

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM**  
**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM**



**POLITÉCNICO  
DE SANTARÉM**

**Entre “likes” e filtros – ser adolescente na Era Digital:**

A influência das redes sociais nos conhecimentos e atitudes dos adolescentes sobre a  
Saúde Sexual e Reprodutiva

**Relatório de Estágio**

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

**Constança Maya Gomes da Cunha Sammer**

**Orientação:**

Professora Doutora Sara Elisabete Cavaco Palma

dezembro, 2025



## **AGRADECIMENTOS**

O término deste curso e futuro grau académico vai para além de uma validação e procura incessante pelo conhecimento, pela experiência e pelo crescimento pessoal e profissional. E por isso, deixo aqui eternizado um agradecimento a todos os que fazem parte da minha vida e que participaram nesta jornada que, para mim, representa a conquista de um sonho.

À professora Sara Palma, as palavras serão sempre insuficientes para agradecer o que fez por mim. Expresso o meu mais profundo agradecimento pela disponibilidade constante, pela orientação rigorosa e pelo acompanhamento atento ao longo de todo o meu percurso. A sua exigência, aliada a uma postura humana, próxima e inspiradora, foi determinante para o meu crescimento enquanto futura profissional e pessoa. O seu olhar crítico, os seus conselhos e a confiança que sempre depositou no meu trabalho, foram essenciais para a superação de desafios e para o meu desenvolvimento académico e profissional.

Às enfermeiras com quem tive o gosto em ser orientada ao longo dos vários estágios, em especial, à Enf<sup>a</sup> Patrícia e à Enf<sup>a</sup> Susana, agradeço a paciência, o apoio constante e a generosidade na partilha de conhecimentos, experiências e sentimentos.

Agradeço às centenas de famílias com quem me cruzei e tive o privilégio de conhecer e cuidar ao longo do último ano, serão sempre as protagonistas; e, claro, um agradecimento especial às 42 mulheres que me confiaram o momento mais emocionante e único das suas vidas: o nascimento dos seus filhos.

Às minhas companheiras do mestrado, Margarida, Joana, Matilde e Márcia deixo um agradecimento sincero por terem tornado este percurso mais simples, mais leve e mais risonho. Entre viagens partilhadas, receios confidenciais, uma entajuda constante e celebração genuína pelo sucesso de cada uma, construiu-se um laço puro que levarei comigo para a vida.

Às minhas colegas do serviço, deixo um agradecimento pelo apoio constante, pelas trocas à última da hora e pela paciência nas mudanças repentinas de humor durante os turnos... foram verdadeiras companheiras desta aventura.

À minha melhor amiga, Marta, seria impossível não deixar aqui uma palavra que traduzisse a profunda gratidão que sinto por ela. Uma amiga que, apesar das ausências, dos planos cancelados à última hora e das mensagens, muitas vezes, por responder, nunca me largou a mão. Esteve sempre comigo a aplaudir na primeira fila, cada conquista, cada passo e cada sucesso meu.

Agradeço ainda a todos os meus amigos que, de forma direta ou indireta, também acompanharam o meu percurso. Foram incontáveis os pedidos de desculpa por não conseguir estar mais presente. Mas os verdadeiros mantiveram-se comigo e ser-lhes-ei eternamente grata por isso.

À minha família de sangue e à do coração, ser-vos-ei eternamente grata pelo apoio incondicional, compreensão pelas ausências e pela constante disponibilidade para serem “casa” de forma a evitar longas viagens entre o trabalho e os estágios.

Aos meus irmãos, Maria e Zé Maria, agradeço por serem uma fonte constante de apoio, humor e leveza. Mesmo mais distantes fisicamente, fizeram-se sentir em cada momento partilhado, cada conselho e cada gesto de cumplicidade. Sem vocês na minha vida, teria sido tudo muito mais difícil.

À minha mãe, mulher da minha vida e a minha maior inspiração, nunca existirão palavras que consigam traduzir plenamente a dimensão da minha gratidão. Foi o meu alicerce inabalável, a presença constante em todos os momentos, a força silenciosa que nunca vacilou, mesmo quando o cansaço, a dúvida e o medo se fizeram sentir. Acreditou em mim mesmo quando eu própria duvidei, sustentou-me com amor, paciência e coragem e ensinou-me, através do exemplo, o verdadeiro significado de resiliência, entrega e generosidade. Cada conquista alcançada tem nela a sua raiz e, tudo o que sou, enquanto pessoa e enquanto profissional, é também reflexo do seu amor incondicional.

Ao meu pai, o meu anjo no céu, deixo-lhe um beijo saudoso e crente de que estará orgulhoso do meu percurso.

Seria impossível não agradecer aos meus dois gatinhos, Gin e Loki, adotados no decorrer do primeiro e segundo ano do curso, respetivamente. A eles, agradeço a companhia constante nos dias e noites de estudo, o mimo sempre oportuno e o lembrete diário da importância de manter a secretária organizada, caso contrário, os artigos e folhas de rascunho tornavam-se rapidamente as suas novas camas e as canetas brinquedos.

Ao meu namorado, Tiago, dedico um agradecimento especial por ser muito mais do que um companheiro de vida; é o meu porto seguro, o meu confidente e a minha maior fonte de força e resiliência nos dias mais cinzentos e tempestuosos. Obrigada pela paciência infinita, pelo amor constante e pelo apoio silencioso que tantas vezes falou mais alto do que qualquer palavra. Mesmo com longas ausências, enquanto representavas a Pátria pelos mares, fazias-te presente à tua maneira e mantiveste-me sempre segura e amparada. Obrigada por celebrares comigo cada pequena conquista e por acreditares incondicionalmente em mim. A vida é muito mais bonita a teu lado.



## RESUMO

O presente relatório de estágio descreve o processo de aprendizagem e o desenvolvimento de competências comuns e específicas exigidas ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e ao grau acadêmico de mestre. O enquadramento teórico dos cuidados baseou-se no Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender. No âmbito de uma prática baseada na evidência, foi realizada uma *Scoping Review* segundo as diretrizes do Instituto *Joanna Briggs*, com o objetivo de responder à questão: “Qual a influência das redes sociais nos conhecimentos e atitudes dos adolescentes sobre a saúde sexual e reprodutiva?”. Posteriormente, foi desenvolvido um estudo primário de natureza quantitativa, através da aplicação de um questionário a adolescentes. Os resultados de ambos os estudos evidenciaram, por um lado, o impacto significativo das redes sociais na aquisição de conhecimento e, por outro, na adoção de comportamentos de risco em saúde sexual e reprodutiva. Neste contexto, a Era Digital impõe a redefinição das estratégias de educação sexual, tornando imperativa a intervenção do enfermeiro especialista no meio digital para promover a literacia em saúde.

**Palavras-chave (DeCH/MeSH):** Adolescentes; Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica; Redes Sociais; Saúde Sexual e Reprodutiva



## **ABSTRACT**

This internship report describes the learning process and the development of both general and specific competencies required of a Specialist Nurse in Maternal and Obstetric Health Nursing and for the attainment of a master's degree. The theoretical framework guiding care was based on Nola Pender's Health Promotion Model. Within the scope of evidence-based practice, a Scoping Review was conducted in accordance with the Joanna Briggs Institute guidelines, aiming to answer the following review question: "What is the influence of social media on adolescents' knowledge and attitudes regarding sexual and reproductive health?". Subsequently, a primary quantitative study was carried out through the administration of a questionnaire to adolescents. The results of both studies highlighted the significant impact of social media on knowledge acquisition, on one hand, and on the adoption of risk behaviours related to sexual and reproductive health, on the other. In this context, the Digital Era calls for a redefinition of sexual education strategies, making the specialist nurse's intervention in digital environments essential to promote health literacy.

**Keywords (DeCH/MeSH):** Adolescents; Nurse-Midwives; Sexual and Reproductive Health; Social Networks



## **ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS, SIGLAS E SÍMBOLOS**

**APA** - *American Psychological Association*

**BSG** – Boletim de Saúde da Grávida

**CMESMO** – Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

**CTG** – Cardiotocografia

**DECS** – Descritores em Ciências da Saúde

**DGS** – Direção-Geral de Saúde

**DIU** – Dispositivo Intrauterino

**DPPNI** – Descolamento Prematuro de Placenta Normalmente Inserida

**E** – Estágio

**EEESMO** – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

**EFNT** – Estado Fetal Não Tranquilizador

**ESMO** – Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

**FCF** – Frequência Cardíaca Fetal

**IST** – Infecções Sexualmente Transmissíveis

**JBI** – *Joanna Briggs Institute*

**MeSH** – *Medical Subject Headings*

**MEDLINE** – *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*

**MPS** – Modelo de Promoção de Saúde

**OE** – Ordem dos Enfermeiros

**OMS** – Organização Mundial da Saúde

**PCC** – Participantes, Conceito e Contexto

**PIE** – Projeto Individual de Estágio

**PQCEESMO** – Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

**RCIU** – Restrição de Crescimento Intrauterino

**RCCU** – Rastreamento do Câncer do Colo do Útero

**RN** – Recém-Nascido

**ScR** – *Scoping Review*

**SIU** – Sistema Intrauterino

**SMO** – Saúde Materna e Obstétrica

**SR** – Saúde Reprodutiva

**SS** – Saúde Sexual

**SSR** – Saúde Sexual e Reprodutiva

**SUGO** – Serviço de Urgência de Ginecologia e Obstetrícia

**TP** – Trabalho de Parto

**UCERESMO** – Unidade Curricular de Estágio e Relatório em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

**UCERN** – Unidade de Cuidados Especiais ao Recém-Nascido

**UCIN** – Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais

**UCSP** – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

**ULS** – Unidade Local de Saúde

**UPGO** – Unidade Polivalente de Ginecologia e Obstetrícia

## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	15
<b>1 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO-CONCEPTUAL</b> .....	17
1.1 - SER ADOLESCENTE NA ERA DIGITAL .....	17
1.2 - AS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA .....	18
1.3 - A INFLUÊNCIA DAS REDES SOCIAIS NOS ADOLESCENTES.....	19
1.4 - INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA À LUZ DO MODELO DE PROMOÇÃO DE SAÚDE DE NOLA PENDER .....	20
<b>2 - METODOLOGIA</b> .....	23
2.1 - SCOPING REVIEW .....	23
2.2 - TRABALHO DE CAMPO .....	24
<b>2.2.1 - Tipo de estudo e método de investigação</b> .....	25
<b>2.2.2 - Instrumento de colheita de dados</b> .....	25
<b>2.2.3 - Amostra do estudo</b> .....	26
<b>2.2.4 - Considerações éticas</b> .....	26
<b>2.2.5 - Apresentação, análise e discussão dos resultados</b> .....	27
<b>3 - PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS COMUNS E ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA: UMA ANÁLISE REFLEXIVA</b> .....	45
3.1 - ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA NA COMUNIDADE .....	45
3.2 - ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA NA GRAVIDEZ PATOLÓGICA E EM GINECOLOGIA . .....	51

<b>3.2.1 - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na Gravidez Patológica .....</b>	<b>52</b>
<b>3.2.2 - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica em Ginecologia.....</b>	<b>57</b>
<b>3.3 - ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA NO PUERPÉRIO.....</b>	<b>58</b>
<b>3.4 - ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA NA SALA DE PARTOS .....</b>	<b>65</b>
<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>77</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>81</b>
<b>APÊNDICE I – PROJETO INDIVIDUAL DE ESTÁGIO .....</b>	<b>87</b>
<b>APÊNDICE II – SCOPING REVIEW.....</b>	<b>171</b>
<b>APÊNDICE III – QUESTIONÁRIO: INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS DO ESTUDO PRIMÁRIO.....</b>	<b>195</b>
<b>APÊNDICE IV – MINUTA DO CONSENTIMENTO INFORMADO PARA A PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO .....</b>	<b>201</b>
<b>APÊNDICE V -FOLHETO SOBRE A ALIMENTAÇÃO NA GRAVIDEZ.....</b>	<b>205</b>
<b>APÊNDICE VI – FOLHETO “GUIA PRÁTICO SOBRE ALEITAMENTO MATERNO”.....</b>	<b>211</b>
<b>APÊNDICE VII – PÓSTER PARA A PARTICIPAÇÃO DO 4º ENCONTRO DE ENFERMEIROS ESPECIALISTAS ENFERMAGEM SAÚDE MATERNA OBSTÉTRICA DA UNIDADE LOCAL SAÚDE ALMADA-SEIXAL .....</b>	<b>213</b>
<b>ANEXO I – PARECER E AUTORIZAÇÃO DO ESTUDO POR PARTE DA DIREÇÃO EXECUTIVA DA ESCOLA SECUNDÁRIA ONDE SE REALIZOU O ESTUDO .....</b>	<b>217</b>
<b>ANEXO II - PARECER E AUTORIZAÇÃO DO ESTUDO POR PARTE DA COMISSÃO DE ÉTICA DO INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM... ..</b>	<b>221</b>
<b>ANEXO III – SÍNTESE E REGISTO DAS ATIVIDADES .....</b>	<b>223</b>

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Assinala os métodos contraceptivos que conheces .....	29
Gráfico 2 - Os métodos contraceptivos servem, exclusivamente, para prevenir a gravidez?.....	29
Gráfico 3 - Dos métodos na lista seguinte, assinala os métodos contraceptivos que previnem as IST's:.....	30
Gráfico 4 - Qual é a ação da pílula? .....	31
Gráfico 5 - Para que serve a Contraceção de Emergência (pílula do dia seguinte)?	31
Gráfico 6 - Quais os métodos contraceptivos mais eficazes na prevenção de uma gravidez?.....	32
Gráfico 7 - Já iniciaste a tua vida sexual? .....	33
Gráfico 8 - Usas algum método anticoncetivo ou outra forma de evitar a gravidez ou infeções de transmissão sexual? .....	33
Gráfico 9 - Achas importante o uso de contraceptivos durante as relações sexuais?.	34
Gráfico 10 - Para ti, o uso dos contraceptivos deve-se, essencialmente, ao receio de engravidar? .....	34
Gráfico 11 - Se costumavas utilizar um contraceptivo, qual é o método que escolheste? .....	35
Gráfico 12 - Onde te indicaram esse método contraceptivo?.....	36
Gráfico 13 - Alguma vez foste a uma consulta de Planeamento Familiar?.....	37
Gráfico 14 - Consideras importante a consulta de Planeamento Familiar? .....	37
Gráfico 15 - Achas que os jovens deveriam receber formação sobre educação sexual? .....	38
Gráfico 16 - Em que local consideras que deverias receber essa formação?.....	38
Gráfico 17 - Tiveste Educação Sexual na Escola? .....	38
Gráfico 18 - Achas que as redes sociais contribuem para comportamentos de risco em relação à sexualidade? .....	39
Gráfico 19 - Onde costumavas procurar informação sobre as questões relacionadas com a sexualidade e métodos contraceptivos? .....	40

Gráfico 20 - Quais as redes sociais que utilizas com mais frequência?.....	41
Gráfico 21 - As redes sociais influenciam a forma como vês as relações e a sexualidade?.....	42
Gráfico 22 - Consideras importante que influenciadores digitais abordem temas sobre saúde sexual e reprodutiva?.....	42

## INTRODUÇÃO

O presente relatório de estágio foi elaborado no âmbito da Unidade Curricular de Estágio e Relatório em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (UCERESMO), integrado no 10º Curso de Mestrado de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (CMESMO) da Escola Superior de Saúde de Santarém, pertencente ao Instituto Politécnico de Santarém. Esta Unidade Curricular decorreu entre setembro de 2024 e agosto de 2025, contabilizando um total de 1000 horas de prática clínica, distribuídas pelos contextos de Comunidade, Gravidez Patológica, Ginecologia, Puerpério e Bloco de Partos.

Ao longo dos diferentes contextos de estágio, foi possível integrar o conhecimento teórico apreendido durante o 1º ano do curso com a prática clínica, bem como colocar em prática intervenções especializadas, aperfeiçoar técnicas, aprofundar o processo investigativo orientado pela evidência científica mais recente e desenvolver o pensamento crítico-reflexivo.

As diretrizes estabelecidas nos regulamentos que dirigem tanto a prática de Enfermagem como a Enfermagem Especializada, e mais especificamente, a Enfermagem Especializada em Saúde Materna e Obstétrica, alinhadas com os padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (PQCEESMO), alicerçaram todo o percurso formativo aqui refletido.

Este relatório tem como propósito apresentar e refletir sobre o percurso académico e profissional desenvolvido ao longo do estágio, e pretende alcançar dois objetivos gerais: 1) a descrição reflexiva das atividades desenvolvidas, espelhadas no projeto individual de estágio (PIE) (Apêndice I), orientadas para a aquisição das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO); 2) o desenvolvimento de competências no domínio do processo investigativo, materializado através de uma *Scoping Review* (ScR) conduzida segundo as diretrizes do *Joanna Briggs Institute* (JBI), baseada na questão de revisão: “Qual a influência das redes sociais nos conhecimentos e atitudes dos adolescentes sobre a saúde sexual e reprodutiva?”.

Complementarmente, foi ainda desenvolvido um estudo quantitativo, de carácter observacional e transversal, que respondesse à mesma questão.

Considerando que é imprescindível preparar os adolescentes para enfrentar questões relacionadas com a saúde reprodutiva, planeamento familiar, infeções sexualmente transmissíveis (IST), métodos contraceptivos e relações interpessoais, o EEESMO assume intervenções como agente de mudança na educação para a saúde. De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (OE), compete-lhe “conceber, planear, coordenar, supervisionar, implementar e avaliar programas, projetos e intervenções no sentido de responder às necessidades de saúde sexual e reprodutiva” (OE, 2019, p.13565) da população. Assim, a intervenção precoce e atempada do EEESMO pode contribuir de forma significativa para uma adolescência informada, saudável e ajustada aos desafios da era digital.

Nesse sentido, foram definidos como objetivos específicos deste relatório:

- Descrever o processo de aquisição e consolidação das competências comuns e específicas do EEESMO ao longo do ciclo sexual, reprodutivo e gravídico-puerperal;
- Refletir criticamente sobre as competências práticas desenvolvidas nos diferentes contextos de estágio;
- Analisar a intervenção do EEESMO na promoção de comportamentos saudáveis em Saúde Sexual e Reprodutiva (SSR) junto dos adolescentes, fundamentada na ScR e no trabalho de campo realizado.

Estruturalmente, este documento encontra-se organizado em quatro capítulos, de forma a transmitir um encadeamento lógico e coerente dos conteúdos abordados: primeiramente é explanado o enquadramento teórico-conceitual, onde são explorados os principais conceitos relacionados com a temática em estudo e apresentado o modelo teórico de enfermagem que sustentou a prática de cuidados; o segundo capítulo descreve a metodologia adotada, incluindo a ScR e o trabalho de campo; o terceiro capítulo diz respeito à análise reflexiva sobre o processo de aquisição de competências comuns e específicas do EEESMO nos diferentes contextos de estágio; e o quarto e último capítulo, apresenta a conclusão deste relatório.

Para a obtenção do grau de mestre, este relatório será sujeito a apresentação e discussão pública, em conformidade com o artigo 23º do Decreto-Lei nº74/2006, de 24 de março, com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei nº65/2018, de 16 de agosto. Este documento foi redigido em conformidade com as normas da *American Psychological Association* (APA) no que concerne à citação de fontes e à formatação das referências bibliográficas, respeitando igualmente as regras do novo acordo ortográfico da língua portuguesa.

## **1 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO-CONCEPTUAL**

Este capítulo apresenta o enquadramento teórico-conceptual que fundamenta a prática desenvolvida ao longo do estágio, reunindo os principais conceitos, as referências normativas orientadoras da Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, os respectivos fundamentos e o modelo conceptual que sustentou a prestação de cuidados.

### **1.1 - SER ADOLESCENTE NA ERA DIGITAL**

A adolescência é definida como a segunda década de vida, compreendendo a faixa etária dos 10 aos 19 anos (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2011). É um período do desenvolvimento humano caracterizado por transformações biológicas, cognitivas, emocionais e sociais que ocorrem em simultâneo e de forma célere, influenciando diretamente a forma como os jovens desenvolvem conhecimentos e estruturam comportamentos. Esta etapa integra a transição da infância para a vida adulta e envolve processos fundamentais para a construção da própria identidade e consolidação de competências relacionais. As alterações hormonais características desta fase do desenvolvimento humano, contribuem para uma maior sensibilidade emocional, impulsividade e para uma tomada de decisão tendente à adoção de comportamentos de risco (Santi et al., 2023). Alguns autores também destacam que esta etapa está muito associada à conquista de autonomia e à maior influência de contextos externos, tais como a escola, os pares e o ambiente digital (Neves et al., 2015; Silva & Della Mea, 2023).

Neste contexto, as redes sociais adquirem um papel predominante no quotidiano dos adolescentes, revelando-se não apenas como um espaço de interação, mas também como um veículo de validação social, comparação entre os pares e modelação comportamental. Silva & Della Mea (2023) relatam ainda que os adolescentes, por se encontrarem num processo de construção e definição da sua autoimagem e autoestima, mostram-se particularmente suscetíveis a pressões externas associadas à exposição constante e irreal de padrões estéticos e normativos que se encontram disseminados nas plataformas digitais.

Nesta linha de pensamento, Lorenzon et al. (2021) defendem que o uso intensivo e descontrolado das redes sociais durante a adolescência impacta a dimensão cognitiva e

emocional dos jovens, podendo influenciar a forma como estes se percebem a si próprios, gerem as suas emoções, constroem relações e tomam decisões. Assim, os mesmos autores enfatizam que se torna crucial compreender a adolescência no contexto atual, implicando a integração das novas condicionantes tecnológicas que moldam os comportamentos, crenças e atitudes dos jovens, incluindo aquelas relativas à saúde sexual e reprodutiva.

## 1.2 - AS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA

De acordo com Santos et al., (2019), a Saúde Sexual e Reprodutiva (SSR) tornou-se uma prioridade na definição das políticas de saúde de muitos países em todo o mundo. Os conceitos de Saúde Reprodutiva (SR) e Saúde Sexual (SS) foram evoluindo ao longo dos últimos anos devido a fatores socioculturais, políticos e científicos, centrados na premissa de que todo o indivíduo tem o direito de viver a sua sexualidade de forma segura, livre e informada. Assim, através de uma abordagem multidisciplinar, os direitos sexuais e reprodutivos passam a ser considerados direitos individuais independentemente dos ideais, crenças, raça e etnia de cada indivíduo, abrangendo a sexualidade e fecundidade, bem como o acesso à informação e aos cuidados de saúde (Direção Geral da Saúde [DGS], 2008); Santos et al, 2019).

A Saúde Sexual e Reprodutiva na adolescência revela-se como um domínio complexo que abrange toda a dimensão biopsicossocial e cultural dos indivíduos. O acesso a informação fidedigna e contextualizada é crucial para a adoção de comportamentos promotores da saúde sexual, contudo a literatura aponta lacunas persistentes no processo de educação sexual destinada aos adolescentes. Moraes et.al (2018) defendem que a educação sexual escolar se revela, frequentemente, insuficiente, fragmentada ou desajustada às necessidades reais dos jovens. Como consequência, os adolescentes recorrem a fontes alternativas de informação em especial, às redes sociais, que nem sempre garantem a fidedignidade e rigor científicos.

Nesta linha de ação, surgem os profissionais de Enfermagem como vetores determinantes de educação para a Saúde Sexual e Reprodutiva. Dutra Sehnem et al. (2019) defendem que os enfermeiros que trabalham com os adolescentes reconhecem os desafios estruturais e comunicacionais na promoção da saúde sexual, incluindo a inexistência de espaços adequados ao diálogo sigiloso, limitações no diálogo com a família e os pares e a percepção de que os jovens chegam aos serviços com informações incorretas, muitas vezes

obtida através da Internet. A presença e o consumo de conteúdos inadequados e incompletos nas redes sociais, reforçam a necessidade de intervenções educativas baseadas na evidência científica e adaptadas à linguagem e realidade dos mais jovens. A Enfermagem desenvolve ações relevantes no aconselhamento sobre a sexualidade e no planeamento familiar. Godinho et al. (2020) destacam que os enfermeiros ao atuar de forma proativa junto dos adolescentes, promovem a sua autonomia, tomada de decisão informada e comportamento sexual saudável, constituindo-se como agentes de mudança fundamentais na prevenção de comportamentos de risco e na promoção da saúde sexual dos adolescentes.

Posto isto, a dimensão sexual e reprodutiva na adolescência exige uma compreensão integrada que considere não só os fatores biopsicossociais e educativos, mas também o impacto crescente das redes sociais como fontes de informação, espaço de socialização e influência ambiental na modelação de crenças, comportamentos e atitudes nos jovens.

### 1.3 - A INFLUÊNCIA DAS REDES SOCIAIS NOS ADOLESCENTES

As redes sociais tornaram-se num dos principais ambientes de socialização entre adolescentes, exercendo uma influência profunda na formação da identidade, no estabelecimento das relações interpessoais e na perceção sobre o mundo e sobre aquilo que os rodeia. A literatura existente evidencia que os adolescentes utilizam as redes sociais como forma de comunicação, entretenimento, obtenção de informação e afirmação social, o que acaba por tornar estas plataformas em elementos estruturantes para o desenvolvimento psicossocial dos jovens (Neves et. al, 2015).

Todavia, o uso intensivo destas plataformas tem sido associado a repercussões negativas. Segundo Lorenzon et al. (2021), a exposição prolongada a conteúdos digitais pode desencadear sentimentos de inadequação, diminuição da autoestima, dificuldades na socialização presencial e dependência emocional de validações virtuais. Para além da dimensão psicossocial, as redes sociais constituem-se como ambientes propícios à construção de significados e normas sociais. Os conteúdos veiculados por influenciadores, pares e até mesmo algoritmos, moldam comportamentos, padrões de beleza, relações efetivas e até mesmo a sexualidade (Silva & Della Mea, 2023).

Adicionalmente, Neves et al. (2015) sublinham que os adolescentes possuem uma vulnerabilidade acrescida à desinformação, devido à capacidade crítica ainda limitada para avaliar a credibilidade e fidedignidade das fontes e à tendência para confiar nos conteúdos que circulam tanto nas redes sociais como nos grupos sociais digitais. Esta vulnerabilidade

revela-se particularmente importante no domínio da sexualidade, onde circulam muitas vezes mitos, crenças e práticas de risco difundidas em conteúdos acessíveis e apelativos. Os mesmos autores defendem que a ausência de mediação adulta e/ou filtros institucionais, reforçam o papel das redes sociais como fontes de desinformação, impactando nas atitudes e comportamentos dos jovens.

Ainda no que concerne a questões relacionadas com a Saúde Sexual e Reprodutiva, Almeida et al. (2022), reforçam que são temáticas envolvidas em tabus e sentimentos de vergonha por parte dos adolescentes, barreiras que dificultam o diálogo e o esclarecimento de dúvidas em fontes fidedignas, acabando por levar os jovens a procurar respostas a informações disponíveis na internet ou através de partilha de experiências nas redes sociais.

Embora as novas tecnologias ofereçam oportunidades para uma vivência da sexualidade positiva, também introduzem alguns riscos como a confusão entre o real e o virtual e a própria exploração da intimidade. Nesta linha de pensamento, para prevenir problemas de SSR entre a geração digital, torna-se necessário que os profissionais de saúde se atualizem sobre o que integra o quotidiano dos jovens adolescentes (p.ex. *cyberbullying, grooming e sexting*), de forma a darem uma resposta mais completa, abrangente e antecipada possível (Santos et. al, 2019).

#### 1.4 - INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA À LUZ DO MODELO DE PROMOÇÃO DE SAÚDE DE NOLA PENDER

Como referencial teórico e norteador de cuidados, optou-se pelo Modelo de Promoção de Saúde (MPS) de Nola J. Pender, uma vez que visa a promoção de hábitos saudáveis e promotores da saúde.

No presente relatório, o Modelo de Promoção de Saúde de Nola J. Pender constituiu-se como um referencial teórico robusto para orientar intervenções de Enfermagem dirigidas aos adolescentes no domínio da sua Saúde Sexual e Reprodutiva. Victor, de Oliveira Lopes & Ximenes (2005) explanam que este modelo defende que o comportamento de saúde resulta da interação constante entre as características individuais, as experiências anteriores, as perceções pessoais e as influências interpessoais e ambientais dos indivíduos. Assim, este referencial surge como uma abordagem para unir a Enfermagem à ciência do comportamento, através da identificação dos fatores que influenciam os comportamentos saudáveis, para além de ser um fio condutor que permite a exploração do processo

biopsicossocial que motiva os indivíduos a adotarem comportamentos promotores de saúde (Santi et al. 2023).

O MPS revela-se particularmente adequado por permitir uma compreensão ampliada dos fatores que influenciam os conhecimentos, as atitudes e os comportamentos dos adolescentes no que concerne a Saúde Sexual e Reprodutiva. Assim, este modelo vem enfatizar a capacitação, autonomia e tomada de decisão informada, bem como o desenvolvimento de competências pessoais e sociais, elementos que se tornam essenciais para a adoção de práticas sexuais seguras, conscientes e informadas entre os adolescentes (Santi et al. 2023).

Torna-se visível que a influência das redes sociais na construção dos conhecimentos e atitudes dos adolescentes face à sua saúde sexual e reprodutiva, tem assumido uma trajetória crescente e multifacetada, constituindo-se, simultaneamente, tanto um recurso de procura de informação, como um potencial veículo de obtenção de desinformação. Widman et al., 2018, revelam-nos que os adolescentes recorrem às plataformas digitais para esclarecer dúvidas relativas à sexualidade e contraceção, contudo a verificação da fidedignidade dos conteúdos acedidos não é, muitas vezes, realizada, podendo condicionar as perceções dos jovens e favorecer os comportamentos de risco.

De acordo com os pressupostos explanados à luz do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, a intervenção do EEESMO assume ações determinantes na promoção da literacia em saúde entre os jovens, centrando-se na identificação dos fatores pessoais, cognitivos e afetivos que influenciam a tomada de decisão nos adolescentes, promovendo a sua autoeficácia, o desenvolvimento de competências críticas para a gestão da informação obtida através das plataformas digitais e a orientação para a adoção de comportamentos promotores da sua saúde sexual e reprodutiva.

Ainda no prisma da Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (ESMO), o EEESMO, ao trabalhar diretamente com os adolescentes, atua como facilitador na construção de conhecimento, como mediador crítico perante a informação proveniente das plataformas digitais e como promotor de comportamentos saudáveis, alinhando-se com o princípio principal do modelo de Nola Pender: a promoção deliberada de comportamentos promotores da saúde através do reconhecimento e fortalecimento das capacidades individuais de cada um. A aplicação deste modelo permite ainda que o EEESMO, atuando no terreno, consiga identificar as barreiras percebidas, as influências sociais e quais

expectativas de resultados que moldam o comportamento sexual dos adolescentes, integrando intervenções que respondam às necessidades reais deste grupo-alvo.

Conforme estipulado no Regulamento nº391/2019 da Ordem dos Enfermeiros, as competências específicas do EEESMO constituem um pilar fundamental na promoção da saúde reprodutiva e materna em Portugal. Assim, a atuação do EEESMO no ambiente escolar revela-se crucial, pois permite a implementação de programas de educação sexual que promovem a saúde, através da abordagem de questões sobre a saúde sexual e reprodutiva dos mais jovens, promovendo a tomada de decisão informada sobre o corpo e sobre a sexualidade individual. Só assim será possível contribuir para a formação de uma cultura em saúde sólida, que reconhece a interconexão entre o conhecimento, a saúde pública e o bem-estar comunitário (Bandeira, 2019; DGS, 2018; OE [Ordem dos Enfermeiros], 2019; Ministério da Educação, 2015).

No entanto, para ser possível intervir com estes jovens é imperativo estudar os conhecimentos e as atitudes dos adolescentes sobre saúde sexual e reprodutiva.

## 2 - METODOLOGIA

Neste capítulo é apresentada, de forma detalhada, a conduta investigativa adotada. O percurso metodológico iniciou-se com a realização de uma ScR, cujo propósito foi mapear a evidência científica existente sobre a temática em estudo, permitindo fundamentar a relevância e a necessidade de desenvolver um estudo primário, subsequentemente, materializado no trabalho de campo realizado.

### 2.1 - SCOPING REVIEW

A ScR foi desenvolvida de acordo com as orientações da *Joanna Briggs Institute* (JBI), com o objetivo de mapear a evidência científica existente sobre a temática em estudo e identificar lacunas no conhecimento existente sobre a problemática em questão (Munn et al., 2018). Foi elaborada uma questão de revisão através da mnemónica PCC (Participantes, Conceito e Contexto) em que foram definidos como participantes os adolescentes; como conceitos a adolescência, os conhecimentos, atitudes e prática em saúde; as redes sociais *online* e a saúde sexual e reprodutiva; e a comunidade foi definida como o contexto.

Assim, resultou como questão de revisão: **“Qual a influência das redes sociais nos conhecimentos e atitudes dos adolescentes sobre a saúde sexual e reprodutiva?”**

Numa primeira fase foram identificados os descritores na plataforma MeSH Brower, sendo que foram selecionados os termos “Adolescent”, “Sexual Health” e “Online Social Networking”, tendo resultado a expressão de pesquisa: “Adolescent” AND “Sexual Health” AND “Online Social Networking”. Foi utilizada a plataforma PubMed e EBSCOhost, nas bases de dados CINAHL COMPLETE e MEDLINE COMPLETE para a identificação de artigos.

De acordo com as diretrizes metodológicas propostas pelo JBI para a realização de uma *Scoping Review*, esta revisão incluiu não apenas literatura publicada em bases de dados indexadas, mas também literatura cinzenta, com o objetivo de mapear, de forma mais abrangente possível, toda a evidência científica disponível sobre o tema em estudo. Assim, recorreu-se também à plataforma Google *Scholar*.

A pesquisa foi realizada em março de 2025 e foram definidos como limitadores de pesquisa: estudos realizados nos últimos 5 anos (por se tratar de um tema emergente e atual); texto integral; resumo disponível; língua portuguesa, inglesa ou espanhola; espécie humana. Como critérios de exclusão do estudo, foram excluídos os artigos que não respondessem à questão de revisão.

Da análise emergiram quatro categorias principais: a influência das plataformas digitais no acesso e construção de conhecimentos; os níveis de literacia em SSR; a eficácia das intervenções digitais; e as lacunas existentes na investigação. Os resultados sugerem que, embora as redes sociais possam ser ferramentas educativas promissoras, falta evidência robusta que comprove a eficácia das intervenções digitais na promoção de comportamentos sexuais saudáveis entre adolescentes. Além disso, alguns autores alertam para os riscos associados ao uso não mediado dessas plataformas, como a exposição a conteúdos inadequados, comparações prejudiciais, exploração da intimidade e dificuldades na distinção entre o real e o virtual.

Conclui-se que as redes sociais desempenham um papel mediador importante entre o contexto social e os comportamentos dos adolescentes no domínio da SSR, mas a ausência de estudos primários consistentes evidencia a necessidade urgente de investigação adicional. O aprofundamento deste fenómeno é essencial para orientar práticas profissionais e desenvolver estratégias de promoção de saúde ajustadas às vivências dos jovens na era digital (Apêndice II).

A *Scoping Review* procedeu a um protocolo prévio registado no *Open Science Framework* (<https://doi.org/10.17605/OSF.IO/3ACBH>).

## 2.2 - TRABALHO DE CAMPO

O trabalho de campo em investigação revela-se imprescindível sobretudo quando nos deparamos com a ausência de evidência científica robusta, suficiente para sustentar conclusões sólidas ou até mesmo para orientar a prática clínica (Polit & Beck, 2021). Após a conclusão da ScR foi possível perceber que apesar do reconhecimento do potencial das redes sociais como canal promotor da saúde sexual entre os jovens, evidenciou-se uma lacuna importante: a escassez de estudos empíricos que avaliem e validem a eficácia das intervenções digitais nesta área. Esta lacuna espelha a urgência no investimento da investigação primária que explore, em maior profundidade e rigor, o impacto concreto das redes sociais nos conhecimentos, atitudes e comportamentos dos adolescentes relativamente

à sua saúde sexual e reprodutiva. Assim, os resultados obtidos justificaram a realização de um estudo primário que aprofundasse a compreensão deste fenómeno e que contribuísse para a construção de estratégias de promoção de SSR eficazes e ajustadas ao contexto dos adolescentes em plena era digital.

### **2.2.1 - Tipo de estudo e método de investigação**

Foi desenvolvido um estudo quantitativo observacional e transversal. Os estudos de carácter **quantitativo** baseiam-se na mensuração numérica de variáveis, permitindo uma análise estatística objetiva dos fenómenos em estudo e a identificação de padrões (Polit & Beck, 2021). No contexto de um **estudo observacional**, o investigador não interfere nas variáveis em estudo e limita-se a observar e a registar os fenómenos tal como acontecem naturalmente (Hulley et al., 2013). Num **estudo transversal**, a colheita de dados é realizada num momento único ou num período curto de tempo, permitindo a análise da prevalência de determinadas características ou comportamentos de uma população específica (Setia, 2016). Assim, um **estudo quantitativo observacional e transversal** combina a objetividade da mensuração numérica com a observação não interventiva e a colheita dos dados num curto período de tempo bem definido, adequando-se a pesquisas que procurem investigar a prevalência, padrões comportamentais ou associações entre variáveis em grupo-alvos, como os adolescentes.

Delineou-se como objetivo geral: Investigar de que forma as redes sociais influenciam os conhecimentos e atitudes dos adolescentes sobre a saúde sexual e reprodutiva e como objetivos específicos: 1 - Identificar quais os conhecimentos dos adolescentes sobre a Saúde Sexual e Reprodutiva; 2 - Conhecer quais as atitudes dos adolescentes sobre a Saúde Sexual e Reprodutiva; 3 - Identificar quais as fontes de informação sobre métodos contraceptivos, planeamento familiar e sexualidade utilizadas pelos adolescentes.

### **2.2.2 - Instrumento de colheita de dados**

Foi aplicado um questionário como instrumento de recolha de dados. O questionário define-se como uma ferramenta de investigação que permite a recolha de dados através de questões estruturadas, tendo como finalidade o conhecimento de opiniões, sentimentos, crenças, expectativas e interesses dos participantes sobre a problemática em estudo (Chaer et al., 2024).

O instrumento de colheita de dados foi dividido em quatro partes. A primeira estava relacionada com os dados sociodemográficos, a segunda com a avaliação dos conhecimentos

dos estudantes, a terceira sobre as atitudes dos mesmos face à SSR e por último as fontes de informação com destaque para as redes sociais. Foi assim, construído um questionário de autopreenchimento, materializado através de uma ferramenta digital: *Google Forms* (Apêndice III).

### **2.2.3 - Amostra do estudo**

A amostra do estudo foram os estudantes do 12º ano, do Curso Científico-Humanístico de Ciências e Tecnologias de uma Escola Secundária do Concelho de XXX, distrito de Lisboa. A seleção desta instituição de ensino deveu-se ao facto de ser do conhecimento da investigadora e por ser reconhecida pela qualidade de ensino fornecido.

Foram estabelecidos como critérios de inclusão os adolescentes que: 1 - Frequentassem o 12ª ano de escolaridade; 2 - Estivessem integrados no Curso Científico-Humanístico de Ciências e Tecnologias; 3 - Tivessem entre os 17 e os 19 anos de idade; 4 - Falassem e compreendessem a língua portuguesa; 5 - Soubessem ler e escrever em português e que 6 - Aceitassem participar no estudo.

### **2.2.4 - Considerações éticas**

Quando se trata de um estudo de investigação, a vertente ética torna-se imprescindível não só para garantir a legitimidade científica, mas também a responsabilidade social e investigativa do pesquisador. A dimensão ética numa investigação implica um compromisso inabalável com a proteção dos participantes do estudo, que deve ser garantido através de um processo rigoroso tendo sempre por base um consentimento informado. O investigador deve esclarecer sempre quais os objetivos e a natureza do estudo, mas também os possíveis riscos e/ou benefícios, assegurando que os participantes tenham sempre o direito ao princípio da autonomia para uma tomada de decisão livre, esclarecida e informada. Para além disto, a confidencialidade e proteção de dados pessoais são imperativas, sendo sempre garantidas medidas que evitem a identificação dos participantes em publicações e/ou relatórios futuros. A adoção de uma abordagem sustentada nos princípios éticos torna-se premente não só no enriquecimento da validade dos resultados obtidos, mas também fortalece a confiança do público-alvo da pesquisa, promovendo um ambiente que valoriza a integridade e a responsabilidade académico-científica. Posto isto, os princípios éticos não devem ser encarados como meras formalidades, mas como pilares que sustentam o avanço do conhecimento em pura harmonia com os valores humanos (Vilelas, 2022).

Neste seguimento, aplicou-se o instrumento de colheita de dados na Escola Secundária selecionada, em abril de 2025, aos estudantes do 12º ano das turmas do Curso Científico-Humanístico de Ciências e Tecnologias que reuniram os critérios de inclusão definidos. Para a realização deste estudo, foi solicitada autorização à Direção do Agrupamento de Escolas onde esta instituição de ensino se integra e solicitado o parecer à Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Santarém ambos com parecer favorável recebidos a 1 de abril de 2025 e a 18 de março de 2025, respetivamente (Anexo I e II).

Após a aprovação do Agrupamento de Escolas e da Comissão de Ética, procedeu-se ao contacto com os participantes. O primeiro contacto com os adolescentes foi realizado através da direção da Escola e respetiva/s direção/ões de turma. Nesse sentido, a investigadora reuniu com o/s diretor/es de turma de forma a explicar os objetivos da investigação. Posteriormente, em data e hora agendada, a investigadora dirigiu-se às turmas selecionadas com a finalidade de explicar/esclarecer os objetivos e finalidades do estudo aos estudantes, ao que se seguiu a entrega do consentimento informado. A formalização da participação foi feita após a assinatura do Consentimento Informado (Apêndice IV).

Com o objetivo de otimizar a aplicação do questionário junto dos estudantes, este foi convertido num formulário digital, utilizando a plataforma *Google Forms*, e disponibilizado através de um *link* de acesso. Foi previamente acordado com os Diretores de Turma que a divulgação do referido *link* seria realizada através da plataforma digital institucional utilizada por cada turma, denominada *TEAMS*®. Dessa forma, à medida que os participantes completavam o questionário, as respostas eram automaticamente armazenadas na plataforma do *Forms*, garantindo a integridade dos dados e possibilitando a sua posterior extração, organização e análise.

### **2.2.5 - Apresentação, análise e discussão dos resultados**

O presente subcapítulo tem como finalidade a apresentação, análise e discussão dos resultados obtidos. Foram assinados 93 consentimentos informados, mas só foram obtidos 62 questionários (n=62), devidamente preenchidos.

Inicialmente, o questionário permaneceu disponível por um período de 7 dias; contudo, devido à baixa adesão inicial e à necessidade de solicitar aos Diretores de Turma que lembrassem os estudantes sobre a participação no estudo, o prazo de preenchimento foi estendido para 15 dias, a fim de maximizar a taxa de resposta.

Os resultados organizam-se em três partes: a caracterização sociodemográfica da amostra, a avaliação dos conhecimentos e atitudes dos adolescentes sobre SSR e a análise da influência das redes sociais neste âmbito. A discussão dos resultados é apresentada de forma integrada, articulando os dados obtidos com o enquadramento teórico-conceitual previamente desenvolvido e os resultados da ScR.

#### **2.2.5.1 - Caracterização da amostra**

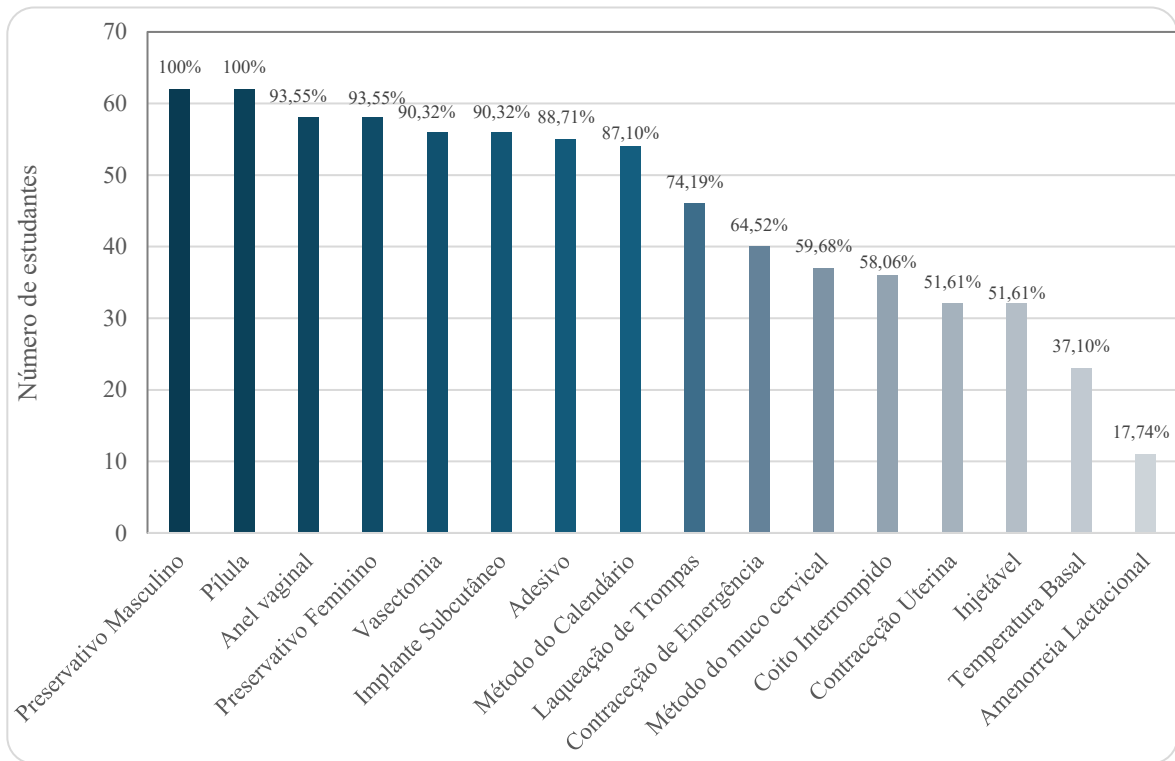
A amostra do estudo é constituída por 62 adolescentes (n=62), com idades compreendidas entre os 17 (58,06%) e os 18 anos (41,94%), sendo a média das idades 17,42 anos. A amostra de estudantes é predominantemente feminina, tendo respondido ao questionário 37 raparigas (59,68%) e 25 rapazes (40,32%).

