por nascimento ou morte, que exige uma definição ou redefinição dos papéis. Relativamente às propriedades essenciais da transição, há a considerar a consciencialização, o envolvimento, a mudança, a duração e eventos/pontos críticos. A consciencialização está relacionada com a perceção, com o conhecimento e reconhecimento que o indivíduo tem da experiência de transição. O envolvimento relaciona-se com o interesse expresso que o indivíduo tem da experiência de transição. Os indicadores do grau de envolvimento incluem a procura de informação relacionada com a experiência vivenciada, a qual poderá gerar modificação de comportamentos. O nível de consciência/conhecimento influencia o nível de envolvimento, pelo que o envolvimento da pessoa consciente das mudanças físicas, emocionais, sociais ou ambientais difere do da pessoa não consciente de tais alterações. As transições têm como causa um ou vários eventos críticos, sendo que, cada um merece especial atenção por poder ser causador de vulnerabilidade na pessoa (Meleis et al., 2000).

De acordo com a mesma autora, os indicadores de uma transição saudável incluem bem-estar, relatado pela pessoa que vivencia o processo de transição e pela capacidade de ter o comportamento exigido perante a situação e bem-estar nos relacionamentos interpessoais. Porém, visto que todas as transições são marcadas pela subjetividade de quem as vivencia, a determinação do término dessa situação é flexível e variável, dependendo do tipo de mudança e evento causador da transição, bem como da natureza e dos padrões de transição. Uma transição saudável é determinada pela medida em que os indivíduos demonstram o domínio das competências e comportamentos necessários para gerir as suas novas situações. Refere, ainda que para entender um processo de transição, é necessário descobrir e descrever os efeitos e significados das mudanças quanto à natureza, duração, importância ou gravidade atribuída e expectativas pessoais, familiares e sociais. No seguimento, acrescenta outras condições que influenciam a experiência da transição como o nível de conhecimento; ambiente (suporte social, familiar e institucional); nível de planeamento (inclui a identificação das necessidades e problemas futuros) e bem-estar emocional e psicológico. Todos esses fatores merecem ser equacionados, tendo sempre em conta que todas estas dimensões são experiências subjetivas e únicas.

Ainda na perspectiva de Meleis (2010), considera-se que a superação de uma transição implica sempre a aquisição de maior maturidade e estabilidade em relação à condição anterior.

O uso da teoria das transições, como teoria explicativa de uma variedade de fenómenos de enfermagem, tem vindo a ganhar força na comunidade científica. A sua importância, de resto, pode ser testemunhada por Meleis et al. (2000), onde descreve a abordagem a quatro fenómenos tão diversos como a parentalidade, a menopausa, a imigração ou o papel de prestador de cuidados, usando precisamente a teoria das transições. Assume-se ainda que independentemente do tipo de transição, o enfermeiro assume um papel fundamental na avaliação da resposta humana a essa mesma etapa, nomeadamente na construção do processo de enfermagem, através da formulação de diagnósticos de enfermagem a partir das necessidades identificadas (Meleis, 2010).

Assim, conhecer e compreender o significado das transições torna-se fundamental em várias áreas do conhecimento, nomeadamente, no da enfermagem de SMO por viabilizar uma prestação de cuidados humanizados e mais adequados às necessidades da mulher/ família. Considera-se, desta forma, que o modelo de Meleis foi um elemento fundamental na bagagem de conhecimentos para o estágio, pois diariamente se lidou com a vivência de um importante processo de transição: a transição para a parentalidade.

A complexidade do fenómeno da transição para a parentalidade já era conhecida por Rubin (citado em Mercer, 2004), professor de Mercer, ao incentivar os enfermeiros a olharem este fenómeno para além da perspectiva fisiológica de transição para a parentalidade. Mercer (1981,1985) prossegue os estudos de Rubin, dentro do papel maternal, adaptando as teorias de Thornton e Nardi (citado em Mercer, 2004) sobre as dinâmicas de aquisição de papéis aos seus trabalhos sobre o papel maternal. Neste sentido, Mercer (1981,1985) define quatro fases na consecução do papel maternal: fase antecipatória, fase formal, fase informal e fase pessoal. Na fase antecipatória, correspondente à fase da gravidez, a mãe adapta-se psicologicamente ao papel de ser mãe; após o momento do parto, a mãe transita para a fase formal, em que obedece estritamente aos conselhos e às informações que lhe são dadas; na fase informal a mãe adquire a capacidade de refletir sobre os conselhos que lhe são transmitidos e realiza o seu próprio juízo sobre estes, adaptando-os ao seu conceito de papel maternal; finalmente, na fase pessoal, existe um sentido de harmonia e segurança no desempenho do papel tal como uma ligação profunda à criança e a mãe sente a sua maternidade como validada pela sua rede social.

Estudos posteriores, levaram Mercer (2004) a rever a sua teoria da consecução do papel maternal. Neste sentido, a referida autora propõe a substituição do termo “consecução do papel maternal” por “tornar-se mãe”. Na base desta permuta está a perceção da autora de uma evolução do papel maternal com a argumentação que a maioria das mães (64%) atingem a identidade maternal aos quatro meses após o parto. Embora este comportamento atinja um pico de satisfação com a maternidade aos quatros meses, as mães parecem mostrar-se menos competentes e menos satisfeitas entre os oito e os doze meses de maternidade. Aos oito meses, os dados recolhidos nas entrevistas da autora, demonstram um confronto entre as necessidades crescentes da criança para com a mãe, a sua crescente exploração do mundo e conseqüente aumento dos riscos das suas atitudes e a necessidade da mãe de voltar ao papel de esposa, profissional e de mulher. Tal como Mercer (2004) concluiu, a mãe continua a desenvolver o seu papel à medida que os desafios do desenvolvimento da criança vão surgindo e à medida que as realidades do quotidiano a levam a refletir nos seus sentimentos de competência e autoconfiança.

Jean Watson representou ao longo do estágio uma outra referência relevante, e que merece ser sublinhada, através da sua Teoria do Cuidado Transpessoal. Nascida nos Estados Unidos e com uma longa carreira académica, esta teórica de Enfermagem tornou-se uma autora incontornável desta ciência através da sua “Teoria do Cuidar”. Na base da

sua perspectiva sobre a Enfermagem está uma rejeição do modelo meramente biomédico, dando ênfase a uma abordagem holística e humana do cuidado de enfermagem, ao considerar que “*a função da enfermagem na ciência, assim como na sociedade, é cuidar da totalidade da personalidade humana*” (Watson, 2002, p.54).

Na primeira edição do seu trabalho “*Theoretical Perspectives of Caring*” (1979), Watson descreve aqueles que, na sua perspectiva, são dez os pressupostos do cuidado. Mais tarde, viria a condensar estes pressupostos em apenas sete: o cuidado só pode ser demonstrado e praticado interpessoalmente; deve consistir nos fatores que resultam da satisfação de certas necessidades humanas; para ser efetivo deve promover a saúde e o crescimento pessoal ou familiar; as respostas do cuidado aceitam a pessoa não apenas pelo que é mas, pelo que poderá vir a ser; o ambiente do cuidado é aquele que desenvolve o potencial, ao mesmo tempo, que permite a escolha do que ele ou ela pretendem ser; o cuidado é mais promotor da saúde do que a cura, o cuidado deve integrar conhecimento biofísico, assim como do comportamento humano, de forma a promover a saúde; e por último, cuidar é a essência da enfermagem e o foco mais central e unificador da prática da enfermagem.

A mesma autora (Watson, 1979) enquadra, ainda, os fatores essenciais do cuidar, que esta designa como fatores caritativos. Se os pressupostos colocam a ênfase na importância do cuidar na saúde e na enfermagem, os fatores caritativos expõem as características essenciais que constituem o cuidar. Assim, esta considera os seguintes fatores caritativos: a formação de um sistema de valores humanísticos-altruístas; a instilação de fé-esperança; o cultivo da sensibilidade em si e nos outros; o desenvolvimento de uma relação de ajuda-confiança; a promoção e aceitação da expressão de sentimentos positivos e negativos; o uso sistemático de um método científico de resolução de problemas na tomada de decisão; a promoção do ensino-aprendizagem transpessoal; a oferta de um envolvimento protetor, sustentador e/ou mental, físico, sociocultural, e espiritualmente corretivo; a assistência com gratificação às necessidades humanas; e, finalmente, a aceitação das forças fenomenológicas-existenciais.

Posteriormente, em 2002, a concepção teórica de Watson transita de fatores caritativos para processos caritativos, numa mudança que não se resume apenas à nomenclatura, mas que transmite então, um sentido evolutivo ao cuidado. Segundo a própria autora, estes fatores transitam de uma Enfermagem essencial e não científica, para processos de uma nova ciência de Enfermagem.

Se existe, porém, uma característica que se realça numa perspetiva superficial da evolução da construção teórica de Watson, ao longo das décadas, é a coerência. Essa coerência é demonstrada pela importância atribuída à pessoa como um todo, ao assumir que “*a pessoa possui três esferas do ser – mente, corpo e alma*” (2002, p.97), e também pela importância atribuída ao cuidar na enfermagem, tal como o seu último pressuposto enuncia “*Cuidar é a essência da enfermagem e o foco mais central e unificador da prática da enfermagem*” (2002, p.62). É na fusão entre estes dois pontos que Watson discorre, ao longo dos seus diferentes trabalhos, numa dialética, em muitos momentos, sedutora e envolvente que a colocou entre uma das teóricas mais relevantes da enfermagem.

Se a teoria do cuidado transpessoal não foi construída sobre uma reflexão específica da saúde materna, como acontece com a teoria da consecução do papel maternal, podem ainda assim encontrar-se diversos pontos de grande relevância para a prática do enfermeiro especialista em SMO. Desde logo, Watson defende que o cuidado de enfermagem é mais promotor da saúde do que a cura, algo que está na génese do cuidado especializado em Saúde Materna e Obstétrica. A perspetiva de que ser mãe e ser pai é um processo fisiológico e não patológico implica uma preponderância do cuidado salutogénico, defende assim, que o cuidado deve promover o crescimento pessoal e familiar.

1.2 Caracterização do Contexto do Estágio de Natureza Profissional

Para melhor conhecimento e compreensão dos contextos de práticas de cuidados onde decorreu o ENP, passa-se a uma breve caracterização dos mesmos com a abordagem à missão, gestão e prestação de cuidados. Apresenta-se a caracterização dos contextos onde decorreu o ENP.

1.2.1 Contexto da prestação de cuidados na sala de partos do Hospital de Braga

A primeira parte do ENP realizou-se no Hospital de Braga. Este hospital é administrado pelo Grupo Mello Saúde, sendo o primeiro do norte do país, de entre os hospitais da rede pública a ser gerido por uma entidade privada. Este hospital ocupa agora

uma posição sobranceira à cidade ao invés da anterior centralidade, que caracterizava o Hospital de São Marcos.

Ainda que seja uma particularidade na rede do SNS, o hospital assume como missão e valores exatamente os mesmos que qualquer hospital gerido diretamente pelo Estado. O Hospital de Braga tem como missão principal *“promover a prestação de serviços de saúde com os mais elevados níveis de conhecimento, respeitando o primado da vida e o ambiente, através do desenvolvimento do capital intelectual das organizações, numa busca permanente do melhor”*. A instituição evidencia ainda a missão de *“promover a saúde, prevenir e combater a doença, colaborando no ensino e na investigação científica”*, como Hospital de ensino universitário que constitui. Quer pela dimensão quer pela importância da região que serve aponta, também, como missão *“assegurar a disponibilidade do Serviço de Urgência 24h por dia”* e, como hospital de referência para a Região do Minho, preconiza a prestação de todos os cuidados de saúde necessários de que essa população venha a carecer. O Hospital destaca ainda a realização de *“ações paliativas aos utentes em regime de internamento, formando e mantendo uma equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos”* (Hospital de Braga, s.d.).

No que concerne aos valores norteadores da organização, sublinham-se valores como *“o respeito pela dignidade e bem-estar da pessoa, o desenvolvimento humano, a competência, a inovação e a responsabilidade”* (Hospital de Braga, s.d.).

De acordo com a natureza das suas responsabilidades e quadro de valências exercidas, e o seu posicionamento da rede hospitalar, o Hospital de Braga está classificado como um Hospital do grupo II. Neste sentido, este Hospital, para além do distrito de Braga, serve como referência para toda a região do Minho e uma parte significativa da região de Trás-os-Montes e Alto Douro. Assim, está dotado da maior oferta de cuidados de saúde da região minhota, incorporando na sua oferta especialidades que vão da medicina interna à neurocirurgia ou da dermatovenerologia à cirurgia maxilofacial. Segundo os últimos dados disponibilizados pelo Hospital de Braga, que são relativos ao ano de 2012, ocorreram 2796 partos, numa média superior a sete partos diários (Hospital de Braga, s.d.).

O departamento de obstetrícia do Hospital de Braga é constituído por cinco valências: a consulta de obstetrícia, o serviço de urgência de obstetrícia/ginecologia, a sala de partos, o internamento de puerpério e o internamento de grávidas (patologia materno-fetal ou gravidez de risco). A admissão da grávida realiza-se pelo serviço de urgência geral, onde é encaminhada para o serviço de urgência de obstetrícia. Após avaliação da equipa

médica e do EESMO, a parturiente pode ser encaminhada para o bloco de partos ou para o internamento de grávidas, dependendo da fase do trabalho de parto estabelecida.

O serviço de bloco de partos está dotado de uma área física dividida em oito salas de partos, um bloco operatório para cesarianas urgentes, sala de recepção ao recém-nascido (vindos do bloco operatório), uma sala de recobro, dois gabinetes médicos e uma sala de enfermagem. Para além de divisões de apoio logístico como a rouparia, sala de sujios, sala de espera dos acompanhantes das parturientes ou a secretaria de unidade. Próximo do bloco de partos, encontram-se os serviços de urgência ginecológica e obstétrica, de onde provém as grávidas admitidas na sala de partos, e o serviço de Neonatologia com Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais. Estes dois serviços são adjacentes à sala de partos, possuindo uma entrada direta no serviço, favorecendo assim uma atuação mais rápida e eficaz em situações de emergência.

Relativamente ao espaço físico, o serviço apresenta áreas amplas e cada unidade de parto tem casa de banho individual. No que concerne aos equipamentos disponíveis, constata-se que estes são recentes e atualizados. Isto reflete, sem dúvida, o facto de este ser um hospital com menos de três anos. Outra particularidade que o caracteriza é o facto de o convivente significativo da parturiente poder estar sempre presente, quer no período antes do parto, mesmo que necessite de ficar internada durante a gravidez, quer no período pós-parto, contributo este considerado relevante, uma vez que promove a vinculação precoce e a interação da tríade.

Em relação aos recursos humanos, a distribuição da sala de partos é de três enfermeiros no turno diurno e dois enfermeiros no turno noturno. No turno da noite o enfermeiro do serviço de urgência dá apoio à sala de partos. Quanto aos assistentes operacionais, são sempre dois em todos os turnos. Em relação à equipa médica, estão escalados três médicos obstetras de urgência a dar apoio à sala de partos, assim como um médico anestesiologista destacado durante 24h, que realiza a analgesia por epidural às grávidas que o desejem. No que se refere ao serviço de Neonatologia, a sala de partos conta com dois pediatras de apoio permanente.

No que diz respeito à dinâmica do serviço, há que salientar a organização e a eficiente relação e articulação profissional entre as equipas multidisciplinares de todos os serviços envolvidos. Em relação, especificamente, à sala de partos, as parturientes admitidas eram provenientes do serviço de urgência ou do internamento. Em qualquer das circunstâncias, vinham sempre acompanhadas por um EESMO de um destes serviços. À chegada ao serviço, a grávida e acompanhante eram orientados para a sua sala de parto,

onde lhes eram facultadas informações sobre o funcionamento do serviço e onde era realizada a avaliação inicial da utente. Neste momento de anamnese, eram visíveis os esforços do EESMO em conhecer as expectativas do casal e, posteriormente, em planear as intervenções consoante as necessidades identificadas. Toda a atividade do enfermeiro especialista era independente, em situações de baixo risco. Estes eram responsáveis por identificar e monitorizar o risco materno fetal durante o trabalho de parto (TP), assim como os desvios ao padrão normal. De forma genérica, as suas competências passavam pela conceção, planeamento e implementação de intervenções adequadas ao trabalho de parto, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação. As intervenções implementadas eram sistematicamente avaliadas e adaptadas às necessidades da grávida e convivente significativo e realizados os respetivos registos. Os registos realizavam-se através do sistema informático Glinntt®, sistema este que utiliza a linguagem de classificação internacional para a prática de enfermagem.

Relativamente à metodologia científica de trabalho, vigora o modelo de individualização dos cuidados de enfermagem, dado que cada enfermeiro especialista era responsável dos cuidados a um máximo de três parturientes/convivente significativo.

1.2.2 Contexto da prestação de cuidados na Unidade de Saúde Familiar AF

O estágio foi desenvolvido, ainda, em contexto de CSP, mais concretamente na USF AF. A USF AF iniciou a sua atividade a 20 de Julho de 2009, mas só em Fevereiro de 2011 passou a USF Modelo B, com respetiva autonomia administrativa.

Em termos geográficos, a USF dá resposta às necessidades das populações de nove freguesias do concelho de Barcelos e de uma freguesia do concelho de Esposende estando assim incluída no ACES Cávado III – Barcelos/Esposende. As diferentes freguesias encontram-se fracionadas pelas diferentes enfermeiras da unidade, sendo a enfermeira orientadora do ENP responsável pela freguesia de Vila Seca. A USF dá assim resposta a uma população total de 11388 inscritos, cerca de 49% do sexo masculino e 51% do sexo feminino.

A consulta do guia de integração para profissionais em integração na USF AF, facilitou a compreensão da missão e valores da instituição. A referida USF tem como

missão “*a prestação de cuidados de saúde personalizados à população nela inscrita, garantindo a acessibilidade, a globalidade, a qualidade e a continuidade dos mesmos*”. Os valores com que a instituição conta para atingir a sua missão assentam na “*autonomia, cooperação, solidariedade, conciliação, articulação e na gestão participativa*”.

No que respeita aos serviços prestados à população, a USF Alcaides de Faria proporciona resposta às situações agudas da população, com marcação de consulta dentro das 24H seguintes à solicitação. Simultaneamente, a unidade proporciona consultas programadas de Saúde Infantil, Juvenil e Materna, Planeamento Familiar e Idoso e para grupos de risco.

A equipa da USF AF é constituída por um grupo de 6 enfermeiras, 6 médicos e 5 administrativos. Da equipa de enfermagem existe apenas uma EESMO.

Na referida USF vigora o modelo de cuidados de enfermagem à família e, neste contexto, apesar de se reconhecer muitas vantagens neste modelo, nomeadamente o acompanhamento das famílias pelo mesmo profissional, em que o enfermeiro acaba por conter um conhecimento profundo sobre cada contexto familiar, entende-se que este modelo não potencia as habilidades do EESMO, na medida em que só as famílias que lhe estão atribuídas acabam por receber cuidados diferenciados a este nível. No entanto, é visível a articulação e colaboração de todos os profissionais desta unidade na partilha dos seus saberes, em detrimento da qualidade dos cuidados prestados a todos os utentes.

2. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

2.1 Prestação e gestão de cuidados de enfermagem especializados à mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto.