#### **2.2.5.2 - Apresentação, análise e discussão dos resultados**

A segunda parte do questionário visa avaliar quais os conhecimentos e atitudes dos adolescentes sobre SSR.

Na primeira questão, foi solicitado que assinalassem, dentro das opções fornecidas, os métodos contraceptivos que conheciam. Os adolescentes da amostra referiram que os métodos que mais conheciam eram o preservativo masculino (100%) e a pílula (100%), seguindo-se o anel vaginal e o preservativo feminino, com igual percentagem (93,55%). A técnica de vasectomia e o implante subcutâneo são conhecidos por 90,32% dos estudantes, seguindo-se o adesivo (88,71%) e o método do calendário (87,10%). A contraceção definitiva pela laqueação tubária é conhecida por 74,19% da amostra, seguindo-se a contraceção de emergência (64,52%), o método natural de monitorização do muco cervical por 59,68% e o coito interrompido é do conhecimento de 58,06% dos estudantes. Cerca de 51,61% dos inquiridos conhece a contraceção uterina e a injetável e, por último, o método da temperatura basal e a amenorreia lactacional, como os métodos menos conhecidos, com uma percentagem de 37,10% e 17,74%, respetivamente, conforme demonstrado no Gráfico 1. Os estudos levados a cabo por Vieira et al., (2021) e Sharma et al., (2021), corroboram com estes achados ao relatar que os métodos contraceptivos mais familiarmente reconhecidos pelos adolescentes são o preservativo masculino e os contraceptivos hormonais orais.

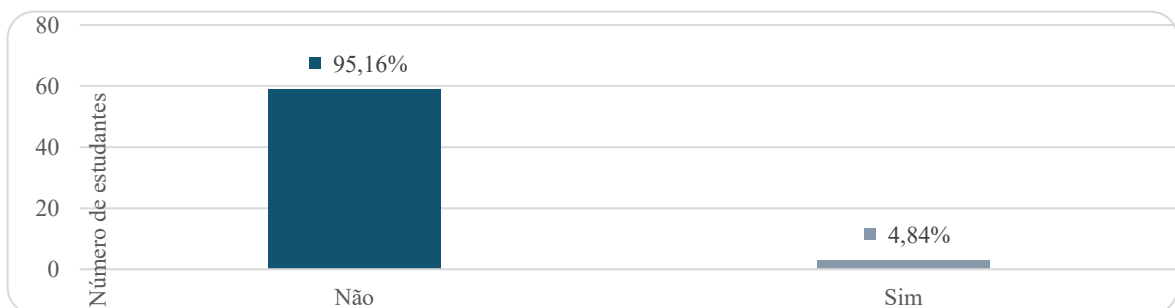
Gráfico 1 - Assinala os métodos contraceptivos que conheces



Comparativamente, no estudo de Toumi et al. (2025), estes relatam que 86% dos adolescentes da amostra não conheciam o implante subcutâneo, o que contrasta com a amostra do presente estudo, onde o implante é bem conhecido (90,32%).

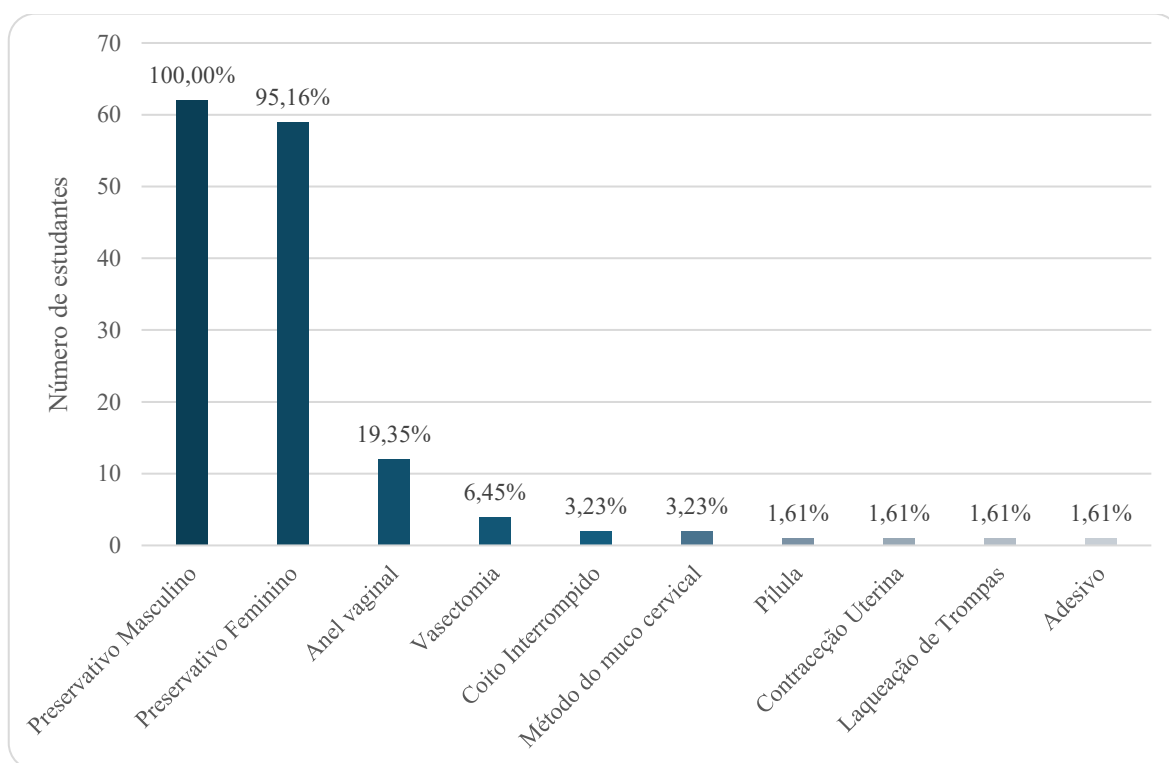
Seguidamente, os adolescentes foram questionados se a função exclusiva dos métodos contraceptivos era prevenir uma gravidez, sendo possível concluir que a capacidade dos inquiridos em distinguir entre a prevenção da gravidez e a prevenção de infeções sexualmente transmissíveis (IST) parece ser um ponto de forte consenso, dado que 95,16% dos adolescentes responderam corretamente que alguns dos métodos contraceptivos não se destinam exclusivamente a prevenir a gravidez, conforme ilustrado no Gráfico 2.

Gráfico 2 - Os métodos contraceptivos servem, exclusivamente, para prevenir a gravidez?



Na terceira questão, foi solicitado que os inquiridos assinalassem os métodos contraceptivos que previnem as IST's, tendo sido fornecidas opções de resposta. A totalidade dos adolescentes assinalou o preservativo masculino (100%), seguindo-se o preservativo feminino como a segunda opção mais escolhida (95,16%). Cerca de 19,35% dos estudantes acreditam que o anel vaginal protege contra IST's, bem como a técnica de vasectomia (6,45%), o coito interrompido e o método do muco cervical (ambos com 3,23%). A pílula, a contraceção uterina, a laqueação de trompas e o adesivo, foram quatro métodos assinalados, cada um com 1,61%, como demonstrado no Gráfico 3.

Gráfico 3 - Dos métodos na lista seguinte, assinala os métodos contraceptivos que previnem as IST's:

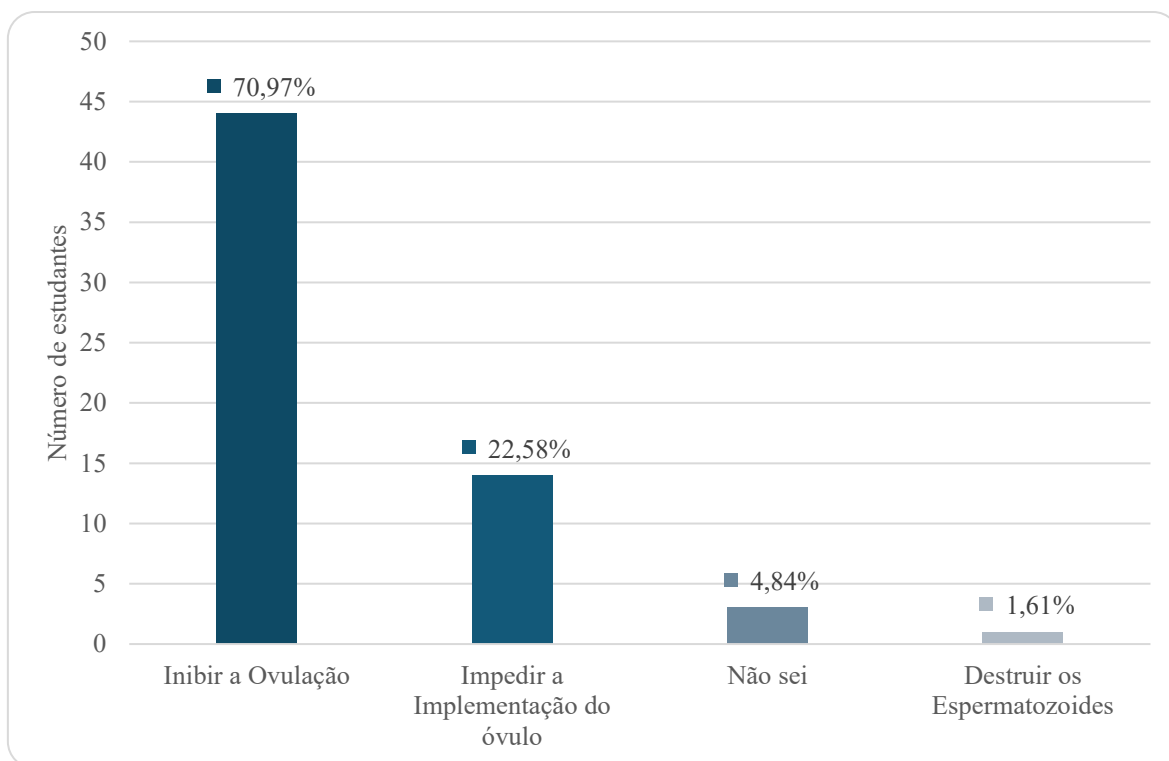


O estudo de Vieira et al. (2021) também reconhece o preservativo masculino como o método contraceptivo preventivo de ITS's mais conhecido entre os adolescentes.

De seguida, os estudantes foram questionados sobre a função da pílula contraceptiva, na qual o *feedback* foi maioritariamente positivo, sendo que cerca de 70,97% da amostra conhece a principal funcionalidade deste anticoncecional oral (inibir a ovulação). Não obstante, 22,58% dos inquiridos acredita que a função da pílula é impedir a implementação do óvulo, 4,84% não soube responder à questão e cerca de 1,61% dos adolescentes defende

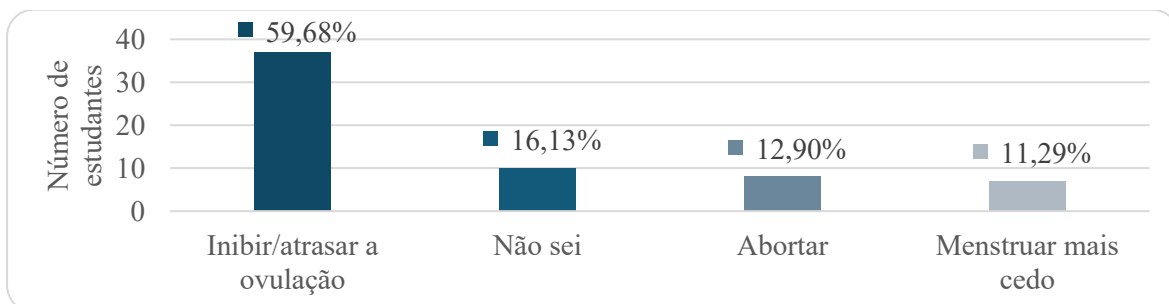
que este método hormonal oral atua destruindo os espermatozoides, conforme demonstrado no Gráfico 4.

Gráfico 4 - Qual é a ação da pílula?



Ainda no campo dos contraceptivos hormonais orais e respectivos mecanismos de ação, os adolescentes também foram questionados sobre a contraceção de emergência (pílula do dia seguinte) e como é que esta funcionava. Ora mais de metade da amostra (59,68%) respondeu “Inibir/Atrasar a Ovulação”, contudo cerca de 16,13% dos estudantes não soube responder, 12,90% considera que a pílula do dia seguinte é abortiva e 11,29% acha que atua antecipando a menstruação (Gráfico 5).

Gráfico 5 - Para que serve a Contraceção de Emergência (pílula do dia seguinte)?

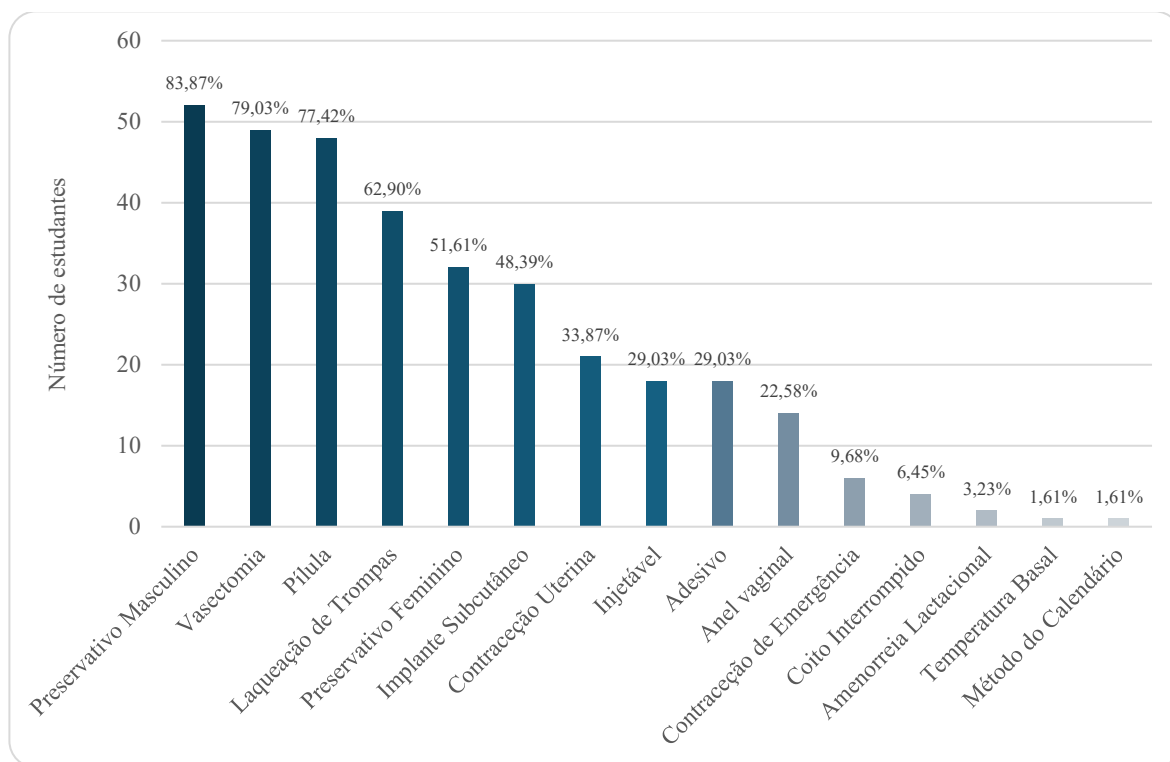


Sobre o tema das duas questões anteriores, o estudo de Sharma et. al (2021) revela-nos que apesar da ampla consciência destes métodos (pílula e pílula do dia seguinte), o seu

simples conhecimento não implica que a compreensão sobre a sua função seja adequada, especialmente no que respeita aos seus mecanismos de ação, acabando por refutar o achado do presente estudo, em que foi obtido um resultado relativamente positivo sobre o conhecimento dos adolescentes, mesmo que passível de ser melhorado.

Na quinta questão, os estudantes foram testados quanto ao conhecimento sobre a eficácia dos métodos contraceptivos na prevenção de uma gravidez, tendo-lhes sido pedido que assinalassem os métodos que estes considerassem ser os mais eficazes. Os respondentes consideraram o preservativo masculino como o método mais eficaz (83,87%), seguindo-se a vasectomia (79,03%), a pílula (77,42%), a laqueação tubária (62,90%) e o preservativo feminino (51,61%). Cerca de 48,39% da amostra considerou o implante subcutâneo eficaz, a contraceção uterina foi assinalada por 33,87% dos estudantes, de seguida o método injetável e o adesivo como escolha de 29,03% da amostra e o anel vaginal com 22,58%. Os métodos considerados menos eficazes, na prevenção de uma gravidez, são a contraceção de emergência (9,68%), o coito interrompido (6,45%), a amenorreia lactacional (3,23%) e os métodos naturais como a temperatura basal e método do calendário, cada um com 1,61% de expressão (Gráfico 6).

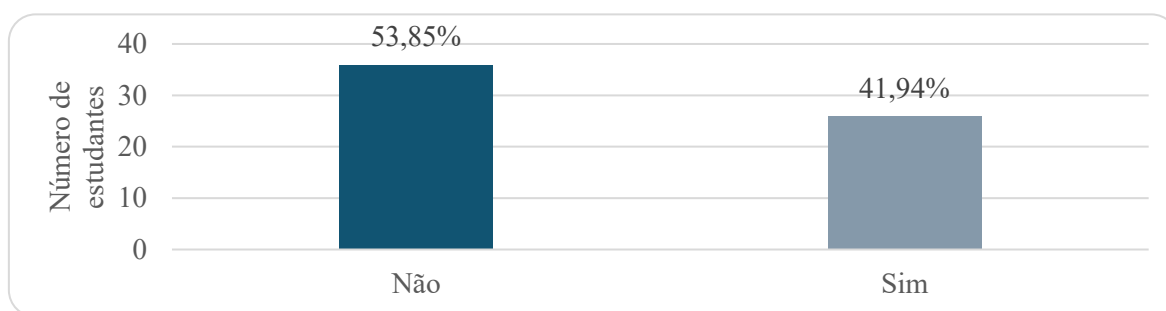
Gráfico 6 - Quais os métodos contraceptivos mais eficazes na prevenção de uma gravidez?



No que concerne a estes achados, a evidência demonstra que os métodos de longa duração, como a contraceção uterina e o implante subcutâneo, têm taxas de falha inferiores a 1%, refletindo mais de 99% de eficácia na prevenção de uma gravidez indesejada (Teal & Edelman, 2021). Contrastando, o preservativo masculino e a pílula anticoncepcional apresentam uma lacuna significativa entre o seu uso perfeito (<1% de falha) e uso típico (7-13% de falha), evidenciando que a eficácia prática pode ser substancialmente menor quando existem inconsistências na sua utilização. Esta evidência não se espelha nos conhecimentos que os adolescentes em estudo demonstraram sobre este tema, uma vez que 83,87% da amostra estudada considera o preservativo mais eficaz do que os métodos de longa duração, contraceção uterina (33,87%) e implante (48,39%), na prevenção de uma gravidez.

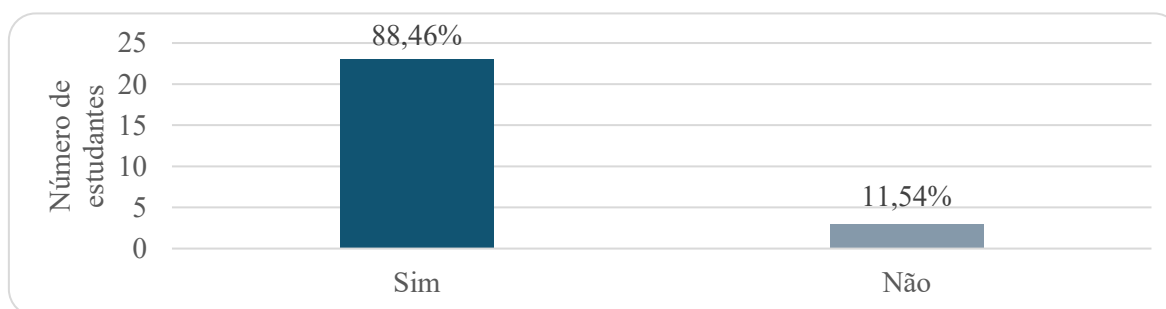
Sobre o início da atividade sexual, cerca de 41,94% dos inquiridos já a iniciaram (Gráfico 7). Deste conjunto de estudantes, cerca de 53,85% da amostra é do sexo feminino.

Gráfico 7 - Já iniciaste a tua vida sexual?



Deste grupo, 88,46% referem utilizar algum método contracetivo, o que se traduz numa atitude positiva face à prevenção quer de uma gravidez indesejada, quer de IST's, tal como demonstrado através do Gráfico 8.

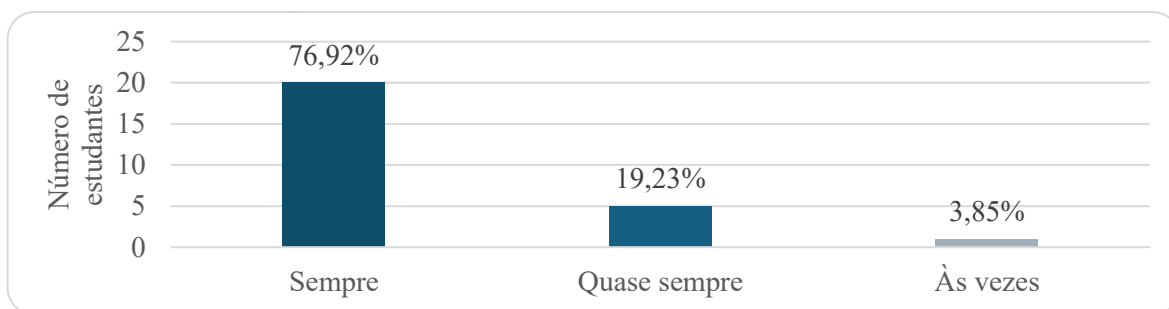
Gráfico 8 - Usas algum método anticoncepcivo ou outra forma de evitar a gravidez ou infeções de transmissão sexual?



Todavia, a adesão dos adolescentes ao uso de métodos contraceptivos durante as relações sexuais é variável e marcada por inconsistências. O estudo de Young, Burke & Nic Gabhainn (2018) demonstra que, embora uma grande maioria dos adolescentes sexualmente ativos refira o uso de algum método contraceptivo, uma proporção relevante não o utiliza de forma regular, aumentando o risco de uma gravidez não planeada ou da transmissão de ITS's. Este achado não se espelha nos resultados obtidos, uma vez que grande parte da amostra (88,46%) refere utilizar algum método contraceptivo durante as relações sexuais e reconhece a sua importância, tal como refletido no Gráfico 9.

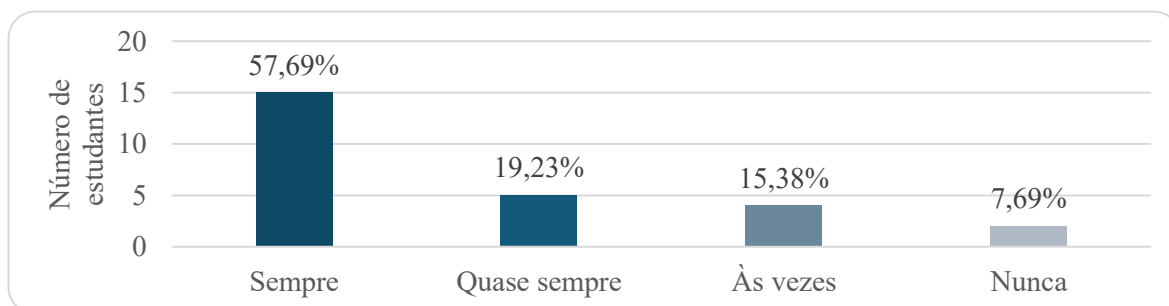
A maioria (76,92%) considera "Sempre" importante o uso de contraceptivos durante as relações sexuais, 19,23% da amostra afirma ter "Quase sempre" preocupação em usá-los, enquanto 3,85% dos inquiridos referiu ser importante "Às Vezes" a sua utilização, conforme representado no Gráfico 9.

Gráfico 9 - Achas importante o uso de contraceptivos durante as relações sexuais?



A principal razão dos inquiridos para o uso de contraceptivos é o receio de engravidar, com 57,69% a responderem "Sempre"; cerca de 19,23% respondeu "Quase sempre", 15,38% respondeu "Às Vezes" e 7,69% dos adolescentes respondeu que "Nunca". Este resultado sublinha a necessidade de se dar igual ênfase à prevenção de IST, que parece ser um fator secundário na motivação dos adolescentes a utilizarem contraceção (Gráfico 10).

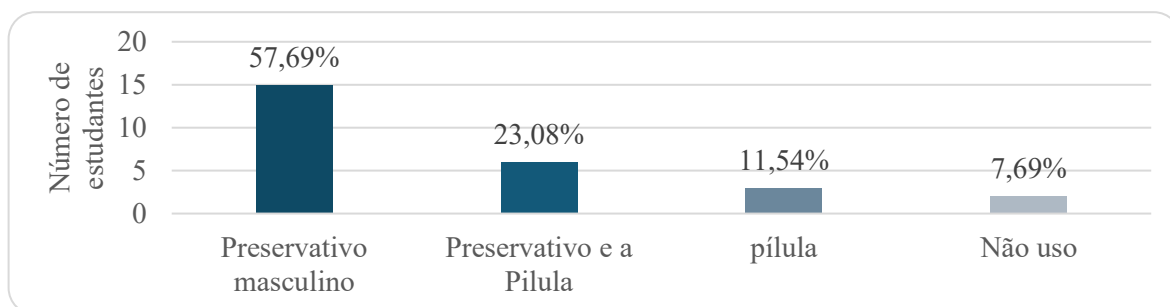
Gráfico 10 - Para ti, o uso dos contraceptivos deve-se, essencialmente, ao receio de engravidar?



Embora a maioria dos adolescentes reconheça a importância do uso de métodos contraceptivos para prevenir a gravidez e ITS's, a adesão prática nem sempre se reflete nesta consciência. Estudos internacionais, como o supramencionado de Young, Burke & Nic Gabhainn (2018), indicam que muitos jovens utilizam contraceptivos principalmente por medo de uma gravidez não desejada, corroborando os resultados obtidos e revelados no gráfico 10, enquanto a prevenção de IST's é frequentemente considerada secundária, e o uso inconsistente ou ausente em algumas situações revela lacunas entre o conhecimento e o comportamento adotado.

De seguida, gerou-se uma pergunta aberta onde se deu a liberdade aos estudantes para enunciarem quais os métodos contraceptivos que utilizavam. A maioria da amostra (57,69%) referiu usar apenas o preservativo masculino, 23,08% referiu recorrer à dupla proteção, utilizando o preservativo masculino concomitantemente com a toma da pílula, 11,54% só recorre ao uso da pílula e 7,69% referiu não utilizar qualquer tipo de contraceção durante as relações sexuais, como espelhado no Gráfico 11.

Gráfico 11 - Se costumás utilizar um contraceptivo, qual é o método que escolheste?

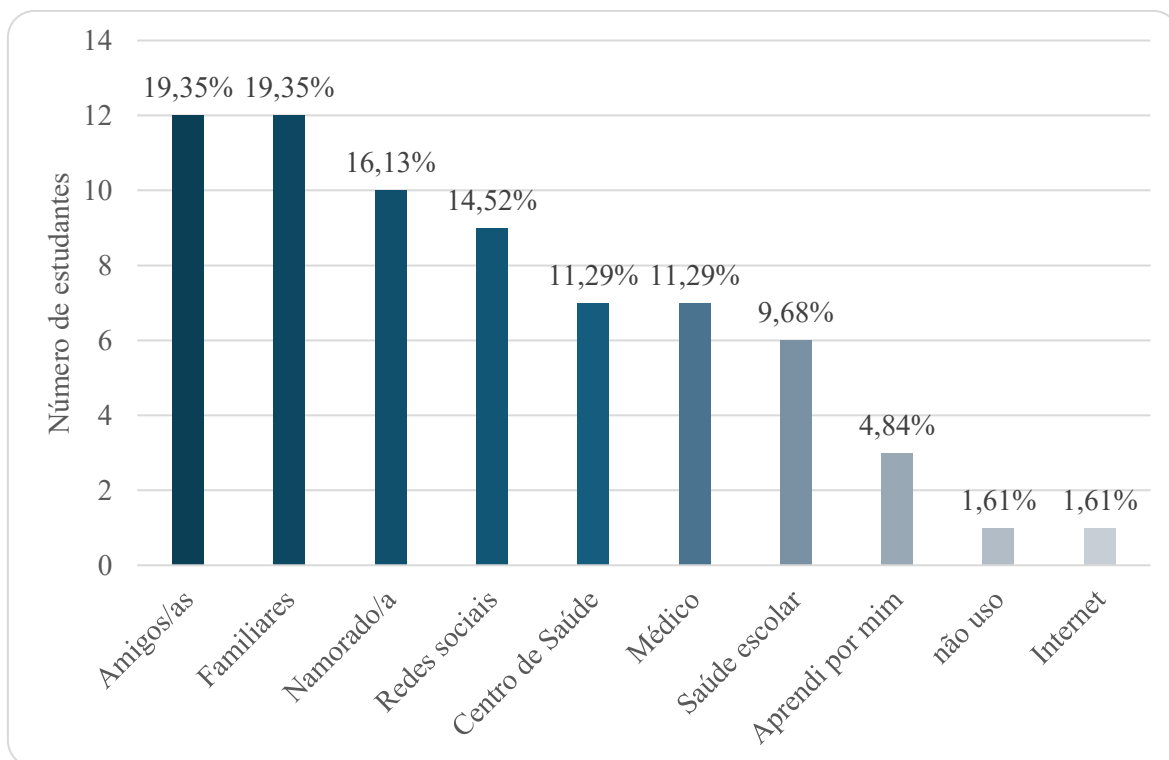


Ora, no estudo de Borges et al. (2016), no âmbito da SSR, foi analisado o início da vida sexual dos adolescentes e o uso de contraceptivos, evidenciando-se que a maioria dos jovens sexualmente ativos referiu utilizar algum método contraceptivo durante as relações sexuais. Para além disto, os resultados do estudo supramencionado, demonstraram que o preservativo masculino foi o método mais frequentemente utilizado, seguido da pílula, corroborando os achados do estudo em análise e confirmando a preferência dos adolescentes por métodos de fácil acesso e que oferecem proteção simultânea contra a gravidez e as IST's.

Subsequentemente, achou-se relevante fazer um levantamento do contexto onde foi indicado aos inquiridos os contraceptivos que estes, por norma, utilizavam. Acerca de 19,35% referiu-se aos amigos e familiares (19,35%), como as principais fontes de informação. Segue-se o namorado/a com 16,13% e as redes sociais com 14,52%. O centro de saúde e o

recurso a um médico estão ambos representados com 11,29% das respostas e a saúde escolar com 9,68%. Cerca de 4,84% referiu ter aprendido de forma autodidata, 1,61% refere o recurso à Internet e 1,61% da amostra volta a reforçar a resposta anterior, dizendo que não usa métodos contraceptivos, conforme demonstrado no Gráfico 12.

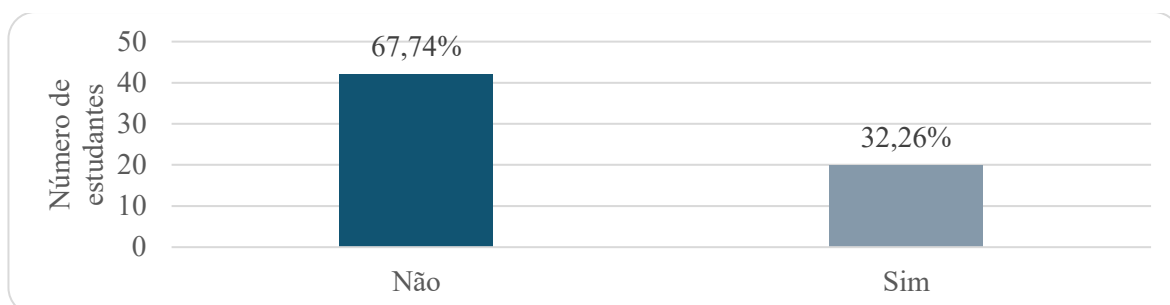
Gráfico 12 - Onde te indicaram esse método contraceptivo?



Sobre esta temática, um estudo desenvolvido por Pleasants et al. (2024), analisou as fontes de informação e aconselhamento sobre os métodos contraceptivos utilizados pelos adolescentes. Estes autores verificaram que, entre adolescentes, os profissionais de saúde, nomeadamente médicos e enfermeiros, foram identificados como a fonte preferida de informação contraceptiva. Contudo, alguns participantes do estudo de Pleasants et al. (2024) referiram recorrer frequentemente aos pais, amigos, internet e redes sociais como fontes alternativas de informação. Esta evidência contraria os achados do presente estudo, uma vez que a fonte de informação preferencial da amostra em análise são os amigos e familiares.

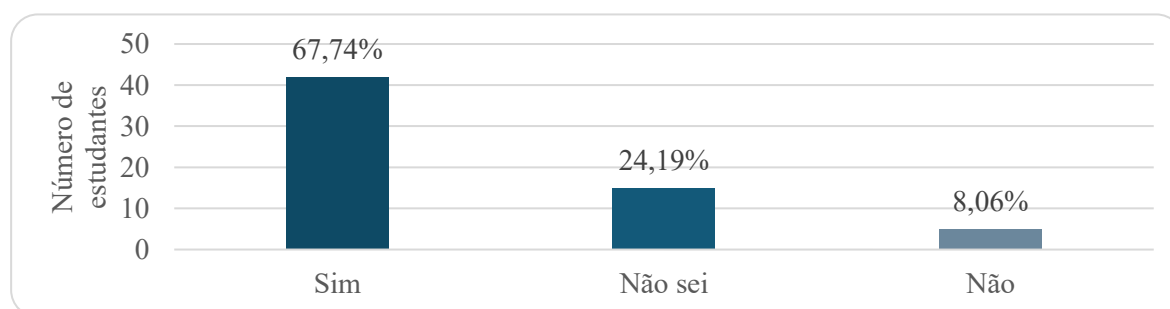
Ainda no contexto de avaliação das atitudes preventivas dos adolescentes sobre SSR, questionou-se a frequência das consultas de Planejamento Familiar, onde 32,26% referiu já ter recorrido a esta tipologia de consulta, conforme ilustrado no Gráfico 13.

Gráfico 13 - Alguma vez foste a uma consulta de Planejamento Familiar?



Todavia, torna-se um dado relevante que apesar da baixa adesão às consultas de planeamento familiar desta amostra, a mesma percentagem que respondeu que nunca tinha ido a uma consulta de planeamento familiar (67,74%), considera este tipo de consulta importante (67,74%), como espelhado através do gráfico 14.

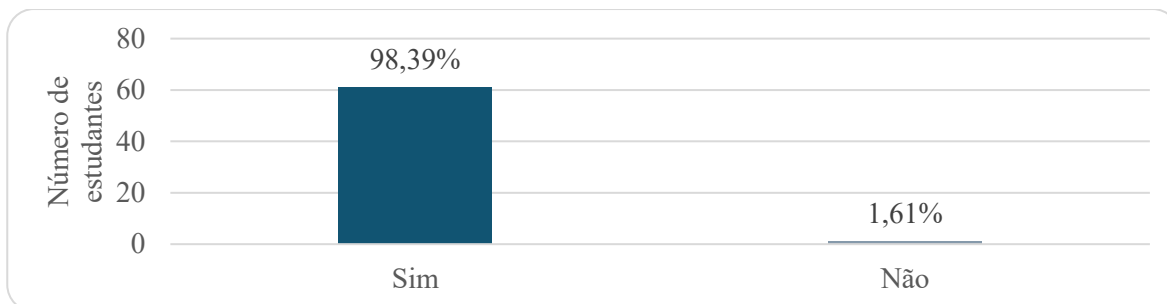
Gráfico 14 - Consideras importante a consulta de Planejamento Familiar?



A evidência demonstra, através dos estudos de Tylee et al. (2007) e de Chandra-Mouli et al. (2015), que apesar do reconhecimento da importância das consultas de planeamento familiar na promoção da SSR, a adesão dos adolescentes a estes serviços permanece limitada, tal como os resultados do presente estudo o comprovam.

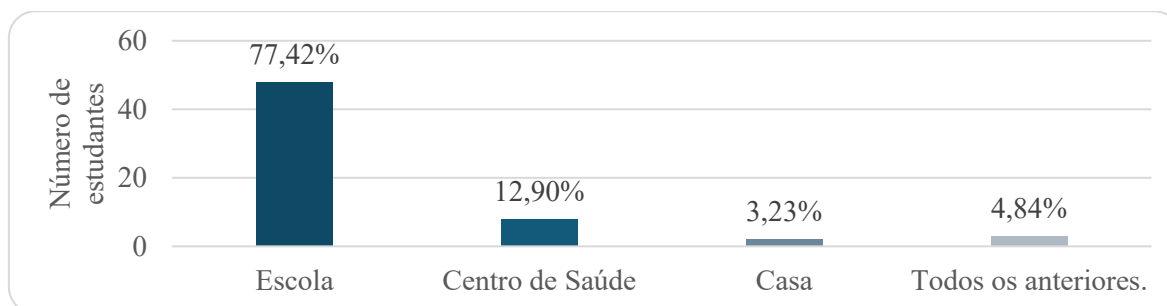
Subsequentemente, considerou-se pertinente analisar a percepção dos alunos relativamente à formação em educação sexual, verificando-se que a maioria (98,39%) a reconheceu positivamente (Gráfico 15).

Gráfico 15 - Achas que os jovens deveriam receber formação sobre educação sexual?



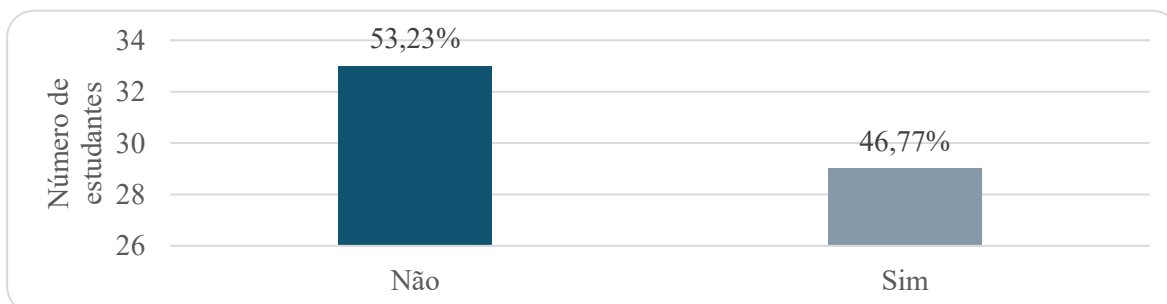
Seguidamente, os inquiridos foram questionados sobre o local onde esta formação deveria ser recebida. A maioria considerou a escola (77,42%) como o local preferencial, seguindo-se o Centro de Saúde (12,90%), o domicílio (3,23%) e 4,84% da amostra elegeu os três locais (Gráfico 16).

Gráfico 16 - Em que local consideras que deverias receber essa formação?



A escola foi considerada o local preferencial para a formação em educação sexual, contudo apenas 46,77% dos alunos afirmou ter recebido esta formação na sua instituição de ensino, conforme espelhado no gráfico 17.

Gráfico 17 - Tiveste Educação Sexual na Escola?

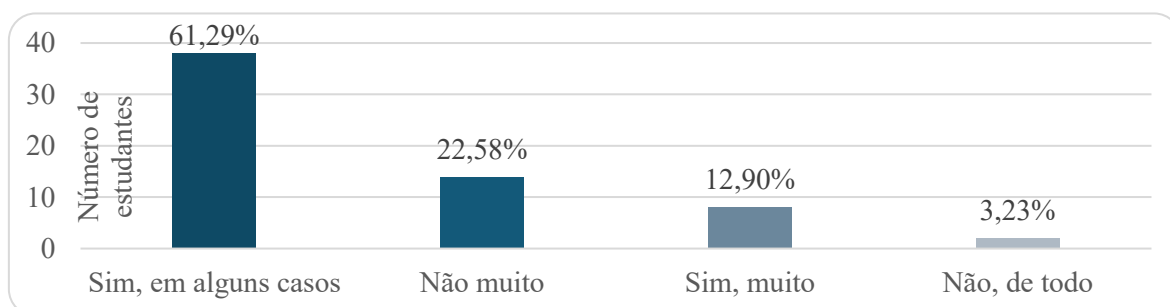


Sobre a educação sexual escolar, o estudo de Moraes et al. (2018), afirma que os programas de educação em meio escolar estão associados a melhorias significativas no conhecimento dos adolescentes sobre sexualidade, métodos contraceptivos e saúde reprodutiva, considerando assim, a escola como um espaço privilegiado para a formação em educação sexual. Este achado vai ao encontro da preferência dos alunos do estudo ao elegerem a escola como o melhor sítio para a implementação desta formação.

A terceira parte do questionário visou estudar a influência das redes sociais nos conhecimentos e atitudes dos adolescentes sobre SSR.

Neste sentido, foi integrada no questionário a pergunta “Achas que as redes sociais contribuem para comportamentos de risco em relação à sexualidade?”. A maioria dos inquiridos (61,29%) respondeu de forma positiva a esta questão, na opção “Sim, em alguns casos”, 22,58% “Não muito”, 12,90% “Sim, muito” e apenas 3,23% considerou a resposta “Não, de todo”, como é visível através do Gráfico 18.

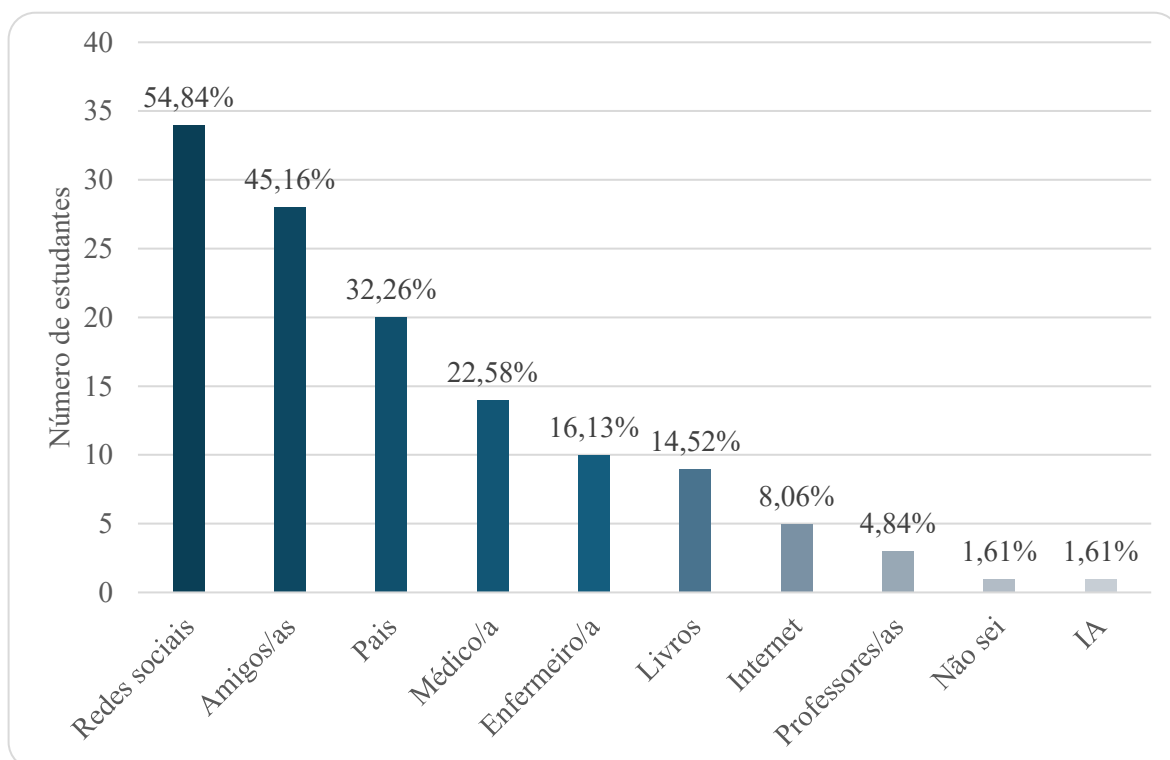
Gráfico 18 - Achas que as redes sociais contribuem para comportamentos de risco em relação à sexualidade?



Estes achados vão ao encontro do estudo de Gyane et al. (2025), que demonstra que o uso frequente de redes sociais se associa a uma maior probabilidade de envolvimento em comportamentos sexuais de risco entre estudantes. Estes resultados sublinham a necessidade de intervenções educativas que promovam a literacia digital e sexual, bem como estratégias preventivas que integrem a realidade digital na promoção da SSR dos adolescentes.

O Gráfico 19, mostra as respostas dos estudantes à pergunta sobre onde procuram informação. As Redes Sociais emergem como a principal fonte de informação sobre sexualidade e métodos contraceptivos (54,84%), seguindo-se os amigos/as (45,16%) e os pais (32,26%). Os médicos são a escolha de 22,58% dos estudantes e 16,13% ao enfermeiro/a. De seguida surge como fonte de informação os Livros (14,52%), a Internet (8,06%), os professores (4,84%), a inteligência artificial (1,61%) e 1,61% não sabe responder.