A primeira parte do ENP realizou-se no serviço de bloco de partos do hospital de Braga, ao longo de 20 semanas, local já descrito anteriormente. Apesar de não se conhecer a realidade deste serviço, foi sempre um local que suscitou interesse, por se tratar de um hospital de grandes dimensões, com a possibilidade de um maior número de oportunidades de aprendizagem. A opção por este local de estágio justificou-se também pela necessidade de completar os requisitos estabelecidos pela Ordem dos Enfermeiros e Comunidade Económica Europeia, nomeadamente na vigilância e prestação de cuidados a, pelo menos, 40 parturientes; na realização de 40 partos eutócicos; na vigilância e prestação de cuidados a 100 puérperas e RN saudáveis.

Tal como foi referido anteriormente, as grávidas/convivente significativo chegadas à sala de partos provinham do serviço de urgência ou do internamento. Aquando da sua instalação na sala de parto correspondente, era apresentada à grávida e convivente significativo a unidade de parto, assim como o restante serviço. Neste ponto, tornou-se importante recordar que as unidades de parto estavam preparadas para acolher também o convivente significativo, pois o hospital em causa permitia a permanência deste durante toda a estadia da grávida no hospital. O momento da admissão era então aproveitado para estabelecer um diálogo com o casal e, ao longo deste, ia-se recolhendo dados relativos à sua história pessoal e familiar e da gravidez, nomeadamente os conhecimentos presentes, as expectativas para o momento do parto e as crenças religiosas. Aqui era explorado o desejo do casal quanto à presença e participação do convivente no momento do parto, assim como as expectativas presentes para o momento do nascimento. Nesse momento, eram avaliados os seus conhecimentos sobre esta última temática e, na ausência destes, era proporcionada toda a informação necessária para uma tomada de decisão consciente.

Neste primeiro contacto com a grávida e convivente, procurou-se estabelecer uma relação de empatia e cumplicidade e corresponder às expectativas do casal, minimizando a

insegurança e ansiedade presentes, de forma a promover um ambiente tranquilizador e de confiança. A anamnese era realizada da forma mais completa possível, tentando integrar-se os dados disponibilizados pelo casal, os dados do boletim de grávida e do próprio processo clínico.

Através da vasta experiência do enfermeiro orientador, surgiu a oportunidade de conhecer outras vertentes do atendimento ao parto hospitalar, particularmente situações de uma assistência de cuidados mais próximos à naturalização do parto. Esta forma de intervenção vai de encontro às propostas da OMS (1985), ou seja, o conjunto de opções tomadas surgem como medidas humanizadoras, mais adequadas à fisiologia do parto, menos agressivas e mais naturais. Assim reforça Davis-Floyd (1992 citado em Tornquist, 2002, p.484), *“o parto, ao contrário do que se postula na versão medicalizada, não é um evento patológico, mas sim existencial e social, vinculado à sexualidade da mulher e à vida da família”*, muitas vezes introduz-se no parto hospitalar *“procedimentos não naturais que afastam tanto a mulher como o bebé da sua suposta natureza, destituindo-os dos seus direitos à vida e à boa saúde”*. Deve-se referir que, mesmo dando conhecimento aos casais das alternativas para um trabalho de parto mais natural, muitos acabaram por preferir medidas que antecipssem o momento do nascimento. Nem todos se mostraram disponíveis para ouvir e discutir as alternativas, a própria ansiedade incitou alguma impaciência. Segundo Tornquist (2002, p.490), *“as mulheres foram expropriadas dos seus saberes, do seu trabalho como parteira e dos poderes no campo da parturição”*, recuperar esses saberes é fundamental, mas passa sobretudo por uma adesão mais significativa à preparação para o parto no casal, para uma decisão informada. Ao longo do estágio, verificou-se que há ainda um número relativamente elevado de casais que não frequentam nenhum programa de preparação para o parto e parentalidade. Frequentemente, encontrou-se a justificação da carência de tempo para frequentar as sessões do programa. Deve reconhecer-se que é visível ao nível do conhecimento e, conseqüentemente, do comportamento durante as diferentes fases do trabalho de parto (TP), entre as mulheres que tinham frequentado e as que não tinham frequentado as sessões de preparação para o parto e parentalidade. Pensa-se que a abordagem passa por promover a adesão das grávidas e pessoa significativa ao seu plano de parto, fazer com que estas adquiram conhecimentos, para decidirem mais tarde por determinado leque de opções. Acredita-se que muitas futuras mães não consigam de facto estar presentes nestas sessões e, nesses casos, as consultas pré-natais devem proporcionar, igualmente, momentos para as dotar de conhecimentos. Por outro lado, assiste-se a uma descrença em relação às vantagens da preparação para o parto. Os casais

devem ser informados que, se durante a gravidez tiverem uma informação adequada, familiarizando-se com o momento do parto, é muito possível que desapareçam os receios, favorecendo uma atitude de colaboração, que facilitará todo o processo. Deve ser bem manifesto aos casais que a preparação para o parto e para a parentalidade vai contribuir para a adequação das suas atitudes durante todos os processos, podendo estes colaborar ativa e eficazmente no momento do nascimento.

Após a realização da avaliação inicial, passava-se à execução do plano de cuidados da parturiente e convivente significativo. É de notar, que nenhum casal trouxe um plano de parto definido, no entanto, tentou-se conhecer as expectativas e desejos presentes e analisar de que forma alguns deles poderiam ser colocados em prática. Esta fase do planeamento de cuidados, era documentada através do sistema informático Glintt®. Apesar de ser um sistema totalmente desconhecido, o seu manuseamento revelou-se acessível e intuitivo, facilitando a sua adaptação. Ao longo da permanência no serviço, aperfeiçoou-se a capacidade da constante atualização do plano de cuidados. Pois a sala de partos é um contexto de prestação de cuidados peculiar, onde o planeamento das intervenções pode, em poucos minutos, ser alterado, dada a necessidade de responder e atuar rapidamente como, por exemplo, numa situação de chegada de uma grávida do exterior, já em período expulsivo. Se por um lado, para alguém com inexperiência, isso se tornou num fator bloqueador da ação, por outro lado, também deve ser reconhecido que a colocou à prova e causou um turbilhão de emoções que promoveram o desenvolvimento de competências sensoriais emocionais e técnicas. Reconhece-se que não foram competências fáceis de adquirir, pese embora tivesse presente o plano de cuidados mental, muitas vezes a ausência de tempo para delinear esse mesmo plano, executar e avaliar as ações, associada a toda a movimentação da sala de partos, revelou-se mais difícil de concretizar.

Após a admissão da parturiente, era realizada a avaliação do estágio de TP em que se encontrava e, posteriormente, a prestação de cuidados era adaptada à fase identificada. A generalidade das parturientes que chegavam à sala de partos, encontravam-se no primeiro estágio do TP. Este estágio designa-se como o período desde que se estabelecem contrações uterinas regulares até à dilatação completa do colo (Graça, 2010). Friedman (1978), dividiu este estágio em duas fases: fase latente e fase ativa do TP. Este autor considera que a fase latente do TP inicia-se com o estabelecimento das contrações regulares até à extinção do colo com 3 cm de dilatação. A interpretação do toque vaginal e a consequente determinação da evolução do TP foi uma competência adquirida durante o estágio. Este momento do toque vaginal revelou-se, também, útil para uma primeira determinação da adequação da

estrutura pélvica em relação ao feto, identificando-se alguns sinais de incompatibilidade ou de dúvida na compatibilidade pélvica com a progressão fetal.

Após a determinação da fase do TP, realizou-se a avaliação do bem-estar fetal através do registo cardiotocográfico. Relativamente à monitorização cardiotocográfica contínua intraparto, o seu uso não é consensual entre a literatura, no entanto, é indiscutível a sua utilidade na prevenção do “sofrimento fetal”, na condução do tratamento das suas causas e, conseqüentemente, no evitar da morte fetal (Graça, 2010). Na prática dos cuidados, esta monitorização foi realizada de forma intermitente, dando-se a oportunidade à parturiente para deambular ou relaxar, nos casos em que o registo cardiotocográfico era tranquilizador. Deve realçar-se que, na aquisição desta competência técnica, esperava-se uma maior dificuldade do que se veio a evidenciar. Neste contexto, teve-se a oportunidade de observar vários tipos de registos cardiotocográficos (pouca ou muita variabilidade, desacelerações precoces e tardias, bradicardias e taquicardias fetais), embora não se tenha observado o registo cardiotocográfico sinusoidal. Neste ponto, destaca-se a vantagem da avançada tecnologia proporcionada neste serviço. Na sala de enfermagem existia um plasma que transmitia os registos cardiotocográficos em curso, e realizados às parturientes de todas as unidades de parto do serviço, que permitia uma vigilância muito mais apertada de todos os registos cardiotocográficos e, concludentemente, uma resposta mais impetuosa a cada situação. Durante o estágio foi-se ainda adquirindo a capacidade de relacionar a leitura do registo cardiotocográfico como um sinal de reação aos fármacos para efeito da indução /aceleração do trabalho de parto.

Na fase latente do TP, começava-se por integrar o convivente em todo o processo, explicava-se as fases que se seguiam, removiam-se as dúvidas e receios, trabalhando técnicas de relaxamento e respiração. A colaboração do convivente contribuía, muitas vezes para a redução dos níveis de ansiedade da parturiente e para o aumento da sua concentração em todo o processo de relaxamento. Neste período, a mulher foi encorajada a adotar as posições que considerava mais confortáveis e foi negociado com esta a possibilidade de caminhar, estar sentada e relaxar através de um banho de água quente.

Apesar de todas as técnicas existentes que podem contribuir para a diminuição dos níveis de dor da parturiente, o desconforto e a dor revelaram-se, por vezes, fatores difíceis de controlar. Nesses casos, houve a necessidade de administração de medicação analgésica por via endovenosa ou intramuscular, segundo prescrição médica.

No que se refere ao fenómeno da dor, no bloco de partos, como um sinal vital que é, estava padronizada a sua monitorização em todos os turnos. Dependendo da fase do TP

que se encontrava a parturiente, a analgesia epidural era outra alternativa disponibilizada à mulher para o alívio sintomático da sua dor. Relativamente a este fenómeno, passou também por proporcionar à parturiente o maior leque possível de alternativas para o alívio da dor, garantindo um parto o mais naturalizado possível. No entanto, o que se constata é que esta prática da desmedicalização do parto, ainda, não está bem determinada. Se por um lado, existem profissionais que tentam tornar o parto num momento o mais natural possível e dão à parturiente a liberdade total para participar em cada decisão, existem outros que acabam por instigar a utilização da anestesia epidural. A cada profissional cabe facultar à parturiente a informação sobre os meios disponíveis, assim como as suas vantagens e desvantagens, para que esta possa decidir. A mulher tem todo o direito de ter um trabalho de parto digno e com controlo da dor. Não existe nenhuma evidência de que a dor de parto seja benéfica para a parturiente/feto, pelo contrário, existem estudos que afirmam que o stresse, a ansiedade e a dor podem prejudicar a evolução do trabalho de parto (Graça, 2010).

Após a decisão da parturiente, a técnica de analgesia epidural era realizada na fase ativa do trabalho de parto. Segundo alguns estudos, existe controvérsia acerca dos efeitos da analgesia loco-regional na progressão do trabalho de parto. Norris (1999), defende que a analgesia quando aplicada precocemente, antes dos 2cm de dilatação, conduz a um prolongamento do TP. Já Brazão (In Graça, 2010, p.361), sustenta que *“a anestesia epidural pode iniciar-se desde que as contrações sejam regulares e dolorosas, tendo o cuidado de utilizar concentrações baixas de analgésicos e, de preferência, associando-se narcóticos”*.

Dentro deste campo, através da experiência vivida, pode afirmar-se que este método de alívio da dor ofereceu vantagens no decorrer do TP, nomeadamente na oportunidade de colaboração da parturiente no TP, parto, correção da episiotomia ou laceração.

Assim, foi possível adquirir outra competência específica do enfermeiro especialista em SMO, através da cooperação com o médico anestesista, na implementação de algumas das intervenções de promoção, prevenção e controlo da dor (OE, 2010b).

A execução da técnica de amniotomia foi outra competência adquirida durante o estágio. Esta foi utilizada, principalmente, em situações em que a dilatação cervical uterina deixou de progredir favoravelmente, com o objetivo de estímulo do TP ou quando se pretendia confirmar a possível presença de mecónio, em caso de sinal de alterações do bem-estar fetal. O procedimento foi realizado tendo sempre em conta os riscos associados à técnica. Para tal, teve-se em consideração que a apresentação fetal se encontrava no III plano de Hodge, de forma a evitar o prolapso do cordão. Quando era realizada a amniotomia

mantinha-se a vigilância do bem-estar fetal e, tendo em conta o risco de infecção associado à aplicação da técnica, a temperatura da parturiente era avaliada recorrentemente (Lowdermilk & Perry, 2008). Após a rutura de membranas, procedia-se a uma avaliação das características do líquido amniótico no que respeita à cor, odor, quantidade e consistência e respetivo registo.

É de salientar, que em todos os cuidados prestados obteve-se previamente o consentimento informado da parturiente e convivente significativo, assegurando uma decisão informada.

Após a fase ativa, inicia-se o segundo estágio do TP – o período expulsivo, período que começa com a dilatação cervical completa e termina com a expulsão do feto. O período expulsivo corresponde ao momento que mais preencheu o imaginário pessoal, desde que se iniciou o curso de MESMO. Neste sentido, é natural que as experiências mais marcantes vividas tenham ocorrido neste estágio. Um desses momentos foi precisamente um parto eutócico em que ocorreu uma distócia de ombros. Esta é uma situação stressante, dadas as consequências que pode acarretar para o RN e para a mãe. Tal como Graça (2010, p.701) descreve, a distócia de ombros *“é uma emergência particularmente rara e imprevisível, que pode resultar em graves complicações para o feto e parturiente”*. Trata-se de uma emergência obstétrica com uma incidência que ronda 1% dos partos vaginais. Segundo a literatura, é possível, não só, identificar riscos para a mãe associados a lacerações graves do colo e do períneo, hemorragias pós parto, traumatismos da bexiga; como para o próprio RN, asfixia, e traumatismos diversos como fraturas claviculares e do úmero, lesão do plexo braquial ou mesmo levar à morte fetal (Graça, 2010). Este momento ficou marcado, não só pela ansiedade que envolveu todos os presentes, dado que se tinha a perfeita noção dos riscos que o feto e a mãe estavam expostos, mas também pela própria insegurança decorrente da inexperiência de quem partejava. Nesse momento, havia a consciência que o nervosismo e ansiedade presentes não ajudariam a comandar aquela situação emergente. Por isso, através do esforço pelo controlo da ansiedade e, com a colaboração do enfermeiro Tutor e os restantes profissionais de saúde, conseguiu-se reverter favoravelmente a situação. Após esta experiência, foi possível refletir acerca da aquisição da capacidade de reagir a um acontecimento com um maior controlo emocional, de forma a conseguir respeitar quem nos rodeia (restante equipa, parturiente e convivente significativo).

Um outro episódio, especialmente marcante, foi vivido logo nos primeiros dias de estágio, aquando da oportunidade de assistir a um parto pélvico de uma primigesta com 36 semanas. A utente em causa tinha cesariana programada, no entanto, iniciou o trabalho de

parto precocemente e deu entrada no serviço de urgência em período expulsivo. O fâcias de medo da parturiente, os movimentos angustiados do pai e a agitação da equipa de profissionais presentes são imagens que se recordam desse momento.

O parto é uma situação peculiar e única para a vida da parturiente e convivente significativo, que se caracteriza pela presença de um vasto conjunto de sentimentos e emoções. Compete ao enfermeiro especialista, nesse momento, ser um agente tranquilizador, com um desempenho eficaz e capaz de levar a cabo, com os intervenientes, o que se treinou na fase latente do TP. Admite-se que este momento foi um dos mais exigentes na aquisição de competências técnicas, relacionais e comunicacionais. Numa fase inicial, a execução das técnicas mais complexas dificultava a capacidade de manter uma relação empática ou terapêutica com a utente. Esta dificuldade estava fortemente relacionada com alguma inexperiência ainda existente na execução dos procedimentos, pelo que se conseguiu ultrapassar esse obstáculo, com o atingimento dos números exigido, e promover um ambiente seguro, apoiando física e emocionalmente a parturiente e o convivente significativo.

Durante o período expulsivo, surgiu algumas vezes a necessidade de execução da técnica de episiotomia, nomeadamente em situações em que foi necessário abreviar o TP para a manutenção do bem-estar fetal. Nos casos restantes, tentou-se sempre manter a integridade perineal. Com base em estudos atuais, a episiotomia deve realizar-se de forma ponderada e seletiva, não se justifica taxas superiores aos 30% na prática obstétrica (Borges, Serrano e Pereira, 2003). A Organização Mundial de Saúde (OMS, 1996) contesta o uso rotineiro desta técnica, considerando uma técnica prejudicial para a saúde da mulher. Existem estudos que confirmam que nas unidades hospitalares muitas mulheres são submetidas a esta técnica sem consentimento prévio e sem conhecimento dos riscos e benefícios (Santos e Shimo, 2008). Desta forma, pode-se realçar a importância da tutoria no percurso do estágio, que foi crucial na promoção da autoconfiança para a decisão da aplicação desta técnica e prévio consentimento informado.

Ainda durante o período expulsivo, foi preocupação permanente a vigilância da frequência cardíaca fetal, o controlo da saída da cabeça do RN, a verificação da presença de circulares cervicais, procedendo-se à laqueação prévia destas quando estavam presentes, e o desencravamento correto do ombro anterior e posterior. Depois da expulsão do feto, foram prestados os primeiros cuidados ao RN, como a desobstrução das vias aéreas superiores e a manutenção da temperatura corporal, a avaliação do Índice de Apgar (IA) ao 1º minuto e realizada a laqueação do cordão umbilical, com a colaboração do convivente

significativo, consoante a manifestação do seu desejo. Posteriormente, o RN era colocado em contacto pele a pele com a mãe, promovendo-se a vinculação da tríade, desde os primeiros instantes de vida.

Após a expulsão do feto até à saída da placenta e das membranas fetais, decorre o terceiro estágio do TP. Em geral, a separação da placenta ocorre alguns minutos após o parto. Durante este período, procedia-se à restante avaliação do IA do RN, era explorada a integridade dos tecidos perineais, sinais de descolamento da placenta e vigiada a presença de sinais de pré-choque na puérpera. Uma vez descolada a placenta, avaliou-se a modalidade em que esta ocorreu (Schultze ou Duncan), verificou-se a presença da totalidade de todas as estruturas da placenta e a formação do globo de segurança de Pinard, procedeu-se, ainda, à vigilância dos sinais vitais e da perda sanguínea. O período pós-dequitação foi sujeito a vigilância contínua, pelo elevado risco de hemorragia pós-parto.

Antes de se proceder à técnica de reparação dos tecidos do canal de parto, nos casos em que foi detetada essa necessidade, realizou-se previamente a inspeção adequada do períneo, para se verificar a extensão total da laceração e a presença de vasos a sangrar. Já na aplicação da técnica considerou-se o controlo da hemóstase, a reconstrução anatómica dos tecidos e empregou-se o mínimo possível de material de sutura. Os casos mais complexos, que estavam para além da área de atuação do enfermeiro especialista, foram referenciados à equipa médica.

Nas duas horas subsequentes ao parto a puérpera ficava em vigilância na sala de partos. Durante este período, depois de prestados os primeiros cuidados ao RN, com a colaboração do convivente significativo, estabeleceu-se o processo de amamentação o mais precocemente possível até à primeira hora de vida. Na sequência, após se proporcionar alguns momentos de privacidade ao casal, prestou-se os cuidados de higiene e conforto à puérpera e a possibilidade de se alimentar. Este período era, também, aproveitado para se proceder aos registos de enfermagem relativos aos cuidados prestados no 2º e 3º estágio do TP, possibilitando assim a continuidade de cuidados.

No fim do puerpério imediato, a puérpera seguia para o internamento acompanhada do RN e convivente significativo, sendo transmitida à enfermeira que os recebia toda a informação relativa ao TP.

No que respeita à assistência à grávida com patologia, as experiências vividas incidiram, fundamentalmente, sobre as patologias mais comuns como a Pré-eclâmpsia, Diabetes Gestacional, RCIU, Asma e Depressão. Neste campo, efetuou-se o cruzamento dos conhecimentos já adquiridos com os protocolos em vigor no serviço. Salienta-se, que

nos casos de parturientes com patologia, era sempre solicitada a presença do neonatologista para assistência ao parto.

Os cuidados de enfermagem à parturiente com pré-eclâmpsia devem ser adequados à classificação e gravidade da patologia. Durante o estágio, obteve-se a oportunidade de prestar cuidados a algumas parturientes com pré-eclâmpsia moderada. A vigilância da evolução do trabalho de parto nestas parturientes exigiu uma monitorização cardiotocográfica contínua, devido ao elevado risco de ocorrência de complicações materno-fetais, como o sofrimento fetal, a hipoxia tecidual e a hemorragia. Era também levada a cabo uma monitorização regular dos parâmetros vitais da parturiente e da sua eliminação urinária. Nos referidos casos, as parturientes em causa, optaram por realizar a analgesia epidural, o que pensa-se ter contribuído significativamente para a manutenção dos valores de tensão arterial dentro dos parâmetros normais.

Na parturiente com Diabetes Gestacional era realizada uma vigilância rigorosa, tendo em conta os riscos de desidratação, hiperglicemia e hipoglicemia, inerentes à patologia. Desta forma, durante o trabalho de parto, seguindo-se o protocolo do serviço, era administrado soro glicosado endovenoso à parturiente ou antes colocada uma perfusão contínua de insulina rápida, consoante os valores de glicemia apresentados. Todo o procedimento aplicado à parturiente com Diabetes Gestacional tinha em consideração a importância da manutenção da euglicemia materna durante o trabalho de parto, para prevenção da acidemia fetal, hipoglicemia neonatal e cetoacidose materna. A monitorização cardiotocográfica era realizada continuamente nestas parturientes, pelo risco acrescido de sofrimento fetal, nomeadamente por ausência de progressão fetal, por feto macrossómico ou incompatibilidade feto-pélvica.

Relativamente à prestação de cuidados à parturiente/convivente significativo com depressão, foi promovido apoio emocional e psicológico, tendo em conta que o parto constitui um momento de *“transformações e mudanças físicas, psíquicas e sociais na mãe e no bebé, mobilizando a energia emocional de ambos”* (DGS, 2006, p.9).

No que concerne à integração no serviço, na equipa de enfermagem e multidisciplinar, tentou-se sempre colaborar e participar ativamente na prestação de cuidados, mobilizando conhecimentos teóricos adquiridos nas unidades curriculares, pesquisas efetuadas, seminários, reflexões em grupo. O desenvolvimento de competências foi, sistematicamente, promovido pelo Enfermeiro tutor, através de momentos de análise crítica e reflexiva da prática realizada, promovendo-se uma autonomia supervisionada.

Por fim, realça-se, ainda, a importância que teve o enfermeiro orientador ao longo de todo este percurso. Crê-se ter criado uma relação muito positiva e construtiva, tomando como sua a vontade de realizar o maior número de experiências possível, ao longo do percurso do estágio, o que facilitou o cumprimento de todos os objetivos para o estágio e contribuiu incontornavelmente para a construção gradual da confiança e autonomia.

2.2 Prestação de cuidados especializados à mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar, período pré-concepcional e período pré-natal

A segunda fase do ENP decorreu durante 5 semanas nos CSP, mais precisamente numa USF do concelho de Barcelos.

A opção pela realização do estágio nos CSP surgiu da necessidade de realização de pelo menos 100 consultas e exames pré-natais, exigida pela diretiva europeia para atribuição do título de Enfermeira Especialista de Saúde Materna Obstétrica e Ginecológica (ESMOG), e pelo desejo de desenvolvimento de competências neste domínio. Esta escolha, na segunda fase do ENP, surgiu estrategicamente por se acreditar que estaria mais preparada e ciente das intervenções junto das mulheres e família, com outra visão sobre o ciclo gravídico e novas experiências adquiridas no estágio anterior.

Em estágio anterior, na mesma USF, foram várias as oportunidades de prestação de cuidados à mulher/homem no âmbito da saúde sexual e reprodutiva, do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional, no entanto, contactou-se com um número insuficiente de vigilâncias pré-natais a grávidas, tendo em conta as exigências das diretivas europeias. Desta forma, julgou-se que, uma segunda oportunidade de passagem neste contexto, traria mais-valias no aperfeiçoamento das competências adquiridas no estágio anterior, assim como na aquisição de outras novas competências, nomeadamente na vigilância pré-natal.

Ao longo do estágio, foi possível interagir em diversos contextos e com novas realidades. No entanto, pela necessidade de cumprir as exigências da diretiva europeia e da OE, dedicou-se o maior tempo do estágio na realização de consultas de enfermagem pré-natais, de puerpério e RN. Em todos esses momentos, foi possível executar atividades de promoção e educação para a saúde e, dessa forma, desenvolver-se competências científicas, técnicas, relacionais e educacionais.

Na vigilância pré-natal, a OE preconiza que os enfermeiros especialistas em ESMOG assumem, no seu exercício profissional, intervenções autónomas em situações de baixo risco e intervenções autónomas e interdependentes quando estão envolvidos processos patológicos ou disfunções no ciclo de vida da mulher (OE, 2010b).

Ao longo do ENP, conseguiu-se alcançar o objetivo de aquisição de competências no que se refere à assistência em cuidados de enfermagem especializados à grávida/casal/família em contexto de consulta pré-natal. Assumiu-se a responsabilidade de cuidar “*a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, de forma a potenciar a sua saúde, a detetar e a tratar precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno e fetal*” (OE, 2010b, p.3). Nestas consultas, primou-se por uma prestação de cuidados personalizada e baseada na teoria transpessoal de Watson, na medida em que de forma sistemática era promovida a saúde e o bem-estar pessoal e familiar. Simultaneamente, desenvolvia-se o potencial da díade para uma vivência positiva da transição para a parentalidade.

Em cada consulta de vigilância pré-natal, dotou-se de conhecimentos a grávida e convivente significativo, tendo em conta a idade gestacional e os conhecimentos já adquiridos. Na forma como se transmitia a informação ao casal era tido em conta o seu nível de literacia. Estas consultas pretendiam preparar/capacitar a grávida e convivente significativo para a vivência de adaptação à gravidez, do parto e do pós-parto, assumindo ainda o objetivo de promover o desenvolvimento de uma gravidez saudável, minimizando os desconfortos que pudessem surgir ao longo do ciclo gestacional. Nas consultas de vigilância pré-natal eram abordados temas como: as alterações corporais, fisiológicas e emocionais da gravidez; aspetos sobre os cuidados de higiene, atividade física, sexualidade e alimentação na grávida; o aleitamento materno; e, os cuidados ao RN.

Na primeira consulta, realizava-se a avaliação inicial considerando os dados de processo de saúde e doença da grávida, a história da gravidez atual, antecedentes obstétricos e familiares, assim como as expectativas do casal em relação a esta fase de transição. Após a realização da anamnese, passava-se a calcular a idade gestacional e a data provável de parto. Posteriormente, era calculado o grau de risco da gravidez através da escala de Goodwin modificada, sendo este reavaliado nas consultas subsequentes. Monitorizava-se o Índice de Massa Corporal (IMC) o mais precocemente possível, para uma vigilância contínua e rigorosa das flutuações do ganho ponderal ao longo da gravidez. Era também, nesta primeira consulta, que se iniciava o preenchimento do Boletim de Saúde da Grávida (BSG), com o registo de todos os dados relativos à saúde da grávida e

do feto. O correto e completo preenchimento do BSG permitiu assegurar a circulação da informação clínica da grávida e a articulação entre os CSP e os cuidados hospitalares, favorecendo uma vigilância mais eficaz da gravidez. Neste boletim, fazia-se constar informação pessoal da grávida, a história familiar, os antecedentes pessoais e todos os parâmetros específicos de avaliação da gravidez, concretamente o bem-estar materno-fetal. A avaliação da gravidez e do bem-estar materno-fetal era realizada através de intervenções como: avaliação dos parâmetros vitais, da altura do fundo uterino e do perímetro abdominal; a execução das manobras de Leopold para determinar ou confirmar a posição e apresentação do feto; e, finalmente, a auscultação dos ruídos cardíacos fetais. Enquanto se aplicou estas técnicas/procedimentos nas consultas, explicou-se os objetivos dos mesmos, eliminando-se constrangimentos, não sendo descurada a manutenção da privacidade da grávida.

No que diz respeito às consultas de puerpério, muitas destas, foram realizadas em contexto domiciliário. Este contexto tornou-se favorecedor para avaliar, de forma real, o bem-estar da puérpera e do RN associado à avaliação das condições habitacionais e familiares. Nestes momentos, eram objetivos: promover a saúde da mulher e RN, diagnosticar precocemente complicações e prestar cuidados nas situações que afetam negativamente a saúde dos mesmos e promover a capacitação e autonomia parental, em contexto familiar.

Relativamente à puérpera, as ações de enfermagem eram orientadas para a avaliação física, mental e adaptação/competências parentais, nomeadamente aspetos relacionados com a amamentação, gestão de acontecimentos comportamentais do RN, cuidados de higiene ao RN, e da prevenção de acidentes. Os temas da sexualidade e do planeamento familiar, também não eram descurados, referindo-se a possibilidade de iniciar um contraceptivo compatível com o período de amamentação. Nas consultas de puerpério subsequentes, deu-se, ainda, enfoque à validação das competências adquiridas pelos pais, percebendo a forma como estes vivenciaram a transição para a parentalidade. Em todas as consultas, foi possível auscultar os pais e perceber as suas necessidades, realizando-se uma partilha de ideias e saberes que possibilitavam o estabelecimento de novas estratégias, para a superação dos obstáculos identificados pelo casal.

A monitorização do estado de saúde do RN era realizada através da avaliação do estado ponderal e das competências do RN, para além dos cuidados prestados ao coto umbilical e rastreio de doenças metabólicas. É de salientar, que todas as situações

identificadas como estando para além da área de atuação do EESMO, foram devidamente referenciadas.

No que concerne aos registos de enfermagem, estes eram realizados através do SAPE. Antes de cada contacto com o utente, analisou-se a informação contida em plano de cuidados, e aquando da consulta procurou-se dar resposta às necessidades reais encontradas e potenciais. No final do contacto, levou-se a cabo a atualização de todo o plano de cuidados.

Nas duas últimas semanas de estágio, surgiu ainda a oportunidade de se pôr em prática uma intervenção na área da educação para a saúde sexual e reprodutiva, numa escola do concelho de Barcelos. A experiência revelou-se deveras estimulante. Neste contexto, a intervenção desenvolveu-se no âmbito da prevenção da gravidez na adolescência, que será descrita posteriormente.

Com esta experiência verificou-se que esta área da saúde comunitária é muito importante ao nível da prevenção. Pois, assim como refere Stanhope & Lancaster (2008), os enfermeiros são elementos chave para a preparação dos jovens, ajudando-os na gestão dos seus problemas de saúde, desde a idade escolar até à idade adulta.

Em suma, esta foi uma das intervenções realizadas durante o estágio que proporcionou maior satisfação, pela oportunidade de aproximação de cuidados numa comunidade escolar e por ter permitido ampliar conhecimentos.

No final do estágio, pôde constatar-se que os objetivos propostos inicialmente foram atingidos, com a colaboração de toda a equipa, mas especialmente da Enfermeira Orientadora.

3. PREVENÇÃO DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA - UMA INTERVENÇÃO NA COMUNIDADE ESCOLAR

Ao longo do estágio, surgiu a oportunidade de contactar com parturientes de diferentes etnias, idades, credos e condições socioeconómicas. Deve-se sublinhar que esta experiência contribuiu para o enriquecimento pessoal e profissional pela multiplicidade de contactos que permitiu e, em particular, pelo contacto com jovens adolescentes. Há uma tendência natural no ser humano para a projecção no próximo e para pensar que se podia estar no lugar do outro. Sem dúvida que a percepção sobre as vivências que estas jovens se preparam para enfrentar e das consequências que aquele momento pode ter na vida delas, provocou a vontade de aprofundar o tema. A temática da gravidez na adolescência foi uma constante ao longo do ENP e permitiu perceber, dentro de contextos específicos, a mudança que este evento provoca na vida dos jovens. Foi através do contacto direto na sala de partos, com algumas adolescentes a vivenciar o processo, que surgiu a primeira interrogação quanto à importância da prevenção de uma gravidez precoce indesejada.

Dados do último relatório da Comissão dos Direitos da Mulher e da Igualdade dos Géneros do Parlamento Europeu (2013), apontam para uma diminuição do fenómeno da gravidez na adolescência em Portugal, no entanto, mantém-se ainda com taxas acima do desejável. Este facto, demonstra que, grande parte da população jovem, ainda não possui as aptidões e conhecimentos necessários para fazer escolhas responsáveis na esfera sexual e reprodutiva. Segundo, e ainda, o mesmo relatório, as maiores taxas de natalidade na adolescência tendem a estar associadas a uma educação sexual e reprodutiva ineficaz ou insuficiente.

Com base nesses dados disponíveis e nas experiências vividas em estágios, ponderou-se a possibilidade de intervir numa população adolescente, nos cuidados de saúde primários.

Por tudo isso, considerou-se de extrema pertinência atuar preventivamente com adolescentes nas escolas, local onde passam grande parte do seu tempo e com os seus grupos de pares. A escola é considerada como “*um dos agentes do processo de socialização sexual*” (APF, 1999, p.23) e, dessa forma, pode contribuir para que o processo de

construção da sexualidade seja realizado de uma forma mais positiva e com menos riscos, com todas as dúvidas e hesitações que vão surgindo nesse percurso.

3.1. Enquadramento Teórico

3.1.1 Adolescência e Gravidez na Adolescência

A gravidez na adolescência continua a ser um fenómeno atual de grande visibilidade, alvo de estudos, reflexões, debates e áreas de intervenção, nomeadamente na área da saúde. Com consciência desta realidade, desenvolveu-se o interesse pelo fenómeno da adolescência e da gravidez nesta fase, surgindo a necessidade de explorar conceitos relacionados, com vista a uma melhor compreensão e enquadramento destas temáticas no contexto do estágio.

Atualmente, entende-se a Adolescência como uma fase da vida que se segue à infância e antecede a idade adulta, com características dependentes de diversas variações individuais e socioculturais, da qual parece haver alguma falta de consenso na delimitação e definição do início e fim deste período: a Direção Geral de Saúde (DGS, 2004) refere-se ao período entre os 10 e os 18 anos e para a Organização Mundial de Saúde (OMS, s.d), corresponde ao período entre os 10 e os 19 anos. Contudo, não se deve caracterizar em termos absolutos, dado que cada adolescente assume conduta própria que denota influências culturais e pessoais.

A palavra adolescência deriva do latim “*adolescere*” que significa “*fazer-se homem/mulher*” ou “*crescer na maturidade*” (Muuss citado em Sprinthall & Collins, 2003) e tem sido um conceito sujeito a diversas delimitações porque “*os marcos etários que delimitam as fases do ciclo de vida ou as categorias de idade são móveis e variam ao sabor de novas conceções sociais acerca do humano e das relações intergeracionais*” (Heilborn & Cabral, 2006, p.226.).

Este é um período particular do ciclo vital caracterizado por variadíssimas transformações físicas e psicológicas que, só a partir do final do século XIX passou a ser visto como uma etapa distinta do desenvolvimento, pois até então, entendia-se que o indivíduo passava diretamente da infância à idade adulta sem transitar por um estágio intermediário com características diferenciadoras e significativas no plano desenvolvimental.

A adolescência inicia-se com as transformações fisiológicas da puberdade e é condicionada por fatores de ordem social e cultural em interação com o desenvolvimento biológico, intelectual e emocional, que permitem ao indivíduo integrar-se no mundo adulto. Uma análise do conceito numa perspectiva de *“base psicológica tende a representar a adolescência como uma época de desajustes e de desequilíbrios enquanto outra de carácter sociológico a conceptua como uma fase de adaptação a certos modelos e valores sociais próprios da vida adulta”* (Gispert et al.,1998, p.5). Pode encarar-se como um trajeto de mudanças biológicas que afetam o comportamento, fazendo-a corresponder a um processo maturativo, em que os jovens desenvolvem uma nova e pessoal forma de pensar e de atuar, que levam a associar à adolescência todo um conjunto de comportamentos que credibilizam a ideia do mito das relações “conflituosas”, sobretudo com os pais e entre eles. Não se dissocia, assim, de uma fase problemática em que se processa a construção da identidade *“que serve para reafirmar o próprio eu e criar um sistema de valores e normas adequado a um estilo pessoal que se encontra em construção”* (Gispert et al.,1998, p.7). Ainda segundo este autor, com a adolescência inicia-se um complexo e delicado processo de individualização em que assume importância o relacionamento do adolescente com os pais, com os amigos e outras pessoas significativas, por lhe servirem como modelos de identificação.

A adolescência é igualmente um período marcado por modificações corporais que levam a um constante processo de adaptação a novas estruturas em que o adolescente, tomando consciência dessas alterações, vivencia um ciclo de desorganização e reorganização do sistema psíquico, diferente em cada sexo, mas com consequências inerentes à dificuldade de compreender a crise de identidade (Sprinthall & Collins, 2003). Processam-se alterações como o crescimento, aumento e maturação dos órgãos sexuais primários, desenvolvimento de características sexuais secundárias e a menarca nas raparigas.

Segundo Heilborn e Cabral (2006) o desenvolvimento da sexualidade é outro aspeto marcante do período da adolescência, em ambos os sexos. A sexualidade representa uma das principais forças que levam o adolescente a criar *“uma esfera de autonomia individual em relação à família”*. O autor entende ainda que a *“construção desse espaço privado pressupõe o aprendizado sobre o início e o estabelecimento de um relacionamento afetivo e sexual. A adolescência é caracterizada por diversas transições, dentre as quais se destaca a passagem à sexualidade com parceiro”* (p.229).

Nesta fase, o comportamento sexual caracteriza-se por uma grande variedade de práticas sociais específicas de cada sexo, que exigem a intervenção dos profissionais de saúde direcionadas para cada grupo. Acontece, porém, que as consultas de planeamento familiar cedo se tornaram “*instituições femininas, tanto na sua imagem, atmosfera, clientela, como nas competências e conhecimentos dos profissionais*” (Ketting, 2000, p.6), contemplando-se pouco o apoio masculino. A intervenção em saúde reprodutiva assumiu, assim, uma preocupação maioritariamente feminina, levando os próprios rapazes a entenderem estes serviços como “*espaços para mulheres*” (Prazeres, 2003, p.58) onde a sua presença não era importante. Deste modo, a falta de conhecimento, de informação e de consciencialização dos adolescentes sobre a sexualidade continuam a influenciar significativamente a adoção de comportamentos de risco que poderão estar na base de algumas situações, como o fenómeno da gravidez na adolescência, que se analisa de seguida.