Gráfico 19 - Onde costumam procurar informação sobre as questões relacionadas com a sexualidade e métodos contraceptivos?

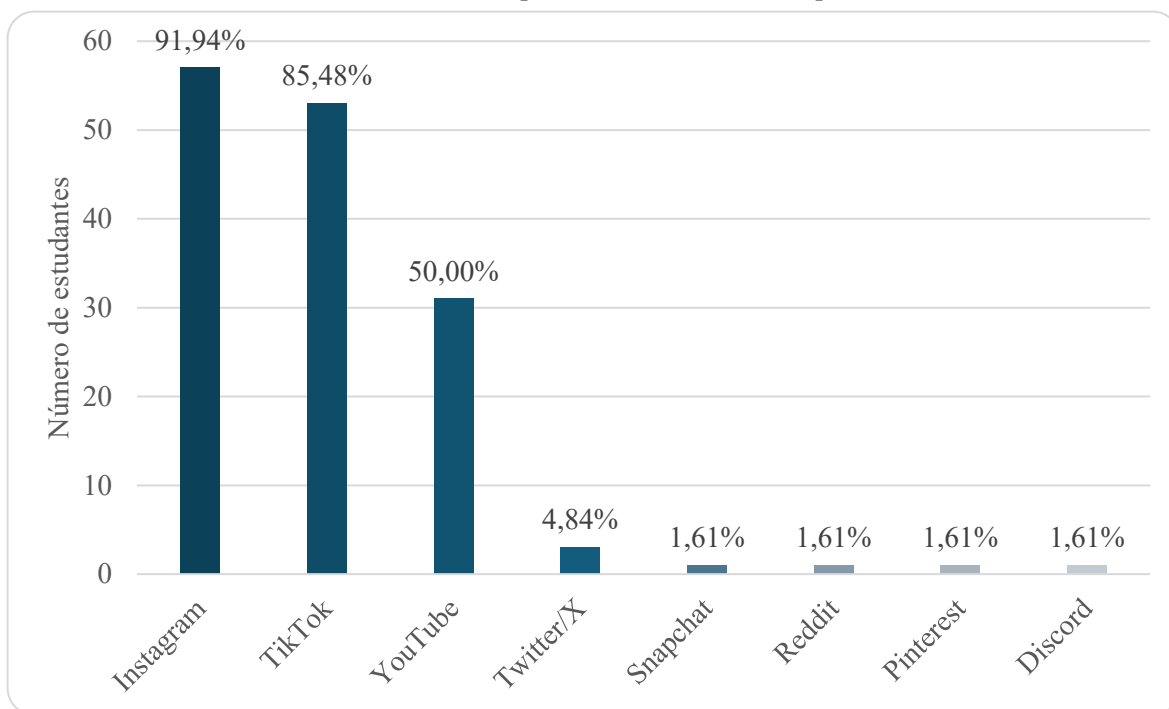


Sobre esta temática, o estudo de Salifu & Abubakari (2023) corrobora os resultados obtidos, uma vez que demonstra que as redes sociais e plataformas digitais constituem uma fonte frequente de informação para os adolescentes. Tais autores explicam que a facilidade de acesso, o anonimato e a possibilidade de procurar informação fora de contextos formais, tornam as redes sociais especialmente atrativas para os jovens, sobretudo quando existem constrangimentos em abordar certas temáticas com familiares ou profissionais de saúde.

De seguida, questionou-se sobre quais eram as redes sociais mais frequentemente utilizadas pelos estudantes. As respostas foram: o Instagram (91,94%) e o *TikTok* (85,48%) como as redes com maior expressão na amostra. A plataforma *Youtube* foi eleita por metade

dos estudantes (50%), o *Twitter/X* com 4,84% e o *Snapchat*, o *Reddit*, o *Pinterest* e o *Discord* apresentaram 1,61%.

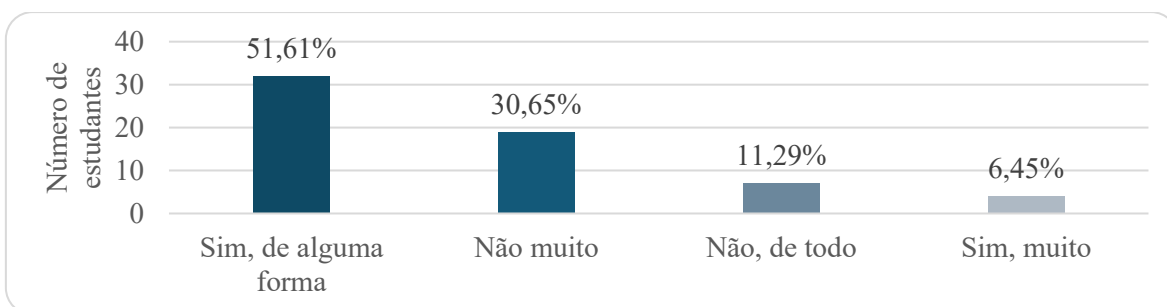
Gráfico 20 - Quais as redes sociais que utilizas com mais frequência?



A evidência científica mais recente, como o estudo de Nagata et al. (2025), afirma que o uso de redes sociais é quase universal entre os adolescentes, constituindo plataformas centrais no seu quotidiano e potenciais espaços de aprendizagem, incluído o que concerne à SSR. O estudo mencionado relata que as plataformas mais utilizadas pelos adolescentes são o *TikTok* (67,10%), o *Instagram* (66,0%) e o *Youtube* (64,70%). Estas plataformas também foram as mais mencionadas pela amostra do estudo, todavia com uma ordem diferente, sendo o *Instagram* a plataforma mais utilizada.

Quando questionados sobre se as redes sociais influenciavam a forma como viam as relações e a sexualidade, 51,61% dos adolescentes respondeu “Sim, de alguma forma”. Já 30,65% recusou esta opção, respondendo “Não muito” e cerca de 11,29% afirmou que “Não, de todo”. Desta amostra, só 6,45% dos inquiridos considerou “Sim, muito” sobre esta influência, conforme ilustrado no Gráfico 21.

Gráfico 21 - As redes sociais influenciam a forma como vês as relações e a sexualidade?

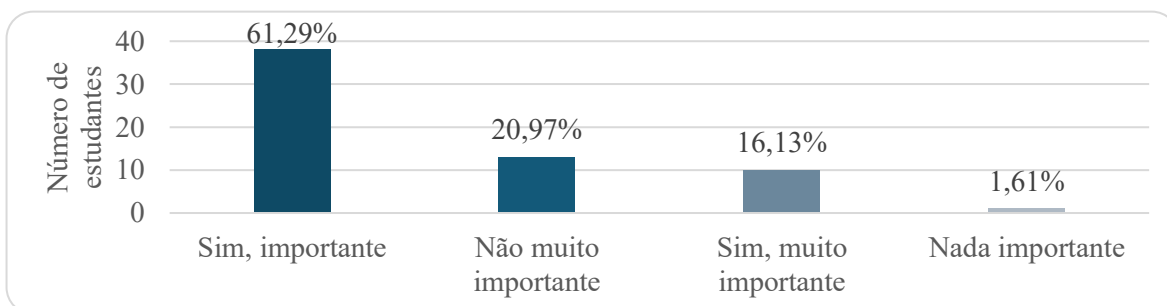


O estudo de Taba et al. (2020) acompanha estes resultados, uma vez que estes autores relatam que as redes sociais exercem uma influência significativa nas representações e percepções que os adolescentes constroem sobre as relações e a própria sexualidade, moldando normas e expectativas através de conteúdos e tendências digitais.

Por último, foi questionado se os adolescentes consideravam importante que influenciadores digitais abordassem temas como a SSR.

Na resposta a esta questão, 61,29% mencionou “Sim, importante”, contrastando com 20,97% que considerou “Não muito importante”. Não obstante, 16,13% reforçam a sua importância, respondendo “Sim, muito importante”, enquanto apenas 1,61% da amostra respondeu “Nada importante”, conforme evidenciado no Gráfico 22.

Gráfico 22 - Consideras importante que influenciadores digitais abordem temas sobre saúde sexual e reprodutiva?



Sobre a importância dos influenciadores digitais, Engel et al. (2024) descrevem que estes assumem um papel cada vez mais relevante na disseminação de informação sobre SSR entre adolescentes, funcionando como fontes acessíveis e de fácil compreensão. Estes indivíduos, ao partilharem conteúdos educativos sobre métodos contraceptivos, prevenção de IST's e promoção de práticas sexuais responsáveis, podem moldar as percepções e comportamentos dos adolescentes para uma vivência mais positiva da sua sexualidade.

Todavia, o mesmo estudo ressalva que a qualidade e fidedignidade da informação partilhada nem sempre é garantida, o que evidencia a necessidade de integrar profissionais de saúde para a definição de estratégias de literacia digital que garantam a produção de conteúdos digitais seguros e fidedignos.

### **2.2.5.3 - Principais conclusões do estudo**

O presente estudo atingiu os seus objetivos ao investigar a influência das redes sociais nos conhecimentos e atitudes dos adolescentes sobre a SSR. Os resultados revelam um cenário complexo, onde a literacia em SSR é superficial e a principal fonte de informação é o meio digital, com os inerentes riscos de desinformação.

A análise dos conhecimentos dos inquiridos demonstra que, apesar de um conhecimento quase universal dos métodos contraceptivos mais utilizados (preservativo masculino e pílula), persistem lacunas sobre os métodos contraceptivos mais eficazes na prevenção de uma gravidez. Este fenómeno pode indicar que a informação disponível não está a ser devidamente disseminada e assimilada de forma crítica ou correta. As atitudes preventivas dos adolescentes sexualmente ativos são explicadas pela motivação de prevenir uma gravidez. Este foco na gravidez, em detrimento da prevenção de IST, sugere uma perceção de risco desequilibrada, o que pode estar agravado pela baixa adesão à consulta de planeamento familiar.

Por fim, o estudo confirma a centralidade das redes sociais enquanto fonte primária de informação sobre sexualidade para a maioria dos inquiridos, admitindo, grande parte destes estudantes, que as plataformas digitais podem contribuir para a adoção de comportamentos de risco no que diz respeito à SSR.

Conclui-se, assim, que a Era Digital impõe uma redefinição urgente das estratégias de educação sexual. É imperativo que os profissionais de saúde e educadores transitem para o meio digital, aproveitando a abertura dos adolescentes para o tema e a importância que estes atribuem aos influenciadores digitais, para transformar o risco da desinformação numa oportunidade estratégica para a promoção da literacia em SSR entre os jovens.

### **2.2.5.4 - Recomendações para a prática**

Com base nos resultados obtidos, são formuladas recomendações, visando a melhoria da literacia em SSR nos adolescentes e a otimização das intervenções tecnológicas neste domínio.

No que respeita às estratégias de intervenção no meio digital, revela-se fundamental capacitar os profissionais de saúde, designadamente os EEESMO, para a produção de conteúdos fidedignos, adequados e acessíveis, difundíveis através das plataformas digitais. Para além disto, a criação de parcerias com influenciadores digitais que demonstrem responsabilidade e credibilidade na sua exposição digital, pode constituir-se como um recurso estratégico, valorizando o papel significativo que estes desempenham na construção de opiniões entre os jovens.

No que concerne à consulta de planeamento familiar, a sua promoção deve assumir um papel central, exigindo a implementação de estratégias de divulgação ativa, tanto no meio escolar como nos centros de saúde, de forma a otimizar a sua adesão. Esta tipologia de consulta deve ser exibida como um espaço confidencial e seguro, que procura oferecer aconselhamento profissional e individualizado, de forma a esclarecer dúvidas mais específicas de forma personalizada.

Adicionalmente, deveria investir-se em estudos que relacionem a influência digital com indicadores de comportamento de risco, acesso aos serviços de saúde e escolhas informadas, visando a construção de programas educativos mais ajustados à realidade juvenil. No contexto da Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, seria igualmente interessante estudar de que forma a literacia digital adquirida durante o período da adolescência condiciona, a longo prazo, os comportamentos reprodutivos, o planeamento familiar e as atitudes perante a sexualidade. Esta linha de investigação, aliada a estratégias de promoção da saúde sexual e reprodutiva das novas gerações, fomentaria intervenções tecnológicas mais eficazes, culturalmente sensíveis e alinhadas com os desafios emergentes de uma geração cada vez mais digital.

### **3 - PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS COMUNS E ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA: UMA ANÁLISE REFLEXIVA**

Neste capítulo são analisados, de forma crítica e reflexiva, os processos de desenvolvimento e consolidação das competências comuns e específicas do EEESMO ao longo dos diferentes contextos de estágio. A reflexão incide sobre as experiências vivenciadas, as intervenções realizadas, os desafios encontrados e as aprendizagens adquiridas, evidenciando a articulação entre o conhecimento teórico, a prática especializada e o pensamento crítico que sustentam o exercício profissional avançado nesta área. A análise apresentada procura demonstrar a evolução progressiva das competências, destacando o contributo de cada contexto para a formação integral e para o aperfeiçoamento do cuidado prestado à pessoa, família e comunidade.

#### **3.1 - ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA NA COMUNIDADE**

O meu estágio (E) de cuidados de saúde primários decorreu numa Unidade de Saúde inserida numa Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) pertencente à Unidade Local de Saúde (ULS) do Oeste. Desta UCSP fazem parte várias Unidades de Saúde, de forma a dar resposta a toda a população do Concelho. Este E teve início no dia 18 de setembro de 2024 e terminou no dia 25 de outubro de 2024, tendo tido uma duração de 150 horas.

Esta Unidade de Saúde é composta por uma equipa multidisciplinar, na qual fazem parte: uma EEESMO, uma Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica, uma Enfermeira Generalista, um Médico Especialista em Medicina Geral e Familiar, uma Nutricionista, duas Assistentes Técnicas Administrativas e três Assistentes Operacionais.

Numa fase inicial, procurei inteirar-me dos protocolos e normas da instituição e ao longo das semanas privilegiei sempre a colocação de questões informais à minha orientadora, de forma a cumprir sempre com a prática regulamentada na Unidade de Saúde.

Durante as seis semanas de E, tive a oportunidade de assistir, participar ativamente e realizar cerca de 103 consultas em vários âmbitos: consulta de vigilância da gravidez, consulta de revisão do pós-parto, consulta de planeamento familiar e consulta de vigilância e atualização do rastreio do cancro do colo do útero (RCCU).

Durante as consultas, manteve-se consistentemente o objetivo de promover a saúde da mulher/casal/família, abordando temáticas pertinentes para as utentes e coerentes com o motivo subjacente à consulta, independentemente da sua tipologia.

Nas consultas de Saúde Materna e vigilância da gravidez, em que realizei cerca de 46, para além da avaliação dos sinais vitais, dos parâmetros biométricos, da avaliação da altura do fundo uterino através das manobras de Leopold (quando aplicável), da auscultação dos batimentos fetais (quando aplicável), da realização do exame sumário de urina e da análise dos resultados de exames complementares (ecografias, análises...), procurei sempre proporcionar um espaço de comunicação bidirecional, que possibilitasse a todos os casais o esclarecimento de dúvidas e a partilha de inquietações, contribuindo assim para uma prática de cuidados centrada nas necessidades individuais da grávida/casal/família e na promoção do bem-estar de todos os envolvidos. Nesta Unidade de Saúde, na primeira consulta de vigilância da gravidez, independentemente da idade gestacional em que os casais procuravam este acompanhamento, era entregue uma tabela com vários temas relacionados com a gravidez, de forma a ajudar a sintetizar dúvidas ou questões frequentemente colocadas durante a gestação. Este recurso tinha como objetivo a reflexão do casal, o registo de questões e o seu esclarecimento na consulta subsequente.

Uma dificuldade que experienciei ao longo de todo o E está relacionada com a barreira linguística, muitas vezes sentida por ambas as partes envolvidas no processo de prestação de cuidados. Uma proporção significativa da população abrangida por esta Unidade de Saúde é constituída por cidadãos estrangeiros. Durante o período de estágio, acompanhei diversos casais provenientes do Nepal, Bangladesh e Índia, que imigraram para Portugal à procura de melhores condições e oportunidades para as suas vidas e famílias. Todavia, verifiquei que muitas destas mulheres/casais ainda não dominavam a língua do país de acolhimento, o que representava um desafio para a comunicação eficaz e, conseqüentemente, para a prestação de cuidados. Apenas dois casais recorreram ao apoio de uma tradutora durante as consultas. Adicionalmente, verifiquei que o domínio da língua inglesa, frequentemente considerada um idioma universal, é também muito limitado entre

estes casais, tornando o processo comunicacional particularmente desafiante. Face ao exposto, realizei a tradução e aprimorei um folheto outrora realizado pela ULS sobre a alimentação na gravidez para os idiomas: inglês, francês, nepalês e indiano (apêndice V).

No âmbito das consultas de revisão do pós-parto, em que realizei cerca de 11, e de acordo com o regulamento nº391/2019 (p.13563-13564), acompanhei e procurei apoiar as famílias no processo de transição e adaptação à parentalidade. Frequentemente, os casais compareciam a estas consultas acompanhados pelo seu recém-nascido, o que possibilitava a observação da relação da tríade familiar e a individualização dos cuidados prestados. No decorrer destas consultas, para além da monitorização hemodinâmica da puérpera, eram avaliados os parâmetros puerperais e esclarecidas dúvidas relativas aos cuidados do períneo ou da sutura cirúrgica, no caso de parto por cesariana. Apesar da importância da avaliação física, verifiquei que a adaptação emocional à chegada de um novo elemento na família, bem como os medos e receios associados, assumem um papel preponderante na adaptação à parentalidade dos casais. Neste contexto, tornou-se crucial apoiar os casais no planeamento do período do pós-parto, incluindo a organização de novas rotinas diárias, a conciliação com as tarefas domésticas, os cuidados ao recém-nascido, a promoção do descanso da tríade e o apoio na amamentação. Ao longo das semanas de E, e no contexto deste acompanhamento, consegui observar diretamente algumas mamadas, intervindo de modo a corrigir ou apoiar aspetos que não decorriam de forma adequada, segundo as puérperas, esclarecendo dúvidas relacionadas com a amamentação. Com o objetivo de consolidar esta orientação, elaborei um folheto intitulado “Guia Prático sobre o Aleitamento Materno”, sintetizando informações relevantes sobre o processo da amamentação, constituintes e fases do leite materno, extração manual de leite materno, posições para amamentar e sinais de uma pega correta do bebé (apêndice VI).

Na consulta de planeamento familiar, em que realizei cerca de 24, procurei inteirar-me dos programas e recursos disponíveis dentro da UCSP, em articulação com a ULS, de modo a poder orientar adequadamente a mulher/casal/família em função das suas necessidades específicas e motivação para virem ao nosso encontro. Estas consultas, assumem uma dimensão integral de promoção da saúde sexual e reprodutiva, procurando dar resposta às expectativas, dúvidas e receios, de forma a assegurar uma abordagem individualizada, fundamentada e centrada na mulher/casal. Durante as várias consultas, tive a oportunidade de realizar sessões de educação para a saúde, de forma individualizada, de modo a promover uma tomada de decisão livre, responsável e esclarecida no que toca à saúde

reprodutiva, IST e métodos contraceptivos. Neste contexto, aprimorei competências específicas através da colocação/remoção de métodos contraceptivos de longa duração, tendo colocado 5 dispositivos intrauterinos e 13 implantes subcutâneos. Estas consultas destinam-se a promover a saúde da mulher em qualquer faixa etária, pelo que também dei resposta a casais que procuravam engravidar, fazendo um acompanhamento pré-concepcional, e tive, também, a oportunidade de cuidar de mulheres na sua transição para o climatério.

No contexto das consultas de planeamento familiar, o meu percurso formativo neste E ficou marcado por um episódio que suscitou em mim uma reflexão profunda sobre a vulnerabilidade do ser humano. Durante uma manhã de consultas, recebemos uma utente de 17 anos que entrou no gabinete visivelmente ansiosa, evitando o contacto visual e respondendo de forma monossilábica às primeiras perguntas de carácter exploratório. Era a primeira vez que ela vinha ao nosso encontro. Veio acompanhada por uma amiga, que aguardou na sala de espera a pedido da utente. Quando iniciei a anamnese, a jovem revelou, hesitantemente, que procurava informação sobre os métodos contraceptivos, mas a sua linguagem corporal e não verbal, não me pareceu congruente com o motivo da consulta. Num momento de maior abertura emocional, após várias tentativas de promover um ambiente seguro, a jovem, em lágrimas, confidenciou-nos que suspeitava estar grávida, mas tinha um medo profundo de confirmar essa possibilidade. Explicou que mantinha uma relação amorosa instável com o parceiro, marcada por episódios de coação sexual e ausência de negociação no uso do preservativo. Relatou que nunca tinha recorrido aos cuidados de saúde por vergonha e receio do julgamento familiar e social. Quando questionada sobre a data da última menstruação, percebi que o atraso poderia ser indício de uma possível gravidez, bem como o relato de tensão mamária e enjoos matinais. Não tínhamos à disposição na Unidade um teste rápido de urina para confirmar o diagnóstico, contudo, foi realizado um encaminhamento multidisciplinar para acompanhar e apoiar esta jovem.

A minha enfermeira orientadora conduziu o resto da consulta com uma serenidade exemplar, cultivando um espaço para que a jovem verbalizasse os seus receios, foram esclarecidas dúvidas e disponibilizadas opções, reforçando que a decisão final lhe pertencia, livre de quaisquer julgamentos. A complexidade do caso impôs ainda uma avaliação imediata do risco psicossocial e a necessidade de articulação com as várias valências, tais como, apoio da psicologia e serviços sociais de apoio à vítima, visto que poderíamos estar perante um caso de violência doméstica. Após o acolhimento inicial, procedemos ao

encaminhamento desta utente para uma consulta médica urgente, para a realização de uma ecografia e elaboração de um plano de acompanhamento multidisciplinar.

Quando demos por terminada a consulta e a jovem saiu do gabinete, a sensação que permaneceu em mim foi de peso: a consciência da fragilidade daquela jovem adolescente; da responsabilidade enorme que recai sobre os profissionais de saúde e da importância crucial de um atendimento livre de juízos de valor, centrado na segurança, autoeficácia e dignidade da utente. Este episódio marcou-me profundamente. Fez-me refletir sobre as intervenções do EEESMO na criação de espaços de cuidar que acolham o medo, o silêncio e a vulnerabilidade. Compreendi que a consulta de planeamento familiar, muitas vezes negligenciada pela própria comunidade, vai muito além da escolha de um método contraceutivo: é, muitas vezes, uma porta de entrada para a proteção, para o refúgio, para o esclarecimento e para a reconstrução da dignidade e autonomia de quem chega fragilizado e numa situação de risco.

No âmbito da vigilância da saúde sexual e reprodutiva e na prevenção da doença ginecológica, também avaliei a necessidade de realizar a citologia ginecológica, tanto através do Programa de Rastreio de Cancro do Colo do Útero (RCCU) instituído em Portugal, mas também no rastreio oportunista, no caso das mulheres que não reunissem os critérios para entrar no programa mencionado. Neste sentido, realizei cerca de 22 citologias ginecológicas de acordo com o protocolo da Unidade de Saúde e do RCCU.

Tanto as consultas de planeamento familiar como as consultas de vigilância e atualização do RCCU suscitaram, numa fase inicial, alguns receios, não propriamente ao nível da condução da consulta, mas sobretudo no domínio técnico, nomeadamente na colocação de métodos contraceptivos de longa duração e na realização da citologia ginecológica. No início, sentia-me frequentemente assoberbada por dúvidas internas, decorrentes do receio em causar desconforto ou dano físico à mulher, bem como da incerteza relativamente à correta colocação dos dispositivos intrauterinos e implantes subcutâneos, o que, associado à inexperiência, me levava a executar os procedimentos de forma mais demorada. Contudo, procurei sempre verbalizar estes sentimentos à minha enfermeira orientadora, desenvolvendo momentos sistemáticos de reflexão e solicitando *feedback* contínuo que me permitisse aperfeiçoar a prática. Sinto que, ao longo das semanas de E, a minha capacidade de gestão emocional e o meu nível de confiança aumentaram

progressivamente, permitindo superar os receios iniciais e consolidar com segurança estas competências específicas.

A UCSP onde está inserida esta Unidade de Saúde, tem estruturado um Programa de Preparação para a Parentalidade Positiva, onde tive a oportunidade de assistir a algumas sessões e participei de forma informal nas sessões sobre o puerpério, tendo tido a oportunidade de dar o meu parecer sobre alguns temas, baseado na minha experiência profissional nesta área. Também participei no “Encontro do Aleitamento Materno” organizado pelas várias UCSP’s da ULS do Oeste. Este evento acontece uma vez por ano, é organizado pela equipa de EEESMO desta UCSP e procura juntar grávidas e/ou puérperas e as suas famílias, num momento marcado pela partilha de experiências, confraternização e revisão de alguns conteúdos sobre o ciclo gravídico-puerperal.

Fazendo a ponte com o referencial teórico escolhido para este relatório de estágio, a Teoria da Promoção da Saúde de Nola Pender revela-se fundamental para a prática de Enfermagem em cuidados de saúde primários, uma vez que orienta intervenções que visam a capacitação da pessoa na adoção de comportamentos promotores de saúde, através da compreensão das suas características pessoais, crenças e influências ambientais (Pender, Murdaugh & Parsons, 2011). Nos cuidados de saúde primários, o acompanhamento da mulher ao longo do seu ciclo de vida sustentado nos pressupostos desta teoria, permite compreender e potenciar a motivação, autoeficácia e a perceção de benefícios e/ou barreiras associados aos comportamentos de saúde, de modo a promover uma vivência positiva de qualquer fase da vida sexual e reprodutiva da mulher (Santos et al., 2025). Assim, este modelo de saúde permite uma abordagem integrada e contínua, promovendo a autonomia, a literacia em saúde e a corresponsabilização da mulher no seu autocuidado, pilares que se revelam cruciais quer para a qualidade da prática de cuidados de Enfermagem, quer para a sustentabilidade dos cuidados de saúde primários (Rojas-Torres et al., 2025).

Este estágio, no contexto da comunidade e nesta Unidade de Saúde específica, constituiu uma etapa fundamental no desenvolvimento das minhas competências enquanto futura EEESMO. A oportunidade de acompanhar diversas mulheres em diferentes fases do seu ciclo reprodutivo permitiu uma compreensão holística das necessidades da saúde feminina e reprodutiva, bem como o fortalecimento de competências clínicas, comunicacionais e de gestão dos cuidados. Sob a orientação da minha enfermeira cooperante, cuja disponibilidade e rigor profissional foram inspiradores e determinantes para

a consolidação de aprendizagens, pude integrar conhecimentos teóricos e transpô-los na prática, numa perspetiva de cuidado centrado na mulher, na família e na comunidade. Este E revelou-se uma experiência de elevado valor formativo, contribuindo significativamente para o meu crescimento pessoal e profissional, e para a construção contínua de uma prática de cuidados de enfermagem sustentada na humanização e individualização dos cuidados.

### 3.2 - ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA NA GRAVIDEZ PATOLÓGICA E EM GINECOLOGIA

O E de EEESMO na gravidez patológica e em ginecologia teve lugar no serviço de consultas de ginecologia-obstetrícia de um hospital do setor privado em Lisboa. Teve início a 28 de outubro e terminou a 20 de dezembro de 2024, tendo sido repartidas as primeiras 6 semanas nas consultas de acompanhamento da gravidez (150 horas) e as últimas duas semanas foram dedicadas à consulta de ginecologia (50 horas).

Este serviço funciona de segunda a sexta-feira, das 8h às 21h, e aos sábados das 8h às 14h, em regime ambulatorio. É composto por 20 consultórios médicos, 1 sala de tratamentos, 1 gabinete de consulta de enfermagem, 1 gabinete de triagem de enfermagem, 1 sala para a monitorização cardiotocográfica (CTG), 2 gabinetes de ecografia e 1 gabinete para a realização de exames especiais (amniocentese e histerossalpingografia). Esta unidade abrange várias tipologias de consultas médicas, tais como: consulta de alto risco obstétrico, consulta de apoio à fertilidade, consulta de endometriose, consulta de ginecologia na adolescência, consulta de ginecologia oncológica, consulta de ginecologia regenerativa estética e funcional, consulta da mama, consulta da menopausa, consulta de miomas, consulta de patologia do colo do útero, consulta de trombofilias e patologia autoimune e consulta de uroginecologia.

A equipa multidisciplinar é composta por ginecologistas e obstetras, por 4 EEESMO e uma enfermeira generalista. Dentro da área de atuação, os EEESMO dão essencialmente resposta à consulta de triagem, consulta da diabetes gestacional, gestão e monitorização do gabinete da CTG, apoio nos exames especiais, condução da consulta de enfermagem de saúde materna, bem como, o acompanhamento da visita à maternidade. A sala de tratamentos, normalmente, fica alocada à enfermeira generalista que dá apoio na vacinação da mulher e grávida, tratamento das feridas cirúrgicas e colocação de contraceptivos de longa

duração. Para além disto, também fazem parte integrante da equipa, 10 auxiliares de ação médica.

Inicialmente, procurei inteirar-me dos protocolos e instruções de trabalho do serviço, e ao longo das semanas privilegiei sempre a colocação de questões informais à minha orientadora, de forma a cumprir sempre com a prática regulamentada no serviço.

### **3.2.1 - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na Gravidez Patológica**

Ao longo destas semanas de E, tive a oportunidade de assistir e participar em diversas tipologias de consulta. A consulta de triagem de enfermagem, dirigida à grávida e/ou casal, na qual realizei 150 consultas, constituiu um momento privilegiado para a avaliação dos sinais vitais da grávida, bem como para o acompanhamento da evolução ponderal de peso ao longo da gravidez, antecedendo a consulta médica. Paralelamente, este breve contacto era frequentemente aproveitado de forma oportunista para a exploração de dúvidas, receios e inquietações manifestadas pelo casal, aspetos que, devido ao elevado número de atendimentos realizados no serviço, nem sempre podiam ser aprofundados durante a consulta com o médico assistente.

Das 150 grávidas que acompanhei e conduzi nas consultas de triagem, a maioria correspondia a gravidezes de baixo risco. Todavia, tive igualmente oportunidade de prestar cuidados a cerca de 14 grávidas com patologia materna associada: oito com diagnóstico de diabetes gestacional, quatro com hipertensão induzida pela gravidez e duas com hipertensão crónica. Perante o diagnóstico de diabetes gestacional, quer identificado no 1º trimestre, quer após a realização da Prova de Tolerância à Glicose Oral no 2º trimestre, era agendada uma consulta específica dedicada à abordagem desta patologia. Nestas consultas, em que realizei três, tive a oportunidade de desenvolver sessões de educação para a saúde sobre a alteração metabólica em causa, abordando de forma sistemática os sinais e sintomas de hipo e hiperglicemia, a monitorização da glicémia capilar, bem como a utilização adequada do glicómetro, a interpretação dos valores e o preenchimento do caderno de registo diário. Eram igualmente reforçadas orientações relativas à gestão nutricional da grávida.

Relativamente às patologias do foro cardiovascular, em todos os momentos de contacto com a grávida eram reforçadas as orientações relativas aos sinais de alarme indicativos de uma possível descompensação hipertensiva, nomeadamente cefaleias, escotomas e epigastralgias. Simultaneamente, enfatizava-se a importância da monitorização

regular da tensão arterial no domicílio e da adesão rigorosa à terapêutica anti-hipertensiva prescrita, quando aplicável, de forma a prevenir complicações e promover a autogestão segura desta condição clínica.

Em 2021, foi implementado neste serviço de consultas um projeto-piloto denominado Consulta de Enfermagem de Saúde Materna, desenvolvido e conduzido de forma autónoma pela equipa de EEESMO deste serviço. A criação destas consultas emergiu da necessidade identificada pela equipa de enfermagem em proporcionar um espaço de escuta e acompanhamento mais aprofundado do casal, capaz de responder às dúvidas e receios muitas vezes inerentes à gravidez, aspetos frequentemente condicionados pela limitação temporal da consulta de triagem supramencionada. O projeto contempla a realização de três consultas, com a duração aproximada de 45 minutos, uma por cada trimestre. Durante o E, tive a oportunidade de realizar sete destas consultas: duas de 1º trimestre, três de 2º trimestre e duas do 3º trimestre.

A primeira consulta, referente ao 1º trimestre de gravidez, deve ser agendada entre as 11 semanas e as 13 semanas + 6 dias de gestação. Primeiramente é realizada uma anamnese detalhada da grávida de forma obter uma avaliação inicial, incluindo a recolha de: antecedentes pessoais, antecedentes familiares, história obstétrica, existência de alergias, caracterização de estilos de vida, comportamentos e hábitos de consumo, avaliação de exames complementares (análises clínicas e/ou ecografia). Toda esta informação fica registada no boletim de saúde da grávida (BSG). Procede-se ainda à avaliação dos sinais vitais, peso e estado geral da grávida, momento transversal a todas as consultas. Nesta primeira consulta, também é dado ênfase à recomendação vacinal durante a gravidez e a educação para a saúde tem enfoque principalmente nos seguintes temas: hábitos alimentares e suplementação nutricional adequados à gravidez, importância da vigilância pré-natal, exercício físico, saúde oral, sexualidade, higiene/vestuário/calçado, segurança rodoviária, identificação dos sinais de alerta e gestão dos principais desconfortos característicos do 1º trimestre, promovendo estratégias de adaptação e melhoria dos mesmos.

A consulta do 2º trimestre, realizada entre as 14 e as 30 semanas de gestação, sustenta-se noutros temas de educação para saúde, após a avaliação inicial da grávida. É discutido o local onde o casal deseja que seja realizado o parto, bem como aconselhada a visita à Maternidade escolhida, podendo deixar a mesma agendada caso o casal opte pela maternidade do hospital onde realizam a vigilância da sua gravidez. É também falado sobre

os exercícios de *kegel*, administração da Imunoglobulina Anti-D (se aplicável). Fala-se sobre o enxoval do recém-nascido, sobre o programa de preparação para o nascimento e parentalidade e é dado a conhecer ao casal a existência das consultas de enfermagem de amamentação que podem ser realizadas tanto no período pré-natal como após o parto. Neste momento de contacto, é também atribuído um papel de destaque à temática da amamentação, abordando-se aspetos como as vantagens do aleitamento materno, medidas preventivas de fissuras mamilares, postura adequada durante a mamadas, bem como técnica correta, duração e intervalos entre as mamadas. Outro momento que é transversal às três consultas é a identificação dos sinais de alerta e gestão dos principais desconfortos característicos, neste caso, do 2º trimestre, promovendo estratégias de adaptação e bem-estar materno.

Por fim, na consulta do 3º trimestre, agendada entre as 30 e as 32 semanas de gravidez, procuramos identificar as maiores necessidades da grávida e sensibilizá-la para a preparação para o nascimento do seu bebé. Nesta consulta é abordada de forma simplificada a fisiologia do trabalho de parto, quais os sinais de alerta no 3º trimestre, bem como, quais os sinais de parto (contrações de preparação vs. contrações de trabalho de parto; como monitorizar as contrações e quando ir para a maternidade). Procuramos sempre promover o preenchimento do gráfico dos movimentos fetais a partir das 35 semanas (Cardiff), alertando para a importância desta monitorização, é referido o exame cardiotocográfico (CTG), a preparação da mala para levar para a maternidade bem como o regresso a casa. Por último, é também introduzido o tema da vigilância do recém-nascido e da puérpera.

O facto de a minha enfermeira cooperante me ter dado total autonomia para a condução desta tipologia de consultas, permitiu-me aprimorar competências comunicacionais e consolidar conhecimentos relevantes em cada trimestre da gravidez. Esta experiência reforçou a importância de uma abordagem de enfermagem autónoma, centrada na mulher/casal/família, sustentada na evidência científica atual, como instrumento não apenas de acompanhamento clínico, mas também de educação para a saúde, apoio emocional e prevenção de complicações e comportamentos de risco, destacando a ação do EEESMO na promoção do bem-estar materno e fetal.

Outra tipologia de consulta que é da responsabilidade do EEESMO é a consulta de CTG, prévia à consulta médica. A cardiotocografia (CTG) é um exame essencial na monitorização fetal durante a gravidez, especialmente em situações de risco aumentado, proporcionando informação objetiva sobre o bem-estar fetal. Trata-se de um método não

invasivo que regista a frequência cardíaca fetal (FCF) e a atividade uterina em simultâneo, permitindo detetar precocemente alterações que podem indicar sofrimento fetal (Alfirevic et al., 2017). A monitorização através do CTG está preconizada a partir do 3º trimestre de gravidez, nomeadamente a partir das 37 semanas em gravidezes de baixo-risco, mas esta calendarização depende da situação clínica atual de cada grávida e nível de risco. Em gravidezes de alto-risco com diagnósticos de hipertensão, diabetes gestacional, restrição de crescimento intrauterino (RCIU) e alterações do líquido amniótico, este exame torna-se bastante útil na vigilância pré-natal e monitorização do bem-estar materno-fetal (Cochrane, 2024).

Ao longo do decorrer deste E, consegui conduzir cerca de 27 consultas de CTG, em que inicialmente é feita uma avaliação do estado geral da grávida, o esclarecimento breve de dúvidas, a avaliação da tensão arterial e peso. Seguidamente, a grávida é acompanhada a um dos quatro cadeirões disponíveis na sala de CTG, é posicionada confortavelmente. São fixados os transdutores que possibilitam a captação da FCF e da atividade uterina durante aproximadamente 20 minutos. A monitorização destes parâmetros fica registada através de uma folha de traçado que é impresso em tempo real e entregue à grávida após o término do exame. Durante estes momentos de contacto, procurava realizar, de forma oportunista, intervenções educativas dirigidas ao 3º trimestre de gravidez, incentivando o casal a refletir sobre o seu processo de adaptação à esta fase final da gestação. Constatei que este período é frequentemente marcado por níveis elevados de ansiedade, receios e ambivalência emocional, quer motivados pelo desejo crescente de conhecer o bebé, quer pelo medo do parto e pelas incertezas associadas à reorganização familiar decorrente da chegada de um novo membro. Assim, procurava esclarecer dúvidas e receios específicos, reforçando simultaneamente a importância do estabelecimento precoce do vínculo pré-natal através de estratégias simples como, conversar com o bebé, ouvir música apreciada pelo casal ou estimular com contacto tátil a barriga. Paralelamente, explorava a preparação do ambiente domiciliário para a chegada do recém-nascido, abordando aspetos como a organização do enxoval, a preparação da mala da maternidade e a gestão das rotinas domésticas no pós-parto.

Ainda no que respeita ao exame cardiotocográfico, este E integrou o meu primeiro contacto direto com a sua realização e interpretação. Inicialmente, reconheço que experienciei algumas dificuldades na análise dos traçados e na compreensão da informação clínica decorrente dos mesmos. Perante esta dificuldade identificada, procurei consolidar os

meus conhecimentos teóricos, revendo a literatura disponibilizada no primeiro ano do curso e completando essa aprendizagem com o esclarecimento sistemático de dúvidas junto da minha enfermeira orientadora.

Em alguns destes exames que monitorizei, foi necessário a estimulação metabólica (através de rebuçados) ou tátil (através da estimulação do abdómen e reposicionamento da grávida) em traçados de CTG sugestivos de baixa variabilidade fetal. Durante o E, experienciei uma situação emergente, de uma grávida com um CTG patológico, relevador de uma taquicardia fetal mantida por mais de 30 minutos de exame, em que a mulher inicia um quadro de febre e mal-estar geral. Foi rapidamente encaminhada para o serviço de urgência obstétrica desta unidade hospitalar, após conhecimento e encaminhamento do seu médico assistente, e acabou por um parto emergente por cesariana por um estado fetal não tranquilizador (EFNT). Mais tarde, soube que o desfecho foi positivo para a díade.

Esta experiência levou-me a refletir profundamente sobre a relevância de mantermos a nossa cultura de conhecimentos teóricos e práticos atualizada, de forma a conseguirmos interpretar com rigor e objetividade os parâmetros e informações que, neste caso específico, um CTG nos fornece. Compreender e analisar criteriosamente estes dados, torna-se crucial para a identificação precoce de desvios do padrão normal esperado, permitindo uma intervenção rápida e adequada. A responsabilidade de um EEESMO na proteção do bem-estar materno-fetal espelha-se na sua capacidade de atuar de forma informada perante situações clínicas que fogem do normal, salientando como a atualização dos nossos conhecimentos e integração contínua da evidência científica mais atual na prática clínica, se revelam determinantes para a prevenção de complicações graves durante a gravidez, salvaguardando as vidas de quem acompanhamos.

É responsabilidade dos enfermeiros desta unidade realizar as visitas à maternidade, aconselhadas a partir das 30 semanas de gravidez, que acontecem às sextas-feiras pelas 18h e sábados pelas 14h, tendo tido a oportunidade de conduzir duas destas visitas. A evidência relata que a visita prévia à maternidade, onde está planeado o bebé nascer, é fundamental para a redução da ansiedade, aumentar a confiança do casal e facilitar a adaptação à gravidez e preparação para o nascimento. Esta visita permite a familiarização do casal com o espaço, inteirando-se do percurso que os espera desde a sua admissão no serviço até à alta hospitalar e com os profissionais de saúde, tendo um impacto positivo na experiência perinatal e na satisfação dos pais (*International Labour Organization, 2014*).

Durante este E, tive ainda oportunidade de dar apoio ao obstetra nos exames especiais, como no caso da amniocentese, mas também fazer o acompanhamento da grávida antes e após este procedimento.

A amniocentese é um exame invasivo de diagnóstico pré-natal, normalmente realizado após as 15 semanas de gravidez, que tem como objetivo recolher uma amostra de líquido amniótico, mediante uma punção transabdominal guiada ecograficamente, que permite a deteção de aneuploidias, doenças genéticas e/ou malformações fetais (National Center for Biotechnology Information [NCBI], 2023). Dado o seu carácter invasivo, a realização deste exame está indicada perante resultados alterados em rastreios pré-natais, suspeita de malformações fetais ou antecedentes familiares de doenças genéticas (Journal of Ethics, 2008).

O EEESMO é parte integrante neste processo, desempenhando uma ação crucial em todas as etapas do procedimento. É da nossa responsabilidade preparar a grávida, colaborar com a equipa médica na monitorização materno-fetal e na manutenção da segurança e conforto da grávida, bem como, após o exame, assegurar a vigilância de complicações, orientar sobre os sinais de alerta, esclarecer dúvidas e promover um acompanhamento adequado da grávida (Nursing Science, 2024). Assim, revemos a nossa prática não só como educadores, mas como elo de comunicação entre a mulher/casal e a equipa médica, contribuindo para uma prática de cuidados humanizada, segura e atualizada (Number Analytics, 2024).

### **3.2.2 - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica em Ginecologia**

Nas duas semanas de E que dediquei à área da ginecologia, tive a minha atuação mais centrada na sala de tratamentos. Nesta tipologia de consultas, em que conduzi cerca de 30, efetuei o acompanhamento vacinal da mulher (vacina contra o tétano e HPV), o tratamento à ferida cirúrgica na utente submetida a cirurgia ginecológica e também o apoio ao obstetra na colocação de contraceptivos de longa duração (DIU/SIU e implante). Por se tratar de um hospital privado, a colocação dos contraceptivos é realizada pelo médico assistente da mulher, mas toda a vertente educacional é assegurada pelos enfermeiros que dão esse apoio. Nesse sentido, este E foi muito rico na educação para a saúde sexual e reprodutiva da mulher/casal, consolidando toda a prática que tinha tido no estágio anterior.

Para além desta experiência, tive também a oportunidade de assistir a uma histerossalpingografia, realizada a uma mulher diagnosticada com infertilidade primária. Este é um exame radiológico de diagnóstico, indicado tipicamente em situações de infertilidade, abortos sucessivos ou perdas gestacionais recorrentes. Assim, a histerossalpingografia tem como objetivo avaliar a morfologia uterina, a permeabilidade tubária e eventuais anomalias, associadas muitas vezes à infertilidade (Addison & Lucidi, 2024; Van Leeuwen & Bladh, 2025).

Faço um balanço muito positivo deste E, mesmo que não tenha tido muito contacto com gravidezes de risco acrescido ou patológicas. O facto da minha enfermeira orientadora me ter dado total autonomia para conduzir consultas tanto do foro obstétrico como ginecológico, favoreceu o fortalecimento das minhas competências comunicacionais, de educação para a saúde e de tomada de decisão clínica autónoma, essenciais para o exercício especializado em enfermagem obstétrica.

A sustentabilidade do referencial teórico que escolhi para a redação deste relatório e onde sustentei a fundamentação do meu trabalho, vê-se refletida quando enfatizamos a capacitação da mulher como agente ativo de mudança, manutenção e melhoria da sua saúde. Segundo o Modelo de Promoção da Saúde, Pender (2011) teoriza que o comportamento promotor de saúde advém da interação estrita entre as características individuais, fatores cognitivos e experiências anteriores, sendo esta interação influenciada pela motivação, perceção dos benefícios e pelo apoio interpessoal. Neste sentido, o EEESMO também vê sustentada a sua prática neste referencial no contexto de consultas, uma vez que a nossa prática está muito centrada na educação para a saúde, na promoção do autocuidado e autoeficácia, na prevenção de complicações e na tomada de decisão informada e esclarecida, defendendo comportamentos que promovam a saúde da mulher antes, durante e após a gravidez, bem como, ao longo do seu ciclo de vida reprodutiva.

### 3.3 - ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA NO PUERPÉRIO

O E de EEESMO no puerpério decorreu na Unidade Funcional de Obstetria e Neonatologia de um hospital privado em Lisboa. Teve o seu início a 4 de fevereiro de 2025 e término a dia 24 do mesmo mês, com uma duração de 150 horas.