A temática da gravidez na adolescência tem sido estudada pelas repercussões de ordem psicológica, social e obstétrica que podem causar aos jovens pais. A diversa literatura disponível alerta para algumas consequências negativas como: dificuldades no sucesso das tarefas de desenvolvimento da adolescência, alto índice de abandono escolar, diminuição das oportunidades de realização profissional, maior percentagem de divórcios e maior risco de complicações médicas maternas e infantis (Sá, Carvalho & Leal, 2004). Por sua vez, ainda segundo o mesmo autor, a gravidez na adolescência representa um sinal de fragilidade social, e é a demonstração de um comportamento subversivo que inquieta a sociedade.

No que se refere à sexualidade, persiste ainda alguma falta de informação relativamente à utilização de métodos contraceptivos, factos que se relacionam também com a baixa adesão desta faixa etária às consultas de planeamento familiar podendo, por isso, confrontar-se com situações inesperadas, nomeadamente com a gravidez. Porém, não se pode generalizar esta perspetiva, uma vez que em alguns casos a gravidez nesta faixa etária é desejada e planeada.

Figueiredo (citado em Carlos et al., 2007) partilha informação semelhante, afirmando que embora a gravidez e a parentalidade na adolescência estejam a diminuir, estes fenómenos mantêm-se com valores elevados em muitos países e nos vários setores da sociedade. Segundo o relatório das Nações Unidas, da percentagem de nados vivos em mães ente os 15 e os 19 anos, em Portugal, apesar da diminuição do número de mães

adolescentes nos últimos anos, posiciona-se em 12º lugar, em relação aos 27 países da União Europeia (United Nations Statistics Division, 2009).

Embora durante muitos anos, os estudos tenham evidenciado este processo mais no feminino, uma gravidez durante esta fase do ciclo de vida comporta uma diversidade de consequências pessoais e sociais, quer para a rapariga quer para o rapaz, pois é sinónimo de responsabilidades que poderão ser difíceis de compatibilizar com as atividades dos adolescentes, na medida em que altera-lhes as rotinas e as expectativas, afeta a liberdade, interrompe projetos e exige diversos recursos (suporte afetivo, suporte relacional, monetário, familiar e social). Dir-se-ia então, que o fenómeno da gravidez e a parentalidade nos adolescentes está relacionado com diversos modos de assumi-lo e, para isso, pode contribuir o facto de a gravidez ter sido planeada ou não; ocorrer dentro do vínculo familiar estável com pai ou só com a mãe; a classe social dos adolescentes e o nível de relações existentes; tratar-se ou não do primeiro filho e também o fator idade, o grau de maturidade e responsabilidade dos pais (Sá, Carvalho e Leal, 2004).

Deste modo, existe um vasto leque de aspetos a equacionar com vista a uma melhor compreensão da vivência dos adolescentes face ao processo de transição para a parentalidade, pelo que parece pertinente abordar de seguida este conceito.

3.1.2 Parentalidade e Transição para a Parentalidade na Adolescência

Num passado bem recente, conceptualizaram-se os cuidados da mãe de forma distinta dos cuidados do pai, mas a capacidade humana de analisar e refletir ditou o aparecimento de um novo conceito - a parentalidade - que remete para um novo modo de encarar o fenómeno de ser pai e mãe.

Com efeito, até há poucas décadas, o modelo predominante de pai privilegiava o papel de provedor financeiro, distante do espaço familiar e dos cuidados aos filhos, embora permanecesse simbolicamente importante como representante da autoridade e da lei (Giffin, 1998; Lamb, 1999; Lewis & Dessen, 1999; citado em Piccinini et al., 2004). Esta imagem paternal consolidou-se com a família nuclear burguesa, caracterizada por uma rígida divisão de papéis sexuais e pelo distanciamento entre o lar e o espaço de trabalho (Ramires, 1997; Resende & Alonso, 1995; citado em Piccinini et al., 2004). O papel desempenhado pelo pai era reduzido ou indireto sobre a criação e a educação dos filhos, tarefas atribuídas exclusivamente à mãe.

Esta situação foi evoluindo, lenta e progressivamente, até aos dias de hoje. Relaciona-se com alterações das estruturas, composições e dinâmicas familiares, associadas a fatores como a precoce ou tardia autonomização dos jovens, à precariedade e instabilidade do mercado de trabalho e outros aspetos que produziram alterações, nomeadamente no modo de encarar o fenómeno da parentalidade. O facto de as mulheres assumirem cada vez mais protagonismo no mercado de trabalho levou a reestruturações das composições e das dinâmicas das famílias favoráveis à criação de novas concepções dos papéis familiares. Assiste-se, hoje em dia, a uma geração de pais que procuram afirmar um papel mais ativo, interventivo e partilhado, o que se conceptualiza como parentalidade (Mendes, 2007).

Em resultado dessa mudança, a área da parentalidade tem adquirido maior relevância na atualidade. A faceta comportamental da parentalidade tem sido amplamente estudada e aprofundada no sentido de se identificar o tipo de ações que os pais efetuam, os fatores que possibilitam a diferenciação da ação parental e que constituem aspetos fundamentais para a interpretação e definição do próprio conceito de parentalidade (Bayle, 2005).

A revisão da literatura permitiu constatar várias definições deste conceito. Na perspetiva de Houzel (1997 citado em Algarvio; Leal, 2004), a parentalidade designa o processo através do qual se tornam pais de um ponto de vista psíquico, conceito que abrange ambos os pais e refere as suas três dimensões que coexistem mas funcionam a níveis de experiência diferentes: o exercício, a experiência e a prática da parentalidade. O exercício remete para a identidade da parentalidade nos seus aspetos organizadores e fundadores. A experiência refere-se às suas funções e aos aspetos subjetivos conscientes e inconscientes desse processo. Por fim, na prática, encontram-se as qualidades da parentalidade e os aspetos mais ou menos observáveis das relações entre pais e filhos.

Numa abordagem psicológica, é considerada como o conjunto de ações adotadas pelas figuras parentais (pais ou substitutos), junto dos seus filhos no sentido de promover o seu desenvolvimento de forma mais plena possível, utilizando para tal os recursos de que dispõe dentro da família e, fora dela, na comunidade (Cruz, 2005).

Mais recentemente, define-se a parentalidade como *“um processo maturativo que leva a uma reestruturação psicoafectiva permitindo a dois indivíduos de se tornarem pais, isto é, de responder às necessidades físicas, afetivas e psíquicas do(s) seu(s) filho(s), que numa perspetiva antropológica designa os laços de aliança, filiação, etc.”* (Bayle, 2005, p.322).

De acordo com o International Council of Nurses (2003), a definição de parentalidade abrange a ação dos pais de tomar conta, assumindo a sua responsabilidade parental, assim como os “*comportamentos destinados a facilitarem a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças; interiorização das expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade quanto aos comportamentos do papel parental adequados ou inadequados*” (p.63).

Deve-se ter em conta que o desempenho da parentalidade pressupõe a história de vida de cada um dos pais, a relação destes com o passado e o presente, a percepção que os mesmos possuem de si e o estilo de vida que têm, sem esquecer que nessa construção, tanto os pais como o filho têm um papel ativo, sendo a criança o fator mais importante para o desenvolvimento e exercício da parentalidade. É ela que, no decorrer do seu desenvolvimento, na confrontação de novas exigências e necessidades, constrói e parentaliza os seus pais obrigando-os a uma constante auto redefinição (Silva, 2004).

Segundo Parke e Buriel (citado em Cruz, 2005), são cinco as funções da parentalidade: satisfazer as necessidades básicas da criança; disponibilizar-lhe um mundo físico organizado e previsível; responder às necessidades de compreensão cognitiva; satisfazer as necessidades de afeto, segurança e confiança, bem como as suas necessidades de interação social. O desempenho destas funções resulta de um comportamento aprendido considerando-se que, entre outras influências, são significativas as dos seus próprios pais (Carpenito-Moyet, 2005).

O conhecimento e a compreensão do conceito da parentalidade revelam-se fundamentais para o entendimento de diversos aspetos relacionados com a complexa vivência da transição para a parentalidade nos adolescentes, fenómeno que se abordará de seguida.

O fenómeno da transição para a parentalidade na adolescência tem particularidades e especificidades que merecem, igualmente, ser analisadas, compreendidas e conhecidas como objetivo de ajudar e planear intervenções mais apropriadas às necessidades.

Efetivamente, o nascimento de um filho, em particular, o primeiro, envolve uma diversidade de aspetos, exige grandes mudanças e exerce um enorme impacto na vida pessoal quer do pai quer da mãe, descrevendo-se, normalmente, como um período de transição de grande complexidade e dificuldade para ambos o pais. São inúmeras as exigências e necessidades de ajustes face ao desafio de cuidar 24 horas por dia de um novo ser, há alteração dos papéis e das relações anteriores, alteração dos hábitos e o assumir de

novas responsabilidades (Murray, 2006). Colman e Colman (1994) acrescentam que a decisão de ter um filho, mesmo quando desejado e planeado, desencadeia um processo com implicações a todos os níveis, modificando decisivamente a identidade, papéis e funções.

Ao longo dos anos, surgiram vários modelos explicativos do processo de ter um filho e são vários os autores que o referem. Em 1957, com o trabalho de LeMasters, surgiu a ideia de que o nascimento do primeiro filho se constitui com um momento de crise para a família, tendo esta perspectiva permanecido durante muito tempo como a mais aceite (Martell, 2001). Mais tarde, surgiu a teoria da vinculação, a perspectiva ecológica; a perspectiva desenvolvimentista e a abordagem baseada em teorias de stresse e mudança (Canavarro, Pedrosa, 2005).

A teoria da vinculação preconiza que a parentalidade se centra na construção da relação entre a figura cuidadora e o bebé. De facto, a partir do momento em que é assumido o papel parental, inicia-se um relacionamento crucial com o recém-nascido, que se prolonga por toda a vida e é de extrema importância para este (Edwards, 2002).

A perspectiva ecológica, também analisa a transição para a parentalidade, dando ênfase à dimensão relacional e defendendo que o comportamento humano sofre influência de um conjunto de sistemas (intrafamiliares e ambientais). Assim, valoriza-se um modelo pessoa-processo-contexto, reconhecendo a importância de diferentes sistemas sociais, bem como da sua interação e fatores relacionados, no processo de adaptação a esta transição do ciclo de vida (Canavarro; Pedrosa, 2005). Segundo estes autores, este modelo considera diferentes níveis de análise, nomeadamente: as características dos pais, as características das crianças; o contexto e as dinâmicas familiares; o contexto social (ex: trabalho, família alargada, amigos) e as características sociais, económicas, culturais e legais da sociedade envolvente.

No âmbito da perspectiva desenvolvimentista, defende-se que a transição para a parentalidade consiste numa fase de desenvolvimento, com tarefas específicas, constituindo-se, no caso de ser o primeiro filho, numa passagem para uma nova fase do ciclo de vida familiar (Canavarro; Pedrosa, 2005). Neste sentido, com o intuito de promover a adaptação à parentalidade, é fundamental que os pais assumam comportamentos e habilidades para lidar com as mudanças e com a nova etapa, adaptando as suas próprias vidas ao RN, devendo para tal, explorar o relacionamento com o mesmo e redefinir as relações entre eles (Edwards, 2002). Deste modo, Cowan e Cowan (1995) defendem que algumas tarefas características desta transição devem ser concretizadas, designadamente: reavaliar e reestruturar a relação com os pais; reavaliar e reestruturar a relação com o

cônjuge/companheiro; construir a relação com a criança; reavaliar e reestruturar a sua própria identidade, ascendendo a níveis de organização de superior complexidade.

A abordagem baseada em teorias de stresse e mudança afirma que o processo de transição para a parentalidade, tal como outros acontecimentos importantes do ciclo de vida, conduz à alteração dos padrões de funcionamento habitual e implica algum stresse (Canavarro; Pedrosa, 2005). Os mesmos autores consideram a existência de um processo de avaliação cognitiva, altamente subjetivo, no qual o indivíduo pondera a sua capacidade de controlar os acontecimentos e as possíveis consequências, de acordo, com os recursos de que dispõe e que pode recrutar. É na tentativa de responder a este processo, que surgem as reações do sujeito e, conseqüentemente, os resultados da adaptação. De salientar que, segundo esta abordagem, a transição para a parentalidade embora indutora de stresse familiar é qualificada como um evento normativo, isto é, comum à maioria das famílias. Efetivamente, de acordo com Ramos et al. (2005), a transição para a parentalidade é atualmente considerada de forma consensual, como um acontecimento normativo, que implica necessariamente um processo de reorganização. Perante este processo, a dificuldade ou incapacidade por parte dos elementos da família na concretização dos seus papéis e tarefas habituais, pode desencadear diferentes níveis de stresse e eventualmente a crise familiar. É neste âmbito, que surge a importância do coping familiar, ou seja, a capacidade da família evitar a crise, pelo emprego de estratégias adequadas, gerindo o nível de stresse de forma tolerável (Canavarro; Pedrosa, 2005). Verifica-se, no entanto, que para alguns casais o ajuste à parentalidade não desencadeia níveis significativos de stresse (Muray, 2006).

Segundo Sank (1991), referenciado por Edwards (2002), a parentalidade constitui um processo de aquisição e de transição de papel que pode ter início na gestação ou no período da tomada de decisão de conceber a criança, ou mesmo no momento da notícia. Como se constatou anteriormente, o término desta transição é variável e prende-se com a subjetividade e experiências pessoais, mas caracteriza-se pelo facto de os pais desenvolverem a sensação de conforto e confiança no desempenho do papel parental. De um modo geral, este período de transição pode despoletar uma grande ambivalência de sentimentos e emoções. Possibilita, por um lado, o desenvolvimento e demonstração de um lado altruísta, caloroso e carinhoso, enquanto, outros pais apresentam dificuldade em gerir emoções surgindo o desamparo, a inadequação e angústia, sentindo-se confusos e incapazes de prestar apoio e cuidados adequados.

São referidos ainda, como fatores significativos de stresse as condições socioeconómicas, as aspirações pessoais e a idade dos pais. O aspeto económico é um fator marcante, pois a maior ou menor disponibilidade de recursos económicos dos pais condiciona o processo de transição para a parentalidade, dado que a criação de um filho requer alguma disponibilidade monetária, pelo que facilmente se depreende que estas condições podem desencadear sentimentos negativos, determinantes de processos de transição variáveis. No que diz respeito às aspirações pessoais, deve considerar-se a possibilidade de a parentalidade interferir nos planos pessoais e profissionais, pelo que interessa perceber de que forma estas perdas são percecionadas e aceites pelos pais de modo a detetar precocemente situações de conflito interior, facto que pode acarretar consequências no seu bem-estar e qualidade dos cuidados prestados ao RN (Edwards 2002). A idade é outro fator significativo, na medida em que pode introduzir especificidades suscetíveis de tornar a vivência da transição para a parentalidade mais complexa ou ser determinante no significado atribuído a esta.

Analisando os fatores que influenciam a transição para a parentalidade, constata-se que esta vivência na adolescência tem características próprias e específicas que se introduz de seguida. A análise e conhecimento destes vários fatores, remete para a importância de os equacionar na vivência da transição para o papel parental na adolescência, ajudando na compreensão das características e particularidades desta transição.

Já foi referido que a experiência de ser pai/mãe exige uma série de adaptações e mudanças, tanto a nível biológico, psicológico como social, mas na fase da adolescência exige-se outras mudanças.

De acordo com Machado e Zagonel (2003) *“a adolescência e a gestação são transições desenvolvimental e situacional, respetivamente. As desenvolvimentais são baseadas no “relógio biológico” humano e até certo ponto no “relógio sociocultural”, e as situacionais envolvem eventos inesperados ou inoportunos e demandam enfrentamento e adaptação intensos”* (p.28). Machado (2004), acrescenta que a gravidez na adolescência é *“um período de transição desenvolvimental e situacional, pois gera desequilíbrio na vida da mulher, que se transforma em crise a partir do nascimento do bebé, quando ela tem que enfrentar mudanças inesperadas, que norteiam a adaptação ao papel materno”* (p.26).

Nesta fase, constitui-se uma etapa de desenvolvimento do ciclo de vida com características e tarefas específicas, pelo que, o processo de transição para a parentalidade pode comprometer a vivência de uma etapa e/ou de outra (Piccinini et al., 2004). Os adolescentes ao vivenciarem a parentalidade nesta fase concretizam, simultaneamente, as

tarefas de desenvolvimento da adolescência e da transição para a parentalidade, tendo de enfrentar crises de desenvolvimento conjuntamente (Sprinthal; Collins, 2003).

Também o egocentrismo, a fraca responsabilidade, a falta de conhecimentos, a inexperiência e a imaturidade muito comum dos adolescentes são aspetos que, entre outros, podem influenciar a capacidade para exercer eficazmente a parentalidade. Geralmente, os pais adolescentes demonstram dificuldades a vários níveis, nomeadamente na aceitação das alterações da autoimagem, na adaptação aos novos papéis relacionados com as responsabilidades do cuidado ao RN. Sentem-se diferentes dos amigos, ficam privados de atividades de diversão e lazer, alteram as suas expectativas, rotinas, estilos de vida, comportamentos, atitudes, sendo forçados a ser prematuramente adultos, desenvolvendo conflitos interiores, pela dificuldade ou impossibilidade de, simultaneamente, satisfazer os seus próprios desejos e vontades e a necessidade de responder às exigências do RN (Edwards, 2002).

Torna-se então importante questionar os adolescentes sobre a sua experiência, dificuldades, constrangimentos, apoio/ recursos, sentimentos, entre outros, de modo a que os enfermeiros detetem necessidades para poderem preparar, orientar, informar, educar e ensinar os adolescentes a ultrapassar e a vencer vulnerabilidades face aos problemas e responsabilidades inerentes ao papel parental (Machado & Zagonel, 2003). A intervenção de enfermagem neste domínio dever ocorrer desde o início da transição, isto é, desde o início da gestação pois *“os períodos antecipatórios, a preparação para a mudança de papéis e a prevenção dos efeitos negativos sobre o individuo em transição”* (Machado & Zagonel, 2003, p.28) são fundamentais para uma vivência eficaz deste fenómeno.

Após esta incursão na dissecação dos conceitos e suas implicações, pode-se constatar que o fenómeno em causa exige, por parte dos enfermeiros, conhecimento específico, para poder compreender o processo e a agir com competência de forma a antecipar as intercorrências e implementar ações de cuidado transicional, tendo sempre em conta a compreensão e o respeito pela individualidade e a subjetividade da experiência de cada adolescente, de modo a prestar um cuidado de qualidade e culturalmente competente.

3.2 Metodologia da Intervenção

No sentido de orientar todo o percurso inerente à intervenção, seguiu-se o planeamento da intervenção, segundo o guião de orientações da metodologia de projeto defendido por Capucha (2008). Segundo este autor, a escola “*ao assumir-se como organização participada, funciona cada vez mais numa lógica de projeto*” (p.5). No seguimento deste raciocínio, para a implementação de uma intervenção na comunidade escolar, exige-se um conjunto de competências relacionadas com o desenvolvimento de um projeto. Assim, este guião constitui-se como um possível itinerário “*permitindo que o que se planeia, se desenvolva e se concretize*” (p. 7).

A decisão pela escolha deste autor, e, conseqüentemente, da aplicação desta metodologia surge ainda da premissa de que um projeto de intervenção consiste numa operacionalização com base na “*mobilização de conhecimento para identificar as ações necessárias à projeção estruturada e organizada de uma mudança face a uma situação diagnosticada que se pretende alterar dentro de um prazo definido e mobilizando um conjunto determinado de recursos*” (p.7).

Para a construção e concretização da referida intervenção, seguiu-se os referenciais do autor. Desta forma, passa-se a apresentar as seguintes etapas: Diagnóstico de Partida, Desenho da Intervenção, Execução da Intervenção e, finalmente, Avaliação.

3.2.1 Diagnóstico de Partida

A concretização de um projeto de intervenção pressupõe um processo que, segundo Capucha (2008), deve ser iniciado pelo “*diagnóstico de partida*”. Tal como a etimologia da palavra sugere, ao provir do grego (*dia* – por meio de; *gnosticu* – conhecimento de), diagnóstico impele para o conhecimento de um determinado fenómeno ou situação.

Assim, ainda durante o estágio em contexto de práticas assistenciais no bloco de partos, iniciou-se a 1ª etapa do processo com o diagnóstico de situação, procurando primeiro conhecer a realidade vivida na zona de influência da Unidade de Saúde Familiar (USF) AF. Contactou-se, para tal, a enfermeira tutora e, posteriormente, a direção da Escola AV. Dos contactos, pôde-se perceber o interesse dos mesmos, para a elaboração de uma intervenção na área da saúde sexual e reprodutiva, apesar de terem implementado na escola o Programa Regional de Educação Sexual em Saúde Escolar (PRESSE), promovido pela

Associação Regional de Saúde (ARS) do Norte e Direção Regional de Educação do Norte (DREN).

Das auscultações realizadas à equipa de enfermagem da USF AF, ao Conselho Diretivo da Escola AV, a dois diretores de turma da mesma escola, assim como, da análise documental do PRESSE e do plano curricular do 3º ciclo, foi possível identificar necessidades educativas ao nível da prevenção da gravidez na adolescência, nos jovens do 9º ano.

No que diz respeito à equipa de enfermagem da USF AF, a sua colaboração na definição do diagnóstico de partida, foi de extrema importância, tendo em conta que estão permanentemente no terreno, conhecem minuciosamente a sua população e possuem uma longa experiência na implementação de algumas intervenções em meio escolar.

Quanto à auscultação do Conselho Diretivo da escola e dos diretores de turma, reconheceram-se algumas limitações na abordagem da saúde sexual e reprodutiva no plano curricular do 3º ciclo e na própria implementação do programa PRESSE.

Relativamente a este último programa, constatou-se que são dedicadas doze horas anuais, inseridas nas diversas disciplinas. As aulas dirigidas ao programa são lecionadas nos momentos mais oportunos, do ponto de vista de cada docente. Verificou-se que existe um manual orientador do programa, com a descrição de temáticas a serem abordadas, assim como as atividades que poderão ser realizadas dentro de cada uma delas. A maioria das atividades propostas é dirigida à temática do “conhecimento e valorização do corpo”. Esta condição, representa uma limitação do programa, pela falta de coordenação e pela sujeição dos conteúdos programáticos da unidade curricular. Assim, a abordagem à sexualidade ou à gravidez na adolescência são conteúdos omissos, em favor dos métodos contraceptivos e da anatomia e fisiologia do aparelho reprodutor.

No que cabe à análise curricular, verificou-se que no 9º ano há duas disciplinas que possibilitam uma abordagem mais aprofundada de educação sexual – Ciências Naturais e Educação Moral e Religiosa. No entanto, pôde-se, também, constatar que estas duas disciplinas direcionam o seu programa para o sistema reprodutor e métodos contraceptivos.

A carência, anteriormente identificada, está subjacente às alterações comportamentais dos jovens portugueses patentes em diversos trabalhos realizados sobre o tema, segundo os dados estatísticos do livro “Sexualidade em Portugal”, relativos aos anos de 2007 e 2008, a idade média do início da atividade sexual das mulheres passou de 21,2 para 17,2 anos em três décadas. Aproximaram-se, assim, da idade média dos homens

que, no entanto, recuou mais um ano: passou de 17,3 para 16,5 anos (Ferreira & Cabral, 2010).

No estudo realizado por Matos et al. (2014), em Portugal, sobre a saúde dos adolescentes do 12º ano de escolaridade, constataram que 22% da população inquirida já tinham tido a sua primeira relação sexual, sendo que desta população 83,9% das raparigas tiveram a sua primeira relação sexual a partir dos 14 anos, já nos rapazes apuraram que 30,1% iniciou a atividade sexual antes dos 14 anos. O estudo mostra, ainda, que 23,3% dos rapazes que já tinham iniciado a sua atividade sexual, referem que gostariam de ter iniciado mais cedo, face aos 3,5% de raparigas que afirmaram o mesmo. Verificaram também que 19,6% das raparigas gostariam de ter iniciado mais tarde assim como 9,7% dos rapazes. Simultaneamente, 7,5% das raparigas parece arrepende-se, de todo, do momento que viveu, afirmando que não queriam realmente ter tido relações sexuais. As restantes 51,8% das raparigas parecem ter mais certezas quanto ao momento escolhido, afirmando que quiseram que acontecesse naquele momento. Assim, verifica-se que mais de 75% das raparigas gostaria que tivesse sido no momento em que ocorreu ou mais tarde, enquanto mais de 60% dos rapazes queria no momento que aconteceu ou mais cedo.

Outro estudo recente, realizado numa escola secundária pública urbana, revelou números mais preocupantes. Este permite inferir sobre a elevada prevalência de condutas sexuais com risco de gravidez, nomeadamente a precocidade do início da atividade sexual, a negligência no uso de contraceção e um maior número de parceiros. Dos 117 adolescentes inquiridos (idade média de 16,2 anos), 46,8% são sexualmente ativos, sendo a coitarca em média ao 14,2 anos no sexo masculino, 1,2 anos mais cedo do que no sexo feminino. Dos adolescentes sexualmente ativos, 45,8% já teve pelo menos um ato sexual sem método contraceutivo (Silva et al., 2012).

Tal como foi exposto, os comportamentos sexuais dos adolescentes tem vindo a alterar-se ao longo dos últimos anos. Esta alteração tem contribuído decisivamente para a manutenção das taxas de gravidez na adolescência elevadas, tal como referido anteriormente. Para tal manutenção desta tendência, convergem então estes dois aspetos, défice de educação sexual e o início cada vez mais precoce da atividade sexual.

3.2.2 Desenho da Intervenção

Seguindo o mesmo autor referido anteriormente, após a fase de diagnóstico de situação sucede-se a segunda etapa do planejamento, o desenho da intervenção. Nesta fase, define-se as orientações gerais e finalidades, tendo em vista a concretização do sentido da intervenção, do território da intervenção e os destinatários da mesma.

Foi com base nos dados apresentados no diagnóstico de situação, que a escolha da população para a intervenção passou pelo 9º ano de escolaridade da Escola AV. Uma vez que a média de idades deste ano escolar se situa entre os 14 e os 15 anos, pareceu pertinente atuar junto destes adolescentes que se encontram num patamar de transição para o início da sua atividade sexual.

A resposta que se pôde obter da Escola, quanto à pertinência da implementação de uma intervenção para a prevenção da gravidez na adolescência, foi de um interesse muito vincado. Foi, de imediato, disponibilizada uma reunião com o Diretor do Agrupamento de Escolas e com a Professora responsável pela Escola AV. Nessa reunião, foi discutida a pertinência da implementação da intervenção no 9º ano escolar, pelos motivos acima referidos.

A escolha recaiu sobre duas turmas do 9º ano denominadas de forma fictícia de A e B, por dois motivos distintos. Por um lado, devido à limitação do tempo de intervenção, teria obrigatoriamente de se restringir a um leque reduzido de turmas. Por outro lado, o conhecimento dos respetivos professores indicava que estas turmas apresentavam diversos elementos que viviam as suas primeiras relações afetivas.

A etapa do desenho da intervenção desenvolveu-se em duas fases distintas, que se apresentam de seguida. Na primeira fase definiram-se os objetivos gerais e a finalidade da intervenção e, posteriormente, na segunda fase, elaboraram-se os planos de ação e sua organização.

Objetivos gerais

Após a elaboração do diagnóstico de situação e da seleção de um grupo destinatário da intervenção, definiram-se os objetivos da intervenção (geral e específicos) e a finalidade da mesma. Estabeleceu-se, então, como objetivo geral prevenir a gravidez na adolescência.

No que diz respeito aos objetivos específicos, estabeleceram-se os seguintes:

- Caracterizar o conhecimento dos adolescentes sobre a gravidez e implicações da gravidez na adolescência;
- Informar os adolescentes com conhecimentos para uma tomada de decisão informada sobre os seus comportamentos sexuais e reprodutivos.

Da definição dos objetivos é possível inferir que a intervenção teve como finalidade contribuir para a prevenção da gravidez na adolescência.

Planos da intervenção e sua organização

Uma vez definidos os objetivos e a finalidade da intervenção, surge a segunda etapa do desenho da intervenção: a operacionalização. Esta etapa *“desdobra-se na montagem do sistema de gestão e no desenho dos objetivos operacionais e das correspondentes ações”* (Capucha, 2008, p. 31).

Ao longo de todo esse processo de análise, tornou-se indispensável integrar os conhecimentos do grupo alvo da intervenção, no apoio à elaboração do desenho da intervenção. Isto, não só para compreender os conhecimentos do grupo, mas também porque ao *“auscultar os destinatários da intervenção e ao transportar os seus anseios e interesses para o centro do debate, dando-lhes visibilidade, é desde logo uma forma de promover a participação”* (Capucha, 2008, p.22). Tornou-se claro, por este motivo, que o contacto com as turmas se deveria efetuar em dois momentos.

Numa primeira sessão, optou-se por realizar uma abordagem diagnóstica sem qualquer mensagem informativa relativa ao tema. Seria apenas a integração do formador com os alunos das turmas selecionadas, a descrição dos objetivos da intervenção e uma recolha dos interesses/necessidades dos mesmos adolescentes.

A segunda sessão foi planeada e construída tendo em conta as necessidades identificadas e os pontos de interesse demonstrados na primeira sessão, construção de ideias e partilha de saberes. Assim sendo, a primeira sessão constituir-se-ia como um guião orientador para a elaboração da segunda sessão.

O facto de se dar a possibilidade de trabalhar as questões de interesse do grupo contribui, mais facilmente, para a motivação e participação dos alunos, favorecendo a eficácia da intervenção, tal como nos diz Redman (2003), nas situações de ensino-aprendizagem, a motivação relaciona-se com a vontade da pessoa aprender.

Uma vez que estes adolescentes já abordaram diversos temas de educação sexual e reprodutiva, nomeadamente nas disciplinas que incluem explicitamente estes conteúdos, como referido anteriormente, considerou-se que a sessão não se poderia limitar a aspetos meramente informativos e restritos à temática da gravidez na adolescência. Como tal, a sessão foi planeada de forma a proporcionar momentos em que os alunos assumissem um papel ativo e participativo, num debate de ideias sobre os seus valores pessoais e sociais para que no final conseguissem construir as suas opções individuais.

Segundo Villar e Pillon (2004), todos têm um potencial para mudanças de comportamento e estilo de vida, desde que compreendamos as razões e os benefícios dessa mudança. Ressalta-se a importância do desenvolvimento da ação crítica no grupo, para que se proporcione a escolha entre alternativas possíveis e se possam tomar decisões mais saudáveis para o seu próprio bem-estar (Dias, 2003).

No que se refere à configuração dos planos de sessão, não se seguiu nenhum formato específico. Como diz Redman (2003), os planos de sessão/ensino podem ser realizados em diferentes formatos e aparência, desde que o critério principal seja o de apresentar um que desenvolva os vários elementos do processo de ensino.

Os planos das sessões realizadas encontram-se expostos nos apêndices B e C.

3.2.3 Execução da intervenção

Como já foi referido, programaram-se duas sessões para a execução da intervenção. A primeira sessão, com as turmas do 9ºA e B, desenvolveu-se, respetivamente, nos dias 20 e 21 de Janeiro de 2014, com a duração de 45min.

A primeira sessão iniciou-se pela apresentação da formadora ao grupo e, posteriormente, do tema e dos objetivos da intervenção, da qual estes alunos eram alvo. A

sessão prosseguiu-se, através de uma atividade de “quebra gelo”, que permitiu conhecer os elementos das turmas em questão. Para a concretização dessa atividade, utilizou-se o “jogo dos anúncios”, que consistiu em que cada aluno apresentasse o colega do lado, referindo algumas características da sua personalidade e interesses, para além da simples identificação do nome. Com este momento, foi possível o estabelecimento de uma relação empática com o grupo e foi promovida a interação e autorevelação do mesmo. Posteriormente ao jogo, lançou-se às turmas a discussão da temática da gravidez na adolescência, com o sentido de se perceber os conhecimentos e interesses presentes em relação ao tema.

Os dados recolhidos no seio da interação com os adolescentes, permitiram verificar algumas necessidades e anseios destes. Os jovens demonstraram possuir conhecimentos sólidos sobre o aparelho reprodutor humano e alguns conhecimentos sobre os métodos contraceptivos, no entanto, evidenciaram algumas dúvidas no que refere a estes últimos, particularmente na componente prática. No que diz respeito à gravidez na adolescência, declararam que pouco têm falado sobre o tema, mas que sabem que é a partir dos métodos contraceptivos que a podem evitar.

Para finalizar a primeira sessão, foi-lhes solicitado que escrevessem num papel, livremente e individualmente, interesses, questões e/ou dúvidas sobre a temática e o que gostariam que fosse abordado na sessão seguinte.

Através da análise de conteúdo às redações, realizadas pelos alunos, emergiram três áreas de interesse: sexualidade, métodos contraceptivos e gravidez na adolescência. Estes revelaram um interesse particular em adquirir mais conhecimentos relativamente aos riscos e consequências da gravidez na adolescência, centrando-se também em questões de como o adolescente deve reagir quando confrontado com uma gravidez indesejada. Contudo, parte significativa das dúvidas colocadas recaiu principalmente sobre a sua sexualidade, nomeadamente sobre a primeira relação sexual. Como já foi referido, a escolha dos grupos justificou-se, também, pela presença de jovens que já tinham vivenciado as primeiras experiências afetivas da sua vida. Constatou-se que as expectativas e motivações destes adolescentes focalizaram-se mais insistentemente no domínio das relações afetivas e sexuais, facto talvez justificado por estas primeiras experiências vivenciadas. É de salientar, ainda, que surgiram algumas questões dos alunos sobre assuntos fora da esfera do tema, que apesar de desarmonizadas, também foram analisadas de forma a se poder colmatar as dúvidas existentes.

A primeira sessão revelou-se de extrema importância para a construção do segundo momento com as turmas, pois permitiu ter em conta o grau de desenvolvimento e interesse dos grupos. Segundo a APF (1999), *“partir do que já é conhecido ou foi vivenciado, para desenhar momentos subsequentes, é particularmente importante em Educação Sexual”* (p.24). Ainda segundo o mesmo autor, a identificação de necessidades nesta área surge como *“uma das etapas essenciais de um programa, qualquer que seja a sua extensão e a sua profundidade”* (p.26) e, por esse motivo, tomou-se a decisão da recolha das necessidades dos grupos, através dos seus próprios discursos (orais e escritos). O contacto prévio com as turmas contribui ainda para ter em conta a possível *“heterogeneidade de estádios de desenvolvimentos e de contextos socioculturais dos vários elementos da mesma turma”* (APF, 1999, p.24).

A segunda sessão decorreu, aproximadamente, uma semana após o primeiro contacto com as turmas, com uma duração de 90 minutos. Iniciou-se com um momento onde foram apresentados os conteúdos a abordar, de acordo com as necessidades identificadas e referidas pelos alunos. Para tal, os primeiros minutos do desenvolvimento da sessão foram dedicados ao esclarecimento das dúvidas dos adolescentes, expostas por escrito na sessão anterior, que não se enquadravam diretamente com a temática da intervenção. A abordagem das temáticas, identificadas no primeiro momento, teve como recurso à sua exposição uma apresentação, em suporte digital. Para enquadrar os temas, pareceu importante incluir uma breve introdução sobre as transformações que ocorrem na adolescência, para uma melhor compreensão da fase de desenvolvimento que se encontram os adolescentes. Seguiu-se uma abordagem sobre métodos contraceptivos, mais adequados para a idade do grupo, e, por último, realizou-se uma abordagem mais aprofundada da sexualidade no adolescente uma vez que, como já referido, foi relativamente a esta temática que surgiu o maior número de questões levantadas. Na mesma lógica e no campo da sexualidade, na apresentação deu-se especial relevância à temática afetos e primeira relação sexual.

Seguidamente, transitou-se para o fornecimento, a cada turma, de uma notícia elaborada por uma redação que pertence a um canal televisivo conhecido, pedindo-lhes para a analisarem e para, posteriormente, a discutirem em grupo. Esta opção encontra-se justificada por Stanhope e Lancaster (2008), citando Babcock e Miller, na medida em que quando se seleciona uma atividade de aprendizagem *“devem ser selecionadas ferramentas educativas que potenciem a aprendizagem, tais como materiais impressos ou audiovisuais”* (p.308). Ao longo dos minutos seguintes, promoveu-se o diálogo e a discussão,

complementada com a segunda parte da apresentação, cuja temática era a gravidez na adolescência. No que se refere aos conteúdos sobre as implicações de uma gravidez na adolescência, ofereceu-se espaço ao grupo para a partilha de alguns saberes acerca da vivência de ser pai/mãe na adolescência. Alguns dos alunos relataram casos próximos de gravidez em adolescentes que conhecem, enunciando algumas transformações que ocorreram na sua vida. Neste espaço, foi possível refletir sobre os sentimentos e emoções presentes aquando da descoberta de uma gravidez precoce, as transformações ocorridas na vida do adolescente e, finalmente, as possíveis decisões que tomariam perante essa situação. Esta fase de exposição de conteúdos foi sempre articulada com a reflexão e discussão, no seio do grupo, uma vez que *“as pessoas aprendem melhor quando estão ativamente envolvidas no processo de aprendizagem. A participação aumenta a motivação, a flexibilidade e o nível de aprendizagem”* (Stanhope & Lancaster, 2008, p.309).

Por último, convidaram-se os alunos para a realização de uma reflexão individual sobre “o que aprenderam com a sessão” e que a escrevessem numa pequena narrativa. Esta tarefa foi-lhes solicitada com o objetivo de avaliar os conhecimentos adquiridos com a intervenção. Deve reconhecer-se que, numa das turmas, alguns jovens solicitaram a realização da reflexão em grupos de dois elementos, o que se acabou por possibilitar, uma vez que a partilha e a discussão em grupo foram a chave para o incentivo à aprendizagem.

No decorrer da intervenção realizada, através da interação com as turmas, foi possível identificar a existência de diferentes perspetivas e opiniões dos alunos, em relação a cada temática. Relativamente à sexualidade, foi clara a discrepância de géneros na forma como confrontaram e discutiram o tema. Numa fase inicial, existiu ainda alguma vergonha e receio por parte das adolescentes em abordar a temática perante os colegas, no entanto, quando estabelecido um ambiente de confiança e segurança, estas mostraram-se bastante motivadas e empenhadas em participar e adquirir mais conhecimentos e informações detalhadas.

Pelo contrário, alguns dos adolescentes assumiram o desejo de partilhar de imediato as suas experiências sexuais com os colegas. Alguns deles, encararam a construção da sexualidade baseada na potência e performance sexual. Tornou-se evidente como estes jovens constroem os seus próprios conceitos de virilidade e masculinidade e na forma como as tentam expor aos pares. Foi recorrente, ao longo das sessões surgirem perguntas sobre fármacos para o tratamento da disfunção erétil num tom de provocação para todo o grupo. Em oposição, a maioria das adolescentes demonstraram que se dirigem

para as relações amorosas e sexuais, sustentando-se nos sentimentos e na cumplicidade afetiva.