Esta unidade está dividida fisicamente em dois pisos de internamento: no primeiro piso, encontramos a urgência de ginecologia e obstetria, o internamento de grávidas

composto por 11 quartos, em que um deles está alocado à realização de CTG no contexto de urgência; uma sala de recobro com a capacidade para receber cinco puérperas no puerpério imediato, uma sala de recobro cirúrgico para a admissão dos casais que têm agendadas cesarianas eletivas, três blocos de partos e a Unidade de Cuidados Especiais ao Recém-Nascido (UCERN). No piso imediatamente acima, encontra-se o serviço de internamento de puérperas onde decorreu o meu E. Este piso está dividido em duas alas, A e B, com 14 e 15 quartos privativos, respetivamente. Na ala A, existe uma sala para apoio a cuidados mais específicos aos recém-nascidos (RN). Em ambos os pisos, existe uma sala de enfermagem onde decorrem as passagens de turno e preparação de terapêutica. O gabinete da chefia de enfermagem encontra-se no primeiro piso.

A equipa multidisciplinar é composta por 36 EEESMOS, 3 Enfermeiros Especialistas em Saúde Pediátrica e Infantil que exercem funções maioritariamente na UCERN, 68 enfermeiros generalistas e 34 assistentes auxiliares médicos. A equipa de enfermeiros generalistas dá resposta não só à UCERN, bem como ao bloco de partos, recobro e puerpério.

O serviço encontra-se estruturado por turnos rotativos com a duração de 12 horas. Cada turno tem o seu início com a passagem de ocorrências, seguida da atribuição dos quartos por enfermeiro, em conformidade com a política institucional da distribuição de trabalho por enfermeiro responsável. Após esta distribuição, sucedia-se a preparação da terapêutica e o início do contacto com os casais, assegurando o acompanhamento individualizado e o planeamento das intervenções de enfermagem.

Numa fase inicial, procurei familiarizar-me com os protocolos e instruções de trabalho vigentes na Unidade Funcional e, ao longo das semanas, privilegiei a formulação de questões informais à minha orientadora, garantindo o cumprimento da prática regulamentada no serviço.

Ao longo destas semanas de E, tive a possibilidade de acompanhar a adaptação e transição para a parentalidade de cerca de 104 puérperas e recém-nascidos de baixo risco, tanto ao nível do internamento do puerpério, mas também no período de recobro, que engloba as duas primeiras horas após o parto.

Durante o E acompanhei os primeiros 2/3 dias de pós-parto, mas o puerpério é definido na literatura como o período que se inicia imediatamente após a dequitação e que se prolonga até que o organismo materno retorne, progressivamente, às suas condições físicas, anatómicas, emocionais e psicológicas pré-gravídicas. Esta fase tem a duração,

geralmente, entre seis e oito semanas, embora a recuperação completa da mulher possa variar consoante as suas características individuais, tipo de parto e capacidade adaptabilidade de cada puérpera (Lowdermilk & Perry, 2008).

De acordo com o dia de internamento, o planeamento das intervenções de enfermagem está organizado da seguinte forma: triagem (1º dia de vida do RN); banho (dia seguinte ao nascimento, no caso dos bebés que nascem após as 22h e alta) e o dia em que é proposta a alta da tríade para o domicílio. No dia da triagem, está preconizada a vacinação do RN com a vacina contra a hepatite B (vacina VHB), o rastreio das cardiopatias congénitas e a educação para a saúde sobre o banho ao RN. No que concerne aos cuidados de higiene do recém-nascido, o serviço de internamento pauta-se pelas recomendações mais recentes da Organização Mundial de Saúde (OMS), privilegiando que o primeiro banho ocorra após as primeiras 24 horas de vida do recém-nascido; quando tal não é viável, procura-se assegurar que o mesmo seja realizado, no mínimo, após as primeiras 6 horas de vida. Verificou-se, contudo, que a maioria dos casais a quem prestei cuidados já demonstrava conhecimento prévio sobre estas orientações, manifestando preferência em realizar o primeiro banho do bebé no domicílio. Independentemente das preferências parentais, os cuidados relativos à higiene ocular e ao coto umbilical eram sempre assegurados pelo enfermeiro responsável.

No dia em que é proposta a alta para o domicílio, o enfermeiro responsável entrega aos pais uma “*check-list* de avaliação dos conhecimentos do puerpério” cujo preenchimento é solicitado após a consulta do guia prático: “Vamos para casa e agora?”, elaborado pela equipa de enfermagem e disponibilizado no momento do acolhimento no quarto. Esta *check-list* contempla um conjunto abrangente de temáticas suscetíveis de dúvidas no período do pós-parto, constituindo o seu esclarecimento, um momento privilegiado de educação para a saúde. Entre os conteúdos abordados, incluem-se a amamentação, os cuidados ao RN, a recuperação física materna, a sexualidade, a prática de exercício físico, as alterações emocionais, a segurança e transporte do RN, entre outros.

Transversalmente a cada dia de prestação de cuidados, a avaliação hemodinâmica (sinais vitais) e obstétrica da puérpera (mamas, mamilos, altura do fundo uterino, sutura cirúrgica/perineorrafia, lóquios) é sempre assegurada pelo enfermeiro responsável.

Este período do ciclo reprodutivo da mulher, exige uma profunda reorganização biopsicossocial para a mulher, recém-nascido, casal e família nuclear, exigindo intervenções

de enfermagem especializadas, sensíveis às necessidades emergentes e frequentemente não verbalizadas pela puérpera e/ou casal (Leite et al., 2022).

Durante este E, foi-me possível observar e testemunhar de forma privilegiada esta realidade complexa, tendo-me sido possível identificar desafios comuns, lacunas na preparação das famílias para a chegada de um novo elemento e áreas prioritárias de intervenção de enfermagem.

De acordo com o regulamento nº391/2019 (2019, p. 13563), o EEESMO “cuida da mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal, no sentido de potenciar a saúde da puérpera e do recém-nascido, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade”. Uma transição nunca é um processo linear, revelando-se numa mudança identitária profunda, que exige tanto à mulher como ao casal, um reajuste dos seus papéis, rotinas e expectativas (Yeşilfidan & Adana, 2025).

No contexto hospitalar, o EEESMO acaba por ter uma função preponderante na facilitação desta transição, promovendo não só a aquisição de competências parentais, mas também reforça a autoconfiança do casal e a criação de uma relação terapêutica que permita a expressão emocional da puérpera e do casal. Todavia, torna-se evidente que a chegada de um novo membro à família é um fenómeno que desencadeia simultaneamente sentimentos de vulnerabilidade, alegria, medo, exaustão, realização pessoal e insegurança, sentimentos que, muitas vezes, coexistem num curto espaço de tempo. Esta gestão emocional também pode ser facilitada através de intervenções de enfermagem, de forma a conseguirmos reconhecer esta ambiguidade de sentimentos e que consigamos intervir de forma holística, individualizada e humanizada entre cada tríade.

Procurei, sistematicamente, em cada família a quem prestei cuidados, realizar um reconhecimento precoce da gestão emocional de cada casal, privilegiando, em grande medida, a análise da comunicação não verbal, como a presença de olhos avermelhados, frequentemente indicativos de choro recente, o afastamento físico entre o casal no ambiente do quarto e a ausência de apoio mútuo na prestação de cuidados ao recém-nascido. Adicionalmente, considerei a verbalização de medos e receios partilhados espontaneamente durante a prestação de cuidados, como elementos centrais na avaliação do estado emocional e das necessidades específicas de cada tríade.

Um dos fenómenos mais marcantes que observei durante este E, e que já tinha presente no exercício da minha profissão, é a “descentralização” da puérpera após o

nascimento do bebê. Quando um recém-nascido nasce, torna-se o foco de atenção do casal, da família e da própria sociedade, negligenciando profundamente o elemento que mais precisa de atenção: a puérpera. A puérpera, além de assumir o novo papel de mãe, continua a ser mulher, esposa, filha, irmã e amiga. No entanto, essa multiplicidade de papéis tende a ser ofuscada com o nascimento do bebê, e a mulher acaba muitas vezes por mergulhar num esquecimento inconsciente das pessoas que a rodeiam.

No sentido de reverter esta situação, fiz muitas vezes um exercício com os casais em que lhes perguntava: *“se vocês os três são parte integrante de uma pirâmide, quem é que está na base?”*, e a resposta foi sempre a mesma: *“o bebê!”*. E aqui tinha uma janela de oportunidade para mudar completamente a perspectiva do casal, deixando sempre reforçada a ideia de que quem está na base de tudo é a puérpera e que o seu autocuidado, autoeficácia, empoderamento e bem-estar estão em primeiro lugar, sempre. Uma mulher focada em si é tudo o que um recém-nascido precisa para ter as suas necessidades fisiológicas asseguradas em pleno.

Quando este exercício não é feito ou não é detetado este desequilíbrio dentro das famílias, esta desvalorização das necessidades individuais da mulher pode agravar sentimentos de inutilidade, invisibilidade, solidão e inadequação de papéis, sobretudo durante o puerpério, período em que a mulher enfrenta alterações hormonais intensas, adaptações anatomofisiológicas profundas, bem como, desafios na adaptação à amamentação e cuidados ao bebê (Albanese et al., 2021).

O EEESMO encontra-se, sem dúvida, numa posição estratégica para intervir na revalorização da mulher e na promoção do seu autocuidado. Por exemplo, em diversas ocasiões, identifiquei a necessidade de orientar a puérpera a dedicar um momento para o seu cuidado pessoal, como tomar um banho, colocar maquilhagem (quando era do seu interesse) ou solicitar uma refeição da sua preferência (muitas vezes desaconselhada durante a gravidez), com o objetivo de fortalecer o empoderamento e bem-estar materno.

Apesar dos progressos e investimento nos programas de preparação para o parto e nascimento, observo que o enfoque destes programas permanece amplamente focado no trabalho de parto, parto e cuidados ao recém-nascido. Sinto, que o puerpério e a sua complexidade física e emocional, continua muito sub-representado na grande maioria dos cursos realizados no nosso país. É do meu conhecimento que, muitos destes programas têm

uma componente mais prática pós-nascimento do bebê, em que incluem uma visita duma EEESMO ao domicílio para um acompanhamento mais próximo da, agora, tríade.

Todavia, ao longo das semanas de E, várias puérperas manifestaram, para sua própria surpresa, frustrações relativas às dificuldades sentidas após o parto. Uma das expressões que mais ouvi foi: *“Oh enfermeira, ninguém nos prepara para isto!”*, o que imediatamente suscitou em mim a reflexão: *“Mas porquê? O que é que está a falhar?”*. É importante salientar que, a preparação do pós-parto é igualmente subjetiva à adaptação da gravidez e preparação para o parto. Cada mulher é única e cada experiência de gravidez e pós-parto é singular e irrepetível. Com o nascimento de um recém-nascido, é impossível prever o seu temperamento ou a forma como este se adaptará à vida extrauterina; contudo, acredito que existem diversos aspetos que poderiam e deveriam ser preparados antes do nascimento, de modo a apoiar de uma forma mais eficaz a transição para o puerpério.

A ausência de uma preparação prévia pode aumentar os sentimentos de ansiedade vividos pelo casal e reduzir a perceção de autoeficácia, podendo instigar crenças de “falha” materna. Assim, torna-se imperativo que as estratégias educativas passem a integrar conteúdos robustos sobre a preparação e a delineamento de um plano pós-parto, incluindo a saúde mental perinatal, a dinâmica conjugal, a gestão dos animais domésticos durante o internamento hospitalar, a gestão das visitas, a reorganização familiar, entre outros (Sendas & Freitas, 2025).

A presença de visitas, tanto na maternidade como no domicílio, constitui um aspeto frequentemente negligenciado, mas que pode impactar significativamente a adaptação pós-natal da tríade. Observei durante o E que, visitas excessivas, prolongadas ou pouco sensíveis às necessidades individuais da família, interferem com o descanso dos pais, principalmente com o descanso materno, dificultam a amamentação e aumentam a exposição a comentários e opiniões não solicitadas.

Esta interferência, mesmo que inconsciente, de quem visita o casal e deseja conhecer o recém-nascido, pode ser especialmente prejudicial em momentos de maior vulnerabilidade emocional, contribuindo para aumentar os níveis de ansiedade e insegurança do casal. Neste sentido, senti por vezes a necessidade de apelar ao bom senso das visitas, com o objetivo de sensibilizar a família alargada para a importância de respeitar os ritmos de adaptação de cada casal, bem como de priorizar um ambiente tranquilo, terapêutico e de descanso. Aproveitava estes momentos de contacto com as famílias para, de forma oportunista, orientá-las a,

durante as visitas no domicílio, previamente agendadas com o casal, trazerem refeições feitas ou efetuarem tarefas domésticas, contribuindo assim para uma redistribuição de responsabilidades e aliviando a carga do casal numa fase de adaptação e reorganização das suas rotinas a três.

Atualmente, a puérpera encontra-se exposta a múltiplas expectativas sociais e familiares relativamente ao seu desempenho materno, amamentação, recuperação física e estabilidade emocional. Esta pressão é significativamente ampliada pelos meios digitais, sobretudo por influenciadoras nas redes sociais, que frequentemente espelham nas suas plataformas, uma visão romantizada e irrealista do pós-parto. Ora porque se expõem a amamentar ou a cuidar do bebé e a gerir na perfeição a sua vida pessoal, situações que podem favorecer comparações injustas e desadequadas e levar a sentimentos de culpa e insuficiência materna (Ramos Hernández et al., 2025).

Reflito sobre este aspeto porque testemunhei a verbalização de sentimentos como: *“A X acabou de ter bebé e saiu sem barriga da maternidade”* ou *“A Y fez um relato do seu pós-parto no Instagram® e não foi nada como o meu está a ser, não fui feita para ser mãe (...)”*. Durante o meu E, tornou-se evidente que muitas mulheres interiorizam estas falsas expectativas, experienciando sentimentos de frustração e culpa quando a sua vivência do pós-parto diverge da narrativa que idealizaram. Nestas situações específicas, tentei sempre normalizar e validar junto dos casais as suas dificuldades, receios e inquietações, promovendo simultaneamente o seu empoderamento e o reconhecimento da singularidade de cada história e experiência no período do pós-parto.

Resumidamente, as intervenções do EEESMO no pós-parto reflete-se em vários polos, seja no reforço da preparação do pós-parto, na revalorização da mulher enquanto sujeito integral, na orientação da família alargada ou no combate às narrativas irrealistas idealizadas. Apenas através de uma abordagem holística, humanizada e multidimensional será possível garantir uma parentalidade mais segura, confiante e emocionalmente estável.

Neste contexto, torna-se pertinente enquadrar a prática desenvolvida nestas seis semanas de E, à luz do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender. Este modelo defende que os comportamentos de saúde são influenciados por características pessoais, experiências prévias e perceções individuais sobre benefícios, barreiras e de autoeficácia (Pender, Murdaugh & Parsons, 2011). Tendo como foco o período do pós-parto e as suas particularidades, as orientações deste modelo revelam-se particularmente pertinentes, uma

vez que a mulher se encontra num período de vulnerabilidade acrescida e intensa transição, em que a tomada de decisão informada, o reforço da autoconfiança e o estabelecimento e gestão de rotinas saudáveis, são essenciais para o bem-estar da tríade. Assim, centrei a minha prática de cuidados na mulher enquanto agente ativo do seu próprio processo de saúde, promovendo o autocuidado e empoderamento materno.

Considerando que o presente E ocorreu num serviço de internamento de um hospital privado, onde a vigilância pré-natal é, habitualmente, realizado com maior assiduidade, identifico como limitação o facto de todas as puérperas e recém-nascidos a quem prestei cuidados serem considerados de baixo risco.

Confesso que este E foi aquele em que me senti mais confiante e segura na prestação de cuidados, considerando que exerço funções há cerca de seis anos num serviço de puerpério sendo uma das minhas áreas de interesse pessoal. Não obstante, esta experiência de E permitiu-me refletir que, independentemente da perícia acumulada ou do conhecimento prévio que um enfermeiro possua, a formação em enfermagem deve manter-se presente de forma contínua e permanentemente atualizada, uma vez que a prática clínica exige um processo de aprendizagem constante, transversal a qualquer contexto de cuidados ou área de especialização.

#### 3.4 - ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA NA SALA DE PARTOS

O E em sala de partos decorreu num Hospital nível III da região de Lisboa e Vale do Tejo, sob a orientação de uma EEESMO. Teve início no dia 7 de abril de 2025 e terminou a 6 de agosto de 2025, tendo sido totalizadas 456 horas de prática clínica.

A equipa de enfermagem deste serviço é constituída por 47 EEESMO e 10 enfermeiros generalistas, distribuídos por cinco equipas. Na coordenação, acresce um EEESMO responsável pela gestão do serviço, aliado a outra EEESMO que é sua adjunta. O serviço está organizado em turnos da manhã, tarde e noite. Neste serviço estão englobadas várias valências onde os enfermeiros são distribuídos diariamente de acordo com planeamento prévio mensal: Sala de Partos, Serviço de Urgência de Ginecologia e Obstetrícia (SUGO) e Unidade Polivalente de Ginecologia e Obstetrícia (UPGO).

No que concerne à estrutura física e organização funcional desta unidade, estão à disposição 10 salas de partos individuais, uma sala que foi requalificada e transformada no espaço *Snoezelen*, zona que procura promover o relaxamento sensorial da parturiente e a

aplicação de técnicas não farmacológicas de alívio da dor e de conforto durante o trabalho de parto; possui ainda uma sala intitulada de *BabyTerm*, que dá resposta imediata na necessidade de reanimação do recém-nascido e tem ainda enquadrada uma unidade composta por três camas, que dá resposta a situações clínicas mais complexas e que exigem uma monitorização acrescida. Estruturalmente, existe também um gabinete que dá apoio à chefia do serviço e um espaço amplo de monitorização de CTG e informatização de registos de enfermagem. Tangente à sala de partos, encontramos o SUGO que é composto por uma sala de triagem, uma sala de observação, três gabinetes médicos e uma sala que permite a monitorização por CTG.

Inicialmente, procurei inteirar-me dos protocolos e normas do serviço, e ao longo das semanas privilegiei sempre a colocação de questões informais à minha orientadora, de forma a cumprir sempre com a prática regulamentada no serviço.

Este foi, sem dúvida, o E que mais aguardei, quer pela sua complexidade e exigência, quer pela oportunidade única de acompanhar o nascimento de várias famílias, através da vigilância e acompanhamento do trabalho de parto e assistência ao parto. A sala de partos onde privilegiadamente realizei o meu E é um serviço de referência a nível nacional e eu já tinha consciência de que iria exigir uma preparação, antecipação e atualização constantes dos conhecimentos teóricos previamente apreendidos durante o primeiro ano do curso, bem como de todas as competências específicas adquiridas e aprimoradas nos estágios anteriores. Ao longo das semanas de E, e sempre sob a orientação da EEESMO que me foi atribuída, fui desenvolvendo e aperfeiçoando técnicas ao nível do diagnóstico, do planeamento, da implementação e da avaliação dos cuidados, que me permitiram melhorar competências fundamentais na prestação de cuidados especializados à parturiente e família durante os vários estádios do trabalho de parto.

No âmbito das competências específicas inerentes à prática clínica de um EEESMO, procurei sistematicamente estabelecer uma relação de confiança com a parturiente e com o casal, de forma a delinear um plano de parto que assegurasse intervenções de qualidade e que fosse ao encontro das expectativas expressas. Procurei que o ambiente em que os cuidados foram prestados promovesse sentimentos de segurança, garantindo sempre a privacidade da díade, permitindo assim discutir e planear a condução do trabalho de parto com cada mulher. Para tal, esclarecia sobre as diferentes posições de parto a adotar em cada fase e sobre estratégias não farmacológicas de alívio da dor, nomeadamente exercícios na

bola suíça, musicoterapia, aromaterapia e cromoterapia, práticas possíveis de serem realizadas tanto na unidade privada de cada casal, como no espaço *Snoezelen*. Este espaço alternativo apresentava, ainda, como vantagem a possibilidade de realizar um duche quente e a execução de exercícios de uma forma mais livre. Estas medidas de alívio do 5º sinal vital foram, na maioria das situações, bem acolhidas, tanto por parturientes que não pretendiam recorrer à analgesia de trabalho de parto, como por aquelas que desejavam adiar a sua utilização o máximo tempo possível.

Outra competência que considero ter aprimorado significativamente durante este estágio foi a capacidade de interpretar o traçado cardiotocográfico durante o trabalho de parto. Tive a oportunidade de observar diversos desvios à normalidade, como taquicardia fetal e taquissistolias, que exigiram um diagnóstico precoce e intervenções céleres para salvaguardar o bem-estar materno e fetal. Neste contexto, o E revelou-se particularmente enriquecedor para o desenvolvimento de uma tomada de decisão rápida, segura e sempre sustentada na prática baseada na evidência.

Ao longo das semanas de E, a maioria das famílias que acompanhei foram de gravidezes consideradas de baixo-risco, contudo também tive a oportunidade de acompanhar algumas parturientes com patologia materna. As patologias que me foram mais frequentes monitorizar durante o trabalho de parto, parto e puerpério imediato, foram a hipertensão induzida pela gravidez e pré-eclampsia sem critérios de gravidade, bem como a diabetes gestacional controlada com dieta. No caso da patologia do foro cardíaco, para além do controlo analítico prescrito pela equipa de obstetras, competia-me a vigilância rigorosa da sintomatologia associada à hipertensão (edemas, cefaleias, escotomas e epigastralgias), bem como colocar na cardiotocografia o aparelho de multi-parâmetros que permitia a avaliação da tensão arterial de 30 em 30 minutos e o seu registo no traçado cardiotocográfico. No puerpério imediato, mantinha-se a vigilância da sintomatologia e da tensão arterial da puérpera.

No contexto da diabetes gestacional, procedia-se à monitorização sistemática da glicémia capilar da parturiente, assegurando a vigilância adequada dos sinais de hipo e/ou hiperglicemia durante o trabalho de parto. Paralelamente, era instituída soroterapia com soro glicosado a 125ml/h, em conformidade com o protocolo vigente no serviço. No período do pós-parto, o RN era submetido ao protocolo institucional de avaliação da glicémia capilar à 2ª, 4ª e 6ª horas de vida. Contudo, apenas a determinação da glicémia às 2 horas de vida era

realizada na sala de partos, uma vez que, após a estabilização clínica da díade e a conclusão do período do puerpério imediato, ocorria a sua transferência para o internamento de puérperas, onde eram asseguradas as avaliações subsequentes.

Ora, uma das dificuldades que experienciei no início da assistência aos nascimentos relacionou-se com a gestão das minhas próprias emoções, que por vezes interferiram com a aplicação prática dos conhecimentos que assimilei na preparação teórica para este E. Percebi que, de forma inconsciente, podia momentaneamente deixar de reconhecer que a mulher era o centro dos cuidados, e que ela própria procurava encontrar estratégias para viver e gerir aquele momento tão intenso. Reconheci, contudo, que a minha prioridade era estar totalmente disponível para a parturiente, uma vez que esta me estava a confiar um acontecimento profundamente significativo: o nascimento do seu filho. Esta dificuldade foi várias vezes partilhada com a minha enfermeira orientadora, e juntas desenvolvemos estratégias para garantir que a minha gestão emocional não compromettesse a prestação de cuidados, que tinha de ser imperativamente assegurada com rigor e profissionalismo. A estratégia que considero ter contribuído mais para a minha curva de aprendizagem consistiu na expressão, em contexto privado junto da minha enfermeira orientadora, das minhas emoções, dos aspetos fortes e dos aspetos a melhorar após a assistência de cada parto, numa lógica de reflexão crítica e de aperfeiçoamento da prática futura. Ao longo das semanas de E, percebi que esta dificuldade foi gradualmente diminuindo, à medida que fui desenvolvendo maior autoconfiança e capacidade de autorregulação emocional.

Outra dificuldade que enfrentei, e deixo aqui refletida, foi na interpretação da cervicometria e na identificação da variedade fetal na apresentação cefálica. Ambas fundamentais para uma avaliação rigorosa da progressão do trabalho de parto. A cervicometria, enquanto medida do apagamento e dilatação do colo uterino, é uma avaliação que requer técnica e experiência, e ao longo das semanas fui sentindo um decréscimo nesta dificuldade. Todavia, nas primeiras vezes que executei a técnica, senti-me profundamente marcada por uma intensa mistura de sentimentos, entre a ansiedade e a responsabilidade. Cada toque vaginal representava, para mim, um momento de grande exigência técnica e emocional: ora era-me difícil identificar as estruturas que estava a sentir, ora temia causar dor ou desconforto à parturiente, prolongar desnecessariamente o procedimento ou não conseguir avaliar com precisão a dilatação cervical. Acrescia a este receio o facto de, no início do meu percurso, a minha enfermeira orientadora necessitar de repetir a técnica para confirmar a minha avaliação, o que reforçava a consciência da minha inexperiência e a

vontade de evoluir e melhorar. Apesar de me apresentar sempre às parturientes, explicando o meu papel enquanto aluna da especialidade e solicitando o seu consentimento verbal, não deixava de reconhecer que se tratava de um procedimento potencialmente desconfortável. A ideia de poder provocar qualquer desconforto físico ou emocional era, para mim, difícil de gerir, tornando cada toque um exercício de equilíbrio entre a aprendizagem da técnica e o profundo respeito pela vulnerabilidade da mulher naquele momento.

Já a determinação da variedade fetal, nomeadamente a identificação dos pontos de referência no polo fetal (fontanelas e suturas), revelou-se inicialmente muito desafiante, sobretudo na distinção entre as diferentes orientações e rotações da cabeça fetal durante o encravamento na pélvis materna, e subsequente progressão no canal de parto. Através da prática supervisionada, e o *feedback* constante da minha enfermeira orientadora, fui adquirindo maior segurança e consistência na realização destas avaliações, de modo a garantir uma vigilância adequada do trabalho de parto.

Para além da assistência direta dos partos, durante as semanas de E tive também a oportunidade de dar apoio à equipa de anestesiologia na realização da analgesia de trabalho de parto, técnica loco-regional, auxiliando na preparação do material, posicionamento da grávida e vigilância materna e fetal durante o procedimento. Acrescento que me foi possível ainda realizar a colocação de duas monitorizações fetais internas por dificuldade na auscultação da FCF, tendo havido a necessidade de realizar a amniotomia em ambas as situações, e ainda executei outra rotura artificial da bolsa de águas por um trabalho de parto estacionário.

Durante as 456h de E, assisti 42 partos eutócicos e participei em 13 partos distócicos (9 partos por ventosa, 2 partos por fórceps e 2 partos por cesariana). Durante a minha assistência aos nascimentos, houve apenas a necessidade de realizar 2 episiotomias, uma por uma distócia de ombros e outra por uma suspeita de sofrimento fetal e esforços expulsivos maternos ineficazes. No que diz respeito às perineorrafias, 6 dos partos que assisti resultaram em períneos íntegros e realizei cerca de 36 técnicas de sutura perineal, pontos simples e/ou invertidos, sutura contínua, sutura intradérmica e tive a oportunidade de experimentar os pontos *Donatti* com outra EEESMO que estava a supervisionar o parto e que tinha muita experiência neste tipo de sutura. Especificando as suturas perineais realizadas, enumero a necessidade de ter suturado: 23 lacerações de grau I, 10 lacerações de grau II e 1 laceração de grau IIIa em que foi necessário o apoio de uma obstetra para suturar a mucosa retal.

Acrescento ainda as 2 episiorrafias que foram suturadas pela necessidade de recorrer à técnica de episiotomia.

A técnica de sutura perineal revelou-se, sem dúvida, uma das competências mais exigentes do meu percurso formativo, requerendo tempo, prática e maturação técnica, para ser adquirida de forma segura. Reconheço que foi uma das áreas em que mais senti dificuldade e na qual a minha confiança se construiu de forma gradual. A capacidade de distinguir com precisão a mucosa vaginal do tecido muscular, de decidir o que suturar e de que forma o fazer, bem como a responsabilidade de executar uma plastia que restabelecesse de maneira harmoniosa a integridade anatómica da genitália, constituíram-se como tarefas de elevada complexidade técnica. Estas decisões têm impacto direto na funcionalidade do períneo e podem influenciar profundamente a vivência futura da mulher na sua dimensão física, emocional, sexual e reprodutiva, sobretudo quando a técnica não é realizada de forma adequada. Assim, reconheço que esta competência se mantém como uma área prioritária de desenvolvimento profissional contínuo, comprometendo-me a aprimorá-la ao longo da minha prática enquanto futura EEESMO.

Durante os partos por mim assistidos, experienciei algumas situações consideradas emergências em Obstetrícia, como foi o caso de duas distócias mecânicas de ombros. Em ambas as situações, rapidamente identificadas pelo sinal de tartaruga, foi realizada a manobra de *McRoberts* e a pressão suprapúbica tendo sido o desfecho positivo para a diáde sem lesões ou danos consideráveis, tendo sido necessário recorrer à técnica da episiotomia em apenas um destes períodos expulsivos. Para além disto, em 12 dos partos que assisti, deparei-me com a presença de circulares cervicais, em que apenas numa situação foi necessário realizar o corte imediato do cordão umbilical. Este foi um parto que se revelou particularmente desafiante, uma vez que a parturiente, oriunda do Nepal e sem domínio da língua portuguesa ou inglesa, experienciou um período expulsivo precipitado após a técnica de analgesia epidural. À minha chegada ao quarto, a cabeça fetal já se encontrava exteriorizada. Procurei, de forma reiterada, solicitar à parturiente que interrompesse os esforços expulsivos para inspecionar eventuais circulares cervicais, contudo, a barreira linguística impossibilitou a sua compreensão, levando à continuidade dos puxos. O RN nasceu com duas circulares cervicais e impregnado em mecónio. Dada a situação, e com a ajuda da enfermeira orientadora, procedi à clampagem e corte imediato do cordão umbilical. O RN foi transferido para a sala de observação por necessidade imediata de manobras de reanimação neonatal, sustentada por um índice de APGAR de 3 ao primeiro minuto de vida.

Apesar da complexidade da situação, o desfecho revelou-se favorável para a díade. Este episódio marcou profundamente o meu percurso e deixou bem clara a natureza volátil e imprevisível dos cuidados prestados nesta área. Tendo em consideração a multiculturalidade da população atendida neste serviço e a barreira linguística frequentemente presente, torna-se pertinente a implementação de medidas que permitam minimizar os riscos inerentes a uma comunicação insuficiente. Como possível recomendação, poderia investir-se na elaboração de material visual ilustrativo, que representasse de forma clara os posicionamentos ou técnicas que se pretende que a parturiente execute, como por exemplo, posicionamento durante a técnica loco-regional, exercícios respiratórios e posicionamentos durante o período expulsivo ou em situações emergentes, como na distocia de ombros (posição de *Gaskin*).

Ainda no âmbito das situações que envolveram circulares cervicais, em 7 destes casos tive a oportunidade de recorrer à Manobra de *Somersault* para conseguir preservar a integridade do cordão umbilical e consequentes benefícios para o RN.

Fora estas situações emergentes e em que a nossa prática de cuidados tem de responder em pleno à emergência da situação, procurei sempre manter uma prática centrada na parturiente e no casal. Uma vez que este serviço tinha à disposição das parturientes a sala *Snoezelen*, este espaço revelou-se um recurso particularmente pertinente para a implementação de estratégias não farmacológicas de alívio da dor. A possibilidade de realizar um duche quente, assim como a existência de uma área mais ampla que facilitava a execução de exercícios de mobilidade pélvica e técnicas de relaxamento, associada à opção de ouvir música personalizada pela utente e à adaptação sensorial do ambiente através da aromaterapia, contribuía para a criação de um ambiente multissensorial diferenciador e distinto do quarto. Estas condições permitiam às parturientes desviar o foco do trabalho de parto e desconfortos inerentes, resultando frequentemente no adiamento da necessidade da analgesia loco-regional. Para além disto, durante o período expulsivo, validei constantemente com a mulher sobre o seu conforto na posição adotada, sugerindo alterações sempre que percebia que poderia favorecer a descida e o posicionamento correto da apresentação fetal (posição lateral, uso do banco de partos, posição sentada e em quatro apoios). Quando a cabeça fetal já se encontrava exteriorizada e os ombros desencravados, questionava os casais se queriam “*ir buscar o bebé*”, permitindo a ambos participar ativamente no parto do seu filho. Adicionalmente, no momento do corte do cordão umbilical, questionava o casal se queriam ser eles a fazê-lo, incentivando-os a associar o momento a um desejo para a vida do seu bebé. Outra prática que procurei sistematicamente privilegiar

foi o contacto pele a pele imediato entre a mãe e o recém-nascido após o parto. Sempre que a adaptação neonatal ao meio extrauterino o permitia, o bebé era colocado em contacto pele a pele contínuo com a mãe, sendo retirado apenas perante necessidade clínica imperiosa. Nesta posição fisiológica “barriga com barriga”, muitos recém-nascidos evidenciavam sinais precoces de prontidão alimentar e de procura ativa da mama, possibilitando o início da amamentação o mais precocemente possível.

No que concerne ao terceiro estágio do trabalho de parto, em 3 dos partos que assisti houve a necessidade de pedir apoio à equipa de obstetras, por membranas fragmentadas após a dequitação e inspeção da integridade da placenta. Em todas as situações foi realizado controlo ecográfico, tendo sido apenas necessária a remoção manual de restos placentares em uma destas situações.

No puerpério imediato, prestei cuidados a 39 puérperas e 39 recém-nascidos. Neste quarto estágio do TP, a vigilância da puérpera e do RN são a prioridade. Nos cuidados à puérpera, é fundamental que esta seja avaliada hemodinamicamente (sinais vitais) e obstetricamente (mamas, mamilos, involução uterina, perineorrafia e lóquios). Nos cuidados ao períneo, mencionava sempre os benefícios da crioterapia, como manter a higiene íntima e quais os cuidados a ter nas suturas perineais. Na vigilância obstétrica, e aquando da avaliação da altura do fundo uterino e percepção da presença de globo vesical, motivava sempre a eliminação vesical espontânea da puérpera, recorrendo ao esvaziamento vesical em caso de necessidade. Já os cuidados ao RN, torna-se fundamental avaliar a sua adaptação ao meio extrauterino pelo tónus, cor, respiração, frequência cardíaca e choro. A clampagem correta do coto umbilical também deve ser verificada, bem como as eliminações do RN e o início precoce da amamentação. Aqui, e sendo uma área em que detenho um gosto pessoal, procurei sempre que possível dar apoio no início do processo da amamentação a todas as díades em que assisti o parto, garantindo o posicionamento materno correto e educando sobre os sinais de uma pega correta do RN. O percurso expectável da tríade após o nascimento do bebé é ser transferida para o serviço de puerpério 2h após o parto e se ambos clinicamente bem.

Existe ainda um parto que considero incontornável eternizar nesta reflexão, dado o impacto emocional que teve na minha pessoa. Tratou-se de um parto de uma parturiente nepalesa, de 35 anos, que, impossibilitada de estar acompanhada pelo seu marido, ao serviço do exército nepalês, encontrava-se em Portugal apenas na companhia da sua melhor amiga

para vivenciar o nascimento do seu primeiro filho. No primeiro contacto, apercebi-me nela um estado ansioso exacerbado, formulava diversas questões, embora me parecesse que muitas delas surgiam mais como expressão do seu nervosismo do que como dúvidas genuínas. Após algumas horas de construção de uma relação de confiança, esta partilhou comigo um desejo muito particular: queria que o seu bebé nascesse depois da meia-noite para que pudesse ser do signo Leão. Considerei particularmente interessante o desejo que a parturiente manifestou para o seu filho. Explicou-me que no Nepal, a astrologia e a numerologia assumem um papel profundamente enraizado, constituindo-se como forças espirituais determinantes numa cultura que valoriza intensamente os mapas astrais e os significados atribuídos aos números. Para ela, era essencial que o RN nascesse no dia 23, partilhando comigo o simbolismo atribuído aos números 1, 2, 3 e 6, bem como a importância do signo Leão na cultura nepalesa. Ora, o pequeno E. nasceu à 1h36 do dia 23/06, sob o significado espiritual que esta mãe associava à numerologia e à ancestralidade do seu povo. Para tornar este momento ainda mais singular, após a dequitação foi necessário suturar o períneo e, durante o procedimento, a puérpera começou a entoar o *Gayatri Mantra* para o seu bebé e, para total espanto meu, a minha enfermeira orientadora juntou-se a ela e cantaram em uníssono. Este Mantra é um dos mais sagrados do Hinduísmo, recitado como uma invocação de sabedoria, proteção e iluminação espiritual. Este episódio, inesperado e profundamente simbólico, permanece até hoje como uma das memórias mais emocionantes e puras deste meu estágio na sala de partos.

Esta situação específica fez-me refletir, mais uma vez, sobre a elevada multiculturalidade presente nas parturientes na sala de partos onde decorreu o meu E, e como isto constituiu um desafio enriquecedor, exigindo uma práxis assente na competência cultural, na comunicação eficaz e no respeito profundo pelas particularidades de cada mulher e família. A minha prestação de cuidados foi frequentemente marcada pela necessidade de reconhecer valores, crenças, costumes e expectativas distintas relativamente ao parto, à dor, ao papel da mulher, aos rituais familiares e às decisões relacionadas com a maternidade. Este contexto específico fez-me adaptar a minha abordagem, promovendo uma comunicação clara, empática e livre de julgamentos, recorrendo sempre que necessário a estratégias facilitadoras, como a simplificação linguística e o uso de linguagem não verbal. Enquanto futura EEESMO, estas semanas de E permitiram-me compreender que a humanização do parto também implica, muitas vezes, a sua culturalização, isto é, a capacidade de integrar,

com sensibilidade e segurança, as dimensões socioculturais que moldam a vivência de cada mulher, garantindo cuidados individualizados, dignos e culturalmente sensíveis.

Durante os meses de E, ainda me foi possível passar pelo Serviço de Urgência de Ginecologia e Obstetrícia (SUGO). Neste serviço, consegui inteirar-me das rotinas do EEESMO que fica acoplado ao posto de admissão e triagem e experienciei uma situação que me ficará marcada eternamente na memória. Deu entrada uma mulher de 27 anos, grávida de 34 semanas, acompanhada pelo seu companheiro, em evidente estado de angústia. Apresentava como queixa uma dor abdominal súbita e intensa, palidez cutânea acentuada e dificuldade respiratória. Na triagem, estava hipotensa, taquicárdica e à auscultação da frequência cardíaca fetal, o feto apresentava uma bradicardia mantida. A grávida, em claro sofrimento, referia uma diminuição abrupta da percepção dos movimentos fetais e sentia que alguma coisa não estava bem com o seu bebé (sic). Foi transferida de imediato para a sala de emergência obstétrica e confirmou-se o diagnóstico de descolamento prematuro de placenta normalmente inserida (DPPNI). O ambiente tornou-se imediatamente tenso: foi acionada a equipa obstétrica, a equipa de suporte imediato de vida e a equipa do bloco operatório. Todas as intervenções de enfermagem foram rápidas e coordenadas: foram colocados dois acessos venosos periféricos, colhidas amostras de sangue para controlo analítico e tipagem, mantida a volémia através da soroterapia e no meio de toda esta situação, apercebi-me da magnitude clínica e emocional do momento.

Dado o carácter emergente desta situação e a minha presença recente no serviço, o meu foco foi não deixar aquela mulher sozinha. Ela agarrou a minha mão como se a vida dela dependesse disso, enquanto tentava, entre lágrimas, compreender o que se passava à sua volta. A equipa multidisciplinar transferiu de imediato a grávida para o bloco operatório para realizarem uma cesariana emergente. Sei que o desfecho foi positivo para ambos. Após o parto, a mulher foi transferida para a Unidade Polivalente de Ginecologia e Obstetrícia (UPGO) para ser transfundida e estabilizada hemodinamicamente e o RN ficou internado na Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais pela sua prematuridade.

Após este dia fiquei com uma sensação de suspensão em que a mente permanece presa à carga emocional do episódio. Apesar da formação contínua que devemos fomentar ao longo da nossa carreira e prática e dos protocolos que possam existir, foi-me impossível não refletir sobre a imprevisibilidade das situações a que estamos sujeitos a partir do

momento em que temos uma porta aberta e sobre o impacto emocional que este tipo de situações emergentes têm numa equipa de enfermagem.

Este episódio obrigou-me a pensar e a refletir criticamente sobre aspetos cruciais na nossa prática, como a prontidão clínica, a comunicação clara e assertiva em situações limite, a necessidade de se saber manter a calma perante cenários de elevada gravidade e exigência profissional e, sobretudo, sobre o nosso papel enquanto suporte físico e emocional para a mulher e/ou família em momentos de grande instabilidade e incerteza. Refleti que, para além de todas as competências técnicas que podemos e devemos aprimorar e desenvolver de forma contínua, a capacidade de apoiar emocionalmente estas situações é uma dimensão essencial no cuidar em saúde materna e obstétrica, e que este equilíbrio entre a ação célere e a presença humana é uma competência que se constrói e aprofunda ao longo da prática profissional.

Este último E permitiu-me integrar de forma prática os pressupostos do Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender, orientando a minha intervenção para a capacitação da parturiente e do casal durante o trabalho de parto. Sustentando-me neste modelo, procurei favorecer comportamentos que promovessem a saúde da grávida através da sua tomada de decisão esclarecida, da sua autonomia e da valorização das suas crenças individuais. A construção de uma relação terapêutica baseada na confiança, o incentivo à adoção de posições livres e confortáveis, o apoio constante e sugestão de medidas não farmacológicas de alívio da dor, constituíram-se como estratégias que procurei adotar na minha prática, corresponsabilizando a parturiente como agente ativo do seu próprio parto.

A síntese do registo das atividades desenvolvidas ao longo dos estágios encontra-se em anexo (Anexo III).



## CONCLUSÃO

A construção deste relatório de estágio permitiu-me aprofundar de forma significativa o tema central selecionado, a influência das redes sociais nos conhecimentos e atitudes dos adolescentes sobre Saúde Sexual e Reprodutiva, um fenómeno contemporâneo e altamente preponderante no que toca à promoção da saúde sexual dos jovens. Embora este tema não se tenha refletido diretamente na prática de cuidados e aquisição de competências ao longo do meu percurso académico refletido nos estágios, a sua exploração teórica, inicialmente com a realização da *Scoping Review* e, posteriormente com a realização do estudo primário proposto, possibilitou-me compreender, de forma mais ampla e sustentada, a necessidade de intervir precocemente na população mais jovem, educando-a para uma tomada de decisão mais informada e esclarecida, ao longo do seu ciclo de vida.

Paralelamente, a redação deste relatório permitiu-me transpor a minha prática de cuidados à luz do referencial teórico escolhido, o Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender, o qual se relevou estruturante tanto na análise do fenómeno em estudo como na forma como baseei a minha intervenção enquanto futura EEESMO. A conceptualização deste modelo, centrada na capacitação, autonomia e envolvimento ativo da pessoa nos seus comportamentos promotores de saúde, serviu como orientador, permitindo-me desenvolver uma prestação de cuidados mais consciente, fundamentada e promotora de decisões informadas, quer no contexto da SSR dos adolescentes, quer nos cuidados especializados à mulher ao longo do seu ciclo gravídico-puerperal.

O meu percurso traduziu-se, inevitavelmente, num processo de profundo crescimento pessoal e profissional. As oportunidades de reflexão crítica, a vivência prática dos diferentes contextos clínicos, o contacto com situações complexas e emocionalmente exigentes e o confronto com os vários desafios da área da saúde materna e obstétrica, contribuíram para o desenvolvimento de competências científicas, éticas, relacionais e clínicas.

A elaboração deste trabalho permitiu-me consolidar a importância da evidência científica na tomada de decisão clínica, aprimorar a capacidade de avaliação integral de cada

mulher e família, e evidenciar a ação inquestionável do EEESMO na promoção de cuidados de saúde seguros, humanizados e individualizados.

No decorrer do meu percurso investigativo e à medida que fui analisando alguns resultados referentes ao estudo primário desenvolvido, surgiu a oportunidade de promover momentos de partilha informal com os meus colegas de serviço e estágio, traduzidos em pequenas ações formativas não formais sobre os achados mais relevantes. Os resultados obtidos e a relevância crescente das redes sociais enquanto fonte de informação em saúde para os adolescentes, tornam evidente a necessidade de aprofundar este tema através de investigações futuras. Torna-se pertinente desenvolver estudos que explorem a eficácia das intervenções educativas mediadas por plataformas digitais, bem como a perceção dos profissionais de saúde acerca do papel das redes sociais na promoção da literacia em saúde sexual e reprodutiva.

Neste enquadramento, encontra-se delineado o meu regresso ao estabelecimento de ensino onde decorreu a colheita de dados, com o propósito de partilhar os resultados mais relevantes do estudo, constituindo este momento uma oportunidade privilegiada para o desenvolvimento de uma ação de sensibilização dirigida aos estudantes. Paralelamente, pretende-se refletir, identificar e estruturar intervenções, orientadas para a mitigação da desinformação em saúde, com a finalidade de reforçar a adoção de comportamentos promotores da SSR deste grupo-alvo. Numa perspetiva de médio-longo prazo, ambiciono a criação de um projeto inovador que valorize a educação sexual escolar robusta, crítica e ajustada às exigências da era digital, conferindo centralidade aos jovens, com potencial de expansão e possível implementação noutras escolas do concelho.

No decurso do presente ano letivo, surgiu igualmente a oportunidade de elaborar um poster (Apêndice VII), incidindo os principais resultados identificados relativamente à temática deste relatório de estágio, decorrentes da revisão narrativa da literatura previamente desenvolvida. Este poster foi apresentado no 4º Encontro de EEESMO da Unidade Local de Saúde Almada-Seixal, realizado no mês de maio de 2025.

Posto isto, este relatório de estágio não representa apenas a concretização de um requisito académico, mas, sobretudo, a síntese de um percurso formativo transformador.

Levo comigo aprendizagens sólidas, competências aperfeiçoadas e a consciência de que a prática em enfermagem de saúde materna e obstétrica exige uma atualização contínua, pensamento crítico e um compromisso constante com a promoção da saúde da mulher e família, em todas as suas dimensões e fases do ciclo sexual e reprodutivo.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Addison, S., & Lucidi, R. S. (2024). *Hysterosalpingogram: Background, indications and contraindications*. Medscape.

Albanese, A. M., Geller, P. A., Sikes, C. A., & Barkin, J. L. (2021). The Importance of Patient-Centered Research in the Promotion of Postpartum Mental Health. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 720106. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.720106>

Alfirevic, Z., Devane, D., Gyte, G. M., & Cuthbert, A. (2017). Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2), CD006066. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006066.pub3>

Almeida, P. D., Júnior, E. B. M., Araújo, T. M. E., Fronteira, I., & Galvão, M. T. G. (2022). Mídias e comportamento sexual de jovens: revisão escopo. *Enfermagem Brasil*, 812–824. <https://doi.org/10.33233/eb.v21i6.5292>

Bandeira, M. (2019). *Educação Sexual nas Escolas: Um Caminho para a Promoção da Saúde*. Lisboa: Edições Almedina.

Borges, A. L. V., Fujimori, E., Kuschnir, M. C. C., Chofakian, C. B. N., Moraes, A. J. P., Azevedo, G. D., Santos, K. F., & Vasconcellos, M. T. L. (2016). ERICA: início da vida sexual e contracepção em adolescentes brasileiros. *Revista de Saúde Pública*, 50(suppl 1), 15s.

Chaer, G., Diniz, R. R. P., & Ribeiro, E. A. (2024). A técnica do questionário na pesquisa educacional. *Revista Evidência*, 7.

Chandra-Mouli, V., Lane, C., & Wong, S. (2015). What Does Not Work in Adolescent Sexual and Reproductive Health. *Global Health: Science and Practice*, 3(3), 333–340. <https://doi.org/10.9745/GHSP-D-15-00126>

Cochrane. (2024). *Fetal monitoring in pregnancy*. Cochrane Library. <https://www.cochranelibrary.com>

Direção-Geral da Saúde. (2018). *Educação Sexual: Princípios e Diretrizes*. <https://www.dgs.pt/>

Dutra Sehnem, G., Trein Crespo, B. T., Mendes Lipinski, J., Cammarano Ribeiro, A., Antunes Wilhelm, L., & Arboit, J. (2019). Saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes. *Avances en Enfermería*, 37(3), 343–352.

Engel, E., Gell, S., Heiss, R., & Karsay, K. (2024). Social media influencers and adolescents' health. *Social Science & Medicine*, 340, 116387. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2023.116387>

Godinho, A., Florentino, D. M., Violante, F. F., Dias, H., & Coutinho, E. (2020). O enfermeiro promotor da saúde sexual e reprodutiva na adolescência. *Revista da UI\_IPSantarém*, 8(1), 358–370. <https://doi.org/10.25746/ruiips.v8.i1.19906>

Gyane, C. O., Gmayinaan, V. U., & Osei, E. (2025). Association between social media use and adolescents' sexual behaviours. *BMC Public Health*, 25(1), 537. <https://doi.org/10.1186/s12889-025-21585-y>

Hulley, S. B., Cummings, S. R., Browner, W. S., Grady, D. G., & Newman, T. B. (2013). *Designing clinical research* (4th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.

International Labour Organization. (2014). *Maternity: A guide for improving maternity care services* (2nd ed.). ILO.

Journal of Ethics. (2008). Amniocentesis: Indications and risks. <https://journalofethics.ama-assn.org/>

Leite, M. D. S., Feitosa, A. D. N. A., Costa, K. L. P., de Brito, L. M., da Nóbrega Gonçalves, A. J., Sampaio, R. L., & de Almeida Martins, J. M. L. (2022). Sentimentos maternos durante o puerpério. *Research, Society and Development*, 11(1).

Lorenzon, A. J. G., Seixas, L. C., Lange, N. S., Alves, N. O., Jaeger, F. P., & Carlesso, J. P. P. (2022). Impactos do uso excessivo de redes sociais na adolescência. *Disciplinarum Scientia | Saúde*, 22(3), 71–82.

Lowdermilk, D. L., & Perry, S. E. (2008). *Saúde da mulher e enfermagem obstétrica* (9ª ed.). Elsevier.

Ministério da Educação. (2015). *Orientações para a Educação Sexual nas Escolas*. <https://www.dge.mec.pt/>

Moraes, S. P. de, Brêtas, J. R. da S., & Vitalle, M. S. de S. (2018). Educação escolar, sexualidade e adolescência. *Journal of Health Sciences*, 20(3), 221–230.

Munn, Z., Peters, M.D.J., Stern, C. *et al.* Systematic review or scoping review? Guidance for authors when choosing between a systematic or scoping review approach. *BMC Med Res Methodol* 18, 143 (2018). <https://doi.org/10.1186/s12874-018-0611-x>

Nagata, J. M., et al. (2025). Prevalence and Patterns of Social Media Use in Early Adolescents. *Academic Pediatrics*, 25(4), 102784. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2025.102784>

National Center for Biotechnology Information. (2023). *Amniocentesis*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/>

Neves, K. S. S. M., Silva, T. S., Souza, A. B., & Costa, C. D. (2015). Da infância à adolescência. *Revista Ambiente Acadêmico*, 1(2), 119–139.

Number Analytics. (2024). *Amniocentesis: Nursing perspective*.

Nursing Science. (2024). *Amniocentesis: Nursing roles and responsibilities*.

Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2011). *Health promotion in nursing practice* (6th ed.). Pearson.

Pleasant, E., et al. (2024). Adolescents and Young Adults' Sources of Contraceptive Information. *JAMA Network Open*, 7(9), e2433310.

- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2021). *Nursing research* (11th ed.). Wolters Kluwer.
- Regulamento n.º 140/2019. (2019). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Diário da República.
- Regulamento n.º 391/2019. (2019). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em ESMO*. Diário da República.
- Rojas-Torres, I. L., et al. (2025). Effectiveness of Nola Pender's Health Promotion Model. *IJERPH*, 22(10), 1506.
- Salifu, R., & Abubakari, A. (2023). Adolescents, Social Media and Access to Reproductive Health Information. IntechOpen.
- Santi, D. B., Nogueira, I. S., & Baldissera, V. D. A. (2023). O Modelo de Nola Pender. *REME*, 27.
- Santos, A. D. S., et al. (2018). Tecnologia educacional baseada em Nola Pender.
- Santos, M. G. dos, et al. (2025). Use of the Health Promotion Model. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 78(2).
- Sendas, M. V., & Freitas, M. J. (2025). *Plano de Pós-parto*®. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Setia, M. S. (2016). Cross-sectional Studies. *Indian Journal of Dermatology*, 61(3), 261–264.
- Sharma, A., et al. (2021). Knowledge and attitudes towards contraceptives. *Contraception and Reproductive Medicine*, 6(1), 2.
- Silva, H. L., & Della Mea, C. P. (2023). Uso de redes sociais e autoimagem. *Psicologia em Ênfase*, 4, 34–45.
- Taba, M., et al. (2020). Relationship portrayals on social media. *Sexual Health*, 17(5), 467–474.

Teal, S., & Edelman, A. (2021). Contraception Selection. *JAMA*, 326(24), 2507–2518.

Toumi, D., et al. (2025). Contraceptive knowledge among high school students. *BMC Public Health*, 25(1), 3072.

Tylee, A., et al. (2007). Youth-friendly primary-care services. *The Lancet*, 369(9572), 1565–1573.

Victor, J. F., Lopes, M. V. D. O., & Ximenes, L. B. (2005). Modelo de promoção da saúde de Nola Pender. *Acta Paulista de Enfermagem*, 18, 235–240.

Vieira, K. J., et al. (2021). Conhecimentos de adolescentes. *Revista Baiana de Enfermagem*, 35.

Vilelas, J. (2022). *Investigação – o processo de construção do conhecimento* (3ª ed.). Edições Sílabo.

Widman, L., et al. (2018). Technology-Based Interventions. *Journal of Adolescent Health*, 62(6), 651–660.

Yeşilfidan, D., & Adana, F. (2025). Nursing care based on Meleis' Transition Theory. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 25, 1096.

Young, H., Burke, L., & Nic Gabhainn, S. (2018). Sexual intercourse and contraception in Ireland. *BMC Public Health*, 18(1), 362.



## **APÊNDICE I – PROJETO INDIVIDUAL DE ESTÁGIO**

*INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM*  
*ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM*  
*10º CURSO DE MESTRADO EM SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA*  
*UC ESTÁGIO E RELATÓRIO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE*  
*MATERNA E OBSTÉTRICA*  
*ANO LETIVO: 2024/2025*

**Projeto Individual de Estágio**

**Discente:**

Constança Maya Gomes da Cunha Sammer

Nº230000152

**Docente:**

Profª Sara Palma

Santarém, outubro 2024

## **ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS e SIGLAS**

BSI – Boletim de Saúde Infantil

BSG – Boletim de Saúde de Grávida

BSR - Boletim de Saúde Reprodutiva

CTG – Cardiotocografia

E – Estágio

EEESMO – Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

ESMO – Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

IST – Infecções Sexualmente Transmissíveis

IVG – Interrupção Voluntária da Gravidez

OE – Ordem dos Enfermeiros

PF - Planeamento Familiar

RCCEE – Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

RCEEEESMO - Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

RCCU - Rastreio do Cancro do Colo do Útero

RN – Recém-nascido

TA – Tensão Arterial

UC – Unidade Curricular

UCSP- Unidade de Cuidados de Saúde Primários

ULS – Unidade Local de Sa



## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>5</b>
<b>1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO-CONCEPTUAL.....</b>	<b>7</b>
<b>2 – METODOLOGIA.....</b>	<b>12</b>
<b>3 – CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....</b>	<b>15</b>
<b>4 – PLANOS DE ATIVIDADES.....</b>	<b>17</b>
4.1 – ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA NA COMUNIDADE .....	17
4.2 – ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA NA GRAVIDEZ PATOLÓGICA E GINECOLOGIA.....	34
4.3 – ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA NO PUERPÉRIO .....	49
4.4 – ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA NA SALA DE PARTOS.....	55
<b>5 – CONCLUSÃO.....</b>	<b>61</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>63</b>

## **ÍNDICE DE TABELAS**

Tabela 1 – Atividades a desenvolver no EC em ESMO na Comunidade.....19

Tabela 2 – Atividades a desenvolver no EC em ESMO na Gravidez Patológica e Ginecologia.....36

Tabela 3 – Atividades a desenvolver no EC em ESMO no Puerpério.....50

Tabela 4 – Atividades a desenvolver no EC em ESMO na Sala de Partos.....56

## INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular (UC) de Estágio e Relatório em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (ERESMO) enquadrado no plano de estudos do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Escola Superior de Saúde de Santarém, está preconizado e consumado que cada mestranda a frequentar esta UC elabore um Projeto Individual de Estágio (PIE), tendo como principal finalidade a tomada de responsabilização pelo seu processo de aprendizagem e consequente desenvolvimento pessoal e profissional, através do levantamento e mapeamento de atividades específicas, identificadas em cada área prevista de estágio.

Para além do Projeto Individual de Estágio, está também preconizado a realização de um estudo investigativo numa problemática à escolha, utilizando como ponto de partida uma *Scoping Review* segundo as diretrizes de Joanna Briggs *Institute* (JBI), com o objetivo de mapear a evidência científica existente acerca da temática escolhida e, seguidamente, desenvolver o trabalho de campo de acordo com a questão de pesquisa elaborada e os objetivos do estudo definidos.

Assim, este projeto assume grande importância no desenvolvimento académico e profissional de cada mestranda, uma vez que promove a consciencialização desta responsabilidade na nossa formação profissional contínua e irá permitir o desenvolvimento das competências específicas do EEESMO, por forma a adquirir no término deste segundo ano de mestrado não só o título de especialista, mas também o grau académico de mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, após a exposição pública do relatório final desta UC.

No contexto desta UC está prevista a realização de cinco ensinamentos clínicos entre 2024-2025, abrangendo as principais áreas da Saúde Materna e Obstétrica:

1º EC: EEESMO na Comunidade - de 18 de setembro a 25 de outubro – 150h;

2º EC: EEESMO na Gravidez Patológica - 28 de outubro a 6 de dezembro – 150h;

3º EC: EEESMO em Ginecologia – 6 de dezembro a 20 de dezembro – 50h;

4º EC: EEESMO no Puerpério – 6 de janeiro a 14 de fevereiro – 150h;

5º EC: EEESMO em Sala de Partos - 14 de fevereiro a 11 de julho – 500h.

O presente projeto revela-se como um documentado orientador para a minha prática clínica, prevê a definição dos objetivos específicos que pretendo atingir e esquematiza em formato de tabela e de forma calendarizada, as atividades previstas a desenvolver, bem como os recursos auxiliares necessários a esse fim. É relevante referir que este projeto tem um carácter flexível e passível de sofrer mudanças ao longo das semanas de cada E.

Para a definição dos objetivos específicos foram consultados como documentos orientadores o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (140/2019) e o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (391/2019).

No que concerne à problemática escolhida para a concretização do percurso investigativo, o tema em análise irá debruçar-se sobre a Influência das Redes Sociais nos Conhecimentos e Atitudes dos Adolescentes sobre Saúde Sexual e Reprodutiva. Este tema assume particular relevância na era digital, dada a centralidade destas plataformas digitais na aquisição de conhecimentos e ascendência sobre os comportamentos sexuais nos jovens. Enquanto fontes de informação amplamente acessíveis, mas nem sempre fidedignas, as redes sociais podem moldar perceções e comportamentos, reforçando ou distorcendo a literacia em saúde sexual e reprodutiva. Assim, compreender como os adolescentes utilizam e interpretam os conteúdos é essencial, permitindo dinamizar e orientar intervenções educativas mais eficazes e promover decisões informadas e seguras na vida sexual e reprodutiva das gerações mais jovens.

## 1 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO-CONCEPTUAL

A adolescência é definida como a segunda década de vida, compreendendo a faixa etária dos 10 aos 19 anos (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2011). Santi et al. (2023) relatam que, durante a adolescência, os jovens experienciam um conjunto de transformações biopsicossociais na transição da infância para a vida adulta, e que os comportamentos de risco ou protetores de saúde influenciam o desenvolvimento de doenças. Já Duarte et al., (2020), defendem que este período do ciclo vital é caracterizado por impulsos do desenvolvimento físico, sexual, emocional e social, bem como pelo desejo do adolescente em alcançar os objetivos e expectativas impostas pela sociedade em que vive.

De acordo com Santos et al., (2019), a Saúde Sexual e Reprodutiva (SSR), tornou-se uma prioridade na definição das políticas de saúde de muitos países em todo o mundo. Os conceitos de Saúde Reprodutiva (SR) e Saúde Sexual (SS) foram evoluindo ao longo dos últimos anos devido a fatores socioculturais, políticos e científicos, centrados na premissa que todo o indivíduo tem o direito de viver a sua sexualidade de forma segura, livre e informada. Assim, através de uma abordagem multidisciplinar, os direitos sexuais e reprodutivos passam a ser considerados direitos individuais independentemente dos ideais, crenças, raça e etnia de cada indivíduo, abrangendo a sexualidade e fecundidade, bem como o acesso à informação e aos cuidados de saúde (Direção Geral da Saúde [DGS], 2008; Santos et al, 2019).

Segundo a *International Planned Parenthood Federation* (IPPF, 2011), o conceito de Saúde Reprodutiva foi redefinido como sendo: "... um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas de ausência de doença ou enfermidades, em tudo o que se relaciona com o sistema reprodutivo, às funções e processos". Já a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2011) define Saúde Sexual como "um estado de completo bem-estar físico, emocional, mental e social associado à sexualidade e não só a ausência de doença ou enfermidade." Santos et al., (2019), ressalva ainda que o conceito de Saúde Sexual e de Saúde Reprodutiva são simbióticos, nascendo o termo SSR por complementaridade à abordagem que é feita à sexualidade humana.

O Planeamento Familiar (PF) incluído na SSR, surge como um direito sexual e reprodutivo devido à necessidade de controlo da fecundidade, aconselhamento sexual, prevenção e diagnóstico de infeções sexualmente transmissíveis (IST's), e o rastreio precoce do cancro do colo do útero e mama. Inclui, também, os cuidados pré-concepcionais e no período do pós-parto.

Vários foram os marcos históricos que permitiram a redefinição das políticas de SSR em todo o mundo, mas foi a partir da Conferência de Cairo em 1994 que a SSR dos jovens emergiu centrada no respeito e na pessoa, com o objetivo de reduzir os comportamentos de risco, a gravidez na adolescência, e promover a igualdade de género (Santos et al. 2019).

É imprescindível preparar os adolescentes para enfrentarem questões relacionadas tanto com a saúde reprodutiva, planeamento familiar, infeções sexualmente transmissíveis (IST's) e métodos contraceptivos, mas também com as próprias relações interpessoais e relacionais. O Ministério da Educação aliado à Direção Geral da Saúde implementou programas de educação sexual, de carácter obrigatório, nas escolas portuguesas. O objetivo destes programas visa a criação de um ambiente seguro onde os estudantes possam partilhar experiências, dúvidas e/ou receios; promovendo a igualdade de género, o respeito pelo outro e a promoção da saúde sexual e reprodutiva. (Direção Geral Saúde [DGS], 2018; Ministério da Educação, 2015).

A influência das redes sociais, nos jovens, surge da democratização da internet trazendo novos desafios sem precedentes na área da SSR. O acesso às plataformas digitais tem transformado, profundamente, a forma como os adolescentes se relacionam com o mundo ao seu redor, especialmente no que diz respeito aos conhecimentos e atitudes relacionados com a saúde. As redes sociais acabam por desempenhar um papel crucial neste processo, uma vez que, embora possam oferecer benefícios, como o acesso a conteúdos educativos, a promoção da discussão e partilha sobre temas prementes em saúde, podem também ser vetor de disseminação de informações pouco fidedignas, erróneas e incompletas, impactando de forma negativa a adoção de comportamento promotores de saúde por parte dos jovens (Portugal & Souza, 2020).

Duarte et al., (2020) definem uma rede social como uma organização que possui uma estrutura dinâmica e complexa, que integra pessoas que estão conectadas por vários tipos de relações sociais que podem vir a influenciar opiniões, comportamentos e ações, principalmente entre adolescentes, uma vez que estes se encontram numa fase de procura e construção da sua própria identidade. As redes sociais, segundo os mesmos autores, são utilizadas não só como fonte de conexões relacionais, mas também como procura de informação e conhecimento, possibilitando não só o acesso à informação, mas também a capacidade de a produzir. Assim, tudo o que é publicado na internet é passível de ser alterado ou recriado.

Os autores suprarreferidos relatam ainda que existem vantagens em utilizar este tipo de plataformas, como meio de entretenimento, permite a diminuição do distanciamento físico entre as pessoas, cria laços e possibilita encontros; todavia pode existir uma tendência de comparação tóxica, gerando sentimentos de inferioridade, inveja e a falta de controlo do conteúdo pode levar o adolescente a não conseguir distinguir o real do virtual. Como consequências mais graves, o uso desmedido das redes sociais pode levar ao isolamento social do adolescente, ao sedentarismo, ao baixo aproveitamento escolar e a dificuldades nas relações interpessoais (Duarte et al., 2020).

No que concerne a questões relacionadas com a saúde sexual e reprodutiva, Almeida et al. (2022), reforçam ainda que são temáticas envolvidas em tabus e sentimentos de vergonha por parte dos adolescentes, barreiras que acabam por dificultar o diálogo e o esclarecimento de dúvidas em fontes fidedignas, acabando por levar os jovens a procurar respostas a informações disponíveis na internet ou através de partilha de experiências nas redes sociais.

Embora as novas tecnologias ofereçam oportunidades para uma vivência da sexualidade positiva, também introduzem alguns riscos como a confusão entre o real e o virtual e a própria exploração da intimidade. Nesta linha de pensamento, para prevenir problemas de SSR entre a geração digital, torna-se premente que os profissionais de saúde se atualizem sobre o que inteira o quotidiano dos jovens adolescentes (p.ex. *cyberbullying*, *grooming* e *sexting*), de forma a darem uma resposta mais completa, abrangente e antecipada possível (Santos et. al, 2019).

Conforme estipulado no Regulamento nº391/2019 da Ordem dos Enfermeiros, as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e

Obstétrica (EEESMO) constituem um pilar fundamental na promoção da saúde reprodutiva e materna em Portugal. O EEESMO não vê qualificada a sua competência apenas durante o ciclo gravídico-puerperal, mas também como agente de mudança na educação para a saúde comunitária, uma vez que “concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projetos e intervenções no sentido de responder às necessidades de saúde sexual e reprodutiva”, no grupo-alvo inserido na comunidade (OE, 2019, p.13565). Assim, a atuação do EEESMO no ambiente escolar revela-se crucial, pois permite a implementação de programas de educação sexual que promovem a saúde, através da abordagem de questões sobre a saúde sexual e reprodutiva dos mais jovens, promovendo a tomada de decisão informada sobre o corpo e sobre a sexualidade individual. Só assim será possível contribuir para a formação de uma cultura em saúde sólida, que reconhece a interconexão entre o conhecimento, a saúde pública e o bem-estar comunitário (Bandeira, 2019; OE [Ordem dos Enfermeiros], 2019; DGS, 2018; Ministério da Educação, 2015).

No entanto para ser possível intervir com estes jovens é imperativo estudar os conhecimentos e as atitudes dos adolescentes sobre saúde sexual e reprodutiva.

Uma vez que se pretende a promoção de hábitos saudáveis dos jovens, optou-se pelo Modelo de Promoção da Saúde (MPS) de Nola Pender, como referencial conceptual e norteador de cuidados. Este modelo, como descreve Santi et al., (2023), surge como uma abordagem para unir a Enfermagem à ciência do comportamento, através da identificação dos fatores que influenciam os comportamentos saudáveis, além de ser um fio condutor que permite a exploração do processo biopsicossocial que motiva os indivíduos a adotarem comportamentos promotores de saúde.

O estudo proposto pretende responder à seguinte questão de pesquisa: “Qual a influência das redes sociais nos conhecimentos e atitudes dos adolescentes sobre a saúde sexual e reprodutiva?”.

De acordo com a questão de investigação foi delineado como objetivo geral: Investigar de que forma as redes sociais influenciam os conhecimentos e atitudes dos adolescentes sobre a saúde sexual e reprodutiva e como objetivos específicos: Identificar quais os conhecimentos dos adolescentes sobre a Saúde Sexual e Reprodutiva; conhecer quais as atitudes dos adolescentes sobre a Saúde Sexual e Reprodutiva; identificar quais as fontes de informação sobre métodos contraceptivos, planeamento familiar e sexualidade utilizadas pelos adolescentes.

As informações recolhidas com este estudo ajudarão os EEESMO a desenvolverem intervenções promotoras da adoção de comportamentos saudáveis na saúde sexual e reprodutiva nos adolescentes. A intervenção precoce, atempada e antecipada do EEESMO pode contribuir significativamente para uma adolescência saudável, informada e real, preparada para enfrentar os desafios da Era Digital.

## 2 - METODOLOGIA

O estudo proposto terá como ponto de partida uma *Scoping Review* (ScR) de acordo com as orientações da *Joanna Briggs Institute* (JBI), com o objetivo de mapear a evidência científica existente sobre a temática em estudo e identificar lacunas no conhecimento existente sobre a problemática em questão (Munn et al., 2018).

Seguidamente, proceder-se-á com o trabalho de campo em que, através dos resultados obtidos na ScR, serão reconhecidas falhas, recomendações e/ou limitações que justificam a pertinência para a realização de um estudo primário.

Pretendemos desenvolver um estudo quantitativo observacional e transversal, onde será aplicado um questionário como instrumento de recolha de dados. O questionário define-se como uma ferramenta de investigação que permite a recolha de dados através de questões estruturadas, tendo como finalidade o conhecimento de opiniões, sentimentos, crenças, expectativas e interesses dos participantes sobre a problemática em estudo (Chaer et al., 2024).

O questionário será dividido em quatro partes. A primeira relaciona-se com os dados sociodemográficos, a segunda com a avaliação dos conhecimentos dos estudantes, a terceira sobre as atitudes dos mesmos face à SSR e por último as fontes de informação com destaque para as redes sociais. Será um questionário de autopreenchimento, através de um *Google Forms*.

Serão estabelecidos os seguintes critérios de inclusão para os adolescentes:

- Frequentar o 12<sup>a</sup> ano de escolaridade;
- Frequentar o Curso Científico-Humanístico de Ciências e Tecnologias;
- Ter entre 17 e 19 anos de idade;
- Falar e compreender a língua portuguesa;
- Saber ler e escrever em português;
- Aceitarem participar no estudo.

A população do estudo são os estudantes do 12º ano, do Curso Científico-Humanístico de Ciências e Tecnologias de uma Escola Secundária no concelho de Torres Vedras. Tendo em conta que uma amostra deve corresponder a uma parte da população que a represente (Vilelas, 2022), na presente investigação pretendemos estudar a população de estudantes da escola e que reúnam os critérios de inclusão definidos.

A análise estatística dos dados recolhidos será realizada através de estatística descritiva dos dados e que nos permitam responder à questão e objetivos da investigação.



### **3 - CONSIDERAÇÕES ÉTICAS**

Quando se trata de um estudo de investigação, a vertente ética torna-se imprescindível não só para garantir a legitimidade científica, mas também a responsabilidade social e investigativa do pesquisador. A dimensão ética numa investigação implica um compromisso inabalável com a proteção dos participantes do estudo, que deve ser garantido através de um processo rigoroso tendo sempre por base um consentimento informado. O investigador deve esclarecer sempre quais os objetivos e a natureza do estudo, mas também os possíveis riscos e/ou benefícios, assegurando que os participantes tenham sempre o direito ao princípio da autonomia para uma tomada de decisão livre, esclarecida e informada. Para além disto, a confidencialidade e proteção de dados pessoais são imperativas, sendo sempre garantidas medidas que evitem a identificação dos participantes em publicações e/ou relatórios futuros. A adoção de uma abordagem fomentada nos princípios éticos torna-se premente não só no enriquecimento da validade dos resultados obtidos, mas também fortalece a confiança do público-alvo da pesquisa, promovendo um ambiente que valoriza a integridade e a responsabilidade académico-científica. Posto isto, os princípios éticos não devem ser encarados como meras formalidades, mas como pilares que sustentam o avanço do conhecimento em pura harmonia com os valores humanos (Vilelas, 2022).

Neste seguimento, pretende-se aplicar o instrumento de colheita de dados numa Escola Secundária, entre os meses de janeiro a abril de 2025, aos estudantes do 12º ano das turmas do Curso Científico-Humanístico de Ciências e Tecnologias que reúnam os critérios de inclusão definidos. A seleção desta instituição de ensino relaciona-se pelo facto de ser do conhecimento da investigadora e pela qualidade de ensino fornecido.

Será solicitada autorização para a realização do estudo à Diretora do Agrupamento de Escolas onde este estabelecimento de ensino está inserido e parecer à Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Santarém, para a realização do estudo.

Após a aprovação do Agrupamento de Escolas e da Comissão de Ética, proceder-se-á ao contacto com os participantes. O primeiro contacto com os adolescentes será realizado através da direção da Escola e respetiva/s direção/ões de turma. Nesse sentido, a investigadora pretende reunir-se com o/s diretor/es de turma de forma a explicar os objetivos

da investigação. Posteriormente, em data e hora agendada, a investigadora dirigir-se-á à/s turma/s selecionadas com a finalidade de explicar/esclarecer os objetivos e finalidades do estudo aos estudantes, ao que se segue a entrega do consentimento informado. A formalização da participação será feita após a assinatura do Consentimento Informado.

#### **4 - PLANO DE ATIVIDADES**

##### **4.1 - ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA NA COMUNIDADE**

O presente sub-capítulo foi realizado no âmbito da Unidade Curricular (UC) de Estágio e Relatório em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, no contexto de Estágio (E) do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO) inserido na Comunidade, enquadrado no plano de estudos do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Escola Superior de Saúde de Santarém. Este E fomenta-se na prestação de cuidados especializados de Enfermagem à mulher/casal/família nas diferentes dimensões da saúde da mulher (saúde materna, obstetrícia e ginecologia), compreendendo situações de saúde e /ou risco na comunidade.

Este EC terá a duração de 6 semanas, com início a 18 de setembro de 2024 e com término no dia 25 de outubro de 2024, tendo prevista uma duração total de 150 horas. O contexto clínico acontecerá numa Unidade de Saúde, pertencente à Unidade Local de Saúde (ULS) do Oeste.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2020), os cuidados de saúde primários representam o primeiro nível de serviços de saúde, garantindo a prestação de cuidados de forma continuada, completa e acessível atendendo às necessidades de saúde refletidas na população.

O presente projeto revela-se como um documentado orientador para a minha prática clínica, prevê a definição dos objetivos específicos que pretendo atingir e esquematiza em formato de tabela e de forma calendarizada, as atividades previstas a desenvolver, bem como os recursos auxiliares necessários a esse fim. É relevante referir que este projeto tem um carácter flexível e passível de sofrer mudanças ao longo das 6 semanas de E.

Para a definição dos objetivos específicos foram consultados como documentos orientadores o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (140/2019) e o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (391/2019) e os da unidade curricular.

Assim, foi definido como objetivo geral deste E a prestação de cuidados especializados de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica (ESMO) à mulher/casal/família inserida na comunidade em situações de saúde e/ou risco; e como objetivos específicos: integrar a equipa multidisciplinar da Unidade de Saúde; desenvolver competências relacionais, técnicas e cognitivas que visem a prestação de cuidados especializados em ESMO à mulher inserida na família e comunidade no âmbito: do planeamento familiar e período pré-concepcional, no período pré-natal, no período pós-natal, no climatério, a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica e inserida na comunidade; bem como, desenvolver competências relacionais, técnicas e cognitivas nos domínios preconizados ao Enfermeiro Especialista: gestão dos cuidados, responsabilidade profissional, domínio ético-legal, na melhoria contínua da qualidade e no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Tabela 1 - Atividades a desenvolver no EC em ESMO na Comunidade

OBJETIVO ESPECÍFICO	COMPETÊNCIAS A ADQUIRIR	ATIVIDADES A DESENVOLVER	RECURSOS	CALENDARIZAÇÃO
Integrar a equipa multidisciplinar da Unidade de Saúde (ULS do Oeste)	Comuns do Enfermeiro Especialista: A1, A2, B2, B3, C1, C2	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Conhecimento da estrutura física da Unidade e como está organizada a Unidade de Saúde (ULS do Oeste);</li> <li>➤ Integrar na dinâmica e método de trabalho da equipa multidisciplinar;</li> <li>➤ Demonstrar iniciativa e cooperativismo, postura ativa e conduta participativa no meu processo de aprendizagem;</li> <li>➤ Estabelecer uma relação profissional com a equipa multidisciplinar;</li> <li>➤ Estabelecer uma relação profissional com as utentes/casais/famílias;</li> <li>➤ Participar nas reuniões de equipa no âmbito da minha área de especialização e se tiver autorização superior para tal;</li> <li>➤ Conhecer os protocolos em que a Unidade de Saúde e ULS se regem;</li> </ul>	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Estudante;</li> <li>➤ Enfermeira</li> <li>➤ Cooperante;</li> <li>➤ Equipa Multidisciplinar.</li> </ul> <p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Consulta de normas e protocolos;</li> <li>➤ Suporte teórico ministrado nas aulas.</li> </ul>	Ao longo das semanas em que decorre o E.

		<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Mobilizar os conhecimentos adquiridos no 1ºano do Curso de Mestrado para a prática de cuidados especializados;</li><li>➤ Respeitar as normas definidas pela Direção Geral de Saúde, protocolos e projetos existentes no âmbito de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (Programa Nacional de Vigilância de Gravidez de Baixo Risco, Programa Nacional de Vacinação, Programa Nacional de Saúde Sexual e Reprodutiva);</li><li>➤ Realizar consultas de Enfermagem conjuntamente com a minha Enfermeira Cooperante;</li><li>➤ Participar no Encontro do Aleitamento Materno organizado pela ULS a acontecer no dia 25/10/2024.</li></ul>		
--	--	--	--	--

OBJETIVO ESPECÍFICO	COMPETÊNCIAS A ADQUIRIR	ATIVIDADES A DESENVOLVER		RECURSOS	CALENDARIZAÇÃO
<p>Promover a saúde da mulher no âmbito da saúde sexual, do planeamento familiar e durante o período preconcecional</p>	<p>Comuns do Enfermeiro Especialista: A1, A2, B2, B3, C1, C2</p> <p>Específicas do Enfermeiro ESMO: 1.1</p>	<p><u>PLANEAMENTO FAMILIAR</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Reconhecer quais os programas existentes dentro da Unidade de Saúde ou em articulação com as restantes Unidade de Saúde Personalizados (USCP) e de que forma é possível orientar a mulher/casal/família;</li> <li>➤ Participar ativamente nas consultas de planeamento familiar, de forma a dar resposta às expectativas, dúvidas e/ou receios da mulher/casal/família;</li> <li>➤ Personalizar os cuidados a cada mulher/casal, fazer</li> </ul>	<p><u>CONSULTA PRECONCECIONA</u></p> <p><u>L</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Reconhecer quais os programas existentes dentro da Unidade de Saúde ou em articulação com as restantes USCP's e de que forma é possível orientar a</li> </ul>	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Estudante;</li> <li>➤ Enfermeira Cooperante;</li> <li>➤ Equipa Multidisciplinar.</li> </ul> <p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Consulta de normas e protocolos;</li> <li>➤ Suporte teórico ministrado nas aulas.</li> </ul>	<p>Ao longo das semanas em que decorre o E.</p>

		<p>um levantamento daquilo que a fez procurar os cuidados de saúde e aconselhar da melhor forma de acordo com informação levantada (antecedentes pessoais/ginecológicos/reprodutivos, antecedentes familiares, ciclo menstrual e história de saúde sexual e reprodutiva);</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Informar a mulher/casal sobre as formas existentes de prevenção de uma gravidez, quais os métodos contraceptivos existentes e quais as suas vantagens/desvantagens;</li> </ul>	<p>mulher/casal/família;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Participar ativamente nas consultas preconcecionais, de forma a dar resposta às expectativas, dúvidas e/ou receios da mulher;</li> <li>➤ Promover a tomada de decisão responsável e esclarecida a cada mulher;</li> <li>➤ Aconselhar e guiar de</li> </ul>		
--	--	---	--	--	--

		<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Promover a tomada de decisão responsável e esclarecida a cada mulher/casal;</li><li>➤ Colocar métodos contraceptivos de longa duração e/ou fazer a sua substituição/remoção;</li><li>➤ Realizar a tradução dos consentimentos informados sobre a colocação do DIU/SIU e Implante contraceptivo para inglês.</li></ul>	<p>forma a contribuir para o sucesso da gravidez através da identificação precoce de fatores de risco que podem ser mutáveis (hábitos tabágicos/alcoólicos, sedentarismo, obesidade, etc);</p> <ul style="list-style-type: none"><li>➤ Referenciar para a consulta de outras</li></ul>		
--	--	---	--	--	--

			<p>valências quando identificada essa necessidade (consulta de nutrição, psicologia, consulta de cessação tabágica, etc);</p>		
<p>Diagnosticar precocemente e prevenir</p>	<p>Comuns do Enfermeiro Especialista: A1, A2, B2, B3, C1, C2</p>	<p>➤ Avaliar a necessidade de realização do Rastreio do Cancro do Colo do Útero (RCCU) se cumprir critérios para fazer parte do programa de rastreamento implementado em Portugal (entre os 30 e 60 anos, de 5 em 5 anos se resultados dentro</p>	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Estudante;</li> <li>➤ Enfermeira Cooperante;</li> </ul>	<p>Ao longo das semanas em que decorre o E.</p>	

<p>complicações para a saúde da mulher no âmbito da saúde sexual, do planeamento familiar e durante o período preconcepcional.</p>	<p>Específicas do Enfermeiro ESMO: 1.2</p>	<p>da normalidade) ou avaliar a necessidade de executar o rastreio oportunista;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Executar o RCCU;</li> <li>➤ Alertar sobre as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e formas de prevenir o contágio e fazer controlo analítico frequente;</li> <li>➤ Identificar problemas relacionados com a vivência da sexualidade e promover a sua resolução, articulando com as valências disponíveis.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Equipa; Multidisciplinar.</li> </ul> <p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Balança; esfigmomanómetro;</li> <li>➤ suportes de registo (<i>Sclinico</i> e os boletins (BSR/PF)).</li> <li>➤ Consulta de normas e protocolos.</li> </ul>	
<p>Providenciar cuidados à mulher</p>	<p>Comuns do Enfermeiro Especialista:</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Participar ativamente na consulta à mulher/casal com disfunção sexual;</li> <li>➤ Aconselhar e orientar a mulher/casal com disfunção sexual, dando apoio emocional e</li> </ul>	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Estudante;</li> <li>➤ Enfermeira Cooperante;</li> </ul>	<p>Ao longo das semanas em que decorre o E.</p>

<p>com disfunções sexuais, problemas de fertilidade e infeções sexualmente transmissíveis.</p>	<p>A1, A2, B2, B3, C1, C2</p> <p>Específicas do Enfermeiro ESMO: 1.3</p>	<p>articulando e sinalizando para outras valências que possam dar resposta à problemática levantada.</p>	<p>➤ Equipa; Multidisciplinar.</p> <p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Balança; esfigmomanómetro;</li> <li>➤ suportes de registo (<i>Sclinico</i> e os boletins (BSR/PF)).</li> <li>➤ Consulta de normas e protocolos.</li> </ul>	
<p>Promover a saúde da mulher durante</p>	<p>Comuns do Enfermeiro Especialista:</p>	<p>➤ Reconhecer quais os programas existentes dentro da Unidade de Saúde ou em articulação com as restantes USCP's e Centro Hospitalar do Oeste e de que forma é possível orientar a</p>	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Estudante;</li> <li>➤ Enfermeira Cooperante;</li> </ul>	<p>Ao longo das semanas em que decorre o E.</p>

<p>o período pré-natal e em situação de aborto</p>	<p>A1, A2, B2, B3, C1, C2</p> <p>Específicas do Enfermeiro ESMO: 2.1</p>	<p>mulher/casal/família no caso de Interrupção Voluntária de Gravidez (IVG);</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Participar ativamente nas consultas pós-aborto, de forma a dar resposta às expectativas, dúvidas e/ou receios da mulher/casal/família no planeamento familiar e prevenção de uma nova gravidez;</li> <li>➤ Informar a mulher/casal sobre as formas existentes de prevenção de uma nova gravidez, quais os métodos contraceptivos existentes no pós-aborto e quais as suas vantagens/desvantagens;</li> <li>➤ Participar ativamente nas consultas pré-natais, de forma a dar resposta às expectativas, dúvidas e/ou receios da mulher/casal/família, em qualquer período da gestação;</li> <li>➤ Participação em várias sessões do Programa de Preparação para a Parentalidade Positiva existente na UCSP, principalmente nas que dizem respeito à saúde mental durante a gravidez e alterações psico-emocionais na gestação;</li> <li>➤ Elaboração de um folheto “Guia Prática para o Aleitamento Materno” como ferramenta prática</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Equipa; Multidisciplinar.</li> </ul> <p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Balança; esfigmomanómetro;</li> <li>➤ suportes de registo (<i>Sclinico</i> e os boletins (BSR/PF)).</li> <li>➤ Consulta de normas e protocolos.</li> </ul>	
--	--	---	---	--

		<p>para o início da jornada da amamentação ainda durante a gravidez, e aquando do nascimento do recém-nascido e fazer a tradução nos idiomas mais comuns dentro da nossa população alvo (português, inglês, francês, nepalês e indiano);</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Frequentar e participar no “Encontro do Aleitamento Materno” a acontecer no dia 25 de outubro de 2024, organizado pelas várias USCP’s da ULS do Oeste.</li> <li>➤ Orientar a mulher/casal para a elaboração do seu plano de parto de forma informada e esclarecida.</li> </ul>		
<p>Diagnosticar precocemente e previne complicações na saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação</p>	<p>Comuns do Enfermeiro Especialista: A1, A2, B2, B3, C1, C2</p> <p>Específicas do</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Participar ativamente nas consultas pré-natais, de forma a dar resposta às expectativas, dúvidas e/ou receios da mulher/casal/família, em qualquer período da gestação;</li> <li>➤ Monitorizar a saúde e bem-estar materno-fetal através da avaliação dos seguintes parâmetros: Tensão Arterial (TA), peso, perímetro abdominal, altura do fundo uterino (quando apropriado), auscultação dos batimentos fetais (quando</li> </ul>	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Estudante;</li> <li>➤ Enfermeira Cooperante;</li> <li>➤ Equipa;</li> </ul> <p>Multidisciplinar.</p> <p>Materiais:</p>	<p>Ao longo das semanas em que decorre o E.</p>

de abortamento.	Enfermeiro ESMO: 2.2	<p>possível), realização do teste Combur e interpretação dos resultados;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Esclarecer todas as dúvidas que possam surgir durante a gestação e até relacionadas com o pós-parto;</li> <li>➤ Promover hábitos saudáveis durante a gravidez e educar nesse sentido, reforçando a sua importância para a vivência de uma gravidez saudável e positiva (alimentação, diminuição ou cessação de comportamentos de risco, cuidados relativos à não imunidade à Toxoplasmose, etc...);</li> <li>➤ Realizar a tradução do folheto existente na Unidade sobre a “Alimentação na Gravidez” para inglês, francês, nepalês e indiano;</li> <li>➤ Referenciar para a consulta de outras valências quando identificada essa necessidade (consulta médica, serviço de urgência, análises clínicas, consulta de nutrição, psicologia, consulta de cessação tabágica, etc);</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Balança; esfigmomanómetro;</li> <li>➤ suportes de registo (<i>Sclinico</i> e os boletins (BSR/PF).</li> <li>➤ Consulta de normas e protocolos.</li> </ul>	
-----------------	-------------------------	---	--	--

<p>Providenciar cuidados à mulher e facilita a sua adaptação, durante o período pré-natal e em situação de abortamento.</p>	<p>Comuns do Enfermeiro Especialista: A1, A2, B2, B3, C1, C2</p> <p>Específicas do Enfermeiro ESMO: 2.3</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Participar ativamente nas consultas pré-natais, de forma a dar resposta às expectativas, dúvidas e/ou receios da mulher/casal/família, em qualquer período da gestação;</li> <li>➤ Educar sobre os desconfortos comuns durante a gravidez e medidas de conforto que podem ajudar a colmatar tais desconfortos;</li> <li>➤ Referenciar para a consulta de outras valências quando identificada essa necessidade (consulta médica, serviço de urgência, análises clínicas, consulta de nutrição, psicologia, consulta de cessação tabágica, etc);</li> </ul>	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Estudante;</li> <li>➤ Enfermeira</li> <li>➤ Cooperante;</li> <li>➤ Equipa Multidisciplinar.</li> </ul> <p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Balança; esfigmomanómetro;</li> <li>➤ suportes de registo (<i>Sclinico</i> e os boletins (BSR/PF, BSG).</li> <li>➤ Consulta de normas e protocolos.</li> </ul>	<p>Ao longo das semanas em que decorre o E.</p>
---	---	---	---	---

			➤ Suporte teórico ministrado nas aulas.	
Promover a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal.	Comuns do Enfermeiro Especialista: A1, A2, B2, B3, C1, C2  Específicas do Enfermeiro ESMO: 4.1	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Participar ativamente nas consultas pós-parto, de forma a dar resposta às expectativas, dúvidas e/ou receios da mulher/casal/família;</li> <li>➤ Reconhecer quais os programas/recursos existentes dentro da Unidade de Saúde ou em articulação com as restantes USCP's e Centro Hospitalar do Oeste e de que forma é possível orientar a mulher/casal/família no pós-parto (consulta de amamentação, visita domiciliárias, etc);</li> <li>➤ Colaborar na consulta de revisão do parto, promover o aleitamento materno e o planeamento familiar para a prevenção de uma nova gravidez precoce;</li> <li>➤ Colocação de métodos contraceptivos de longa duração.</li> </ul>	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Estudante;</li> <li>➤ Enfermeira</li> <li>➤ Cooperante;</li> <li>➤ Equipa Multidisciplinar.</li> </ul> <p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Balança; esfigmomanómetro;</li> <li>➤ suportes de registo (<i>Sclinico</i> e os boletins</li> </ul>	Ao longo das semanas em que decorre o E.

			<p>(BSR/PF, BSG).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Consulta de normas e protocolos.</li> <li>➤ Suporte teórico ministrado nas aulas.</li> </ul>	
<p>Providenciar cuidados nas situações que possam afetar negativamente a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal.</p>	<p>Comuns do Enfermeiro Especialista: A1, A2, B2, B3, C1, C2</p> <p>Específicas do Enfermeiro ESMO: 4.3</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Reconhecer quais os programas/recursos existentes dentro da Unidade de Saúde ou em articulação com as restantes USCP's e Centro Hospitalar do Oeste e de que forma é possível orientar a mulher/casal/família no pós-parto (consulta de amamentação, visita domiciliárias, etc);</li> <li>➤ Providenciar apoio na amamentação e disponibilizar folheto elaborado, em caso de necessidade.</li> </ul>	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Estudante;</li> <li>➤ Enfermeira Cooperante;</li> <li>➤ Equipa Multidisciplinar.</li> </ul> <p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Balança; esfigmomanómetro;</li> </ul>	<p>Ao longo das semanas em que decorre o E.</p>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ suportes de registo (<i>Scilicet</i> e os boletins (BSR/PF, BSG).</li> <li>➤ Consulta de normas e protocolos.</li> <li>➤ Suporte teórico ministrado nas aulas.</li> </ul>	
Promover a saúde da mulher apoiando o processo de transição à menopausa.	Comuns do Enfermeiro Especialista: A1, A2, B2, B3, C1, C2	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Participar ativamente nas consultas à mulher no climatério, de forma a dar resposta às expectativas, dúvidas e/ou receios da mulher;</li> <li>➤ Avaliar a necessidade de realização do Rastreio do Cancro do Colo do Útero (RCCU) se cumprir critérios para fazer parte do programa de rastreamento implementado em Portugal (até aos</li> </ul>	Humanos: <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Estudante;</li> <li>➤ Enfermeira Cooperante;</li> <li>➤ Equipa Multidisciplinar.</li> </ul>	Ao longo das semanas em que decorre o E.