Estes resultados são coincidentes com dados da literatura que afirmam que apesar da aparente “revolução sexual”, vivida nas últimas décadas, o duplo padrão sexual continua vigorante, reforçando as claras assimetrias de poder nas práticas sexuais (Amâncio, 2006).

No que diz respeito à utilização dos métodos contraceptivos, o conhecimento parece surgir dos meios de informação que recebem através da escola, quer através dos conteúdos curriculares quer através de campanhas de prevenção e programas de educação sexual instituídos. Os motivos que alegam para a utilização destes métodos centram-se na prevenção da gravidez e de Infecções sexualmente transmissíveis (IST). Contudo, pelo que foi possível constatar através das discussões nas sessões, apesar de este discurso estar presente em cada adolescente, isso não significa que transpõem esses saberes na sua vida pessoal. Mas se para alguns adolescentes a preocupação é esta, para outros (principalmente o sexo feminino) a preocupação centra-se na primeira relação sexual, quando, como e com quem o devem fazer. Mais uma vez realça-se a forma como a adolescente encara a sexualidade, através de um discurso romântico.

3.2.4 Avaliação

Como foi referido anteriormente, utilizou-se a narrativa para os alunos expressarem “o que aprenderam com a sessão”, como forma de cumprir a fase de avaliação da intervenção. Numa das turmas, foi solicitado pelos alunos que esta narrativa fosse realizada em grupos de dois, segundo a disposição das carteiras, o que se possibilitou.

Da análise de conteúdo (Bardín, 2004) realizada dos discursos escritos nas narrativas, pelos adolescentes, evidenciaram-se três áreas principais, identificadas como as suas aprendizagens: a responsabilidade, os métodos contraceptivos e as implicações da gravidez na adolescência.

Assim, relativamente à sexualidade, os alunos destacaram a responsabilidade como relevante para a sua tomada de decisão:

“Temos de pensar bem antes de agir porque percebi que vamos deixar o que nos faz feliz por uma irresponsabilidade.” A6

“Ficamos a perceber melhor alguns aspetos/características de opções que podemos tomar na nossa sexualidade.” B9

Referem ainda que essa responsabilidade não deve ser influenciada por pressão externa:

“Apercebi-me que a minha primeira vez deve ser pensada com consciência e só devemos fazer quando estivermos preparados e não se formos obrigados ou pressionados para tal.” A11

“Devemos sempre assumir as responsabilidades, não agir por impulsos ou por influências. Temos de viver um dia de cada vez a aproveitar bem a adolescência, da melhor forma, porque mais tarde virá o tempo para engravidar.” B6

Os métodos contraceptivos foram outra área evidenciada pela análise dos discursos dos alunos, referindo que a sessão proporcionou melhores conhecimentos sobre os métodos disponíveis e, conseqüentemente, como medida de prevenção da (s):

- Gravidez:

“Percebi melhor sobre os métodos contraceptivos e como prevenir a gravidez e o que fazer.” A7

“Esta sessão da gravidez na adolescência permitiu conhecer melhor os métodos disponíveis para prevenir uma gravidez indesejada (...).” B8

- Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's):

“Fiquei mais informada de como prevenir a gravidez e as IST's (...).” A11

Para além da prevenção, os alunos referem, ainda, que a sessão proporcionou aprendizagem ao nível da adequação dos métodos contraceptivos:

“Aprendemos que existem alguns métodos contraceptivos que não são adequados a adolescentes, mas sim a adultos com a vida sexual ativa. “Aprendemos que há determinados medicamentos (pílula do dia seguinte) que devemos ter cuidado a usar, pois podem ter conseqüências bastante graves. O mesmo acontece com os métodos contraceptivos, que podem conter vários riscos, tais como, todas as cirurgias tem.” B10

A terceira área identificada foi a gravidez na adolescência. No que se refere a esta área, os alunos reconheceram a aquisição de conhecimentos sobre as implicações de uma gravidez na fase da adolescência, quer para os pais adolescentes, quer para a própria criança:

“Uma gravidez na adolescência seria um grande problema não só para os pais como para o bebé.” B1

“Também, há riscos, para os pais adolescentes, principalmente nas raparigas e também nos bebés, pois nas mães adolescentes o seu corpo ainda está em desenvolvimento.” B5

“Esta sessão da gravidez na adolescência permitiu conhecer melhor (...) as consequências e o que costuma acontecer quando esta acontece [gravidez].” B8

“Fiquei a conhecer as consequências de uma gravidez na adolescência.” A11
Ainda a respeito desta área, os alunos identificaram as possíveis causas de uma gravidez na adolescência e as possibilidades de apoio quando esta acaba por acontecer:

“ (...) quanto à gravidez na adolescência, mas muitas vezes isto acontece pela inocência, falta de responsabilidade e falta de informação do assunto.” B2

“O que devemos fazer e a quem devemos recorrer (...)”B8

“Refletir, pedir ajuda e encarar de frente o que cometemos é a solução.” B9

Os alunos referiram também que através da sessão ficaram mais sensibilizados para a temática da gravidez na adolescência, reconhecendo a importância da sua abordagem:

“Com esta sessão, fiquei mais sensibilizado para o assunto da gravidez na adolescência.” A16

“Adorei e fiquei a perceber muitas coisas que não entendia ou não percebia sobre a gravidez na adolescência.” A18

“Ficamos a saber/perceber mais sobre a gravidez na adolescência. Gostamos muito das sessões, pois as aulas foram calmas (...).” B9

Por último, destacaram-se alguns discursos escritos dos alunos com o reconhecimento e satisfação da sessão, salientando a importância da resposta às necessidades dos alunos, com o esclarecimento das dúvidas que possuem:

“Gostei muito porque todas as perguntas foram esclarecidas.” A4

“Gostei muito desta sessão, pois esclareci muitas dúvidas.” A12

“Gostei muito desta sessão, pois tirei/esclareci muitas dúvidas e aprofundei muitos conhecimentos nesta área. ” A15

3.2.5 Conclusões e Sugestões

A avaliação da intervenção, realizada através da análise de conteúdo da narrativa que os alunos escreveram sobre “o que aprenderam com a sessão”, pareceu ser o instrumento mais ajustado para permitir ao aluno expressar mais facilmente as suas opiniões. No entanto, constatou-se que se tornou um meio difícil de estimular para a faculdade de informação, contrariando a tendência para a menor escrita possível. Desta

forma, verificou-se que o instrumento utilizado acabou por constituir uma limitação para a avaliação dos resultados da intervenção.

A intervenção foi planeada e implementada de acordo com o tempo de estágio nos CSP e o tempo disponibilizado pela escola AV. Desta forma, o tempo existente foi outra limitação do processo, seria desejável implementar-se a intervenção abrangendo todas as turmas do 9º ano, ao longo de um período de tempo superior. Desejar-se-ia, também, programar outros contactos posteriores com as turmas, para uma avaliação efetiva de todo o processo educativo.

A partir da intervenção, mostrou-se evidente que os adolescentes procuram e necessitam mais do que mera informação relativa a métodos contraceptivos, anatomia e fisiologia do aparelho reprodutor e infeções sexualmente transmissíveis. As suas necessidades incidiram, mais insistentemente, nas questões da sexualidade, nomeadamente relativas às relações afetivas e sexuais. Foi patente, portanto, a carência de uma abordagem pedagógica aos adolescentes que, para além da componente biológica da reprodução, também considere os aspetos emocionais, culturais e éticos. No seguimento deste raciocínio, compreende-se que mais do que fornecer informação sobre o que não devem fazer, deve primeiro conhecer-se a realidade do grupo de adolescentes, saber o que pensam e, depois sim, proporcionar-lhes momentos de reflexão e discussão. Eles precisam que se quebrem tabus, que se fale abertamente da sexualidade e que se proporcionem reflexões/discussões. É ao longo da adolescência que o papel como educador se destaca, é neste momento em que os adolescentes estão a construir a sua sexualidade que se deve intervir, ajudando-os a obter informação fidedigna, para que possam tomar decisões conscientemente.

Depois de uma análise detalhada dos comentários produzidos nas sessões e da análise de conteúdo do material escrito, foram identificados diferentes níveis de perceção do impacto de uma gravidez na vida do adolescente e identificaram-se ainda diferentes perspetivas da construção da sexualidade e das relações amorosas. Destacaram-se discursos que indiciam uma mudança de comportamentos de risco, no entanto, enfatiza-se a necessidade de mais estudos para clarificar em que medida estes discursos traduzem efetivamente os comportamentos dos adolescentes.

Apesar de todas as campanhas de informação e divulgação, que lhes facultam conhecimentos nas diversas áreas da sexualidade, os adolescentes parecem não conhecer as implicações sociais, familiares e económicas da gravidez, nesta fase da vida.

A implementação de programas de educação sexual e reprodutiva tem sido realizada por modelos sociocognitivos, que visam obter mudança de comportamentos através da modificação de crenças e atitudes. No entanto, estudos de Willig (1999) afirmam que existe um desfasamento entre cognições e comportamentos, a mera posse de conhecimentos não implica a alteração de comportamentos de risco. Assim, estes alertam para a possibilidade de insucesso de programas assentes apenas na transmissão de informação. Torna-se fundamental, procurar os motivos pelos quais os adolescentes não se preocupam com a prevenção (mais explícito no sexo masculino) e compreender se os adolescentes estão efetivamente disponíveis para aceitar mudanças nas suas vivências da sexualidade.

Através da implementação da intervenção, tornou-se possível a caracterização dos conhecimentos destes jovens sobre gravidez na adolescência e os riscos implícitos, assim como das representações sociais desta na sua vida.

Apesar de todas as limitações encontradas, foi evidente o contributo da sessão para os adolescentes, designadamente no reconhecimento da importância da sessão na aquisição de conhecimentos, para uma tomada de decisão consciente.

Para terminar, e na sequência das conclusões extraídas da intervenção efetuada, sugere-se o aperfeiçoamento dos programas de educação sexual e reprodutiva implementados quer quantitativa como qualitativamente, no sentido de se proporcionar mais tempo aos adolescentes para a reflexão e partilha de ideias.

Propõe-se, também, a implementação de programas de educação sexual e reprodutiva nas escolas, onde se promova a sexualidade responsável, incluindo a família dos adolescentes nestas intervenções. Pois a inclusão da família revela-se muito importante, uma vez que esta é o primeiro grupo dos adolescentes e, muitas vezes, são encontradas grandes dificuldades nos pais em lidar com a sexualidade dos adolescentes. A inclusão da família surgiria com o objetivo de elucidar os pais para o facto de que não se dialogar com os adolescentes sobre a sexualidade, pode facilitar a exposição destes a situações de risco como a gravidez indesejada, contágio de infeções sexualmente transmissíveis e traumas psicológicos. O conhecimento sobre o comportamento dos pais, perante a sexualidade dos seus filhos, permitiria a construção, em conjunto, de novas estratégias, para se promover uma vivência saudável e responsável da sexualidade dos adolescentes. Para tal, sugeria-se o recurso, por exemplo, à associação de pais para integrar o projeto.

No que respeita à investigação associada ao tópico, realça-se a necessidade de mais estudos que ajudem a compreender o significado dos comportamentos dos jovens, seria, assim, interessante uma transposição para a realidade portuguesa de alguns trabalhos sobre

a influência de fatores económicos, sociais, religiosos, e mesmo habitacionais sobre o fenómeno.

CONCLUSÃO

O presente relatório remete para o estágio de integração à vida profissional que se realizou no Hospital de Braga e na USF AF. A necessidade de obtenção do número de experiências inscritas na diretiva pela comunidade económica europeia e pela ordem dos enfermeiros norteou a escolha dos locais de estágio. Durante o referido estágio, foi possível testar a aliança entre a teoria e a prática, numa dinâmica estimulante e motivadora, enquadrando os paradigmas teóricos de Meleis e Watson. Deve realçar-se, que a reflexão sobre estas autoras contribuiu não só para uma prática mais sustentada ao longo do estágio, mas, também, para uma prática mais compreensiva como profissional.

Selecionou-se a prevenção da gravidez na adolescência como área de intervenção específica, pelo que foi possível aprofundar competências a este nível e efetuar-se um plano de atuação que abrangeu uma metodologia de natureza investigativa nos cuidados de saúde primários.

A problemática da gravidez na adolescência tem vindo a ganhar relevância na nossa sociedade, não só como um problema de educação sexual mas também como um problema social. Estudos levados a cabo indicam que a gravidez, na fase da adolescência, condiciona de forma significativa todo o projeto de vida dos jovens pais. Neste sentido, a temática desenvolvida releva as preocupações crescentes associadas ao facto de Portugal continuar a ser um dos países com maior incidência do fenómeno, no contexto europeu, ainda que com significativas melhorias ao longo dos últimos anos. A intervenção realizada junto dos jovens da escola AV surge, no sentido de outros projetos semelhantes, com o objetivo de sensibilizar os adolescentes para a importância da prevenção da gravidez na adolescência, dotando-os de informação para a sua própria tomada de decisão.

O CMESMO revelou-se de extrema importância no desenvolvimento de competências cognitivas (Saber), competências psico-motoras (Saber Fazer) e as competências socio-afetivas, relacionais e ético-morais (Saber Ser). No seguimento deste raciocínio, com a colaboração dos peritos existentes no estágio de natureza profissional (equipa multidisciplinar, enfermeiros tutores e docentes), surgiram espaços de debate, reflexão e partilha de saberes, conseguindo-se com esses momentos aprimorar as

competências técnicas, científicas, comunicacionais e humanas, colmatando, simultaneamente, as necessidades estabelecidas pela CEE e OE.

É com satisfação que se olha o percurso encetado e se avalia como positivo. A realização do estágio de natureza profissional revelou-se uma experiência significativa e enriquecedora e uma mais-valia no percurso académico e profissional, quer pelo desenvolvimento de competências na prestação de cuidados à mulher inserida na família e comunidade durante todo o ciclo de vida, quer pela relevância da área de intervenção desenvolvida. Através da realização do presente relatório, foi possível realizar uma reflexão das ações praticadas durante o estágio, analisando-se a aquisição de competências ajustadas à evolução das necessidades dos utentes e dos programas de saúde, nos domínios da promoção da saúde, prevenção da doença, da gestão e da investigação. O exercício reflexivo concretizado alertou para a importância da investigação em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica e da sua contribuição em guiar e inovar a prática dos cuidados, com base em evidências científicas.

BIBLIOGRAFIA

Algarvio, S., & Leal, I. (2004). Preocupações parentais: Validação de um instrumento de medida. *Revista Psicologia, Saúde & Doença*, 2 (5). 145-158.

Amado, J. (2000). A técnica de análise de conteúdo. *Revista Referência*, 5. 53-63.

Amâncio, L., & Oliveira, J. (2006). Men as individuals, women as a sexed category: implications of symbolic asymmetry for feminist practice and feminist psychology. *Feminism & Psychology*, 16. 35-43.

Associação para o Planeamento da Família. (1999). Sexualidade juvenil, educação sexual em meio escolar. *Revista Sexualidade*, (série 2, 21/22). 20-34.

Bardin, L. (2004). *Análise de conteúdo* (3ª ed.). Lisboa: Edições 70.

Bayle, F. (2005). A parentalidade. In I. Leal, *Psicologia da gravidez e da parentalidade* (Cap.12, pp.317-546). Lisboa: Fim de século.

Bezerra, A., & Macário, R. (2011). *Educação sexual na escola: manual para professores e educadores, 2.º ciclo do Ensino Básico*. V.N. Gaia: Uniarte Gráfica.

Borges, B., Serrano, F., & Pereira, F. (2003). Episiotomia: Uso generalizado versus seletivo. *Acta Médica Portuguesa*, 16. 447-454.

Branco, M. (1999). Metodologias em educação sexual. *Revista Sexualidade*, (série 2, 21/22). 29-34.

Canavarro, M. C., & Pereira, A. (2001). Gravidez e maternidade na adolescência: Perspetivas teóricas. In M. C. Canavarro, M., *Psicologia e gravidez da maternidade* (Cap.13, pp.323-358). Coimbra: Quarteto Editora.

Canavarro, M. C., & Pedrosa, A. A. (2005). Transição para a parentalidade: Compreensão segundo diferentes perspetivas teóricas. In I. Leal, *Psicologia da gravidez e da parentalidade* (Cap.9, pp.225-255). Lisboa: Fim de Século.

Capucha, L. M. A. (2008). *Planeamento e avaliação de projectos: Guião prático*. Lisboa: Direcção Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular.

Carlos, A., Pires, A., Cabrita, T., Alves, H., Araújo, C., & Bentes, M. H. (2007). Comportamento parental de mães adolescentes. *Análise Psicológica*, 2 (XXV). 183-194.

Carpenito - Moyet, L. J. (2005). *Diagnósticos de enfermagem: Aplicação à prática clínica* (10ª ed). Porto Alegre: Artmed.

Colman, L. L., & Colman, A. (1994). *Gravidez – A Experiência psicológica*. Lisboa: Edições Colibri.

Correia, M. J. (2005). Gravidez e maternidade em grupos de risco. In I. Leal, *Psicologia da gravidez e da parentalidade* (pp.49-60). Lisboa: Fim de Século.

Cowan, C., & Cowan, P. (1995), Interventions to ease the transition to parenthood: Why they are needed and what they can do. *Family relations*, 44. 412-423.

Cruz, O. (2005). *Parentalidade*. Coimbra: Editoras Quarteto.

Davis-Floyd, R. (1992). *Birth as an american birth of passage*. Berkeley: University of California Press.

Dias, A., & Bueno, S. (2003). Programa educativo sobre sexualidade, DST/Aids e sexo seguro desenvolvido junto aos alunos do curso técnico de enfermagem: Um relato de experiência. *Nursing*, 58 (6),14-21.

Direcção-Geral de Saúde. (2004). *Saúde juvenil: Relatório sobre programas e oferta de cuidados*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.

Direcção-Geral de Saúde. (2006). *Promoção da saúde mental na gravidez e primeira infância: Manual de orientação para profissionais de saúde*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.

Edwards, L. (2002). Adaptação à paternidade/maternidade. In D. L. Lowdermilk, S. E. Perry, & I. M. Bobak, *O cuidado em enfermagem materna* (5ª ed., Cap.18, pp.457-495). São Paulo: Artmed Editora.

Eitington, J. (1990). *Utiliser les techniques actives en formation*. Paris: Les Éditions d'Organisation.

Ferreira, P., & Cabral, M. (2010). *Sexualidades em Portugal: Comportamentos e riscos*. Lisboa: Bizâncio.

Figueiredo, B. (2000). Maternidade na adolescência: Consequências e trajetórias desenvolvimentais. *Análise Psicológica*, 4 (XVIII). 485-498.

Figueiredo, B. (2001). Maternidade na adolescência: Do risco à prevenção. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 2 (3). 220-238.

Friedman, E. (1978). *Labor: Clinical evaluation and management* (2ª ed.). Nova Iorque: Appleton Century Crofts.

Fripp, J. (1993). *Learning through simulations*. Londres: McGraw-Hill.

Gauthier, B. (2003). *Investigação social: da problemática à colheita de dados* (3ªed.). Loures: Lusociência.

Girondi, J., Nothhaft, S., & Mallmann F. (2006). A metodologia problematizadora utilizada pelo enfermeiro na educação sexual de adolescentes. *Cogitare Enfermagem*, 11 (2). 161-165.

Gispert, C. (Dir.) (1998). *Psicologia infantil e juvenil: Adolescência* (Vol.3). Lisboa: Oceano.

Goguelin, P. (1973). *A formação contínua de adultos*. Lisboa: Publicações Europa América.

Goguelin, P. (1991). *La formation-animation : Une vocation*. Paris: ESF.