	<p>Específicas do Enfermeiro ESMO: 5.1</p>	<p>60 anos) ou avaliar a necessidade de executar o rastreio oportunista;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Executar o RCCU;</li> <li>➤ Alertar sobre as IST's e formas de prevenir o contágio e fazer controlo analítico frequente;</li> <li>➤ Identificar problemas relacionados com a vivência da sexualidade e promover a sua resolução, articulando com as valências disponíveis;</li> <li>➤ Avaliar necessidade de realizar a prevenção contra o cancro da mama através da realização de mamografias de rastreio, e articular com as devidas valências.</li> </ul>	<p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Balança; esfigmomanómetro;</li> <li>➤ suportes de registo (<i>Sclinico</i> e os boletins (BSR/PF, BSG).</li> <li>➤ Consulta de normas e protocolos.</li> <li>➤ Suporte teórico ministrado nas aulas.</li> </ul>	
<p>Promover a saúde ginecológica da mulher.</p>	<p>Comuns do Enfermeiro Especialista:</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Participar ativamente nas consultas à mulher, de forma a dar resposta às expectativas, dúvidas e/ou receios da mulher dentro do foro ginecológico;</li> </ul>	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Estudante;</li> <li>➤ Enfermeira Cooperante;</li> </ul>	<p>Ao longo das semanas em que decorre o E.</p>

	<p>A1, A2, B2, B3, C1, C2</p> <p>Específicas do Enfermeiro ESMO: 6.1</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Reconhecer quais os programas/recursos existentes dentro da Unidade de Saúde ou em articulação com as restantes USCP's e Centro Hospitalar do Oeste e de que forma é possível orientar a mulher relativamente à saúde ginecológica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Equipa Multidisciplinar.</li> </ul> <p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Balança; esfigmomanómetro;</li> <li>➤ suportes de registo (<i>Sclinico</i> e os boletins (BSR/PF)).</li> <li>➤ Consulta de normas e protocolos.</li> <li>➤ Suporte teórico ministrado nas aulas.</li> </ul>	
--	--	---	---	--

<p>Diagnosticar precocemente e previne complicações relacionadas com afeções do aparelho genito-urinário e/ou mama.</p>	<p>Comuns do Enfermeiro Especialista: A1, A2, B2, B3, C1, C2</p> <p>Específicas do Enfermeiro ESMO: 6.2</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Reconhecer quais os programas/recursos existentes dentro da Unidade de Saúde ou em articulação com as restantes USCP's e Centro Hospitalar do Oeste e de que forma é possível orientar a mulher relativamente à doença ginecológica;</li> <li>➤ Avaliar necessidade de realizar a prevenção contra o cancro da mama através da realização de mamografias de rastreio, e articular com as devidas valências.</li> </ul>	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Estudante;</li> <li>➤ Enfermeira Cooperante;</li> <li>➤ Equipa Multidisciplinar.</li> </ul> <p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Balança; esfigmomanómetro;</li> <li>➤ suportes de registo (<i>Scínico</i> e os boletins (BSR/PF)).</li> <li>➤ Consulta de normas e protocolos.</li> </ul>	<p>Ao longo das semanas em que decorre o E.</p>
---	---	---	---	---

			<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Suporte teórico ministrado nas aulas.</li> </ul>	
Promover a saúde do grupo-alvo	<p>Comuns do Enfermeiro Especialista: A1, A2, B2, B3, C1, C2</p> <p>Específicas do Enfermeiro ESMO: 7.1</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Participar ativamente nas consultas à mulher/casal/família, de forma a dar resposta às expectativas, dúvidas e/ou receios da mulher dentro da saúde sexual e reprodutiva;</li> <li>➤ Reconhecer quais os programas existentes dentro da Unidade de Saúde ou em articulação com as restantes USCP's e de que forma é possível orientar a mulher/casal/família para a sua saúde sexual e reprodutiva.</li> </ul>	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Estudante;</li> <li>➤ Enfermeira Cooperante;</li> <li>➤ Equipa Multidisciplinar.</li> </ul>	Ao longo das semanas em que decorre o E.
<p>Diagnosticar precocemente e intervêm no grupo-alvo no sentido de prevenir</p>	<p>Comuns do Enfermeiro Especialista: A1, A2, B2, B3, C1, C2</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Promover a tomada de decisão responsável e esclarecida a cada mulher;</li> <li>➤ Promover e informar sobre o cumprimento do Plano Nacional de Vacinação em vigor;</li> <li>➤ Respeitar a multiculturalidade envolvida na população-alvo da Unidade de Saúde e advogar</li> </ul>	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Estudante;</li> <li>➤ Enfermeira Cooperante;</li> <li>➤ Equipa Multidisciplinar.</li> </ul>	Ao longo das semanas em que decorre o E.

complicações na área da saúde sexual e reprodutiva.	Específicas do Enfermeiro ESMO: 7.2	sempre em prol da promoção da saúde e bem-estar da população; ➤ Informar sobre as maternidades existentes abrangidas pela ULS Oeste e aconselhar sobre qual a melhor conduta a adotar em caso de procura urgente de cuidados hospitalares.		
OBJETIVO ESPECÍFICO	ATIVIDADES/INTERVENÇÕES A SEREM DESENVOLVIDAS	RECURSOS	CALENDARIZAÇÃO	
Desenvolver Competências relacionais, técnicas e cognitivas no domínio da melhoria contínua da qualidade e no domínio da gestão dos cuidados	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Identificar qual a organização e metodologia de trabalho da Unidade de Saúde da Ventosa (ULS do Oeste);</li> <li>➤ Colaborar na gestão, reposição e distribuição dos recursos materiais;</li> <li>➤ Planear e priorizar os cuidados prestados de acordo com os recursos existentes e gestão de tempo disponível.</li> </ul>	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Enfermeira Cooperante;</li> <li>➤ Estudante;</li> <li>➤ Utentes.</li> </ul> <p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Consulta de normas e protocolos;</li> <li>➤ suporte teórico ministrado nas aulas.</li> </ul>	Ao longo das semanas em que decorre o E.	

<p>Desenvolver Competências relacionais, técnicas e Cognitivas no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Através dos princípios éticos e a deontologia profissional, desenvolver uma prática clínica profissional, ética e legal;</li> <li>➤ Respeitar os direitos humanos, individuais, sexuais e reprodutivos na minha prática de cuidados;</li> <li>➤ Respeitar os valores, crenças e ideais, bem como as características culturais de cada mulher/casal/família.</li> </ul>	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Enfermeira Cooperante;</li> <li>➤ Estudante;</li> <li>➤ Utentes.</li> </ul> <p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Consulta de normas e protocolos;</li> <li>➤ suporte teórico ministrado nas aulas.</li> </ul>	<p>Ao longo das semanas em que decorre o E.</p>
<p>Desenvolver Competências relacionais, técnicas e Cognitivas no domínio do desenvolvimento das Aprendizagens profissionais</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Solicitar um feedback contínuo à minha enfermeira cooperante sobre a minha prática clínica, críticas construtivas e no que é passível de ser melhorado;</li> <li>➤ Realização de um folheto “Guia Prático para o Aleitamento Materno”</li> </ul>	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Enfermeira Cooperante;</li> <li>➤ Estudante;</li> <li>➤ Utentes.</li> </ul> <p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Consulta de normas e protocolos;</li> </ul>	<p>Ao longo das semanas em que decorre o E.</p>

	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Realizar a tradução e requalificação do folheto já existente na instituição sobre “Alimentação na Gravidez” nas línguas portuguesa, inglesa, francesa, indiana e nepalesa;</li><li>➤ Participação em projetos a desenvolver na ULS – encontro do aleitamento materno e curso de preparação para a parentalidade positiva;</li><li>➤ Realizar uma prestação de cuidados especializados fomentados na evidência científica;</li><li>➤ Refletir frequentemente sobre a minha prática e procurar uma melhoria contínua na minha prestação de cuidados.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ suporte teórico ministrado nas aulas.</li></ul>	
--	--	---	--

#### 4.2 - ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA NA GRAVIDEZ PATOLÓGICA E GINECOLOGIA

O presente sub-capítulo foi realizado no âmbito da Unidade Curricular (UC) de Estágio e Relatório em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, no contexto de Estágio (E) do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO) inserido tanto na vigilância materno-fetal como na consulta de ginecologia, valências estas enquadradas no plano de estudos do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Escola Superior de Saúde de Santarém. Este E fomenta-se na prestação de cuidados especializados de Enfermagem à mulher/casal/família nas diferentes dimensões da saúde da mulher (saúde materna, obstetrícia e ginecologia), compreendo situações de saúde e /ou risco.

Este EC terá a duração de 8 semanas (6 semanas na vigilância materno-fetal e 2 semanas na consulta de ginecologia), com início a 28 de outubro de 2024 e com término no dia 20 de dezembro de 2024, tendo prevista uma duração total de 200 horas (150h + 50h). O contexto clínico acontecerá no serviço de consultas de ginecologia e obstetrícia de um hospital privado, em Lisboa.

O presente projeto revela-se como um documentado orientador para a minha prática clínica, prevê a definição dos objetivos específicos que pretendo atingir e esquematiza em formato de tabela e de forma calendarizada, as atividades previstas a desenvolver, bem como os recursos auxiliares necessários a esse fim. É relevante referir que este projeto tem um carácter flexível e passível de sofrer mudanças ao longo das 8 semanas de E.

Para a definição dos objetivos específicos foram consultados como documentos orientadores o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (140/2019) e o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (391/2019).

Assim, foi definido como objetivo geral deste E a prestação de cuidados especializados de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica (ESMO) à mulher/casal/família inserida no contexto de consulta em situações de saúde e/ou risco; e como objetivos específicos: integrar a equipa multidisciplinar do serviço de consulta de OB-G; desenvolver competências relacionais, técnicas e cognitivas que visem a prestação de cuidados especializados em ESMO à mulher/casal/família inserida no âmbito: do planeamento familiar e período pré-concepcional, no período pré-natal, a vivenciar processos

de saúde/doença ginecológica; bem como, desenvolver competências relacionais, técnicas e cognitivas nos domínios preconizados ao Enfermeiro Especialista: gestão dos cuidados, responsabilidade profissional, domínio ético-legal, na melhoria contínua da qualidade e no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Tabela 2 - Atividades a desenvolver no EC em ESMO na Gravidez Patológica e Ginecologia

OBJETIVO ESPECÍFICO	COMPETÊNCIAS A ADQUIRIR	ATIVIDADES A DESENVOLVER	RECURSOS	CALENDARIZAÇÃO
Integrar a equipa multidisciplinar do serviço de consultas de vigilância materno-fetal e ginecologia do Hospital	Comuns do Enfermeiro Especialista: A1, A2, B2, B3, C1, C2, D2	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Conhecimento da estrutura física do serviço de consultas na qual decorre o E;</li> <li>➤ Integrar na dinâmica e método de trabalho da equipa multidisciplinar;</li> <li>➤ Demonstrar iniciativa e cooperativismo, postura ativa e conduta participativa no meu processo de aprendizagem;</li> <li>➤ Estabelecer uma relação profissional com a equipa multidisciplinar;</li> <li>➤ Estabelecer uma relação profissional com as utentes/casais/famílias;</li> <li>➤ Participar nas reuniões de equipa no âmbito da minha área de especialização e se tiver autorização superior para tal;</li> <li>➤ Conhecer os protocolos e instruções de trabalho (IT) em que o serviço se rege;</li> </ul>	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Estudante;</li> <li>➤ Enfermeira Cooperante;</li> <li>➤ Equipa Multidisciplinar.</li> </ul> <p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Consulta de normas e protocolos, instruções de trabalho (IT's);</li> <li>➤ Suporte teórico ministrado nas aulas.</li> </ul>	Ao longo das semanas em que decorre o E.

		<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Mobilizar os conhecimentos adquiridos no 1ºano do Curso de Mestrado para a prática de cuidados especializados;</li><li>➤ Respeitar as normas definidas pela Direção Geral de Saúde, protocolos e projetos existentes no âmbito de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (Programa Nacional de Vigilância de Gravidez de Baixo Risco, Programa Nacional de Vacinação, Programa Nacional de Saúde Sexual e Reprodutiva);</li><li>➤ Realizar consultas de Enfermagem conjuntamente com a minha Enfermeira Cooperante;</li><li>➤ Realizar as consultas de Saúde Materna direcionadas a cada trimestre de gravidez, conjuntamente com a minha Enfermeira Cooperante.</li></ul>		
--	--	--	--	--

OBJETIVO ESPECÍFICO	COMPETÊNCIAS A ADQUIRIR	ATIVIDADE A DESENVOLVER		RECURSOS	CALENDARIZAÇÃO
<p>Promover a saúde da mulher no âmbito da saúde sexual, do planeamento familiar e durante o período preconcepcional.</p>	<p>Comuns do Enfermeiro Especialista: A1, A2, B2, B3, C1, C2, D2</p> <p>Específicas do Enfermeiro ESMO: 1.1</p>	<p><u>PLANEAMENTO FAMILIAR</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Reconhecer quais os programas existentes dentro da Unidade de Saúde ou em articulação com as restantes Unidade de Saúde Personalizados (USCP) e de que forma é possível orientar a mulher/casal/família;</li> <li>➤ Participar ativamente nas consultas de planeamento familiar, de forma a dar resposta às expectativas, dúvidas e/ou receios da mulher/casal/família;</li> <li>➤ Personalizar os cuidados a cada mulher/casal, fazer um levantamento daquilo que a</li> </ul>	<p><u>CONSULTA PRECONCEPCIONAL</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Reconhecer quais as IT's existentes dentro do serviço de forma a orientar a mulher/casal/família;</li> <li>➤ Participar ativamente nas consultas preconcepcionais, de forma a dar resposta às expectativas,</li> </ul>	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Estudante;</li> <li>➤ Enfermeira Cooperante;</li> <li>➤ Equipa; Multidisciplinar.</li> </ul> <p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Balança; esfigmomanómetro;</li> <li>➤ suportes de registo (<i>Glint</i> e os boletins (Boletim de Saúde Reprodutiva</li> </ul>	<p>Ao longo das semanas em que decorre o E.</p>

		<p>fez procurar os cuidados de saúde e aconselhar da melhor forma de acordo com informação levantada (antecedentes pessoais/ginecológicos/reprodutivos, antecedentes familiares, ciclo menstrual e história de saúde sexual e reprodutiva);</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Informar a mulher/casal sobre as formas existentes de prevenção de uma gravidez, quais os métodos contraceptivos existentes e quais as suas vantagens/desvantagens;</li> <li>➤ Promover a tomada de decisão responsável e esclarecida a cada mulher/casal.</li> </ul>	<p>dúvidas e/ou receios da mulher;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Promover a tomada de decisão responsável e esclarecida a cada mulher;</li> <li>➤ Aconselhar e guiar de forma a contribuir para o sucesso da gravidez através da identificação precoce de fatores de risco que podem ser mutáveis (hábitos </li></ul>	<p>(BSR)/Planeamento Familiar (PF).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Consulta de normas, IT's e protocolos.</li> <li>➤ Suporte teórico ministrado nas aulas.</li> </ul>	
--	--	--	--	---	--

			tabágicos/alcoólicos, sedentarismo, obesidade, etc).	
Providenciar cuidados à mulher com disfunções sexuais, problemas de fertilidade e infeções sexualmente transmissíveis.	Comuns do Enfermeiro Especialista: A1, A2, B2, B3, C1, C2, D2  Específicas do Enfermeiro ESMO: 1.3	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Participar ativamente na consulta à mulher/casal com disfunção sexual;</li> <li>➤ Aconselhar e orientar a mulher/casal com disfunção sexual, dando apoio emocional e articulando e sinalizando para outras valências que possam dar resposta à problemática levantada.</li> </ul>	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Estudante;</li> <li>➤ Enfermeira Cooperante;</li> <li>➤ Equipa Multidisciplinar</li> </ul> <p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Balança;</li> <li>➤ Esfigmomanómetro;</li> <li>➤ suportes de registo (<i>Glint</i> e os boletins (BSR/PF).</li> </ul>	Ao longo das semanas em que decorre o E.

			<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Consulta de normas, IT's e protocolos.</li> <li>➤ Suporte teórico ministrado nas aulas.</li> </ul>	
--	--	--	---	--

OBJETIVO ESPECÍFICO	COMPETÊNCIAS A ADQUIRIR	ATIVIDADES A DESENVOLVER	RECURSOS	CALENDARIZAÇÃO
Promover a saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de aborto espontâneo	Comuns do Enfermeiro Especialista: A1, A2, B2, B3, C1, C2, D2  Específicas do Enfermeiro ESMO: 2.1	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Participar ativamente nas consultas pós-aborto espontâneo, de forma a dar resposta às expectativas, dúvidas e/ou receios da mulher/casal/família no planeamento familiar e prevenção de uma nova gravidez;</li> <li>➤ Informar a mulher/casal sobre as formas existentes de prevenção de uma nova gravidez, quais os métodos contraceptivos existentes no pós-</li> </ul>	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Estudante;</li> <li>➤ Enfermeira Cooperante;</li> <li>➤ Equipa Multidisciplinar.</li> </ul> <p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Balança;</li> <li>➤ esfigmomanómetro;</li> </ul>	Ao longo das semanas em que decorre o E.

		<p>aborto espontâneo e quais as suas vantagens/desvantagens;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Participar ativamente nas consultas pré-natais, de forma a dar resposta às expectativas, dúvidas e/ou receios da mulher/casal/família, em qualquer período da gestação;</li> <li>➤ Orientar a mulher/casal para a elaboração do seu plano de parto de forma informada e esclarecida.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ suportes de registo (<i>Glint</i> e os boletins (BSR/PF, BSG).</li> <li>➤ Consulta de normas, IT's e protocolos.</li> <li>➤ Suporte teórico ministrado nas aulas.</li> </ul>	
<p>Diagnosticar precocemente e prevenir complicações na saúde da mulher durante o período pré-natal</p>	<p>Comuns do Enfermeiro Especialista: A1, A2, B2, B3, C1, C2, D2</p> <p>Específicas do Enfermeiro ESMO: 2.2</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Participar ativamente nas consultas pré-natais, de forma a dar resposta às expectativas, dúvidas e/ou receios da mulher/casal/família, em qualquer período da gestação;</li> <li>➤ Monitorizar a saúde e bem-estar materno-fetal através da avaliação dos seguintes parâmetros: Tensão Arterial (TA), peso, perímetro abdominal;</li> </ul>	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Estudante;</li> <li>➤ enfermeira cooperante;</li> <li>➤ equipa multidisciplinar.</li> </ul> <p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Balança;</li> <li>➤ esfigmomanómetro;</li> </ul>	<p>Ao longo das semanas em que decorre o E.</p>

		<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Monitorizar a saúde e bem-estar materno-fetal através da Cardiotocografia (CTG), bem como interpretar o traçado e despistar qualquer tipo de alteração;</li><li>➤ Esclarecer todas as dúvidas que possam surgir durante a gestação e até relacionadas com o pós-parto;</li><li>➤ Promover hábitos saudáveis durante a gravidez e educar nesse sentido, reforçando a sua importância para a vivência de uma gravidez saudável e positiva (alimentação, diminuição ou cessação de comportamentos de risco, cuidados relativos à não imunidade à Toxoplasmose, etc...).</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ suportes de registo (<i>Glint</i> e os boletins (BSR/PF, Boletim de Saúde da Grávida [BSG]).</li><li>➤ Consulta de normas, IT's e protocolos.</li><li>➤ Suporte teórico ministrado nas aulas.</li></ul>	
--	--	--	---	--

<p>Providenciar cuidados à mulher e facilitar a sua adaptação, durante o período pré-natal</p>	<p>Comuns do Enfermeiro Especialista: A1, A2, B2, B3, C1, C2. D2</p> <p>Específicas do Enfermeiro ESMO: 2.3</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Participar ativamente nas consultas pré-natais, de forma a dar resposta às expectativas, dúvidas e/ou receios da mulher/casal/família, em qualquer período da gestação;</li> <li>➤ Educar sobre os desconfortos comuns durante a gravidez e medidas de conforto que podem ajudar a colmatar tais desconfortos.</li> </ul>	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Estudante;</li> <li>➤ Enfermeira Cooperante;</li> <li>➤ Equipa Multidisciplinar.</li> </ul> <p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Balança; esfigmomanómetro;</li> <li>➤ suportes de registo (<i>Glint</i> e os boletins (BSR/PF, BSG)).</li> <li>➤ Consulta de normas, IT's e protocolos.</li> <li>➤ Suporte teórico ministrado nas aulas.</li> </ul>	<p>Ao longo das semanas em que decorre o E.</p>
--	---	--	---	---

OBJETIVO ESPECÍFICO	COMPETÊNCIAS A ADQUIRIR	ATIVIDADES A DESENVOLVER	RECURSOS	CALENDARIZAÇÃO
<p>Promover a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal.</p>	<p>Comuns do Enfermeiro Especialista: A1, A2, B2, B3, C1, C2, D2</p> <p>Específicas do Enfermeiro ESMO: 4.1</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Participar ativamente nas consultas pós-parto, de forma a dar resposta às expectativas, dúvidas e/ou receios da mulher/casal/família;</li> <li>➤ Colaborar na consulta de revisão do parto, promover o aleitamento materno e o planeamento familiar para a prevenção de uma nova gravidez precoce.</li> </ul>	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Estudante;</li> <li>➤ Enfermeira Cooperante;</li> <li>➤ Equipa Multidisciplinar.</li> </ul> <p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Balança;</li> <li>➤ esfigmomanómetro;</li> <li>➤ Suportes de registo (<i>Glint</i> e os boletins (BSR/PF)).</li> <li>➤ Consulta de normas, IT's e protocolos.</li> <li>➤ Suporte teórico ministrado nas aulas.</li> </ul>	<p>Ao longo das semanas em que decorre o E.</p>

OBJETIVO ESPECÍFICO	COMPETÊNCIAS A ADQUIRIR	ATIVIDADES A DESENVOLVER	RECURSOS	CALENDARIZAÇÃO
Promover a saúde ginecológica da mulher	Comuns do Enfermeiro Especialista: A1, A2, B2, B3, C1, C2, D2  Específicas do Enfermeiro ESMO: 6.1	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Participar ativamente nas consultas à mulher, de forma a dar resposta às expectativas, dúvidas e/ou receios da mulher dentro do foro ginecológico;</li> </ul>	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Estudante;</li> <li>➤ Enfermeira Cooperante;</li> <li>➤ Equipa Multidisciplinar.</li> </ul> <p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Balança;</li> <li>➤ Esfigmomanómetro;</li> <li>➤ suportes de registo (<i>Glint</i> e os boletins (BSR/PF)).</li> <li>➤ Consulta de normas, IT's e protocolos.</li> </ul>	Ao longo das semanas em que decorre o E.

			<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Suporte teórico ministrado nas aulas.</li> </ul>	
--	--	--	---	--

OBJETIVO ESPECÍFICO	COMPETÊNCIAS A ADQUIRIR	ATIVIDADES A DESENVOLVER	RECURSOS	CALENDARIZAÇÃO
Promover a saúde do grupo-alvo	<p>Comuns do Enfermeiro</p> <p>Especialista: A1, A2, B2, B3, C1, C2, D2</p> <p>Específicas do Enfermeiro ESMO:</p> <p>7.1</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Participar ativamente nas consultas à mulher/casal/família, de forma a dar resposta às expectativas, dúvidas e/ou receios da mulher dentro da saúde sexual e reprodutiva.</li> </ul>	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Estudante;</li> <li>➤ Enfermeira Cooperante;</li> <li>➤ Equipa Multidisciplinar.</li> </ul>	Ao longo das semanas em que decorre o E.

<p>Diagnosticar precocemente e intervêm no grupo-alvo no sentido de prevenir complicações na área da saúde sexual e reprodutiva</p>	<p>Comuns do Enfermeiro Especialista: A1, A2, B2, B3, C1, C2, D2</p> <p>Específicas do Enfermeiro ESMO: 7.2</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Promover a tomada de decisão responsável e esclarecida a cada mulher;</li> <li>➤ Promover e informar sobre o cumprimento do Plano Nacional de Vacinação em vigor;</li> <li>➤ Respeitar a multiculturalidade envolvida na população-alvo e advogar sempre em prol da promoção da saúde e bem-estar da população.</li> </ul>	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Estudante;</li> <li>➤ Enfermeira Cooperante;</li> <li>➤ Equipa Multidisciplinar.</li> </ul>	<p>Ao longo das semanas em que decorre o E.</p>
---	---	---	--	---

OBJETIVO ESPECÍFICO	ATIVIDADES A DESENVOLVER	RECURSOS	CALENDARIZAÇÃO
Desenvolver competências relacionais, técnicas e cognitivas no domínio da melhoria contínua da qualidade e no domínio da gestão dos cuidados	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Identificar qual a organização e metodologia de trabalho do serviço de consulta na qual decorre o E;</li> <li>➤ Colaborar na gestão, reposição e distribuição dos recursos materiais;</li> <li>➤ Planear e priorizar os cuidados prestados de acordo com os recursos existentes e gestão de tempo disponível.</li> </ul>	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Enfermeira Cooperante;</li> <li>➤ Estudante;</li> <li>➤ Utentes.</li> </ul> <p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Consulta de normas, IT's e protocolos;</li> <li>➤ suporte teórico ministrado nas aulas.</li> </ul>	Ao longo das semanas em que decorre o E.
Desenvolver Competências relacionais, técnicas e Cognitivas no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Através dos princípios éticos e a deontologia profissional, desenvolver uma prática clínica profissional, ética e legal;</li> <li>➤ Respeitar os direitos humanos, individuais, sexuais</li> </ul>	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Enfermeira Cooperante;</li> <li>➤ Estudante;</li> <li>➤ Utentes.</li> </ul> <p>Materiais:</p>	Ao longo das semanas em que decorre o E.

	<p>e reprodutivos na minha prática de cuidados;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Respeitar os valores, crenças e ideais, bem como as características culturais de cada mulher/casal/família.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Consulta de normas, IT's e protocolos;</li> <li>➤ suporte teórico ministrado nas aulas.</li> </ul>	
<p>Desenvolver Competências relacionais, técnicas e Cognitivas no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Solicitar um feedback contínuo à minha enfermeira cooperante sobre a minha prática clínica, críticas construtivas e no que é passível de ser melhorado;</li> <li>➤ Realizar uma prestação de cuidados especializados fomentados na evidência científica;</li> <li>➤ Refletir frequentemente sobre a minha prática e procurar uma melhoria contínua na minha prestação de cuidados.</li> </ul>	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Enfermeira Cooperante;</li> <li>➤ Estudante;</li> <li>➤ Utentes.</li> </ul> <p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Consulta de normas, IT's e protocolos;</li> <li>➤ suporte teórico ministrado nas aulas.</li> </ul>	<p>Ao longo das semanas em que decorre o E.</p>

#### 4.3 - ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA NO PUERPÉRIO

O presente sub-capítulo foi realizado no âmbito da Unidade Curricular (UC) de Estágio e Relatório em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, no contexto de Estágio (E) do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO) no puerpério, enquadrado no plano de estudos do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Escola Superior de Saúde de Santarém. Este E fomenta-se na prestação de cuidados especializados de Enfermagem à mulher/casal/família nas diferentes dimensões da saúde da mulher durante o período pós-natal, compreendendo situações de saúde e /ou risco.

Este EC terá a duração de 6 semanas, com início a 27 de janeiro de 2025 e com término no dia 7 de março de 2025, tendo prevista uma duração total de 150 horas. O contexto clínico acontecerá num serviço de puerpério de um hospital privado, em Lisboa.

O presente projeto revela-se como um documentado orientador para a minha prática clínica, prevê a definição dos objetivos específicos que pretendo atingir e esquematiza em formato de tabela e de forma calendarizada, as atividades previstas a desenvolver, bem como os recursos auxiliares necessários a esse fim. É relevante referir que este projeto tem um carácter flexível e passível de sofrer mudanças ao longo das 6 semanas de E.

Para a definição dos objetivos específicos foram consultados como documentos orientadores o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (140/2019) e o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (391/2019).

Assim, foi definido como objetivo geral deste E a prestação de cuidados especializados de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica (ESMO) à mulher/casal/família no período pós-parto em situações de saúde e/ou risco; e como objetivos específicos: integrar a equipa multidisciplinar da xxx; desenvolver competências relacionais, técnicas e cognitivas que visem a prestação de cuidados especializados em ESMO à mulher no período do pós-parto; bem como, desenvolver competências relacionais, técnicas e cognitivas nos domínios preconizados ao Enfermeiro Especialista: gestão dos cuidados, responsabilidade profissional, domínio ético-legal, na melhoria contínua da qualidade e no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Tabela 3 - Atividades a desenvolver no EC em ESMO no Puerpério

OBJETIVO ESPECÍFICO	COMPETÊNCIAS A ADQUIRIR	ATIVIDADES A DESENVOLVER	RECURSOS	CALENDARIZAÇÃO
Integrar a equipa multidisciplinar na Unidade Funcional de Obstetrícia e Neonatologia xxx	Comuns do Enfermeiro Especialista: A1, A2, B2, B3, C1, C2	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Conhecimento da estrutura física da Unidade na qual decorre o E;</li> <li>➤ Integrar na dinâmica e método de trabalho da equipa multidisciplinar;</li> <li>➤ Demonstrar iniciativa e cooperativismo, postura ativa e conduta participativa no meu processo de aprendizagem;</li> <li>➤ Estabelecer uma relação profissional com a equipa multidisciplinar;</li> <li>➤ Estabelecer uma relação profissional com as utentes/casais/famílias;</li> <li>➤ Participar nas reuniões de equipa no âmbito da minha área de especialização e se tiver autorização superior para tal;</li> </ul>	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Estudante;</li> <li>➤ Enfermeira Cooperante;</li> <li>➤ Equipa Multidisciplinar.</li> </ul> <p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Consulta de normas e protocolos, instruções de trabalho (IT's);</li> <li>➤ Suporte teórico ministrado nas aulas.</li> </ul>	Ao longo das semanas em que decorre o E.

		<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Conhecer os protocolos e instruções de trabalho (IT) em que o serviço se rege;</li> <li>➤ Mobilizar os conhecimentos adquiridos no 1º ano do Curso de Mestrado para a prática de cuidados especializados.</li> </ul>		
--	--	---	--	--

OBJETIVO ESPECÍFICO	COMPETÊNCIAS A ADQUIRIR	ATIVIDADES A DESENVOLVER	RECURSOS	CALENDARIZAÇÃO
Promover a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal.	Comuns do Enfermeiro Especialista: A1, A2, B2, B3, C1, C2, D2	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Promover a relação terapêutica com a tríade no pós-parto de forma a dar resposta às expectativas, dúvidas e/ou receios da mulher/casal/família;</li> <li>➤ Realizar a observação céfalo-caudal da mulher no pós-parto e recém-</li> </ul>	Humanos: <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Estudante;</li> <li>➤ Enfermeira Cooperante;</li> <li>➤ Equipa Multidisciplinar.</li> </ul>	Ao longo das semanas em que decorre o E.

	<p>Específicas do Enfermeiro ESMO: 4.1</p>	<p>nascido e assegurar os cuidados à díade;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Promover o aleitamento materno, ensinar sobre os benefícios do aleitamento materno, sinais de boa pega e posicionamento do recém-nascido na mama;</li> <li>➤ Promover e apoiar a transição para a parentalidade.</li> </ul>	<p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Balança,</li> <li>➤ Esfigmomanómetro;</li> <li>➤ suportes de registo (<i>Glint</i> e os boletins (BSR/PF)).</li> <li>➤ Consulta de normas, IT's e protocolos.</li> <li>➤ Suporte teórico ministrado nas aulas.</li> </ul>	
<p>Diagnosticar precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e recém-nascido durante o</p>	<p>Comuns do Enfermeiro Especialista: A1, A2, B2, B3, C1, C2, D2</p> <p>Específicas do Enfermeiro ESMO: 4.2</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Promover a relação terapêutica com a tríade no pós-parto de forma a dar resposta às expectativas, dúvidas e/ou receios da mulher/casal/família;</li> <li>➤ Realizar a observação céfalo-caudal da mulher no pós-parto e recém-nascido e assegurar os cuidados à díade;</li> </ul>	<p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Balança;</li> <li>➤ esfigmomanómetro;</li> <li>➤ suportes de registo (<i>Glint</i> e os boletins (BSR/PF)).</li> <li>➤ Consulta de normas, IT's e protocolos.</li> </ul>	<p>Ao longo das semanas em que decorre o E.</p>

período pós-natal		<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Identificar situações que saiam da normalidade na recuperação da mulher no pós-parto, tanto na dimensão física como na psicológica e atuar no sentido de potenciar a saúde da mesma;</li> <li>➤ Promover o aleitamento materno, ensinar sobre os benefícios do aleitamento materno, sinais de boa pega e posicionamento do recém-nascido na mama;</li> <li>➤ Promover e apoiar a transição para a parentalidade.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Suporte teórico ministrado nas aulas.</li> </ul>	
Providenciar cuidados nas situações que possam afetar negativamente a saúde da mulher e recém-nascido	<p>Comuns do Enfermeiro Especialista: A1, A2, B2, B3, C1, C2, D2</p> <p>Específicas do Enfermeiro ESMO: 4.3</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Promover a relação terapêutica com a tríade no pós-parto de forma a dar resposta às expectativas, dúvidas e/ou receios da mulher/casal/família;</li> <li>➤ Realizar a observação céfalo-caudal da mulher no pós-parto e recém-nascido e assegurar os cuidados à díade;</li> </ul>	<p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Balança;</li> <li>➤ esfigmomanómetro;</li> <li>➤ suportes de registo (<i>Glint</i> e os boletins (BSR/PF)).</li> <li>➤ Consulta de normas, IT's e protocolos.</li> </ul>	Ao longo das semanas em que decorre o E.

no período pós-natal		<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Identificar situações que saiam da normalidade na recuperação da mulher no pós-parto, referenciando para a equipa médica de obstetras e cooperando com a equipa multidisciplinar de forma a potenciar a saúde da puérpera;</li><li>➤ Promover o aleitamento materno, ensinar sobre os benefícios do aleitamento materno, sinais de boa pega e posicionamento do recém-nascido na mama;</li><li>➤ Promover e apoiar a transição para a parentalidade, dando suporte emocional, bem como fazer a ponte com a equipa multidisciplinar (obstetra e psicóloga) sempre que houver essa necessidade.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Suporte teórico ministrado nas aulas.</li></ul>	
----------------------	--	---	---	--

OBJETIVO ESPECÍFICO	ATIVIDADES/INTERVENÇÕES A SEREM DESENVOLVIDAS	RECURSOS	CALENDARIZAÇÃO
<p>Desenvolver Competências relacionais, técnicas e Cognitivas no domínio da melhoria contínua da qualidade e no domínio da gestão dos cuidados</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Identificar qual a organização e metodologia de trabalho do serviço de consulta na qual decorre o E;</li> <li>➤ Colaborar na gestão, reposição e distribuição dos recursos materiais;</li> <li>➤ Planear e priorizar os cuidados prestados de acordo com os recursos existentes e gestão de tempo disponível.</li> </ul>	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Enfermeira Cooperante;</li> <li>➤ Estudante;</li> <li>➤ Utentes.</li> </ul> <p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Consulta de normas, IT's e protocolos;</li> <li>➤ suporte teórico ministrado nas aulas.</li> </ul>	<p>Ao longo das semanas em que decorre o E.</p>

<p>Desenvolver Competências relacionais, técnicas e Cognitivas no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Através dos princípios éticos e a deontologia profissional, desenvolver uma prática clínica profissional, ética e legal;</li> <li>➤ Respeitar os direitos humanos, individuais, sexuais e reprodutivos na minha prática de cuidados;</li> <li>➤ Respeitar os valores, crenças e ideais, bem como as características culturais de cada mulher/casal/família.</li> </ul>	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Enfermeira Cooperante;</li> <li>➤ Estudante;</li> <li>➤ Utentes.</li> </ul> <p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Consulta de normas, IT's e protocolos;</li> <li>➤ suporte teórico ministrado nas aulas.</li> </ul>	<p>Ao longo das semanas em que decorre o E.</p>
<p>Desenvolver Competências relacionais, técnicas e Cognitivas no domínio do desenvolvimento das Aprendizagens profissionais</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Solicitar um <i>feedback</i> contínuo à minha enfermeira cooperante sobre a minha prática clínica, críticas construtivas e no que é passível de ser melhorado;</li> <li>➤ Realizar uma prestação de cuidados especializados</li> </ul>	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Enfermeira Cooperante;</li> <li>➤ Estudante;</li> <li>➤ Utentes.</li> </ul> <p>Materiais:</p>	<p>Ao longo das semanas em que decorre o E.</p>

	<p>fomentados na evidência científica;</p> <ul style="list-style-type: none"><li>➤ Refletir frequentemente sobre a minha prática e procurar uma melhoria contínua na minha prestação de cuidados.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Consulta de normas, IT's e protocolos;</li><li>➤ suporte teórico ministrado nas aulas.</li></ul>	
--	---	--	--

#### 4.4 - ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA NA SALA DE PARTOS

O presente sub-capítulo foi realizado no âmbito da Unidade Curricular (UC) de Estágio e Relatório em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, no contexto de Estágio (E) do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO) na sala de partos, enquadrado no plano de estudos do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Escola Superior de Saúde de Santarém. Este E fomenta-se na prestação de cuidados especializados de Enfermagem à mulher/casal/família nas diferentes dimensões da saúde da mulher durante o trabalho de parto, parto e puerpério imediato, compreendendo situações de saúde e /ou risco.

Este EC terá a duração de 20 semanas, com início a 14 de fevereiro de 2025 e com término no dia 11 de julho de 2025, tendo prevista uma duração total de 500 horas. O contexto clínico acontecerá num Hospital nível III da região de Lisboa e Vale do Tejo.

O presente projeto revela-se como um documentado orientador para a minha prática clínica, prevê a definição dos objetivos específicos que pretendo atingir e esquematiza em formato de tabela e de forma calendarizada, as atividades previstas a desenvolver, bem como os recursos auxiliares necessários a esse fim. É relevante referir que este projeto tem um carácter flexível e passível de sofrer mudanças ao longo das semanas de E.

Para a definição dos objetivos específicos foram consultados como documentos orientadores o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (140/2019) e o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (391/2019).

Assim, foi definido como objetivo geral deste E a prestação de cuidados especializados de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica (ESMO) à mulher/casal/família durante o trabalho de parto e parto em situações de saúde e/ou risco; e como objetivos específicos: integrar a equipa multidisciplinar do serviço; desenvolver competências relacionais, técnicas e cognitivas que visem a prestação de cuidados especializados em ESMO à mulher durante o trabalho de parto e parto; bem como, desenvolver competências relacionais, técnicas e cognitivas nos domínios preconizados ao Enfermeiro Especialista: gestão dos cuidados, responsabilidade profissional, domínio ético-legal, na melhoria contínua da qualidade e no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Tabela 4 - Atividades a desenvolver no EC em ESMO na Sala de Partos

OBJETIVO ESPECÍFICO	COMPETÊNCIAS A ADQUIRIR	ATIVIDADES A DESENVOLVER	RECURSOS	CALENDARIZAÇÃO
<p>Integrar a equipa multidisciplinar, conhecer a estrutura física e dinâmica organizacional da sala de partos</p>	<p>Comuns do Enfermeiro Especialista: A1, A2, B2, B3, C1, C2, D1, D2</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Conhecimento da estrutura física da sala de partos e como está organizada funcionalmente;</li> <li>➤ Integrar na dinâmica e método de trabalho da equipa multidisciplinar;</li> <li>➤ Demonstrar iniciativa e cooperativismo, postura ativa e conduta participativa no meu processo de aprendizagem;</li> <li>➤ Estabelecer uma relação profissional com a equipa multidisciplinar;</li> </ul>	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Estudante;</li> <li>➤ Enfermeira Cooperante;</li> <li>➤ Equipa Multidisciplinar.</li> </ul> <p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Consulta de normas e protocolos;</li> <li>➤ Suporte teórico ministrado nas aulas.</li> </ul>	<p>Ao longo das semanas em que decorre o E.</p>

		<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Estabelecer uma relação profissional com as parturientes/casais/famílias;</li><li>➤ Participar nas reuniões de equipa no âmbito da minha área de especialização e se tiver autorização superior para tal;</li><li>➤ Conhecer os protocolos e normas em que o serviço se rege;</li><li>➤ Conhecer a metodologia de trabalho;</li><li>➤ Mobilizar os conhecimentos adquiridos no 1ºano do Curso de Mestrado para a prática de cuidados especializados;</li><li>➤ Respeitar as normas definidas pela Direção Geral de Saúde, protocolos</li></ul>		
--	--	--	--	--

		e projetos existentes no âmbito de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.		
Promover a saúde da mulher e recém-nascido durante o trabalho de parto e parto	Comuns do Enfermeiro Especialista: A1, A2, B1, B2, C2, D1, D2  Específicas do Enfermeiro ESMO: 3	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Receber a grávida e a família num ambiente sereno, ajudando a reduzir a ansiedade e a fortalecer a confiança;</li> <li>➤ Demonstrar disponibilidade para ouvir os receios, dúvidas e necessidades da grávida e da família;</li> <li>➤ Explicar, de forma clara e compreensível, todos os procedimentos que serão realizados;</li> <li>➤ Identificar os sinais indicativos de início de trabalho de parto;</li> </ul>	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Estudante;</li> <li>➤ Enfermeira Cooperante;</li> <li>➤ Equipa Multidisciplinar.</li> </ul> <p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Consulta de normas e protocolos;</li> <li>➤ BSG;</li> <li>➤ Suporte teórico ministrado nas aulas.</li> </ul>	Ao longo das semanas em que decorre o E.

		<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Incentivar a discussão do plano de parto, apoiando e aconselhando a mulher nas suas decisões;</li><li>➤ Avaliar o bem-estar materno-fetal através do exame físico e obstétrico, manobras de Leopold, auscultação dos batimentos cardíacos fetais, cardiotocografia externa e registo no Boletim de Saúde da Grávida;</li><li>➤ Analisar a evolução do trabalho de parto por meio da cervicometria;</li><li>➤ Incentivar a mulher a adotar as posições em que se sinta mais confortável;</li><li>➤ Administrar a terapêutica prescrita, conforme</li></ul>		
--	--	---	--	--

		<p>necessário e de acordo com as orientações;</p> <ul style="list-style-type: none"><li>➤ Preparar o quarto para o parto e todo o material indispensável ao procedimento;</li><li>➤ Prestar apoio emocional contínuo, oferecendo encorajamento e conforto durante o trabalho de parto;</li><li>➤ Sugerir métodos não farmacológicos para alívio da dor e o uso da sala de <i>Snoezelen</i>;</li><li>➤ Orientar a parturiente durante os esforços expulsivos;</li><li>➤ Proceder ao corte do cordão umbilical, após confirmar se a parturiente</li></ul>		
--	--	---	--	--

		<p>ou o acompanhante desejam fazê-lo;</p> <ul style="list-style-type: none"><li>➤ Observar os sinais de dequitação;</li><li>➤ Auxiliar na dequitação através de tração controlada do cordão e pressão suprapúbica ligeira, avaliando a integridade e características da placenta.</li><li>➤ Confirmar a formação do globo de segurança de Pinard;</li><li>➤ Inspeccionar o canal vaginal para detetar possíveis lacerações;</li><li>➤ Executar a perineorrafia, se necessário;</li><li>➤ Monitorizar a puérpera para identificar eventuais</li></ul>		
--	--	--	--	--

		<p>complicações no pós-parto imediato;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Avaliar a adaptação extrauterina do recém-nascido e promover o aleitamento materno precoce;</li> <li>➤ Exercer a prática profissional de forma ética, integrada na equipa de enfermagem.</li> <li>➤ Realizar os registos de enfermagem decorrentes da prestação de cuidados.</li> </ul>		
<p>Diagnosticar complicações para a saúde da díade e aprender a atuar, precocemente, perante as complicações obstétricas</p>	<p>Comuns do Enfermeiro Especialista: A1, A2, B1, B2, B3, C2, D1, D2</p> <p>Específicas do Enfermeiro ESMO: 3</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Manter uma comunicação clara, assertiva e respeitosa com a mulher e a sua família;</li> <li>➤ Reconhecer sinais e sintomas que indiquem</li> </ul>	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Estudante;</li> <li>➤ Enfermeira Cooperante;</li> <li>➤ Equipa Multidisciplinar.</li> </ul>	<p>Ao longo das semanas em que decorre o E.</p>

		<p>situações de urgência e/ou emergência;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Atuar de forma adequada para minimizar riscos e prevenir complicações;</li> <li>➤ Monitorizar continuamente o bem-estar materno e fetal através do CTG, permitindo a deteção precoce de alterações ou complicações.</li> <li>➤ Administrar a medicação necessária, conforme prescrição médica e de acordo com os protocolos do serviço.</li> </ul>	<p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Consulta de normas e protocolos;</li> <li>➤ CTG;</li> <li>➤ Suporte teórico ministrado nas aulas.</li> </ul>	
Promover a saúde da mulher e recém-nascido no puerpério imediato	Comuns do Enfermeiro Especialista: A1, A2, B1, B2, B3, C2, D1, D2	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Avaliar o estado materno, tanto a nível hemodinâmico como obstétrico.</li> <li>➤ Favorecer o estabelecimento do vínculo</li> </ul>	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Estudante;</li> <li>➤ Enfermeira Cooperante;</li> </ul>	Ao longo das semanas em que decorre o E.

	<p>Específicas do Enfermeiro ESMO: 3</p>	<p>entre mãe, pai/acompanhante e recém-nascido;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Observar o recém-nascido para identificar possíveis malformações, verificando o palato, reflexos primitivos e permeabilidade dos orifícios corporais;</li> <li>➤ Monitorizar a involução uterina através da avaliação da altura do fundo uterino;</li> <li>➤ Avaliar as características dos lóquios;</li> <li>➤ Promover a eliminação vesical e, em caso de retenção urinária, proceder ao esvaziamento;</li> <li>➤ Incentivar o início precoce da amamentação;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Equipa Multidisciplinar.</li> </ul> <p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Consulta de normas e protocolos;</li> <li>➤ Suporte teórico ministrado nas aulas.</li> </ul>	
--	--	---	--	--

		<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Minimizar o desconforto perineal, através da crioterapia;</li><li>➤ Exercer a prática profissional de forma ética e alinhada com a deontologia, no contexto da equipa de enfermagem;</li><li>➤ Realizar ensinios ajustados à situação, promovendo o empoderamento da mulher e da família.</li></ul>		
--	--	---	--	--



## **5 - CONCLUSÃO**

A construção deste projeto de estágio revela-se de extrema importância e relevância para o meu desenvolvimento pessoal e profissional como futura EEESMO, demonstrando-se como um guia orientador para a minha prática, mapeando os objetivos que pretendo atingir. As atividades supracitadas permitirão a consolidação do meu conhecimento uma vez revelando-se como oportunidades de aprendizagem à minha prática clínica.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Almeida, P. D., Júnior, E. B. M., Araújo, T. M. E, Fronteira, I., Galvão, M. T. G. (2022). Mídias e comportamento sexual de jovens: revisão escopo. *Enfermagem Brasil*, 812-824. <https://doi.org/10.33233/eb.v21i6.5292>

Bandeira, M. (2019). *Educação Sexual nas Escolas: Um Caminho para a Promoção da Saúde*. Lisboa: Edições Almedina.

Chaer, G., Diniz, R. R. P., & Ribeiro, E. A. (2024). A técnica do questionário na pesquisa educacional. *Revista Evidência*, 7.

Costa, A. B. S., de Jesus Junior, A. M., Oliveira, C. A., Pereira, J. V. O., & Santos, M. P. (2023). O uso das tecnologias educativas na educação em saúde sexual com adolescentes. *Research, Society and Development*, 12(2), e29812240300-e29812240300.

Direção-Geral da Saúde. (2018). *Educação Sexual: Princípios e Diretrizes*. Disponível em: <https://www.dgs.pt/>

Duarte, A. D. O., Oliveira, T. M. D., Moreira, T. V. E., & Herênio, A. C. B. (2020). As Influências do Uso Indevido das Redes Sociais na Vida dos Adolescentes.

International Planned Parenthood Federation, Exclaim – young people’s guide to ‘Sexual rights: an IPPF declaration (London: IPPF, 2011), 40.

Ministério da Educação. (2015). *Orientações para a Educação Sexual nas Escolas*. Disponível em: <https://www.dge.mec.pt/>

Munn, Z., Peters, M.D.J., Stern, C. *et al.* Systematic review or scoping review? Guidance for authors when choosing between a systematic or scoping review approach. *BMC Med Res Methodol* 18, 143 (2018). <https://doi.org/10.1186/s12874-018-0611-x>

OE [Ordem dos Enfermeiros]. (2019). Regulamento n° 391/2019: regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e

obstétrica. In *Diário da República: II série, nº 85*.  
<https://files.dre.pt/2s/2019/05/085000000/1356013565.pdf>

Portugal, A. F., & de Souza, J. C. P. (2020). Uso das redes sociais na internet pelos adolescentes: uma revisão de literatura. *Revista Ensino de Ciências e Humanidades-Cidadania, Diversidade e Bem Estar-RECH*, 4(2, jul-dez), 262-291.

Santos, A. D. S., Viana, M. C. A., Chaves, E. M. C., Bezerra, A. D. M., Gonçalves Júnior, J., & Tamboril, A. C. R. (2018). Tecnologia educacional baseada em Nola Pender: promoção da saúde do adolescente.

Santi, D. B., Nogueira, I. S., & Baldissera, V. D. A. (2023). O Modelo de Nola Pender para promoção da saúde do adolescente: revisão integrativa. *REME-Revista Mineira de Enfermagem*, 27.

Vilelas, J. (2022). *Investigação - o processo de construção do conhecimento* (3ª Edição). Edições Sílabo, Lda.

World Health Organization, the sexual and reproductive health of younger adolescents: research issues in developing countries (WHO, 2011).



## **APÊNDICE II – SCOPING REVIEW**

**A influência das redes sociais nos conhecimentos e atitudes dos adolescentes  
sobre Saúde Sexual e Reprodutiva: uma Scoping Review**

**The influence of social media on adolescents' knowledge and attitudes about  
Sexual and Reproductive Health: a Scoping Review**

**Constança Maya Sammer**

Mestranda em ESMO; ORCID: 0009-0007-6363-373; Escola Superior de Saúde de Santarém;  
[230000152@essaude.ipsantarem.pt](mailto:230000152@essaude.ipsantarem.pt)

**Sara Elisabete Cavaco Palma**

Professora Coordenadora na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Lisboa, Portugal.  
Investigador no Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa  
(CIDNUR), Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa, Portugal. ORCID: 0000-0002-4640-6558  
[saraelisabetepalma@gmail.com](mailto:saraelisabetepalma@gmail.com)

**RESUMO**

**Introdução:** A adolescência é definida como a segunda década de vida, onde os jovens experienciam um conjunto de transformações biopsicossociais e os comportamentos de risco ou protetores de saúde que influenciam o desenvolvimento de doenças. Paralelamente, as redes sociais, entendidas como organizações dinâmicas e complexas, que conecta pessoas através de vários tipos de relações sociais exercem um papel significativo na construção das interações e escolhas dos adolescentes. Os jovens, em formação da sua identidade, tornam-se mais suscetíveis às influências das redes sociais, podendo orientar tanto comportamentos saudáveis quanto prejudiciais.

**Objetivo:** Mapear a evidência científica sobre a influência das redes sociais nos conhecimentos e atitudes dos adolescentes sobre Saúde Sexual e Reprodutiva.

**Metodologia:** Foi desenvolvida uma *Scoping Review* (ScR) de acordo com as orientações da *Joanna Briggs Institute* (JBI), recorrendo às plataformas PubMed, EBSCOhost (bases de dados CINAHL e MEDLINE), e literatura cinzenta no Google Scholar, tendo sido selecionados quatro artigos que melhor respondem à questão de revisão.

**Resultados:** Da análise dos quatro estudos evidencia-se que o acesso às plataformas digitais tem transformado a forma como os adolescentes se relacionam com o mundo, principalmente nos conhecimentos e atitudes relacionados com a saúde. A Saúde Sexual e Reprodutiva é um tema envolto em tabus na adolescência, dificultando o esclarecimento de dúvidas em fontes fidedignas, acabando por levar os jovens a procurar respostas a informações disponíveis na internet ou através de experiências partilhadas nas redes sociais. Existe uma lacuna significativa na avaliação da eficácia das intervenções digitais para promover comportamentos sexuais saudáveis entre adolescentes.

**Conclusão:** As redes sociais são vetores eficazes de comunicação entre os adolescentes, atuando como um mediador entre o contexto social e os comportamentos sexuais dos jovens, devido à sua influência sobre os mesmos. Torna-se premente que os profissionais de saúde se atualizem sobre o que inteira o quotidiano dos adolescentes, de forma a darem uma resposta o mais abrangente e antecipada possível.

**Palavras-chave (DeCS/MeSH):** Adolescente; Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde; Redes Sociais *Online*; Saúde Sexual e Reprodutiva.

## ABSTRACT

**Introduction:** Adolescence is defined as the second decade of life, during which young people experience a range of biopsychosocial transformations and adopt health-risk or health-protective behaviors that influence disease development. At the same time, social networks, understood as dynamic and complex organizations that connect people through various types of social relationships, play a significant role in shaping adolescents' interactions and choices. As they form their identity, young people become more susceptible to the influences of social networks, which can guide both healthy and harmful behaviors.

**Objective:** To map the scientific evidence on the influence of social media on adolescents' knowledge and attitudes about Sexual and Reproductive Health.

**Methodology:** A Scoping Review (ScR) was developed according to the guidelines of the Joanna Briggs Institute (JBI), using the PubMed and EBSCOhost platforms (CINAHL and MEDLINE databases), and grey literature on Google Scholar, selecting four articles that best answered the review question.

**Results:** The analysis of the four studies shows that access to digital platforms has transformed how adolescents relate to the world, especially in terms of knowledge and attitudes related to health. Sexual and Reproductive Health is a taboo subject in adolescence, making it difficult to clarify doubts from reliable sources, ultimately leading young people to seek answers from information available on the internet or through experiences shared on social media. There is a significant gap in evaluating the effectiveness of digital interventions in promoting healthy sexual behaviors among adolescents.

**Conclusion:** Social media are effective vectors of communication among adolescents, acting as a mediator between the social context and the sexual behaviors of young people, due to their influence on them. It is urgent that health professionals update themselves on what integrates the daily lives of adolescents, in order to provide the most comprehensive and proactive response possible.

**Keywords (DeCS/MeSH):** Adolescent; Knowledge, Attitudes and Practice in Health; Online Social Networks; Sexual and Reproductive Health.

## **Introdução**

A adolescência é definida como a segunda década de vida, compreendendo a faixa etária dos 10 aos 19 anos (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2011). Santi et al. (2023) relatam que, durante a adolescência, os jovens experienciam um conjunto de transformações biopsicossociais na transição da infância para a vida adulta, e que os comportamentos de risco ou protetores de saúde influenciam o desenvolvimento de doenças. Já Duarte et al., (2020), defendem que este período do ciclo vital é caracterizado por impulsos do desenvolvimento físico, sexual, emocional e social, bem como pelo desejo do adolescente em alcançar os objetivos e expectativas impostas pela sociedade em que vive.

Os conceitos de Saúde Reprodutiva (SR) e Saúde Sexual (SS) foram evoluindo ao longo dos últimos anos devido a fatores socioculturais, políticos e científicos, centrados na premissa que todo o indivíduo tem o direito de viver a sua sexualidade de forma segura, livre e informada. Assim, através de uma abordagem multidisciplinar, os direitos sexuais e reprodutivos passam a ser considerados direitos individuais independentemente dos ideais, crenças, raça e etnia de cada indivíduo, abrangendo a sexualidade e fecundidade, bem como o acesso à informação e aos cuidados de saúde (Direção Geral da Saúde [DGS], 2008; Santos et al, 2019).

Segundo a *International Planned Parenthood Federation* (IPPF, 2011), o conceito de Saúde Reprodutiva foi redefinido como sendo: "... um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas de ausência de doença ou enfermidades, em tudo o que se relaciona com o sistema reprodutivo, às funções e processos" (p.5). Já a Organização Mundial de Saúde (OMS, p.3, 2011) define Saúde Sexual como "um estado de completo bem-estar físico, emocional, mental e social associado à sexualidade e não só a ausência de doença ou enfermidade." Santos et al., (2019), ressalva ainda que o conceito de Saúde Sexual e de Saúde Reprodutiva são simbióticos, nascendo o termo SSR por complementaridade à abordagem que é feita à sexualidade humana.

A influência das redes sociais, nos jovens, surge da democratização da internet trazendo novos desafios sem precedentes na área da SSR. O acesso às plataformas digitais tem transformado, profundamente, a forma como os adolescentes se relacionam com o mundo ao seu redor, especialmente no que diz respeito aos conhecimentos e atitudes relacionados com a saúde. As redes sociais acabam por desempenhar um papel crucial

neste processo, uma vez que, embora possam oferecer benefícios, como o acesso a conteúdos educativos, a promoção da discussão e partilha sobre temas prementes em saúde, podem também ser vetor de disseminação de informações pouco fidedignas, erróneas e incompletas, impactando de forma negativa a adoção de comportamento promotores de saúde por parte dos jovens (Portugal & Souza, 2020).

Duarte et al., (2020) definem uma rede social como uma organização que possui uma estrutura dinâmica e complexa, que integra pessoas que estão conectadas por vários tipos de relações sociais que podem vir a influenciar opiniões, comportamentos e ações, principalmente entre adolescentes, uma vez que estes se encontram numa fase de procura e construção da sua própria identidade. As redes sociais, segundo os mesmos autores, são utilizadas não só como fonte de conexões relacionais, mas também como procura de informação e conhecimento, possibilitando não só o acesso à informação, mas também a capacidade de a produzir. Assim, tudo o que é publicado na internet é passível de ser alterado ou recriado.

Os autores suprarreferidos relatam ainda que existem vantagens em utilizar este tipo de plataformas, como meio de entretenimento, por permitir a diminuição do distanciamento físico entre as pessoas, criar laços e possibilitar encontros; todavia, também pode favorecer comparações nocivas, gerando sentimentos de inferioridade e inveja, além de que a ausência de controlo sobre o conteúdo pode dificultar que o adolescente distinga o real do virtual. Como consequências mais graves, o uso desmedido das redes sociais pode levar ao isolamento social, ao sedentarismo, ao baixo aproveitamento escolar e a dificuldades nas relações interpessoais (Duarte et al., 2020).

Embora as novas tecnologias ofereçam oportunidades para uma vivência da sexualidade positiva, também introduzem alguns riscos como a exploração da intimidade. Nesta linha de pensamento, Santos et. al (2019) reforçam que para prevenir problemas de SSR entre a geração digital, torna-se premente que os profissionais de saúde se atualizem sobre o que inteira o quotidiano dos jovens adolescentes (p.ex. *cyberbullying*, *grooming* e *sexting*), de forma a darem uma resposta mais completa, abrangente e antecipada possível.

## Metodologia

Considerando a importância desta temática, foi desenvolvida uma *Scoping Review*, de acordo com a metodologia proposta pelo *Joanna Briggs Institute*® e que permita mapear a evidência científica sobre a influência das redes sociais nos conhecimentos e atitudes dos adolescentes sobre Saúde Sexual e Reprodutiva.

Esta *Scoping Review* procedeu a um protocolo prévio registado no *Open Science Framework* (<https://doi.org/10.17605/OSF.IO/3ACBH>).

Na elaboração da questão de revisão foi utilizada a mnemónica PCC (Participantes, Conceito e Contexto):

- Participantes: adolescentes;
- Conceitos: adolescência, conhecimentos, atitudes e prática em saúde; redes sociais *online*; saúde sexual e reprodutiva;
- Contexto: comunidade.

Assim, resultou como questão de revisão: **“Qual a influência das redes sociais nos conhecimentos e atitudes dos adolescentes sobre a saúde sexual e reprodutiva?”**

Numa primeira fase foram identificados os descritores na plataforma MeSH Brower, sendo que foram selecionados os termos “Adolescent”, “Sexual Health” e “Online Social Networking”, tendo resultado a expressão de pesquisa: “Adolescent” AND “Sexual Health” AND “Online Social Networking”. Foi utilizada a plataforma PubMed e EBSCOhost, nas bases de dados CINAHL COMPLETE e MEDLINE COMPLETE para a identificação de artigos.

De acordo com as diretrizes metodológicas propostas pelo JBI para a realização de uma *Scoping Review*, esta revisão incluiu não apenas literatura publicada em bases de dados indexadas, mas também literatura cinzenta, com o objetivo de mapear de forma mais abrangente possível, toda a evidência científica disponível sobre o tema em estudo. Assim, recorreu-se também à plataforma Google *Scholar*.

A pesquisa foi realizada em março de 2025.

Foram definidos como limitadores de pesquisa:

a) estudos realizados nos últimos 5 anos (a escolha deste friso temporal justifica-se pela rápida evolução tecnológica e pelo surgimento de novas plataformas digitais);

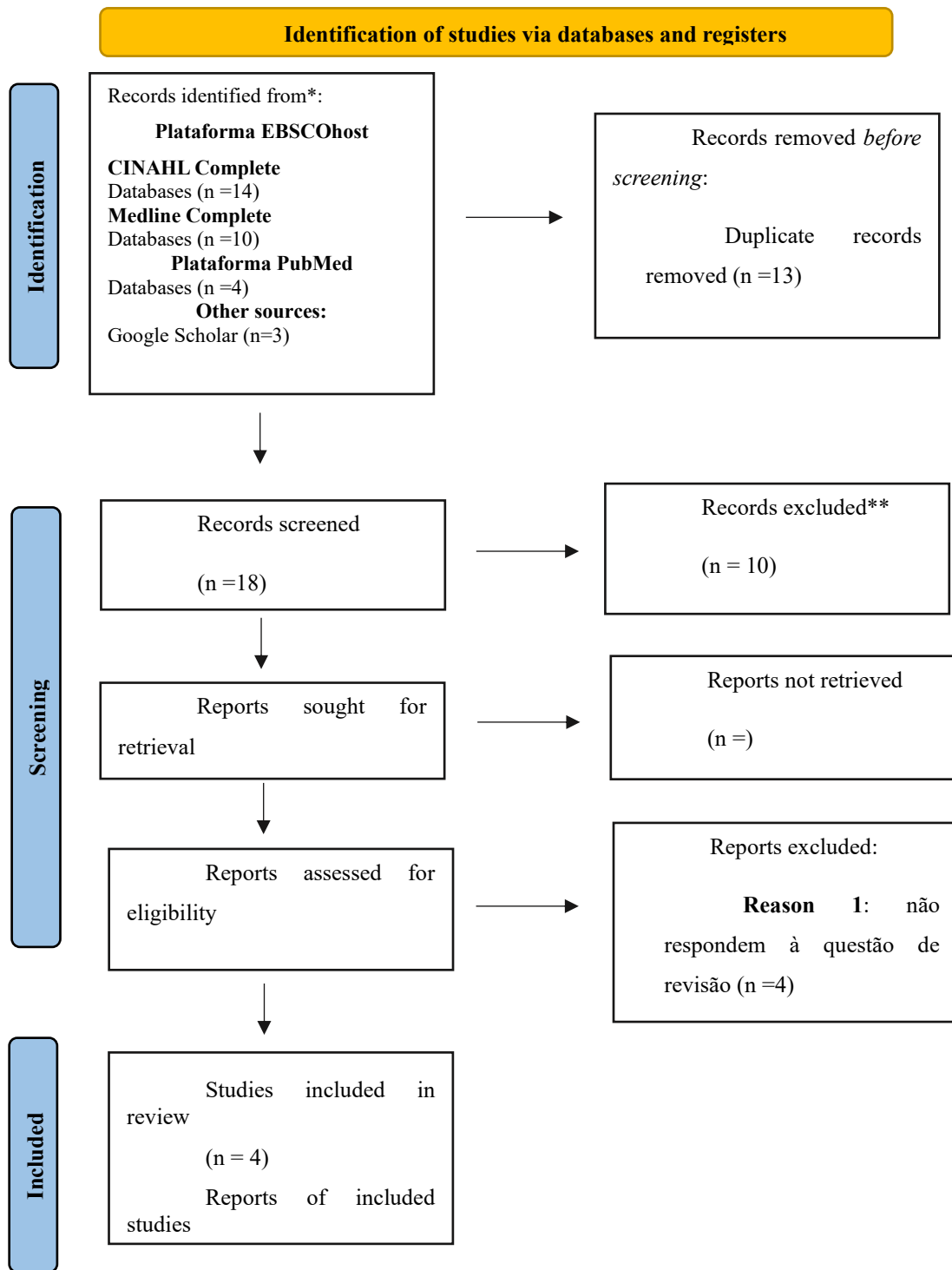
- b) texto integral;
- c) resumo disponível;
- d) língua portuguesa, inglesa ou espanhola;
- e) espécie humana.

Como critérios de exclusão do estudo, foram excluídos os artigos que não respondessem à questão de revisão.

#### *Estratégia de Pesquisa*

No que concerne à estratégia de pesquisa, e com o objetivo de identificar os artigos científicos que melhor contribuam para compreender a questão de revisão, esta fica sintetizada e descrita no fluxograma PRISMA (figura 1). A síntese das principais características dos artigos elegíveis e das respectivas descobertas encontram-se em apêndice (Apêndice I).

Figura 1 - PRISMA 2020 Diagram Flow



Fonte: PRISMA Flow Diagram Adaptado. Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., et al. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *Bmj*, 372. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>

Na primeira fase do PRISMA, identificou-se o número de artigos encontrados na plataforma EBSCOhost, sendo que surgiram 24 artigos nas bases de dados CINALH (n= 14) e MEDLINE (n= 10) e 4 artigos na plataforma PubMed, totalizando-se assim 28 artigos. Utilizando a mesma estratégia de palavras-chave definidas para as bases de dados, mas com adaptações conforme a própria estrutura da plataforma, foi utilizado como fonte de pesquisa da literatura cinzenta a plataforma Google *Scholar*, tendo sido selecionados três artigos finais (n=3).

Posteriormente, foram rejeitados 13 artigos duplicados. Após a leitura dos títulos e resumos, foram eliminados 10 artigos por não cumprirem os critérios de inclusão previamente definidos, totalizando 8 títulos. Após a leitura integral dos artigos remanescentes, 4 foram excluídos por não responderem à questão de revisão desta ScR. Assim, foram incluídos neste estudo 4 artigos no total.

A triagem dos estudos e a recolha dos dados foram conduzidas por dois revisores independentes, trabalhando paralelamente e sem conhecimento mútuo das decisões. Sempre que surgisse alguma discrepância, previa-se a consulta a um terceiro revisor para obter consenso, assegurando assim o rigor metodológico e a fiabilidade da revisão, procedimento que, no entanto, não foi necessário.

## **Resultados**

Emergiram 4 artigos para análise realizados entre 2019 e 2023, três no Brasil e um na Austrália. Uma scoping review, uma revisão sistemática, uma revisão integrativa qualitativa e um estudo quantitativo transversal. Embora tenham sido identificadas uma scoping review e uma revisão sistemática da literatura que abordam temáticas relacionadas com o presente objeto de estudo, ambas apresentavam diferenças no foco e nos objetivos de investigação.

Da análise dos artigos emergiram 4 categorias:

- 1) Influência das Plataformas Digitais e Redes Sociais (Almeida et al., 2022; Costa et al., 2023; Marques Pereira et al., 2022 e Wadham et al., 2019);
- 2) Conhecimentos e Literacia em SSR (Costa et al., 2023; Marques Pereira et al., 2022; Wadham et al., 2019);
- 3) Eficácia das Intervenções Digitais (Almeida et al., 2022; Costa et al., 2023; Wadham et al., 2019);

- 4) Lacunas e Necessidades de Investigação (Almeida et al., 2022; Wadham et al., 2019).

### **Discussão dos Resultados**

Após a análise exaustiva dos quatro artigos selecionados, torna-se evidente que as redes sociais desempenham um papel crescente e multifacetado na forma como os adolescentes acedem e procuram informações, bem como constroem a sua cultura de conhecimentos e revêm as suas atitudes relativamente à saúde sexual e reprodutiva (SSR). Embora o número de estudos identificados tenha sido limitado, os principais achados convergem em vários aspetos fundamentais.

Primeiramente, é possível destacar a presença dominante das redes sociais e plataformas digitais no quotidiano dos adolescentes, não apenas como fontes de entretenimento, mas também como ferramentas de aprendizagem e fontes de informação primária sobre a saúde sexual e reprodutiva. Neste sentido, Marques Pereira et. al (2022) constataram que mais de 40% dos adolescentes usam como fontes de informação sobre a saúde sexual e reprodutiva, as redes sociais, a internet e a televisão, sendo a internet a principal fonte. Este dado é corroborado no estudo de Costa et al. (2023), que reforçam que a familiaridade dos jovens com este tipo de plataformas, as torna em ambientes propícios para a construção de conhecimentos e promoção de comportamentos promotores da saúde sexual.

Além de permitirem o acesso à informação, as plataformas digitais assumem também um papel interativo e social, possibilitando a partilha de experiências, a formação de comunidades sociais e a construção de redes de apoio entre os pares. Wadham et al. (2019) enfatizam que esta dimensão social dos media digitais, pode ser particularmente benéfica para adolescentes frequentemente marginalizados, ao proporcionar espaços de anonimato e liberdade para a exploração de questões relacionadas com a sexualidade. Numa perspetiva pedagógica, Costa et al. (2023) e Wadham et al. (2019) convergem na ideia de que as redes sociais e os media digitais constituem ferramentas educativas promissoras, especialmente quando integradas em estratégias estruturadas de educação em saúde. O uso de plataformas digitais pode ajudar a reduzir sentimentos de culpa, dúvida, isolamento e timidez entre adolescentes, facilitando a interação com profissionais de saúde e entre os pares, acabando por fomentar ambientes de confiança e livres de julgamento.

Todavia, Duarte et al. (2020) contestam estes benefícios quando defendem que as redes sociais utilizadas indiscriminadamente pelos jovens podem provocar desequilíbrios cognitivos, potencializando transtornos de atenção, ansiedade, comunicação e até mesmo de aprendizagem. Santos et al. (2019), corroboram ao alertarem para os perigos da democratização do uso da internet e das redes sociais por parte dos jovens, uma vez que o ambiente digital pode tornar-se num fator de vulnerabilidade para a saúde quando se diluem as fronteiras entre o real e o virtual, entre o domínio privado e o público, ou entre a informação e a exploração; acabando por poder potenciar a distorção de factos ou imagens associadas à intimidade e à realidade de cada um.

Nesta linha de pensamento, a influência das redes sociais nas atitudes e comportamentos dos adolescentes é uma preocupação presente em vários estudos. Almeida et al. (2022) alertam para a influência direta que estas plataformas podem exercer sobre a tomada de decisão dos jovens, especialmente quando o conteúdo não é mediado por profissionais de saúde ou fontes fidedignas. Tal como referem Costa et al. (2023), a mediação por profissionais é essencial para garantir que os conteúdos partilhados nas redes sociais contribuem efetivamente para a promoção da saúde sexual e não no reforço de comportamentos de risco entre os jovens. As considerações de Portugal & de Souza (2020) coincidem com o defendido pelos autores mencionados e reforçam ainda que os profissionais sentem alguma dificuldade em decifrar os jovens e os seus comportamentos, dada a complexidade em caracterizar e mapear as relações e procura de informação/conhecimento no ambiente virtual.

Todavia, apesar de ser reconhecido o potencial das redes sociais como ferramenta de promoção da saúde sexual e reprodutiva entre os adolescentes, existe uma escassez evidente de estudos que avaliem empiricamente a eficácia destas intervenções. Tanto Almeida et al. (2022) como Wadham et al (2019) destacam esta lacuna na literatura, referindo que, embora as plataformas digitais sejam amplamente utilizadas entre os jovens, a evidência científica sobre o seu impacto efetivo nos conhecimentos e atitudes dos adolescentes é limitada.

A análise dos estudos incluídos na presente ScR permite reconhecer o potencial das redes sociais e plataformas digitais como ferramentas educativas e canais de comunicação eficazes entre os jovens no que respeita a saúde sexual e reprodutiva. Contudo, a evidência científica robusta e atual mostrou-se insuficiente, especialmente no

que respeita à eficácia real das intervenções digitais, revelando-se esta insuficiência como uma limitação significativa, tanto da literatura existente, como da presente revisão.

## **Conclusão**

As redes sociais emergem como ferramentas com uma forte presença na vida dos adolescentes, não apenas no que concerne ao domínio da socialização, mas também como meio de acesso a informação relacionada com a saúde sexual e reprodutiva. Os estudos analisados indicam que estas plataformas digitais podem facilitar o acesso a conteúdos educativos, permitir a partilha de experiências, promover o diálogo, estimular a construção de uma cultura de conhecimentos fidedignos e promover atitudes promotoras de saúde, quando devidamente orientadas e acompanhadas por profissionais capacitados.

Todavia, apesar do reconhecimento do potencial das redes sociais como canal promotor da saúde sexual entre os jovens, com a presente revisão evidenciou-se uma lacuna importante: a escassez de estudos empíricos que avaliem e validem a eficácia das intervenções digitais nesta área. Esta limitação revela-se particularmente importante, quando se considera o crescimento contínuo, desmedido e cada vez mais precoce, do uso das tecnologias digitais pelas gerações mais novas, com a agravante da inexistência de referenciais consistentes que orientem as práticas profissionais neste contexto.

Esta lacuna espelha a urgência no investimento da investigação primária que explore, em maior profundidade e rigor, o impacto concreto das redes sociais nos conhecimentos, atitudes e comportamentos dos adolescentes relativamente à sua saúde sexual e reprodutiva. Assim, os resultados obtidos justificam a realização de um estudo primário que aprofunde a compreensão deste fenómeno e contribua para a construção de estratégias de promoção de SSR eficazes e ajustadas ao contexto dos adolescentes em plena era digital.

## Referências Bibliográficas

1. Almeida, P. D., Júnior, E. B. M., Araújo, T. M. E., Fronteira, I., Galvão, M. T. G. (2022). Mídias e comportamento sexual de jovens: revisão escopo. *Enfermagem Brasil*, 812-824. <https://doi.org/10.33233/eb.v21i6.5292>
2. Costa, A. B. S., de Jesus Junior, A. M., Oliveira, C. A., Pereira, J. V. O., & Santos, M. P. (2023). O uso das tecnologias educativas na educação em saúde sexual com adolescentes. *Research, Society and Development*, 12(2), e29812240300-e29812240300.
3. Direção-Geral da Saúde. (2018). *Educação Sexual: Princípios e Diretrizes*. Disponível em: <https://www.dgs.pt/>
4. Duarte, A. D. O., Oliveira, T. M. D., Moreira, T. V. E., & Herênio, A. C. B. (2020). As Influências do Uso Indevido das Redes Sociais na Vida dos Adolescentes.
5. International Planned Parenthood Federation, Exclaim – young people’s guide to ‘Sexual rights: an IPPF declaration (London: IPPF, 2011), 40.
6. Marques Pereira, L., Loiola Leite, P., Ayslan Ferreira Torres, F., Ryan Loiola Lima, M., Nascimento de Vasconcelos, M., Dias Soares Machado, L., & da Silva, M. R. F. (2022). *Conhecimentos e atitudes de adolescentes escolares sobre saúde sexual e reprodutiva*. *HU Revista*, 48, 1–10.
7. Portugal, A. F., & de Souza, J. C. P. (2020). Uso das redes sociais na internet pelos adolescentes: uma revisão de literatura. *Revista Ensino de Ciências e Humanidades-Cidadania, Diversidade e Bem Estar-RECH*, 4(2, jul-dez), 262-291.
8. Santos, A. D. S., Viana, M. C. A., Chaves, E. M. C., Bezerra, A. D. M., Gonçalves Júnior, J., & Tamboril, A. C. R. (2018). Tecnologia educacional baseada em Nola Pender: promoção da saúde do adolescente.
9. Santi, D. B., Nogueira, I. S., & Baldissera, V. D. A. (2023). O Modelo de Nola Pender para promoção da saúde do adolescente: revisão integrativa. *REME-Revista Mineira de Enfermagem*, 27.
10. Wadham, E., Green, C., Debattista, J., Somerset, S., & Sav, A. (2019). New digital media interventions for sexual health promotion among young people: A systematic review. *Sexual Health*, 16(2), 101–123.
11. World Health Organization, the sexual and reproductive health of younger adolescents: research issues in developing countries (WHO, 2011).

**APÊNDICE I - TABELAS DE EXTRAÇÃO DE DADOS DOS ARTIGOS  
ELEGÍVEIS**

<b>AUTORES/ANO/PAÍS DE ORIGEM</b>	<p style="text-align: center;">Costa, A., Júnior, A., Oliveira, C., Pereira, J. &amp; Santos, M.</p> <p style="text-align: center;">2023</p> <p style="text-align: center;">Brasil</p>
<b>NOME DO ARTIGO (1)/BASE DE DADOS</b>	<p style="text-align: center;">“O uso das tecnologias educativas na educação em saúde sexual com adolescentes”</p> <p style="text-align: center;"><i>Google Scholar</i></p>
<b>OBJETIVOS E QUESTÃO DE PESQUISA</b>	<p style="text-align: center;">Identificar as tecnologias educativas utilizadas na educação em saúde sexual com adolescentes</p>
<b>PARTICIPANTES</b>	<p style="text-align: center;">A amostra foi constituída por 10 artigos selecionados.</p>
<b>METODOLOGIA</b>	<p style="text-align: center;">Trata-se de um estudo qualitativo, do tipo revisão integrativa da literatura, realizada entre os meses de maio e junho de 2021.</p>
<b>RESULTADOS</b>	<p style="text-align: center;">As tecnologias encontradas foram os jogos educativos, as multimídias e as <b>redes sociais</b>, ferramentas essas que se demonstram efetivas em relação ao ganho de conhecimento sobre infecções sexualmente transmissíveis, gravidez na adolescência, uso de preservativos e sexualidade. Conclusão: as tecnologias comumente utilizadas na educação em saúde com adolescentes são os jogos educativos, as multimídias e as <b>redes sociais</b>, <u>ambientes considerados eficazes no processo de aprendizagem de diversos temas.</u></p>
<b>PRINCIPAIS DESCOBERTAS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• As <b>redes sociais</b> têm sido cada dia mais utilizadas por diversas pessoas, classes sociais e faixas etárias, tornando-se veículos eficazes de comunicação com intervenções envolventes, interativas e atraentes para facilitar a resposta e retenção do público-alvo, no contexto juvenil;</li> </ul>

<p><b>RELACIONADAS À QUESTÃO DA ScR</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A <u>criação de um ambiente seguro</u>, por meio das redes sociais, às quais os jovens estão familiarizados e estão presentes na sua rotina, é <u>fundamental para intervenções relacionadas às condutas promotoras de saúde</u>;</li> <li>• A <b>conexão entre jovens e as redes sociais</b> permite a sua atuação como mediador entre contextos sociais e comportamentos sexuais, principalmente devido à <u>influência das redes sociais nas relações dos indivíduos</u>, mesmo diante da individualização das vivências da sexualidade, do uso e da frequência do acesso das redes sociais, influenciando as experiências sexuais, visualização e reconhecimento do corpo e comportamentos promotores de boas práticas de SSR;</li> <li>• Os media atuam como <u>canal de comunicação em saúde</u> por permitir a diversidade de público acessível, partilha de informações importantes, viabilidade e comunicação efetiva.</li> <li>• As <b>redes sociais</b> para fins didáticos em dispositivos móveis permitem novas formas de interação, <u>geram uma rede de aprendizagem e favorecem a troca de experiências e o estabelecimento de conexões e vínculos entre os participantes e profissionais</u>, diminuindo sentimentos de dúvida, isolamento e timidez; <b>a variedade de interações é fundamental na construção do conhecimento sexual e na diminuição da chance dos comportamentos sexuais de risco</b>;</li> <li>• As <b>redes sociais</b> são das tecnologias educativas mais utilizadas na <u>educação em saúde sexual com adolescentes</u>, por serem <u>consideradas efetivas no processo de aprendizagem</u>, visto que é um ambiente que possibilita a interação entre os jovens, bem como pode ser conduzida ou acompanhada por uma pessoa que entenda do assunto abordado;</li> <li>• Os profissionais de saúde ao utilizarem tais ferramentas para realizar a educação em saúde deste público, garantem um ambiente confortável onde se possa construir conhecimentos sólidos, tornando o adolescente protagonista do seu cuidado.</li> </ul>
<p><b>AUTORES/ANO/PAÍS DE ORIGEM</b></p>	<p>Almeida, P., Júnior, E., Araújo, T., Fronteira, I. &amp; Galvão, M.  2022</p>

	Brasil
<b>NOME DO ARTIGO (2)/ BASE DE DADOS</b>	“Mídias e comportamento sexual de jovens: revisão de escopo”  Google <i>Scholar</i>
<b>OBJETIVOS E QUESTÃO DE PESQUISA</b>	Mapear a produção do conhecimento científico acerca do consumo dos media e o comportamento sexual de risco entre jovens.
<b>PARTICIPANTES</b>	Foram identificadas 4.270 publicações e 14 artigos elegíveis.
<b>METODOLOGIA</b>	Revisão scoping, cuja questão de pesquisa foi elaborada de acordo com a estratégia PCC, realizada nas bases de dados: Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs); Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline) pelo portal PubMed; na Web of Science e na Education Resources Information Center (ERIC).
<b>RESULTADOS</b>	A influência dos media quanto ao comportamento sexual de risco, expõe os jovens a danos psicológicos, a infecções sexualmente transmissíveis, a coitarca precoce e a múltiplas parcerias sexuais.
<b>PRINCIPAIS DESCOBERTAS RELACIONADAS À QUESTÃO DA ScR</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• As pessoas mais jovens da população mundial têm usufruído da internet, de forma contínua e imoderada, para se conectar/relacionar, bem como para compartilhar informações e experiências, sobretudo nas <b>redes sociais</b>, <u>as quais exercem influência direta no comportamento e tomada de decisões desses jovens;</u></li> <li>• Os media correspondem a um <u>meio de compartilhamento de informações</u> e tornaram-se parte integrante do estilo de vida dos jovens, o que levou a <u>mudanças dramáticas na maneira como eles percebem e praticam suas relações sociais</u>, criando espaços onde os indivíduos podem moldar e expressar sua sexualidade;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Os jovens procuram esclarecer as suas dúvidas, através de conteúdo disponível na internet e/ou através de partilha de experiências nas redes sociais, o que pode, muitas vezes, acarretar riscos à saúde;</li> <li>• As redes sociais facilitam a interação com base em determinados interesses e características. O crescimento e a modernização dos meios de propagação de informações têm <u>aumentado a capacidade e frequência com que os jovens compartilham conteúdos de teor sexual, sendo, consciente ou inconscientemente, influenciados pelos media.</u></li> <li>• As plataformas digitais têm procurado informar e sensibilizar os jovens, quanto à adoção de comportamentos sexuais seguros.</li> <li>• Os media digitais são reconhecidos como importantes <b>ferramentas de comunicação em saúde</b>, os profissionais de saúde, juntamente com os pais e educadores, <u>devem identificar e elaborar estratégias para aproveitar a influência das redes sociais sobre os adolescentes</u>, na promoção de comportamentos promotores de saúde sexual.</li> <li>• As plataformas digitais são reconhecidas como importantes ferramentas de comunicação em saúde, contudo existe pouca evidência científica acerca da eficácia geral de intervenções referentes à saúde sexual dos jovens.</li> </ul>
<b>AUTORES/ANO/PAÍS DE ORIGEM</b>	<p>Marques Pereira, L., Leite, P., Torres, F., Lima, M., Vasconcelos, M., Machado, L &amp; da Silva, M.</p> <p>2022</p> <p>Brasil</p>
<b>NOME DO ARTIGO (3)/ BASE DE DADOS</b>	<p>“Conhecimentos e atitudes de adolescentes escolares sobre saúde sexual e reprodutiva”</p> <p><i>Google Scholar</i></p>
<b>OBJETIVOS E QUESTÃO DE PESQUISA</b>	<p>Identificar os conhecimentos e atitudes de adolescentes escolares sobre saúde sexual e reprodutiva</p>

<b>PARTICIPANTES</b>	60 adolescentes escolares de um município do centro sul cearense.
<b>METODOLOGIA</b>	Estudo transversal, quantitativo, em que foi utilizado como instrumento de colheita de dados uma adaptação do Questionário de Conhecimentos sobre Sexualidade (QCS) para reconhecer riscos e identificar necessidades de educação sexual e reprodutiva.
<b>RESULTADOS</b>	O nível de conhecimento geral da amostra foi classificado como satisfatório (70.3% de acertos), no entanto, algumas questões como testagem de HIV e aconselhamento sobre sexualidade na escola, apresentaram uma frequência de acertos insatisfatória. Houve associação entre conhecimento sobre cancro e níveis satisfatórios de conhecimento, e acreditar que ter apenas um/a parceiro/a é uma forma de prevenção de infecções sexualmente transmissíveis e níveis insatisfatórios e níveis insatisfatórios e regular de conhecimento. Reconhece-se que os conhecimentos não são suficientemente claros para aplicação de forma segura nas suas relações, apontando a necessidade de educação em saúde capaz de empoderá-los para a melhoria da qualidade de vida.
<b>PRINCIPAIS DESCOBERTAS RELACIONADAS À QUESTÃO DA ScR</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sobre as fontes de informação destes adolescentes a respeito da saúde sexual e reprodutiva, a maior parte obtém informações através das redes sociais/media, internet e TV (43.9%).</li> <li>• A internet é a principal fonte de informação sobre SSR (46.5%).</li> <li>• As <b>redes sociais e os media</b> não são utilizadas apenas como fontes de lazer, mas também como <u>ferramentas práticas para a aquisição de conhecimentos</u>, principalmente para a atual geração de adolescentes que tem <u>evidente familiaridade com o mundo digital</u>.</li> </ul>

<b>AUTORES/ANO/PAÍS DE ORIGEM</b>	Wadham, E., Green, C., Debattista, J., Somerset, S. & Sav, A.  2019  Austrália
<b>NOME DO ARTIGO (4)/ BASE DE DADOS</b>	“New digital media interventions for sexual health promotion among Young people: a systematic review”  MEDLINE
<b>OBJETIVOS E QUESTÃO DE PESQUISA</b>	O objetivo deste estudo foi avaliar a eficácia das intervenções de saúde sexual oferecidas por meio de media digitais para jovens.
<b>PARTICIPANTES</b>	Foram incluídos 25 artigos no estudo.
<b>METODOLOGIA</b>	Foi realizada uma revisão sistemática da literatura em sete bases de dados entre janeiro de 2010 e abril de 2017 que avaliou uma intervenção de saúde sexual aplicada a jovens.
<b>RESULTADOS</b>	Uma grande porção de estudos (11/25) concentrou-se especificamente na prevenção do HIV. Sete estudos encontraram um efeito estatisticamente significativo da intervenção nos níveis de conhecimento sobre a prevenção do HIV e outras infecções sexualmente transmissíveis (IST), bem como no conhecimento geral sobre saúde sexual, mas apenas um quinto das intervenções que avaliaram as intenções de uso de preservativos relataram efeitos significativos devido à intervenção. Nove estudos concentraram-se em indivíduos de origem afro-americana. Embora as novas media tenham a capacidade de expandir a eficiência e a cobertura, a tecnologia em si não garante o sucesso. É essencial que as intervenções que utilizam novas

	<p>media digitais tenham conteúdo de alta qualidade e baseado em evidências que envolva os participantes individualmente.</p>
<p><b>PRINCIPAIS DESCOBERTAS RELACIONADAS À QUESTÃO DA ScR</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uma questão de saúde específica de grande importância para os jovens, e que tem sido alvo do <u>uso de media digitais</u>, é a <b>saúde sexual</b> e as IST.</li> <li>• Atualmente, inúmeras intervenções educacionais, utilizando sites, serviços de mensagens curtas (SMS) e <b>redes sociais</b>, foram desenvolvidas para <u>modificar o conhecimento e os comportamentos sobre saúde sexual de adolescentes e jovens adultos</u>.</li> <li>• O alto nível de uso entre jovens e adolescentes tornou os media digitais um <u>meio promissor para intervenções em saúde sexual</u>.</li> <li>• Os media sociais e a comunicação facilitada pela internet permitiram o estabelecimento de comunidades virtuais por meio das quais jovens adultos, especialmente aqueles frequentemente marginalizados pela sociedade, têm a liberdade e o anonimato para compartilhar experiências, aprender sobre sexo, iniciar relacionamentos sexuais e sociais significativos e casuais e se conectar com redes mais amplas.</li> <li>• Embora a <u>media digital seja reconhecida como uma nova e importante ferramenta de comunicação em saúde</u>, há poucas evidências publicadas sobre a eficácia geral das intervenções de saúde sexual realizadas através dos media digitais;</li> <li>• As intervenções utilizando como ferramenta as redes digitais representam um potencial significativo para melhorar o conhecimento sobre saúde sexual de adolescentes ou jovens adultos;</li> <li>• O rápido desenvolvimento e adoção de novas media digitais apresenta um potencial significativo para influenciar comportamentos de saúde por meio de educação em saúde, marketing social e intervenções de promoção da saúde.</li> <li>• As plataformas digitais tornaram-se plataformas populares para alcançar jovens adultos, particularmente em relação a comportamentos relacionados à saúde.</li> <li>• Esta revisão destaca o amplo potencial dos media digitais para melhorar a promoção da saúde e a prestação de serviços para uma melhor saúde sexual.</li> </ul>



**APÊNDICE III – QUESTIONÁRIO: INSTRUMENTO DE COLHEITA DE  
DADOS DO ESTUDO PRIMÁRIO**

## **APÊNDICE III – QUESTIONÁRIO: INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS DO ESTUDO PRIMÁRIO**

Nas perguntas seguintes, existem um conjunto de opções sobre saúde sexual e reprodutiva e redes sociais que pretendemos que respondas. Não existem respostas certas ou erradas. Para responderes, assinala com um X a opção/ões que consideras mais adequadas. Se te sentires desconfortável, podes suspender a resposta às questões, sem prejuízo nenhum.