Graça, L. M. (2010). *Medicina materno-fetal*. Lisboa: Lidel.

Guerra, I. (2006). *Pesquisa qualitativa e análise de conteúdo: Sentidos e formas de uso*. Estoril: Príncípia Editora.

Heilborn, M. & Cabral, C. (2006). Parentalidade juvenil: Transição condensada para a idade adulta. In A.A. Camarano (Ed.), *Transição para a vida adulta ou vida adulta em transição?* (pp.225-256). Rio de Janeiro: IPEA.

Hospital de Braga. (s. d.). Regulamento interno do Hospital de Braga. Recuperado em 10 de maio, 2014, de: https://www.hospitaldebraga.pt/ResourceLink.aspx?ResourceName=Regulamento_Interno_do_Hospital_de_Braga.pdf

Ketting, E. (2000). A sexualidade dos rapazes na Europa moderna. *Sexualidade & Planeamento Familiar*, (27/28),5-12.

Lowdermilk, D. & Perry, S. (2008). *Enfermagem na maternidade* (7ª ed). Loures: Lusodidacta.

Machado, M. V. P (2004). *A transição do ser adolescente puérpera ao papel materno sob o enfoque do cuidado de enfermagem*. Dissertação de Mestrado não publicada, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, Brasil.

Machado, M. & Zagonel, I. (2003). O processo de cuidar da adolescente que vivencia a transição ao papel materno. *Cogitare Enfermagem*, 2 (8), p.26-33.

Martell, L. K. (2001). Enfermagem de família: Famílias em idade reprodutiva. In S. M. H. Hanson, *Enfermagem de cuidados de saúde à família: Teoria, prática e investigação* (2ª ed., Cap.10, pp.237-257). Loures: Lusociência.

Marques, R. (1999). *Modelos pedagógicos actuais*. Lisboa: Plátano.

Martina, M. (2001). *Contraceção e adolescência*. Lisboa: Fundação Schering Lusitana.

Matos, M. G., Simões, C., Camacho, I., Reis, M. & Equipa Aventura Social (2014). *A saúde dos adolescentes portugueses em tempos de recessão – dados nacionais do estudo HBSC de 2014*. Lisboa: UNL.

Meleis, A. I, Sawyer, L. M., Im, E.O., Hilfinger, M. & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23 (1), 12-18.

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

Mendes, R. (2007). *A parentalidade experimentada pelo masculino: As vivências da paternidade*. Lisboa: Centro de Investigação de Estudos de Sociologia.

Mercer, R. (1981). A theoretical framework for studying factors that impact on the maternal role. *Nursing Research*, 30, 73-77.

Mercer, R. (1985). The process of maternal role attainment over the first year. *Nursing Research*, 34, 198-204.

Mercer, R. (2004). Becoming a mother versus maternal role attainment. *Journal of Nursing Scholarship*, 3 (36), 226-232.

Morandi, F. (1997). *Modèles et méthodes en pédagogie*. Paris: Nathan.

Mucchielli, R. (1968). *La méthode des cas*. Paris: ESF.

Mucchielli, R. (1981). *A formação de adultos*. São Paulo: Martins Fontes Editora.

Murray, P. (2006). Influências da família na promoção da saúde da criança. In M. Hockenberry, *fundamentos da enfermagem pediátrica* (7ª ed., Cap.3, pp.30-54). Rio de Janeiro: Elsevier.

Nodin, N. (2005). Intervenção em saúde sexual e reprodutiva. In I. Leal, *Psicologia da gravidez e da parentalidade* (cap.5, pp.127-150). Lisboa: Fim de Século.

Norris, M. (1999). *Obstetric anestesias*. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins.

Ordem dos Enfermeiros. (2010a). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2010b) – *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em saúde materna, obstétrica e ginecológica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Parlamento Europeu. (2013). *Relatório sobre saúde e direitos sexuais e reprodutivos*. Recuperado em 4 de janeiro, 2014, de <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+REPORT+A7-2013-0306+0+DOC+XML+V0//PT>.

Pereira, A. & Rocha, J. (1990). *O método demonstrativo*. Lisboa: IEFP.

Piccinini, C., Silva, M. R., Gonçalves, T. R., Lopes, R. S., & Tudge, J. (2004). O envolvimento paterno durante a gestação. *Psicologia, Reflexão e Crítica*, 3 (17),303-314.

Prazeres, V. (2003). *Saúde juvenil no masculino: Género e saúde sexual e reprodutiva*. Lisboa : Direcção Geral de Saúde.

Ramos, M. M., Canavarro, M. C., Araújo, A., Oliveira, C. & Monteiro, S. (2005). Adaptação paterna na transição para a parentalidade. *Iber- Psicologia*, 2 (10), 7.

Redman, B. (2003). *A prática da educação para a saúde* (9ª ed.). Loures: Lusociência.

Rogers, C. (1984). *Liberté pour apprendre*. Paris: Dunoud.

Sá, E., Carvalho, A. & Leal, I. (2004). Adolescência e gravidez: Auto-estima e ansiedade em grávidas adolescentes. In E. SÁ, *A maternidade e o bebé*. Lisboa: Fim de Século.

Santos, J. & Shimo, A. (2008). Prática rotineira da episiotomia refletindo a desigualdade de poder entre profissionais de saúde e mulheres. *Escola Anna Nery, Revista de enfermagem*, 12 (4), 645-650.

Silva, M. (2004). *Ser pai, ser mãe: Parentalidade um desafio para o 3º milénio*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Silva, H., Ferreira, S., Águeda, S., Almeida, A. F., Lopes, A. & Pinto, F. (2012). Sexualidade e risco de gravidez na adolescência: Desafios de uma nova realidade pediátrica. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 43 (1), 8-15.

Sprinthal, N. & Collins, W. (2003). *Psicologia do adolescente: uma abordagem desenvolvimentista* (3ª ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Stanhope, M. & Lancaster, J. (2008). *Enfermagem de saúde pública: Cuidados de saúde na comunidade centrados na população*. Lisboa: Lusodidacta.

Tornquist, C. (2002). Armadilhas da nova era: Natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. *Revista Estudos Feministas*, 2, 483- 492.

United Nations Educational Scientific and Cultural Organization. (2009). *International technical guidance on sexuality education*. Recuperado em 10 de dezembro, 2013, de: <http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001832/183281e.pdf>

United Nations Statistics Division. (2009). *Live births by age of mother and sex of child, general and age-specific fertility rates: latest available year, 2000 – 2009*. Recuperado em 4 de janeiro, 2014, de <http://unstats.un.org/unsd/demographic/products/dyb/dyb2009-2010/Table10.pdf>

Vergara, S. (2003). *Projetos e relatórios de pesquisa em administração* (4ª ed.). São Paulo: Edições Atlas.

Villar, L. & Pillon, S. (2004). Promoção da saúde e prevenção do uso de drogas: O papel do enfermeiro. *Nursing*, 75 (7), 39-45.

Watson, J. (1979). Nursing: The philosophy and science of caring. In M. Smith, M. Turkel & Z. Wolf, *Caring in nursing classics: An essential resource*. Nova Iorque: Springer Publishing Company.

Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência humana e cuidar uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência.

Willig, C. (1999). Discourse analysis and sex education. In C. Willig, *Applied discourse analysis: Social and psychological interventions*. Buckingham: Open University.

World Health Organization. (1985). Appropriate technology for birth. *Lancet*, 2, 436-437.

World Health Organization. (1996). *Care on normal birth: A practical guide*. Recuperado em 15 de abril, 2014, de http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf

APÊNDICES

Apêndice A: Resultados da 1ª sessão

Resultados 1ª sessão

Turma 9º A (1ª sessão 20/01)

- 1) *”É verdade que se consegue detetar se uma mulher é virgem pelas saliências dos lábios nas calças?”*
- 2) *”Quais as consequências que os comprimidos sexuais (viagra) podem causar na nossa saúde?”*
- 3) *”O que fazer quando fazemos pela 1ª vez relações sexuais e esta corre mal?”*
- 4) *”Qual o efeito do viagra?”*
- 5) *”Que tipo de reação deve conter uma grávida muito jovem? Se a primeira vez tiver uma relação sexual e correr mal, isso pode prejudicar a 2ª vez?”*
- 6) *”Quais os sintomas para saber se uma mulher está grávida, sem ser a falta de menstruação? Se uma mulher abortar, quais são as consequências que pode conter? Se o nosso companheiro quiser que abortemos e nós não, qual é a reação que devemos ter?”*
- 7) *”Uma mulher grávida pode ter o período menstrual?”*
- 8) *”Basta penetrar na vagina para perdermos a virgindade? Será que ao fazer relações sexuais pela primeira vez causa dor? Qual será a idade mais indicada para fazer a primeira relação sexual?”*
- 9) *”Quais são os perigos que podemos ter com os namoros? O que podemos fazer caso o nosso parceiro quiser ter relações sexuais e nós não querermos por acharmos que somos novos ou até por achar cedo? Gostaria que falasse dos perigos e consequências da gravidez na adolescência.”*
- 10) *”Quando se está com a menstruação pode-se ter relações sexuais? Falar sobre os riscos durante a gravidez.”*
- 11) *”Como aconselhar na situação de uma amiga estar grávida?”*
- 12) *”Falar sobre os perigos da gravidez na adolescência.”*
- 13) *”Quantas vezes a mulher pode parir de cesariana?”*
- 14) *”Quais são os riscos da gravidez na adolescência? O que fazer para não engravidar na adolescência.”*
- 15) *”Falar sobre os riscos da gravidez na adolescência.”*
- 16) *”Que tipo de riscos pode ter uma grávida jovem?”*
- 17) *”O que são preliminares?”*
- 18) *”O corpo das adolescentes está preparado para receber um bebé?”*

19) *“Basta penetrar a vagina para se perder a virgindade? Causa algum tipo de dor no órgão sexual ao fazer a 2ª relação sexual? Qual seria a idade mais indicada para ter relações sexuais.”*

Turma 9ºB (1ª sessão 21/01)

- 1) *“Quais são os métodos contraceptivos mais indicados para as mulheres?”*
- 2) *“Perigos da implantação de um dispositivo intra-uterino? Perigos para o desenvolvimento físico se engravidarmos na adolescência? Perigos da laqueação das trompas de Falópio?”*
- 3) *“Com que idade é mais normal começar a atividade sexual?”*
- 4) *“Riscos da gravidez na adolescência: físicos e psicológicos.”*
- 5) *“Quais os perigos de abortar na adolescência? Quais as diferentes formas de abortar?”*
- 6) *“Quais os métodos contraceptivos mais adequados para os homens?”*
- 7) *“Qual é o método mais preventor para as infecções sexualmente transmissíveis e a gravidez?”*
- 8) *“Em que idade se deve começar a tomar a pilula?”*
- 9) *“Com que idade se deve engravidar?”*
- 10) *“Qual é a idade em que acha que se deve começar a praticar a relação sexual?”*
- 11) *“Perigos da vasectomia?”*
- 12) *“Falar sobre Laqueação feminina e no sexo masculino há algum processo parecido com o referido?”*
- 13) *“Quais são as consequências de não usar preservativo?”*
- 14) *“Sexo sem preservativo pode engravidar?”*
- 15) *“O que fazer quando se é violada na adolescência?”*
- 16) *“Perder a virgindade é muito doloroso?”*
- 17) *“É saudável ter relações sexuais regularmente?”*
- 18) *“Qual é a fase mais complicada da gravidez? O que é o papanicolau, onde se faz? Qual o tamanho mais vulgar do pênis?”*
- 19) *“Como fazer a mulher atingir o orgasmo mais rapidamente? O sexo anal doi? Fazer sexo com uma mulher grávida afeta o bebê ou o seu crescimento?”*

20) *“O líquido que sai antes do esperma engravida? Quando é que se sabe que uma mulher está excitada? Como encontrar o ponto G na mulher? O que se sente quando se atinge o orgasmo? Fazer sexo oral ficasse com mau hálito? Como satisfazer sexualmente o parceiro? Que efeito tem a pilula no homem? O viagra faz mal? Qual a posição sexual mais frequente? Qual a posição sexual que a rapariga tem menos probabilidade de engravidar? Ofereça preservativos na próxima sessão!!!!!!”*

Apêndice B: Plano da 1ª sessão

Plano da 1ª Sessão

| | | | |
|------------------|--------------------------|-----------------------|---|
| Tema | Gravidez na Adolescência | Objetivo Geral | Capacitar os alunos do 9º ano da escola EB 2,3 AV sobre prevenção da gravidez na adolescência |
| Formadora | Enf.ª Cláudia | População Alvo | Alunos 9º A/B (EAV) |
| Local | Escola EB 2,3 AV | Data | 20 e 21 de Janeiro de 2014 |
| Duração | 45 min. | | |

| Fases | Objetivos | Conteúdo | Metodologia | Atividades | Recursos | Tempo |
|------------------------|--|--|--------------------------|--|--------------------------|---------|
| Introdução | Apresentar a formadora e o tema da formação. | Apresentação da formadora; Apresentação do tema. | Método Expositivo | | | 2 min. |
| | Promover a interação e a autorevelação do grupo com a formadora; Alicerçar a confiança no grupo; | Apresentação dos elementos da turma | Método Interativo | Quebrar o gelo através da realização do jogo "Anúncios" ¹ | Papel em branco e lápis. | 13 min. |
| Desenvolvimento | Avaliar o conhecimento e interesse da turma em relação à temática; | - Discussão da temática "Gravidez na Adolescência". | Método Interativo | | | 20min. |
| Conclusão | Compreender as necessidades do grupo; Incentivar a participação dos alunos no planeamento da sessão seguinte. | -Solicitação de questões/dúvidas sobre o tema. -Pedido de sugestões para a sessão seguinte. | Método Interativo | | Papel em branco e lápis. | 10min. |

1. Descrição do Jogo Anúncios: pede-se aos alunos da turma que se coloquem agrupados dois a dois. É solicitado a cada elemento da turma que escreva um pequeno anúncio a descrever o colega do lado, revelando alguns dos seus interesses. Devem revelar nestes anúncios a razão pela qual alguém os deveria escolher como amigos.

Apêndice C: Plano da 2ª sessão

Plano da 2ª Sessão

| | | | |
|------------------|--------------------------|-----------------------|---|
| Tema | Gravidez na Adolescência | Objetivo Geral | Capacitar os alunos do 9º ano da escola EB 2,3 AV sobre prevenção da gravidez na adolescência |
| Formadora | Enf.ª Cláudia | População Alvo | Alunos 9º A/B (EAV) |
| Local | Escola EB 2,3 AV | Data | 30 de Janeiro e 03 de Fevereiro de 2014 |
| Duração | 90 min. | | |

| Fases | Objetivos | Conteúdo | Metodologia | Atividades | Recursos | Tempo |
|------------------------|---|--|--------------------------|---|------------------------|--------|
| Introdução | Promover a motivação do grupo pelo tema. | Descrição das fases da sessão. | Método Expositivo | | | 5min. |
| Desenvolvimento | Esclarecer as questões levantadas pelos estudantes na sessão anterior. | Resposta às questões colocadas na sessão anterior sobre sexualidade, sem enquadramento com o tema da sessão. | Método Interativo | | | 10min. |
| | Dotar os estudantes com conhecimentos sobre Sexualidade e Métodos Contraceptivos. | Apresentação das temáticas: Sexualidade e Métodos Contraceptivos. | Método Expositivo | Exposição de uma apresentação, em PowerPoint, que aborda: sexualidade e métodos contraceptivos, associado à estimulação pela verbalização da opinião/conhecimento de cada estudante sobre o tema. | Powerpoint e Datashow. | 25min. |

| | | | | | | |
|-------------------------|---|--|---------------------------------|---|--|---------------|
| | <p>Sensibilizar o grupo para a problemática da Gravidez na Adolescência.</p> <p>Estimular o diálogo/discussão sobre o tema, no seio do grupo.</p> | <p>Leitura e interpretação individual de uma notícia sobre a gravidez na adolescência.</p> | <p>Método Interativo</p> | <p>Leitura individual e discussão em grupo sobre o conteúdo da notícia sobre a Gravidez na Adolescência</p> | <p>Notícia: “Todos os dias, 12 adolescentes dão à luz em Portugal”, em suporte de papel.</p> | <p>15min.</p> |
| | <p>Dotar os estudantes com conhecimentos sobre Gravidez na Adolescência.</p> | <p>Apresentação da temática Gravidez na Adolescência.</p> | <p>Método Expositivo</p> | <p>Exposição de uma apresentação, em PowerPoint, que aborda a Gravidez na Adolescência.</p> | <p>PowerPoint e Datashow.</p> | <p>25min.</p> |
| <p>Conclusão</p> | <p>Avaliação dos conhecimentos adquiridos e da mensagem transmitida na sessão.</p> | <p>Solicitação uma narrativa de 4 a 5 linhas, alusiva ao tema da sessão.</p> | <p>Método interativo</p> | <p>Reflexão do grupo através da questão: “O que aprendi nesta sessão”.</p> | <p>Papel e lápis.</p> | <p>10min.</p> |

Apêndice D: Notícia disponibilizada na 2ª sessão

“Todos os dias, 12 adolescentes dão à luz em Portugal”

Todos os dias, 12 adolescentes dão à luz em Portugal. Idealizado como um projeto de vida, a maternidade transforma-se muitas vezes num «trampolim para a pobreza», alertam especialistas.

Os estudos sobre a caracterização das mães adolescentes portuguesas indicam que a grande maioria são raparigas oriundas de famílias carenciadas que abandonaram a escola antes do tempo.

Em Portugal, a maternidade na adolescência é vista por especialistas como um «fenómeno cultural» relacionado com a ausência de objetivos. «A maior parte delas tem informação sobre contraceptivos e a gravidez na adolescência é um fenómeno cultural: há uma falta de objetivos profissionais e individuais e a gravidez vai surgir como um projeto de vida na ausência de outros. É isso que acontece em Portugal e que nos torna diferentes», revelou à Lusa Teresa Bombas, da Sociedade Portuguesa da Contraceção, a propósito do Dia Mundial da Contraceção, que se assinala no domingo.

Não se sabe ao certo quantas adolescentes ficam grávidas. Os números oficiais revelam apenas quantas jovens decidem interromper a gravidez recorrendo aos serviços de saúde e quantas decidem ser mães.

«Mais de dez por cento das interrupções voluntárias de gravidez ocorrem em adolescentes até aos 19 anos e quase cinco por cento dos nascimentos são de jovens mães», lembrou Duarte Vilar, diretor executivo da Associação para o Planeamento Familiar (APF).

No ano passado, 4347 raparigas entre os 12 e os 19 anos decidiram levar a gravidez até ao final. No ano anterior, o número de novas mães adolescentes foi mais alto (4844) e, em 2006, passou as

5500, segundo dados do Instituto Nacional de Estatística.

Os números mostram que esta é uma realidade que tem vindo a diminuir, apesar de ser um processo «muito lento». «Na década de 80, entre 14 a 15 mil adolescentes eram mães todos os anos. Agora rondam as cinco mil», sublinhou Duarte Vilar.

A introdução de aulas de educação sexual nas escolas e a distribuição de métodos contraceptivos são alguns dos projetos pensados para combater este fenómeno, mas Duarte Vilar alerta para a sua real aplicação no terreno: «É preciso garantir que todas as escolas estão a aplicar a lei e é preciso lembrar que o acesso a métodos contraceptivos é diferente numa pequena cidade do interior ou numa grande cidade.»

Apesar destes programas, Duarte Vilar sublinha que **a maioria das gravidezes adolescentes acontece fora do contexto escolar** e por isso é preciso pensar em projetos de educação sexual que abranjam os jovens «em situação de risco que já não estão na escola».