**Questionário n.º:**

### **Parte I – Dados Sociodemográficos**

**IDADE:**

**GÉNERO:**

### **Parte II - Conhecimentos sobre Saúde Sexual e Reprodutiva**

#### **1. Assinala os métodos contraceptivos que conheces?**

- a.  Preservativo Masculino
- b.  Preservativo Feminino
- c.  Pilula
- d.  Implante Subcutâneo
- e.  Injetável
- f.  Contraceção Uterina
- g.  Anel vaginal
- h.  Adesivo
- i.  Método do Calendário
- j.  Método do muco cervical
- k.  Temperatura Basal
- l.  Coito Interrompido
- m.  Amenorreia Lactacional
- n.  Contraceção de Emergência
- o.  Laqueação de Trompas
- p.  Vasectomia

#### **2. Os métodos contraceptivos servem, exclusivamente, para prevenir a gravidez?**

- a.  Sim
- b.  Não
- c.  Não sei

#### **3. Dos métodos na lista seguinte, assinala os métodos contraceptivos que previnem as infeções sexualmente transmissíveis.**

- a.  Preservativo Masculino
- b.  Preservativo Feminino
- c.  Pilula
- d.  Implante Subcutâneo
- e.  Injetável

- f.  Contraceção Uterina
- g.  Anel vaginal
- h.  Adesivo
- i.  Método do Calendário
- j.  Método do muco cervical
- k.  Temperatura Basal
- l.  Coito Interrompido
- m.  Amenorreia Lactacional
- n.  Contraceção de Emergência
- o.  Laqueação de Trompas
- p.  Vasectomia

**4. A função da pilula é:**

- a.  Destruir os Espermatozoides
- b.  Inibir a Ovulação
- c.  Impedir a Implementação do óvulo
- d.  Não Sei

**5. A contraceção de emergência (pilula do dia seguinte) serve para:**

- a.  Abortar
- b.  Inibir/atrasar a ovulação
- c.  Menstruar mais cedo
- d.  Não sei

**6. Dos métodos na lista seguinte, assinala os métodos contraceptivos considerados mais eficazes para prevenir uma gravidez.**

- a.  Preservativo Masculino
- b.  Preservativo Feminino
- c.  Pilula
- d.  Implante Subcutâneo
- e.  Injetável
- f.  Contraceção Uterina
- g.  Anel vaginal
- h.  Adesivo
- i.  Método do Calendário
- j.  Método do muco cervical
- k.  Temperatura Basal
- l.  Coito Interrompido
- m.  Amenorreia Lactacional
- n.  Contraceção de Emergência
- o.  Laqueação de Trompas
- p.  Vasectomia

**Parte III – Atitudes face à saúde sexual e reprodutiva**

**NOTA: Se já iniciaste a tua vida sexual, responde da questão 1 a 6. Se a tua resposta é não, inicia na pergunta 7.**

**Coloca um X na opção com a qual mais te identificas.**

**1. Usas algum método anticoncetivo ou outra forma de evitar gravidez ou doenças de transmissão sexual?**

- a.  Sim
- b.  Não

**2. Achas importante o uso de contraceptivos durante as relações sexuais?**

- a.  Sempre
- b.  Quase Sempre
- c.  Às Vezes
- d.  Quase Nunca
- e.  Nunca

**3. Para ti, o uso dos contraceptivos é essencialmente porque tens receio de engravidar?**

- a.  Sempre
- b.  Quase Sempre
- c.  Às Vezes
- d.  Quase Nunca
- e.  Nunca

**4. Se costumavas utilizar um contraceptivo, qual é o método que escolheste?**

---

**5. Onde te indicaram este método contraceptivo?**

- a.  Centro de Saúde
- b.  Farmácia
- c.  Enfermeiro
- d.  Médico
- e.  Saúde Escolar
- f.  Amigos/as
- g.  Familiares
- h.  Namorado/a
- i.  Centro de Atendimento para Adolescentes
- j.  Redes Sociais
- k.  Outro (especifica) \_\_\_\_\_

#### **Parte IV– Fontes de informação**

**1. Alguma vez foste a uma consulta de planeamento familiar?**

- a)  sim
- b)  não

**2. Achas importante a consulta de planeamento familiar?**

- a)  sim
- b)  não
- c)  não sei

**3. Achas que os jovens deveriam receber formação sobre educação sexual?**

- a.  sim
- b.  não
- c.  não sei

**3.1. Se respondeste afirmativamente, em que local consideras que deverias receber essa informação?**

- d.  Escola
- e.  Centro de saúde
- f.  Casa
- g.  Redes sociais
- h.  Outro (especificar) \_\_\_\_\_
- i.  não sei

**4. Tiveste educação sexual na escola?**

- a)  sim
- b)  não

**5. Achas que as redes sociais contribuem para comportamentos de risco em relação à sexualidade?**

- 5.1.  Sim, muito
- 5.2.  Sim, em alguns casos
- 5.3.  Não muito
- 5.4.  Não, de todo

**6. Onde costumavas procurar informação sobre as questões relacionadas com a sexualidade e métodos contraceptivos?**

- a.  Enfermeira
- b.  Médico
- c.  Professores
- d.  Pais
- e.  Amigos
- f.  Livros
- g.  Redes Sociais
- h.  Outros

**7. Quais as redes sociais que utilizas com mais frequência?**

- a)  Instagram
- b)  TikTok
- c)  Twitter
- d)  Facebook
- e)  YouTube
- f)  Outra(s) \_\_\_\_\_

**8. As redes sociais influenciam a forma como vês as relações e a sexualidade?**

- a)  Sim, muito
- b)  Sim, de alguma forma

- c)  Não muito
- d)  Não, de todo

9. **Consideras importante que influenciadores digitais abordem temas de saúde sexual e reprodutiva?**

- a)  Sim, muito importante
- b)  Sim, importante
- c)  Não muito importante
- d)  Nada importante

**OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO!**

**APÊNDICE IV – MINUTA DO CONSENTIMENTO INFORMADO PARA A  
PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO**

## INFORMAÇÃO SOBRE O ESTUDO

**Título do Estudo:** “A influência das redes sociais nos conhecimentos e atitudes dos adolescentes sobre a Saúde Sexual e Reprodutiva”

**Investigador Responsável:** Constança Maya Sammer

**Contatos:** [230000152@essaude.ipsantarem.pt](mailto:230000152@essaude.ipsantarem.pt)

**Docente Orientador:** Professora Sara Palma

Compreender a dinâmica existente entre os conhecimentos e atitudes dos adolescentes sobre a saúde sexual e reprodutiva e a influência das redes sociais nesta temática, torna-se fundamental para a redefinição de estratégias educativas, que visem a adoção de comportamentos que promovam a saúde dos jovens.

**Objetivos da pesquisa:** Investigar de que forma as redes sociais influenciam os conhecimentos e atitudes dos adolescentes sobre a saúde sexual e reprodutiva; identificar quais os conhecimentos dos adolescentes sobre a Saúde Sexual e Reprodutiva; conhecer quais as atitudes dos adolescentes sobre a Saúde Sexual e Reprodutiva; identificar quais as fontes de informação sobre métodos contraceptivos, planeamento familiar e sexualidade utilizadas pelos adolescentes.

**Descrição do Estudo:** Serão explicadas todas as características do estudo, com espaço para colocar as questões que considerem necessárias. Posteriormente, após consentimento para a sua participação, será aplicado o instrumento de colheita de dados. O instrumento de colheita de dados consiste num questionário de autopreenchimento, com a duração máxima prevista de 15 minutos, que será enviado através de um Google *forms*. Nesse sentido, será solicitado o endereço eletrónico dos estudantes para fins de preenchimento do questionário.

**Anonimato e Confidencialidade:** Será garantida a não identificação ou reconhecimento do inquirido nas respostas fornecidas. Os dados obtidos através dos questionários serão guardados pelo investigador principal, num ficheiro codificado, que só ele terá acesso, durante 5 anos, sendo destruído ao fim desse tempo. Os resultados deste estudo serão utilizados apenas para o fim a que se destinam.

**Riscos e desconfortos:** Os inquiridos encontrar-se-ão protegidos quanto a algum inconveniente que decorra da investigação, cessando a participação em qualquer momento que entenderem.

**Benefícios imediatos:** As respostas dos estudantes fornecerão dados que permitirão a reflexão sobre intervenções futuras.

**Custos de participação:** Não existem custos ou despesas associadas à participação.

**Base de participação:** A participação neste estudo é livre e voluntária, sem prejuízo da prática de cuidados. É de extrema importância que as respostas decorram com honestidade e sinceridade e não da forma que julga adequada responder.

### **DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO**

Considerando a “Declaração de Helsínquia” da Associação Médica Mundial (Helsínquia 1964, Tóquio 1975, Veneza 1983, Hong Kong 1989, Somerset West 1996 e Edimburgo 2000) Título do Estudo: “A influência das redes sociais nos conhecimentos e atitudes dos adolescentes sobre a Saúde Sexual e Reprodutiva”

Número de questionário: \_\_\_\_

Eu,        abaixo-assinado        (nome        completo        do        participante)

\_\_\_\_\_, compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da investigação supracitada, que se pretende realizar, bem como a do estudo em si. Foi-me dada a oportunidade de colocar as questões que considere necessárias, obtendo resposta satisfatória a todas. Tomei conhecimento de que a informação que me foi prestada mencionou os objetivos e os métodos do estudo. Compreendi o meu direito de recusar ou interromper a qualquer momento a participação no estudo, sem que isso tenha repercussões. Igualmente, foi garantido o meu anonimato e a confidencialidade dos dados por mim fornecidos. Aceito colaborar no estudo supracitado, assinando o consentimento de forma livre e esclarecida.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/2025

Assinatura

do

participante:

---

Endereço

Eletrónico

do

participante:

---

Assinatura

do

Investigador:

---

**APÊNDICE V -FOLHETO SOBRE A ALIMENTAÇÃO NA GRAVIDEZ**

## FOLHETO EM PORTUGUÊS

### SEGURANÇA E PREPARAÇÃO DOS ALIMENTOS:

- ✓ Lavar as mãos com água corrente e sabão antes e depois de manusear alimentos, depois de utilizar a casa de banho e depois de estar em contacto com animais;
- ✓ Lavar muito bem os legumes com água corrente;
- ✓ Lavar todos os frutos, mesmo que pretenda descascá-los;
- ✓ Quando os alimentos são reaquecidos, devem ser levados à fervura, ou então reaquecidos a altas temperaturas por algum tempo;
- ✓ Verificar sempre o prazo de validade na embalagem dos alimentos;
- ✓ Manter o frigorífico limpo.



### EVITAR O CONSUMO DE:

- Carnes e peixes salgados;
- Caldos industriais;
- Molhos e temperos prontos;
- Aperitivos salgados;
- Alimentos fritos;
- Enlatados;
- Açúcares simples (doces, sobremesas, bolos, bolachas e chocolates);
- Café expresso (1 a 2 chávenas por dia), evitar a ingestão de cafeína acima de 200mg/dia (chá, refrigerantes e chocolate também contém cafeína).
- Lacticínios não pasteurizados;
- Ovos crus (gemadas, mousse, salame, baba de camelo);
- Patés de qualquer tipo.

Elaborado por:

#### Referências Bibliográficas:

Direção Geral da Saúde(2014), Alimentação e Nutrição na Gravidez, Lisboa



### ALIMENTAÇÃO NA GRAVIDEZ



Uma alimentação saudável conduz a uma gravidez saudável, a um parto mais fácil e influencia a saúde futura do seu bebé!

Nome da utente:

Data:

Aconselhe-se com o seu Enfermeiro!



### ALIMENTAÇÃO:

**DURANTE A GRAVIDEZ, É NATURAL QUE O PESO AUMENTE DEVIDO:**



- À formação da placenta;
- Ao líquido amniótico;
- Ao crescimento do Bebé;
- Ao volume do útero e sangue;
- Ao tecido mamário;
- À gordura de reserva.



**A grávida tem necessidades aumentadas de energia e de nutrientes.**

**Mas não significa que deverá comer "por dois"!**

Uma alimentação saudável ajudará a estabelecer os alicerces essenciais para o crescimento saudável do seu filho!



### IMPORTANTE!

- Fazer **5 a 6 refeições** por dia, com intervalo máximo de 3 horas entre elas;
- Privilegiar o **consumo de hortícolas**, iniciar as refeições com sopa de legumes;
- Preferir o **peixe gordo** (salmão, atum, sardinha) e as **carnes brancas** (aves e coelho);
- Consumir cerca de metade dos cereais, como o pão, arroz e massa, integrais;
- Comer 3 a 4 porções de **fruta** por dia;
- Consumir **alimentos ricos em cálcio** (leite, iogurte, queijo pasteurizado, couve galega);
- Aumentar o consumo de hortícolas de folha verde, leguminosas e cereais integrais;
- Praticar **atividade física**;
- **Não** beber álcool.

### EM CASO DE NÃO IMUNIDADE À TOXOPLASMOSE:

- Cozinhar **completamente** a carne;
- **Não** comer produtos de charcutaria;
- **Lavar muito bem** todos os vegetais crus e só os comer preparados por si;
- **Usar luvas** quando fizer jardinagem e lavar bem as mãos após esta prática;
- Em caso de necessidade de manipular **excrementos de gato deve usar luvas.**



### HIDRATAÇÃO:

A **hidratação** adequada é essencial para uma gravidez saudável. A grávida deve beber, por dia, cerca de 1 litro de água por cada 30kg de peso.



A alimentação da grávida deverá ser uma **alimentação saudável**, ou seja, **completa, equilibrada, variada e segura.**

Desta forma está a contribuir para que o seu filho tenha **bons hábitos alimentares** no futuro!



Estudos indicam que os bebés/crianças têm preferência pelos alimentos que fizeram parte da alimentação das mães durante a gravidez e a amamentação. O **líquido amniótico** assim como o **leite materno** diferem de sabor consoante o tipo de alimentos que a mãeingere.

# FOLHETO EM INGLÊS

## FOOD SAFETY AND PREPARATION:

- ✓ Wash your hands with running water and soap before and after handling food, after using the bathroom and after being in contact with animals;
- ✓ Wash the vegetables very well under running water;
- ✓ Wash all fruits, even if you intend to peel them;
- ✓ When food is reheated, it must be brought to a boil, or reheated at high temperatures for some time;
- ✓ Always check the expiration date on food packaging;
- ✓ Keep the refrigerator clean.



## AVOID CONSUMPTION OF:

- Salted meats and fish;
- Industrial broths;
- Ready-made sauces and seasonings;
- Savory appetizers;
- Fried or canned food;
- Simple sugars (sweets, desserts, cakes, cookies and chocolates);
- Espresso coffee (1 to 2 cups per day), avoid caffeine intake above 200mg/day (tea, soft drinks and chocolate also contain caffeine).
- Unpasteurized dairy products;
- Raw eggs (eggnog, mousse, salami, camel drool);
- Patés of any type.

Elaborado por:

### Referências Bibliográficas:

Direção Geral da Saúde(2014), Alimentação e Nutrição na Gravidez, Lisboa



## NUTRICION DURING PREGNANCY



**A healthy diet leads to a healthy pregnancy, an easier birth and influences your baby's future health!**

User's Name:

Date:

**Consult your Nurse!**



## FEEDING:

### DURING PREGNANCY, IT IS NATURAL FOR THE WEIGHT INCREASES DUE TO:

- Formation of the placenta;
- To amniotic fluid;
- Baby's growth;
- The volume of the uterus and blood;
- To breast tissue;
- To reserve fat.



**The pregnant woman has increased needs of energy and nutrients.**

**But it doesn't mean you should eat "for two"!**

**A healthy diet will help establish essential foundations for the healthy growth of your son!**



## IMPORTANT!

- Eat 5 to 6 meals a day, with breaks maximum of 3 hours between them;
- Prioritize the consumption of vegetables, start vegetable soup meals;
- Prefer fatty fish (salmon, tuna, sardines) and white meats (poultry and rabbit);
- Consume about half of the cereals, such as bread, rice and pasta, in wholemeal form;
- Eat 3 to 4 portions of fruit per day;
- Consume foods rich in calcium (milk, yogurt, pasteurized cheese, kale);
- Increase consumption of leafy vegetables green, legumes and whole grains;
- Practice **activity physical** and **do not** drink alcohol.

### IN CASE OF NO IMMUNITY TO TOXOPLASMOSIS:

- Cook the meat completely;
- Do not eat cold cuts;
- Wash all raw vegetables very well and only those eat prepared by yourself;
- Wear gloves when gardening and washing hands well after this practice;
- In case of need to handle cat's excrement must wear gloves.



## HYDRATION:

Adequate hydration is essential for a healthy pregnancy. Pregnant women should drink per day around 1 liter of water for every 30kg of weight.



Pregnant women's nutrition should be **healthy, that is, complete, balanced, varied and safe.**

In this way, you are contributing to your child has **good eating habits** in future!



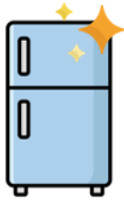
Studies indicate that **babies/children prefer food they have made part of the mothers' diet** during pregnancy and breastfeeding.

**Amniotic fluid** as well as **breast milk** taste differ depending on the type of food that the mother eats.

## FOLHETO EM FRANCÊS

### SÉCURITÉ ET PRÉPARATION DES ALIMENTS:

- ✓ Lavez-vous les mains à l'eau courante et au savon avant et après avoir manipulé des aliments, après être allé aux toilettes et après avoir été en contact avec des animaux ;
- ✓ Lavez très bien les légumes sous l'eau courante ;
- ✓ Lavez tous les fruits, même si vous comptez les éplucher ;
- ✓ Lorsque des aliments sont réchauffés, ils doivent être portés à ébullition ou réchauffés à haute température pendant un certain temps ;
- ✓ Vérifiez toujours la date de péremption sur les emballages alimentaires ;
- ✓ Gardez le réfrigérateur propre.



### ÉVITER LA CONSOMMATION DE:

- Viandes et poissons salés ;
- Bouillons industriels ;
- Sauces et assaisonnements prêts à l'emploi ;
- Des entrées salées ;
- Aliments frits ;
- Conserves ;
- Les sucres simples (confiseries, desserts, gâteaux, biscuits et chocolats) ;
- Café expresso (1 à 2 tasses par jour), évitez les consommations de caféine supérieures à 200 mg/jour (le thé, les boissons gazeuses et le chocolat contiennent également de la caféine).
- Produits laitiers non pasteurisés ;
- Oeufs crus (lait de poule, mousse, salami, bave de chameau) ;
- Pâtés de tout type.

Elaborado por:

#### Referências Bibliográficas:

Direção Geral da Saúde(2014), Alimentação e Nutrição na Gravidez, Lisboa



### NUTRITION PENDANT LA GROSSESSE



**Une alimentation saine conduit à une grossesse en bonne santé, à un accouchement plus facile et influence la santé future de votre bébé !**

NOM D'UTILISATEUR:

DATE:

**Consultez votre infirmière!**



### ALIMENTATION:

#### PENDANT LA GROSSESSE, IL EST NATUREL QUE LE POIDS AUGMENTE EN RAISON DE:



- Formation du placenta ;
- Au liquide amniotique ;
- La croissance de bébé ;
- Le volume de l'utérus et du sang ;
- Au tissu mammaire ;
- Réserver les graisses.



**La femme enceinte a des besoins accrus en énergie et en nutriments. Mais cela ne veut pas dire qu'il faut manger « pour deux » !**

**Une alimentation saine contribuera à établir les bases essentielles à la croissance saine de votre fils !**



### IMPORTANT!

- Prendre 5 à 6 repas par jour, avec des pauses maximum de 3 heures entre eux ;
- Prioriser la consommation de légumes, débiter les repas de soupes de légumes ;
- Préférer les poissons gras (saumon, thon, sardines) et les viandes blanches (volaille et lapin) ;
- Consommer environ la moitié des céréales, comme le pain, le riz et les pâtes, sous forme complète ;
- Mangez 3 à 4 portions de fruits par jour ;
- Consommer des aliments riches en calcium (lait, yaourt, fromage pasteurisé, chou frisé) ;
- Augmenter la consommation de légumes à feuilles vertes, de légumineuses et de grains entiers ;
- Pratiquer une activité physique ;
- Ne buvez pas d'alcool.

#### EN CAS D'ABSENCE D'IMMUNITÉ À LA TOXOPLASMOSE :

- Cuire complètement la viande ;
- Ne mangez pas de charcuterie ;
- Lavez très bien tous les légumes crus et mangez uniquement ceux préparés par vous-même ;
- Porter des gants pour jardiner et bien se laver les mains après cette pratique ;
- En cas de nécessité de manipuler les excréments du chat, il faut porter des gants.



### HYDRATATION:

Une hydratation adéquate est essentielle pour une grossesse en bonne santé. Les femmes enceintes devraient boire environ 1 litre d'eau par jour pour 30 kg de poids.



L'alimentation des femmes enceintes doit être saine, c'est-à-dire complète, équilibrée, variée et sûre. De cette façon, vous contribuez à ce que votre enfant ait de bonnes habitudes alimentaires pour l'avenir !



Des études indiquent que les bébés/enfants préfèrent les aliments qu'ils ont intégrés au régime alimentaire de leur mère pendant la grossesse et l'allaitement. Le liquide amniotique ainsi que le goût maternel du lait diffèrent selon le type d'aliment consommé par la mère.

### खाद्य सुरक्षा र तयारी

- ✓ खाना ह्यान्डल गर्नु अघि र पछि, बाथरुम प्रयोग गरिसकेपछि र जनावरहरूसँग सम्पर्कमा आएपछि आफ्नो हातहरू बगिरहेको पानी र साबुनले धुनुहोस्;
- ✓ तरकारीहरू बगिरहेको पानीमा राम्ररी धुनुहोस्;
- ✓ सबै फलहरू धुनुहोस्, यदि तपाईं तिनीहरूलाई बोक्रा गर्न चाहानुहुन्छ भने;
- ✓ खाना पुनः तताउंदा, यसलाई फोडामा ल्याउनुपर्छ, वा केही समयको लागि उच्च तापक्रममा पुनः तताउनु पर्छ;
- ✓ सधैं खाद्य प्याकेजिङ्ग मा समाप्ति मिति जाँच;
- ✓ फ्रिज सफा राख्नुहोस्।



### उपभोगबाट बच्न

- नमकीन मासु र माछा;
- औद्योगिक ब्रोथ;
- तयार सस र मसलाहरू;
- स्वादिष्ट एपेटाइजर;
- भुटेको खाना;
- डिब्बाबंद सामान;
- साधारण चिनी (मिठाई, मिठाई, केक, कुकीज र चकलेट);
- एस्प्रेसो कफी (प्रति दिन 1 देखि 2 कप), 200mg/दिन भन्दा माथि क्याफिन सेवन नगर्नुहोस् (चिया, सफ्ट ड्रिक्स र चकलेटमा पनि क्याफिन हुन्छ।)
- अनपेस्टुराइज्ड डेयरी उत्पादनहरू;
- काँचो अण्डा (एग्नोग, मूस, सलामी, ऊँट झोल);
- कुनै पनि प्रकार को Patés।

Elaborado por:

Referências Bibliográficas:

Direção Geral da Saúde(2014), Alimentação e Nutrição na Gravidez, Lisboa



### गर्भावस्थाको समयमा पोषण



एक स्वस्थ आहारले स्वस्थ गर्भावस्था, सजिलो जन्म र तपाईंको बच्चाको भविष्यको स्वास्थ्यलाई असर गर्छ!

प्रयोगकर्ता नाम:

मिति:

आफ्नो नर्सलाई सल्लाह दिनुहोस्!



### खुवाउने

गर्भावस्थाको समयमा, यो कारणले गर्दा तौल बढ्नु स्वाभाविक हो:

- > प्लेसेन्टा को गठन;
- > एम्नियोटिक तरल पदार्थ को लागि;
- > बच्चाको वृद्धि;
- > गर्भाशय र रगत को मात्रा;
- > स्तन ऊतक को लागि;
- > बोसो आरक्षित गर्न।



गर्भवती महिलालाई ऊर्जा र पोषक तत्वको आवश्यकता बढेको छ। तर यसको मतलब यो होइन कि तपाईंले "दुईको लागि" खानु पर्छ!

एक स्वस्थ आहारले तपाईंको छोराको स्वस्थ विकासको लागि आवश्यक आधारहरू स्थापना गर्न मद्दत गर्नेछ!



### महत्वपूर्ण!

- एक दिन 5 देखि 6 खाना खानुहोस्, तिनीहरू बीचको ब्रेक अधिकतम 3 घण्टाको साथ;
- तरकारीको खपतलाई प्राथमिकता दिनुहोस्, तरकारीको सूप खाना सुरु गर्नुहोस्;
- फ्याटी माछा (साल्मन, टुना, साडिन) र सेतो मासु (कुखुरा र खरायो) लाई प्राथमिकता दिनुहोस्;
- रोटी, भात र पास्ता जस्ता अनाजको लगभग आधा खानुहोस्, पूर्ण रूपमा खानुहोस्;
- दिनमा 3 देखि 4 भाग फलफूल खानुहोस्;
- क्याल्सियम युक्त खानेकुराहरू (दूध, दही, पाश्चराइज्ड चीज, केल) खानुहोस्;
- हरियो सागसब्जी, फलफूल र सम्पूर्ण अन्नको खपत बढाउनुहोस्;
- अभ्यास गतिविधि शारीरिक;
- रक्सी नपिउनुहोस्।

टोक्सोप्लास्मोसिसको प्रतिरोधात्मक क्षमता नभएको अवस्थामा:

- मासु पूर्ण रूपमा पकाउनुहोस्;
- चिसो कटौती नखानुहोस्;
- सबै काँचो तरकारीहरू राम्ररी धुनुहोस् र आफूले बनाएको खानेकुरा मात्र खानुहोस्;
- बागवानी गर्दा पन्जा लगाउनुहोस् र यो अभ्यास पछि राम्रोसँग हात धुनुहोस्;
- बिरालोको मलमूत्र ह्यान्डल गर्न आवश्यक परेमा पन्जा लगाउनु पर्छ।

### हाइड्रेसन

स्वस्थ गर्भावस्थाको लागि पर्याप्त हाइड्रेसन आवश्यक छ। गर्भवती महिलाले हरेक ३० केजी तौलका लागि दैनिक १ लिटर पानी पिउनुपर्छ।

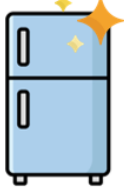
गर्भवती महिलाको पोषण स्वस्थ, पूर्ण, सन्तुलित, विविध र सुरक्षित हुनुपर्छ। यस तरिकाले, तपाईं आफ्नो बच्चाको भविष्यमा राम्रो खाने बानीहरू बनाउन योगदान गर्दै हुनुहुन्छ!



अध्ययनहरूले संकेत गर्दछ कि बच्चाहरू/बच्चाहरूले गर्भावस्था र स्तनपानको समयमा आमाको आहारको अंश बनाएको खाना मन पराउँछन्। आमाले खाने खानाको प्रकार अनुसार एम्नियोटिक तरल पदार्थ र दूधको स्वाद पनि फरक हुन्छ।

## खाद्य सुरक्षा और तैयारी:

- ✓ भोजन संभालने से पहले और बाद में, बाथरूम का उपयोग करने के बाद और जानवरों के संपर्क में आने के बाद अपने हाथ बहते पानी और साबुन से धोएं;
- ✓ सब्जियों को बहते पानी के नीचे अच्छी तरह धोएं;
- ✓ सभी फलों को धोएं, भले ही आप उन्हें छीलने का इरादा रखते हों;
- ✓ जब भोजन को दोबारा गर्म किया जाता है, तो उसे उबालना चाहिए, या कुछ समय के लिए उच्च तापमान पर दोबारा गर्म करना चाहिए;
- ✓ हमेशा खाद्य पैकेजिंग पर समाप्त तिथि की जांच करें;
- ✓ फ्रिज को साफ रखें।



## इसके सेवन से बचें:

- नमकीन मांस और मछली;
- औद्योगिक शोरबा;
- तैयार सॉस और मसाला;
- स्वादिष्ट ऐपेटाइज़र;
- तले हुए खाद्य पदार्थ;
- डिब्बाबंद सामान;
- साधारण शर्करा (मिठाइयाँ, मिठाइयाँ, केक, कुकीज़ और चॉकलेट);
- एस्प्रेसो कॉफी (प्रति दिन 1 से 2 कप), 200 मिलीग्राम / दिन से अधिक कैफीन का सेवन करने से बचें (चाय, शीतल पेय और चॉकलेट में भी कैफीन होता है)।
- अपाश्चुरीकृत डेयरी उत्पाद;
- कच्चे अंडे (अंडे का छिलका, मूस, सलामी, ऊँट लार);
- किसी भी प्रकार का पेटेस।

Elaborado por:

Referências Bibliográficas:

Direção Geral da Saúde(2014), Alimentação e Nutrição na Gravidez, Lisboa



## गर्भावस्था के दौरान पोषण



स्वस्थ आहार से स्वस्थ गर्भावस्था होती है, जन्म आसान होता है और यह आपके बच्चे के भविष्य के स्वास्थ्य को प्रभावित करता है!

उपयोगकर्ता का नाम:  
तारीख:

अपनी नर्स से परामर्श लें!



## भोजन

गर्भावस्था के दौरान निम्नलिखित कारणों से वजन बढ़ना स्वाभाविक है:

- > नाल का गठन;
- > एमनियोटिक द्रव के लिए;
- > शिशु का विकास;
- > गर्भाशय और रक्त की मात्रा;
- > स्तन ऊतक के लिए;
- > वसा आरक्षित करने के लिए।



गर्भवती महिला को ऊर्जा और पोषक तत्वों की आवश्यकता बढ़ जाती है। लेकिन इसका मतलब यह नहीं है कि आपको "दो लोगों के लिए" खाना चाहिए!

एक स्वस्थ आहार आपके बेटे के स्वस्थ विकास के लिए आवश्यक नींव स्थापित करने में मदद करेगा!



## महत्वपूर्ण!



- दिन में 5 से 6 बार भोजन करें, उनके बीच अधिकतम 3 घंटे का ब्रेक लें;
- सब्जियों के सेवन को प्राथमिकता दें, सब्जी का सूप भोजन शुरू करें;
- वसायुक्त मछली (सैल्मन, ट्यूना, सार्डिन) और सफेद मांस (पोल्ट्री और खरगोश) को प्राथमिकता दें;
- रोटी, चावल और पास्ता जैसे लगभग आधे अनाज का सेवन साबुत भोजन के रूप में करें;
- प्रति दिन 3 से 4 हिस्से फल खाएं;
- कैल्शियम से भरपूर खाद्य पदार्थ (दूध, दही, पाश्चुरीकृत पनीर, केल) का सेवन करें;
- हरी पत्तेदार सब्जियाँ, फलियाँ और साबुत अनाज का सेवन बढ़ाएँ;
- शारीरिक गतिविधि का अभ्यास करें;
- एल्कोहॉल ना पिएं।

टोक्सोप्लाज्मोसिस के प्रति प्रतिकारण न होने की स्थिति में:

- - मांस को पूरी तरह पकाएं;
- - कोल्ड कट्स न खाएं;
- - सभी कच्ची सब्जियों को अच्छी तरह से धोएं और केवल वही खाएं जो आपने खुद बनाई हों;
- - बागवानी करते समय दस्ताने पहनें और इस अभ्यास के बाद हाथों को अच्छी तरह धोएं;
- - बिल्ली के मल को संभालने की आवश्यकता पड़ने पर दस्ताने अवश्य पहनें।

## जलयोजन

स्वस्थ गर्भावस्था के लिए पर्याप्त जलयोजन आवश्यक है। गर्भवती महिलाओं को प्रत्येक 30 किलोग्राम वजन के लिए प्रतिदिन लगभग 1 लीटर पानी पीना चाहिए।

गर्भवती महिलाओं का पोषण स्वस्थ, यानी संपूर्ण, संतुलित, विविध और सुरक्षित होना चाहिए।

इस तरह, आप अपने बच्चे के भविष्य में खाने की अच्छी आदतें विकसित करने में योगदान दे रहे हैं!



अध्ययनों से संकेत मिलता है कि शिशु/बच्चे गर्भावस्था और स्तनपान के दौरान वह भोजन पसंद करते हैं जिसे उन्होंने अपनी मां के आहार का हिस्सा बनाया है।

एमनियोटिक द्रव और दूध का स्वाद मां द्वारा खाए जाने वाले भोजन के प्रकार के आधार पर भिन्न होता है।

**APÊNDICE VI – FOLHETO “GUIA PRÁTICO SOBRE ALEITAMENTO  
MATERNO”**

## POSIÇÕES PARA AMAMENTAR

Não existe “a posição perfeita” para amamentar o seu bebé, a chave de ouro é estarem **ambos confortáveis!**



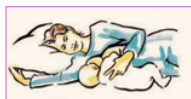
1. Posição tradicional



2. Posição cruzada (com o braço oposto)



3. Posição “bola de rugby”



4. Posição deitada



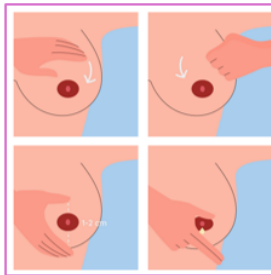
5. Posição de cavaleira



6. Amamentar simultaneamente os gémeos

## EXTRAÇÃO MANUAL DE LEITE MATERNO

1. Massage levemente a mama com movimentos circulares;
2. Massage a mama com o “nó” dos dedos;
3. Faça um “C” com a mão para apoiar a mama e coloque o polegar 1-2cm acima e o indicador abaixo da linha da aréola;



4. Mantenha os dedos na mesma posição, exercer uma ligeira pressão para trás, contra as costelas.

5. Comprimir e pressionar para a frente, ao mesmo tempo, o polegar e o indicador, sem deslizar a pele.

### Contactos Úteis:

❖ SOS Amamentação – [www.sosamamentacao.org.pt](http://www.sosamamentacao.org.pt)  
TM: 213 880 915 / 934 169 466

### Referência Bibliográfica:

Levy, L.; Bertolo, H. (2012). Manual de Aleitamento materno. Comitê Português da UNICEF- Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebês, p8-44. Disponível em: <https://www.unicef.pt/media/1581/6-manual-do-aleitamento-materno.pdf>

## GUIA PRÁTICO SOBRE O ALEITAMENTO MATERNO

Dicas e curiosidades sobre o processo da **AMAMENTAÇÃO!**



Aluna Mestrado em Saúde Materna e Obstetria:

**Constança Sammer**

Enfª Orientadora: ESMO **Patrícia Serrano**

Prof. Orientadora: **Sara Palma**

Escola Superior de Saúde de Santarém

## O PROCESSO DA AMAMENTAÇÃO

A amamentação é um processo natural e uma experiência única que requer aprendizagem tanto da mãe como do bebé.

O leite materno satisfaz todas as necessidades nutricionais do recém-nascido. É um alimento fundamental e completo que fornece tudo aquilo que o bebé precisa.

### O QUE RECOMENDA A ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE?

- ✓ Iniciar a amamentação na 1ªh de vida do bebé;
- ✓ Amamentar em exclusivo até aos 6 meses;
- ✓ Manter a amamentação pelo menos até aos 2 anos de idade da criança.

### VANTAGENS DO ALEITAMENTO MATERNO

#### MÃE

- Promove a vinculação;
- Promove a involução uterina e reduz o risco de hemorragia no pós-parto;
- Facilita a recuperação ao peso habitual;
- Reduz o risco de cancro da mama e ovário.

#### BEBÉ

- Contém os nutrientes na quantidade certa;
- Digestão e absorção fáceis;
- Protege contra infeções, e tem benefícios a longo prazo;
  - Ajuda no desenvolvimento do bebé.

## AS VÁRIAS FASES DO LEITE MATERNO

### 1. COLOSTRO

É excretado em pequena quantidade, mas é completo nutricionalmente para alimentar um recém-nascido e promove a maturação intestinal.

Líquido produzido nos primeiros 2/3 de pós-parto, de cor amarelada/transparente, rico em anticorpos, fatores de crescimento e proteínas.

É produzido entre o 3º e 15º dia após o nascimento, tem uma aparência mais semelhante à do leite. Tem uma maior concentração de gordura, lactose e vitaminas.

### 2. LEITE DE TRANSIÇÃO

É excretado durante a “descida do leite”.

### 3. LEITE MADURO

Produzido a partir do 15º dia até ao desmame.

No início da mamada, o leite tem mais açúcar e vai tornando-se cada vez mais espesso e rico em gordura.



## A PEGA DO BEBÉ

- ❖ Escolher um local tranquilo e uma posição confortável;
- ❖ A mãe deve estar bem sentada, costas direitas e ombros descontraídos, com os braços e pernas bem apoiadas;

### SINAIS DE BOA PEGA:

- ✓ O bebé está bem apoiado, posicionado e alinhado com a mãe (**barriga com barriga**);
- ✓ A boca deve estar bem aberta, com o lábio inferior virado para fora;
- ✓ O **bebé mama na aréola e não no mamilo**, fazendo a pega “de baixo para cima”, ficando mais aréola visível acima da boca do bebé do que abaixo;
- ✓ O **queixo** do bebé fica encostado à mama com as **bochechas arredondadas**;
- ✓ O **nariz** pode estar encostado à mama, mas com espaço para respirar.



**APÊNDICE VII – PÓSTER PARA A PARTICIPAÇÃO DO 4º ENCONTRO DE  
ENFERMEIROS ESPECIALISTAS ENFERMAGEM SAÚDE MATERNA  
OBSTÉTRICA DA UNIDADE LOCAL SAÚDE ALMADA-SEIXAL**



# A INFLUÊNCIA DAS REDES SOCIAIS NOS CONHECIMENTOS E ATITUDES DOS ADOLESCENTES SOBRE SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA



Constança Maya Semmer: Mestranda em ESMO, ORCID: 0009-0007-6363-373; Escola Superior de Saúde de Santarém; [20000152@esssude.santarém.pt](mailto:20000152@esssude.santarém.pt)

Sara Palma: Professora Adjunta na Escola Superior de Saúde, Politécnico de Santarém, Santarém, Portugal. Investigador colaborador no Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa (CIDNUR), Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa, Portugal. Investigador colaborador no Centro de Investigação em Qualidade de Vida (CIEQV), Politécnico de Santarém e Politécnico de Leiria, Leiria, Portugal. Investigador colaborador no Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde (CIIS\_UCP), Universidade Católica Portuguesa, Lisboa, Portugal. ORCID: 0000-0002-4640-8958 | Ciência ID: 6819-9085-F577; [sara.palma@esssude.santarém.pt](mailto:sara.palma@esssude.santarém.pt)

## INTRODUÇÃO

A adolescência é definida como a segunda década de vida, onde os jovens experienciam um conjunto de transformações biopsicossociais e os comportamentos de risco ou protetores de saúde influenciam o desenvolvimento de doenças. Uma rede social consiste numa organização com uma estrutura dinâmica e complexa, que conecta pessoas através de vários tipos de relações sociais que podem vir a influenciar opiniões, comportamentos e ações, principalmente entre adolescentes, uma vez que estes se encontram numa fase de procura e construção da sua própria identidade.



## OBJETIVO

Estudar a influência das redes sociais nos conhecimentos e atitudes dos adolescentes sobre Saúde Sexual e Reprodutiva (SSR).

## METODOLOGIA

REVISÃO NARRATIVA DA LITERATURA



## RESULTADOS



Após a análise de nove estudos evidencia-se que o acesso às plataformas digitais tem transformado a forma como os adolescentes se relacionam com o mundo, principalmente nos conhecimentos e atitudes relacionados com a saúde. A Saúde Sexual e Reprodutiva é um tema envolto em tabus na adolescência, dificultando o esclarecimento de dúvidas em fontes fidedignas, acabando por levar os jovens a procurar respostas a informações disponíveis na internet ou através de experiências partilhadas nas redes sociais. A vivência da sexualidade e o recurso a estas plataformas têm uma ação fraturante na adesão a comportamentos de risco ou promotores de saúde nos jovens.



## CONCLUSÕES

As redes sociais são vetores eficazes de comunicação entre os adolescentes, atuando como um mediador entre o contexto social e os comportamentos sexuais dos jovens, devido à sua influência sobre os mesmos. A intervenção precoce, atempada e completa do enfermeiro-obstetra pode contribuir significativamente para uma adolescência saudável, informada e real, preparada para enfrentar os desafios da era digital. Para prevenir problemas de saúde sexual e reprodutiva toma-se premente que os profissionais de saúde se atualizem sobre o que inteira o quotidiano dos adolescentes, de forma a darem uma resposta o mais abrangente e antecipada possível.

## PALAVRAS-CHAVE

Adolescente; Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde; Redes Sociais Online; Saúde Sexual e Reprodutiva



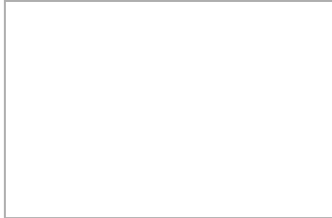
## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, F. D., Ribeiro, E. B. M., Araújo, T. M. F., Faria, I., Galvão, M. T. G. (2022). Mídia e comportamento sexual de jovens: revisão escopo.
- Costa, A. B. S., de Jesus Neto, A. M., Oliveira, C. A., Pereira, J. V. O., & Santos, M. F. (2021). O uso das tecnologias educativas na educação em saúde sexual com adolescentes. *Research, Society and Development*, 12(2), 42911-42919-42919/12260766.
- Duarte, A. D. O., Oliveira, T. M. D., Moreira, T. V. F., & Barreto, A. C. B. (2020). As Influências do Uso Intensivo das Redes Sociais na Vida dos Adolescentes.
- Saiz, D. B., Nogueira, I. S., & Bellanova, T. D. A. (2023). O Modelo de Nível Pender para promoção de saúde do adolescente: revisão integrativa. *RESAT-Revista Brasileira de Enfermagem*, 77.
- World Health Organization, *The sexual and reproductive health of younger adolescents: research issues in developing countries* (WHO, 2011).



**ANEXO I – PARECER E AUTORIZAÇÃO DO ESTUDO POR PARTE DA  
DIREÇÃO EXECUTIVA DA ESCOLA SECUNDÁRIA ONDE SE REALIZOU  
O ESTUDO**





## DECLARAÇÃO

---

, subdiretor do Agrupamento de Escolas

declara, para os devidos efeitos, que, estando cumpridos os preceitos legais, está autorizada a realização do estudo «Entre *likes* e filtros – ser adolescente na era digital: a influência das redes sociais nos conhecimentos e atitudes dos adolescentes sobre a saúde sexual e reprodutiva», no âmbito do mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, orientado pela Professora Doutora Sara Elisabete Cavaco Palma, da Escola Superior de Saúde de Santarém, na Escola Secundária .

Torres Vedras, 01 de abril de 2025

O Subdiretor





**ANEXO II - PARECER E AUTORIZAÇÃO DO ESTUDO POR PARTE DA  
COMISSÃO DE ÉTICA DO INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM**

## PARECER

### COMISSÃO DE ÉTICA DA UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO DO IPSANTARÉM

#### EMISSÃO DE PARECER Nº7A-2025ESSS

**Identificação do Investigador** | Constança Sammer (ESSS)

**Identificação do Projeto** | *Entre "likes" e filtros – ser adolescente na Era Digital: A influência das redes sociais nos conhecimentos e atitudes dos adolescentes sobre a saúde sexual e reprodutiva*

Constata-se que:

- i. É um trabalho académico conferido de grau de mestrado;
- ii. Apresenta fundamentação teórica, objetivos e metodologia;
- iii. O cronograma é esclarecedor quanto à calendarização das etapas do processo de investigação associado ao pedido.
- iv. São cumpridas as condições de anonimato dos participantes.
- v. Passou a constar no consentimento informado, livre esclarecido:
  - o quem é o responsável pelo guarda dos dados;
  - o Qual o tempo de posse dos mesmos até serem destruídos.

Face ao exposto a Comissão de Ética emite parecer favorável.

Santarém, 18 de março de 2025

Pedro Oliveira



(Coordenador)

Rafael Oliveira



(Subcoordenador)

### **ANEXO III – SÍNTESE E REGISTO DAS ATIVIDADES**

**Síntese de Registo de Atividades Práticas/Registration of Practice Activities**

	Nº
Aconselhamento à família e promoção da saúde/ <i>Family Counseling and health promotion</i>	25
Vigilância e prestação de cuidados à grávida/ <i>Supervision and care to the pregnant women:</i>	136
• Exames pré-natais/ <i>Prenatal Examinations (100)</i>	
Vigilância e prestação de cuidados à parturiente/ <i>Supervision and care to the women in labor:</i>	42
• Partos eutócicos/ <i>Eutocic deliveries (40)</i>	—
• Participação ativa em partos pélvicos/ <i>Active participation in breech deliveries</i>	—
• Participação ativa em partos gemelares/ <i>Active participation in multiples births</i>	13
• Participação ativa noutros partos/ <i>Active participation in other type of births</i>	2
• Episiotomia/ <i>Episiotomy</i>	36
• Episiorrafia, perineorrafia/ <i>Episiorrhaphy, perineorrhaphy</i>	
Vigilância e prestação de cuidados à mulher em situação de risco/ <i>Supervision and care to the woman at the risk</i>	57
• Gravidez/ <i>Pregnancy (40)</i>	
• Trabalho de parto/ <i>Labor</i>	31
• Puerpério/ <i>Puerperium</i>	16
Vigilância e cuidados à puérpera saudável/ <i>Supervision and care to the women in the postnatal period (100)</i>	115
Vigilância e prestação de cuidados ao RN saudável/ <i>Supervision and care to the healthy new-born (100)</i>	115
Vigilância e prestação de cuidados ao RN que necessita de cuidados especiais/ <i>Supervision and care to the new-born in need of special care</i>	9
Vigilância e cuidados à mulher no âmbito da saúde sexual e patologia ginecológica/ <i>Supervision and care for women in the field of sexual health and gynecological pathology</i>	22
Prática simulada/ <i>Simulated practice:</i>	
• Prática de manobras de Leopold/ <i>Leopold's maneuver practice</i>	1
• Prática de partos eutócicos/ <i>Practice of eutocic births</i>	2
• Prática de partos pélvicos/ <i>Practice of breech births</i>	1
• Prática de distocias de ombros/ <i>Shoulder dystocia practice</i>	1
• Prática de episiorrafia, perineorrafia/ <i>Practice on episiorrhaphy, perineorrhaphy</i>	—

 Santarém, 20/12/2025

 Estudante/*Student*
Constança Sammare

 Assinado por: Sara Elisabete Cavaco Palma  
 Num. de identificação: 10065790  
 Data: 2025.12.20 22:09:55+00'00"

 Professor/*Teacher*

 Assinado por: Maria da Conceição Fernandes  
 Santiago  
 Num. de identificação: 08560601

 Coordenador do curso/*The course coordinator*