Duarte Vilar alerta também que «muitas destas jovens têm falta de apoio social e emocional e a gravidez acaba por ser um trampolim para a pobreza»

Por: tvi24 /2010-09-25 10:29, disponível em:
<http://www.tvi24.iol.pt/sociedade/contracepcao-gravidez-adolescentes-tvi24/1194082-4071.htm>

Apêndice E: Apresentação teórica da 2ª sessão

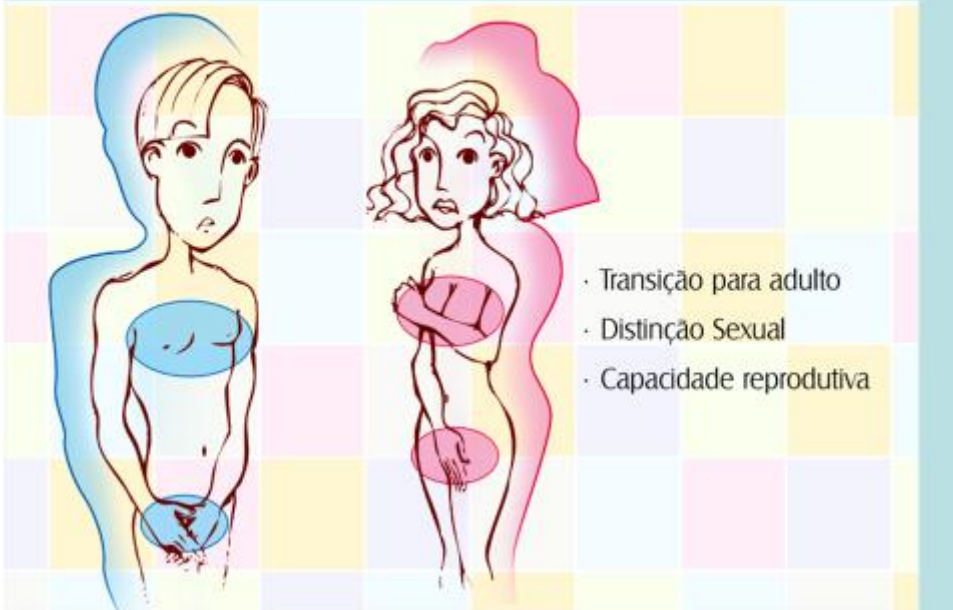
Escola EB 2/3 Abel Varzim
9º Ano

Gravidez na Adolescência



Adolescência

O que acontece?



Adolescência

Alterações visíveis



- Arredondar das formas físicas
- Alargar da bacia
- Pelos axilares e púbicos
- Desenvolvimento mamário
- Início das menstruações

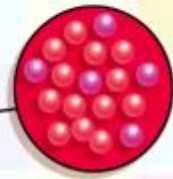
Adolescência

Sexo masculino



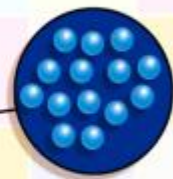
Alterações visíveis

- Aumento dos testículos
- Voz
- Barba
- Pelos axilares e púbicos
- Crescimento do pênis
- Primeiras ejaculações



Hormonas Femininas

Ovários
Estrogénios e Progesterona



Hormona Masculina

Testículos
Testosterona

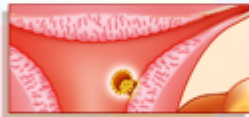
CICLO MENSTRUAL

Sexo Feminino



Intervalo entre o 1º dia de uma menstruação e o 1º dia da menstruação seguinte

23 - 35 dias (média de 28 dias)



Duração da menstruação

3 - 7 dias

Ovulação

± 14º dia (ciclo de 28 dias)

Período fértil

entre o 10º - 17º (num ciclo de 28 dias)

Sexualidade

Os Afetos

É na Adolescência que surge:

- Primeiro Beijo
- Primeiro Namoro
- Primeiro Amor



Sexualidade

Os Afetos

Estou preparado/a para perder a virgindade?

Iniciar a vida sexual implica **reflexão**, **diálogo**, **maturidade** e **responsabilidade**.

Sexualidade

Os Afetos

Primeira relação sexual



Não existe uma idade ideal, deves estar bem informado e protegido.

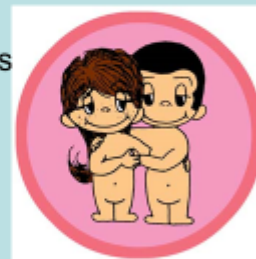
Sexualidade

Os Afetos

Primeira Relação Sexual

Não deves decidir se:

- Pressão (companheiro, grupo de amigos, comunicação social);
- Uso de Substâncias (álcool/ drogas);
- Medo de perder a pessoa amada;
- Não te sentes seguro;
- O companheiro recusar usar proteção (preservativo).



Métodos contraceptivos



Métodos Contraceptivos



- Método de Barreira (Preservativo)
- Método Hormonal (Pílula, Adesivo, Implante, anel vaginal)

Métodos contraceptivos

Preservativo



- Evita a Gravidez
- Previne as DST

Métodos contraceptivos

Pílula

A cartoon illustration of a smiling pill character with a red ribbon. The ribbon is cut by scissors and is draped over a calendar strip. The calendar strip has four days labeled: 'INÍCIO', '1º DIA', '2º DIA', '3º DIA', and '4º DIA'. The background is a colorful grid of squares in shades of yellow, pink, and light blue.

Administração

- 1º dia da menstruação
- Diária
- 21 comprimidos
- 7 dias de pausa
- Recomeço de nova embalagem
- Hemorragia de privação na pausa
- Eficácia contínua

Métodos contraceptivos

Pílula

- ✓ A toma da pílula deve ser sempre à mesma hora;
- ✓ Se te esqueceres de a tomar, podes tomá-la logo que te lembres, durante as primeiras 12 horas;
- ✓ Se o esquecimento ultrapassar as primeiras 12 horas, deves omitir essa toma e usar um método de barreira durante 7 dias.
- ✓ Mantém as tomas habituas até ao final do ciclo.

Métodos contraceptivos

• Implante

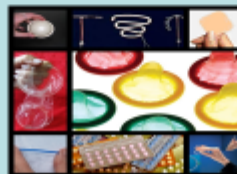
Método hormonal de longa duração (3 a 5 anos), colocado a nível do tecido subcutâneo por profissionais especializados.

• Adesivo

Trata-se de um adesivo fino, quadrado, confortável e fácil de aplicar. O adesivo transfere uma dose diária de hormonas através da pele para a corrente sanguínea.

• Anel Vaginal

É um método contraceptivo hormonal feito de plástico, transparente e flexível. É colocado pela própria mulher na vagina e deve ser mantido durante 3 semanas, parando durante 1 semana.



Métodos contraceptivos

Pílula do dia seguinte

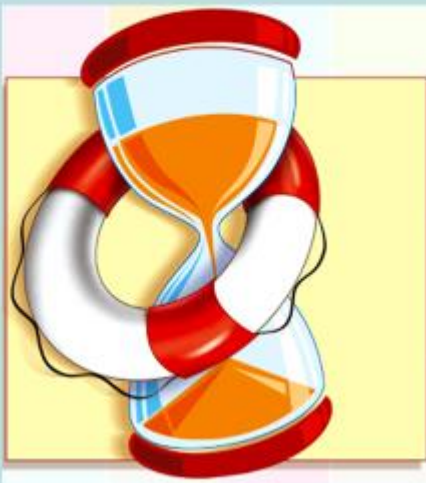


Contraceção de Emergência

- Os acidentes acontecem
- O preservativo rompeu-se ?!
- Algumas pílulas esquecidas
- Sexo sem protecção

Métodos contraceptivos

Pílula do dia seguinte



Contraceção de Emergência

- Tomar até 72h após a relação
- Quanto mais cedo, melhor !

Métodos contraceptivos

Pílula do dia seguinte

✓ Esta pílula deve ser usada apenas em situações de emergência e não deve substituir o uso da contraceção regular.



✓ A utilização repetida deste medicamento constitui um stress hormonal indesejável e pode resultar em graves perturbações do ciclo.

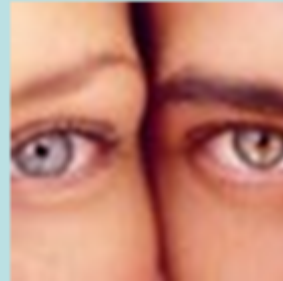
Métodos contraceptivos

PORQUE AS MULHERES E OS HOMENS NÃO SÃO TODOS IGUAIS, INFORMA-TE DE QUAL O MÉTODO MAIS ADEQUADO PARA TI!!!

Dirige-te à tua Unidade De Saúde,
leva o teu parceiro!

Métodos contraceptivos

- Cabe ao **Enfermeiro** ajudar, esclarecer, informar, apoiar e orientar todos os adolescentes.
- Se tiveres alguma dúvida ou precisares de ajuda, fala connosco: nós podemos ajudar-te a encontrar o método contraceptivo mais adequado para ti e temos toda a informação que necessites para que não fiques com nenhuma dúvida!



Telefone: 253 859 290

Morada: Rua Rodrigo Pereira Pimenta e Castro, 60
4755-558 Vila Seca BCL

Gravidez na Adolescência



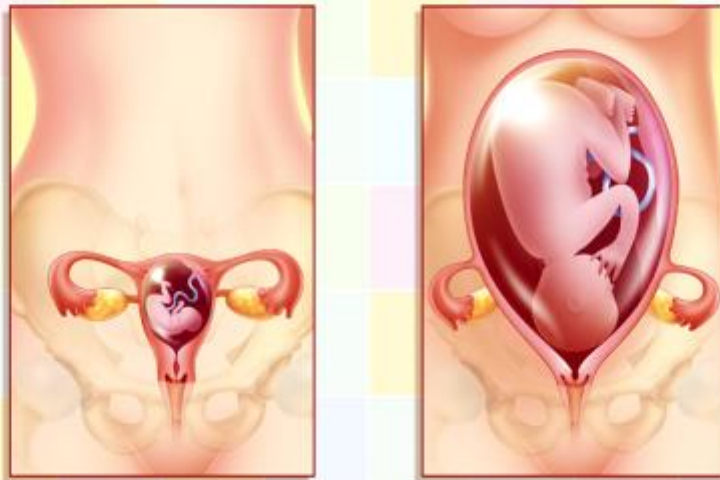
GRAVIDEZ - Fecundação



GRAVIDEZ



GRAVIDEZ



Gravidez na adolescência

Tomada de decisão

- O que vão dizer os meus pais?
- Como vai ser o meu futuro?



Procurar o apoio de uma ou mais pessoas, para que esta possa ser uma reflexão ponderada e de forma a conseguir lidar melhor com a situação.

Gravidez na adolescência

Tomada de decisão

- Prosseguir com a gravidez e assumir a maternidade/paternidade;
- Prosseguir com a gravidez e, se esta for levada a termo, colocar o bebê em instituição oficial para adoção;
- Interromper a gravidez, tendo em conta a legislação em vigor (Lei n.º 16/2007 – artigo 1º). No caso de a rapariga ser menor de 16 anos, o consentimento para realizar a interrupção da gravidez é prestado pelo representante legal.



Gravidez na adolescência

Fatores que influenciam



- Falta de informação e imaturidade;
- Ausência de um projeto de orientação sexual;
- Influência da comunicação social na precocidade da atividade sexual;
- História familiar e fatores culturais;
- Autoestima
- Situação socioeconómica

Gravidez na adolescência

O que pode implicar



Pais

- Abandono escolar e do companheiro;
- Dificuldade de independência económica e realização dos sonhos;
- Alteração das rotinas;
- Instabilidade emocional;
- Discriminação social;
- Consequências físicas.



Bebé

- Consequências iniciais (parto e pós-parto);
- Problemas na vinculação afetiva;
- Negligência e maus tratos;
- Problemas de comportamento;
- Problemas escolares.

FIM



Obrigada
pela
colaboração!

Apêndice F: Aprendizagens expressas pelos estudantes na 2ª sessão

Aprendizagens expressas pelos estudantes na 2ª sessão

TURMA – 9º B

Responsabilidade:

“(...)nós temos de nos informar, pensar, resolver e nunca perder a **nossa responsabilidade** (...)” B3

“Devemos ter consciência daquilo que fazemos, **ter responsabilidade**, maturidade (...)” B4

“Devemos sempre assumir as **responsabilidades**, não agir por impulsos ou por influências. Temos de viver um dia de cada vez a aproveitar bem a adolescência, da melhor forma, porque mais tarde virá o tempo para engravidar.” B6

“Este tema foi muito interessante porque aprendi muitas coisas e que devo ter muita **responsabilidade** na atividade sexual.” B7

“Devemos, então pensar nos atos que fazemos e que o ato sexual varia de pessoa para pessoa.” B8

“Ficamos a perceber melhor alguns aspetos/características de opções que podemos tomar na nossa sexualidade.” B9

Métodos contraceptivos

“Aprendemos que existem vários tipos de métodos contraceptivos “Barreiras”, que impedem que haja uma gravidez na adolescência precoce.” B5

“(...) devemos evitá-la usando métodos contraceptivos, ou seja, há só uma maneira de engravidar mas várias de evitar.” B6

“E também fico descansado em saber que tenho várias escolhas para métodos contraceptivos.” B7

“Esta sessão da gravidez na adolescência permitiu conhecer melhor os métodos disponíveis para prevenir uma gravidez indesejada (...) ” B8

“Aprendemos que existem alguns métodos contraceptivos que não são adequados a adolescentes, mas sim a adultos com a vida sexual ativa. “Aprendemos que há determinados medicamentos (pílula do dia seguinte) que devemos ter cuidado a usar, pois podem ter consequências bastante graves. O mesmo acontece com os métodos contraceptivos, que podem conter vários riscos, tais como, todas as cirurgias tem.” B10

Implicações de uma gravidez na adolescência:

“Uma gravidez na adolescência seria um grande problema não só para os pais como para o bebê. Nem todas as gravidezes são um problema, por que depois do prazer vem as consequências e nem tudo se resolve com uma rejeição. Aparentemente o que é mau pode-se tornar numa alegria ou num sonho realizado.” B1

“Também, há riscos, para os pais adolescentes, principalmente nas raparigas e também nos bebês, pois nas mães adolescentes o seu corpo ainda está em desenvolvimento.” B5

“Ficamos a perceber melhor sobre as consequências da gravidez na adolescência (...)” B6

“Esta sessão da gravidez na adolescência permitiu conhecer melhor (...) as consequências e o que costuma acontecer quando esta acontece [gravidez].” A gravidez na adolescência é cada vez mais comum acontecer, mas normalmente na adolescência é indesejada.” B8

“Aprendemos, também, que uma gravidez na adolescência é perigosa uma vez que, as adolescentes ainda não estão completamente desenvolvidas, mas que apesar disso, o número de gravidezes na adolescência é incrivelmente grande.” B10

Causas de uma gravidez:

“(...) Quanto à gravidez na adolescência, mas muitas vezes isto acontece pela inocência, falta de responsabilidade e falta de informação do assunto.” B2

Pedir apoio/recursos:

“O que devemos fazer e a quem devemos recorrer (...)” B8

“Refletir, pedir ajuda e encarar de frente o que cometemos é a solução.” B9

“E antes de decidirmos qual o método contraceptivo a usar ou outra escolha relativa a vida sexual devemos consultar o nosso médico e/ou ir a uma consulta de planeamento familiar, pois algumas escolhas não tem volta atrás, ou seja, são irreversíveis.” B10

Conhecimento sobre gravidez na adolescência

“Ficamos a saber/perceber mais sobre a gravidez na adolescência. Gostamos muito das sessões, pois as aulas foram calmas e a Enfermeira C explicou muito bem.” B9

TURMA – 9º A

Responsabilidade

“Acho que esta sessão foi pertinente para pensarmos neste tema.” A4

“Na minha opinião acho que devemos ter muita, mas mesmo muita responsabilidade. Devemos ter em conta, se é aquilo que queremos, se é aquela a pessoa certa, com quem queremos perder a virgindade, e ter um filho.” A5

“Temos de pensar bem antes de agir porque percebi que vamos deixar o que nos faz feliz por uma irresponsabilidade.” A6

“Temos que ter muita responsabilidade, muita maturidade e também muita informação para agirmos. Muitos dos adolescentes deixam sonhos futuros que gostavam de seguir por uma grande irresponsabilidade.” A10

“Apercebi-me que a minha primeira vez deve ser pensada com consciência e só devemos fazer quando estivermos preparados e não se formos obrigados ou pressionados para tal.” A11

“Temos de ter muita consciência e muito cuidado, cada coisa a seu tempo. É o nosso futuro que poder mudar tudo e por isso acho que podíamos criar um futuro melhor para todos nós e para melhor de nós.” A14

“Uma gravidez não nenhuma brincadeira e antes de ter qualquer tipo de relação, temos de pensar muito bem por que há muitos mais riscos e consequências do que propriamente vantagens.” A16

“Já sei que devemos ter muitas responsabilidades, maturidade e sobretudo se é a pessoa certa para perder.” A18

“Esta sessão serviu para eu repensar a minha vida sexual. Gostei muito.” A19

Métodos contraceptivos

“Percebi melhor sobre os métodos contraceptivos e como prevenir a gravidez e o que fazer.” A7

“Ficar mais alertado como prevenir uma gravidez na adolescência (...)” A8

“Gostei muito desta sessão, aprendi que há muitas maneiras de evitar uma gravidez, tal como o método do preservativo (...)” A9

“Fiquei mais informada de como prevenir a gravidez e as DSTs (...)” A11

“Como por exemplo que se tivermos a pilula do dia seguinte pode haver alterações trágicas no corpo da mulher.” A12

“ (...) é obvio que isso [gravidez] será de evitar, e para o fazer teremos que recorrer aos métodos contraceptivos que foram lembrados aqui.” A13

“Temos de ter cuidado quando temos relações, sem prevenção porque num casal pode haver uma pessoa com doenças, pode haver risco grave se a mulher engravidar e for uma gravidez não desejada e optar pelo Aborto. CUIDADO!” A17

Implicações na adolescência

“(...) e aprendi as consequências.” A8

“(...) e que engravidar ou ter uma relação sexual quando se tem menos de 18 anos vamos ter muitas consequências(...)” A9

“Fiquei a conhecer as consequências de uma gravidez na adolescência.” A11

“Nesta sessão podemos concluir que uma gravidez na adolescência não nos impede de viver um pouco mais da nossa vida e que requer muito de nós.” A14

Conhecimento sobre gravidez na adolescência

“Fiquei mais esclarecida sobre as gravidezes na adolescência.” A3

“Tive mais informações sobre a gravidez.” A4

“Fiquei a saber mais sobre o assunto da gravidez na adolescência.” A5

“Com esta sessão, fiquei mais sensibilizado para o assunto da gravidez na adolescência.” A16

“Adorei e fiquei a perceber muitas coisas que não entendia ou não percebia sobre a gravidez na adolescência.” A18

“Também aprendi o que fazer na gravidez na adolescência.” A19

Sem especificar

“A sessão serviu para aprender e compreender muita coisa (...)” A1

“Com esta aula tive mais informação, apesar de já ter um certo conhecimento. Ajudou-me muito.” A2

“Gostei muito porque todas as perguntas foram esclarecidas.” A4

“Gostei muito desta sessão, pois esclareci muitas dúvidas.” A12

“Gostei bastante da sessão.” A13

“Gostei muito desta sessão, pois tirei/esclareci muitas dúvidas e aprofundei muitos conhecimentos nesta área.” A15