

Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

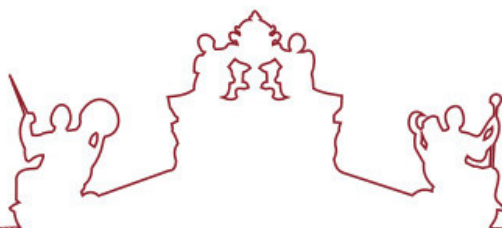
Relatório de Estágio

A TOMADA DE DECISÃO DA MULHER EM TRABALHO DE PARTO: CONTRIBUTOS DO PLANO DE PARTO

Maria Fernandes Pinto Bessa

Orientador(es) | A. Frias

Évora 2025



Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

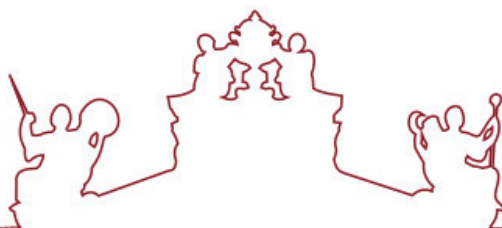
Relatório de Estágio

A TOMADA DE DECISÃO DA MULHER EM TRABALHO DE PARTO: CONTRIBUTOS DO PLANO DE PARTO

Maria Fernandes Pinto Bessa

Orientador(es) | A. Frias

Évora 2025



O relatório de estágio foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pelo Diretor da Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus:

Presidente | Maria da Luz Ferreira Barros (Universidade de Évora)

Vogais | A. Frias (Universidade de Évora) (Orientador)
Sara Elisabete Cavaco Palma (Instituto Politécnico de Santarém) (Arguente)

*Birth isn't something we suffer,
but something we actively do and exult in.*

Sheila Kitzinger,
(pioneira do plano de parto)

AGRADECIMENTOS

A elaboração deste relatório representa uma das etapas mais importantes e decisivas do meu percurso profissional. É com muita alegria que me encontro a um pequeno passo de concretizar um dos meus maiores objetivos de vida. Por isso mesmo é meu dever atribuir os meus agradecimentos às pessoas que contribuíram para a sua realização e respetiva conclusão.

À minha orientadora pedagógica, Professora Doutora Ana Frias, por toda a sua disponibilidade e dedicação demonstrados durante a orientação deste percurso, assim como pelas suas sugestões e críticas construtivas que contribuíram para a minha evolução.

À restante equipa Docente da Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus por terem contribuído para o desenvolvimento do meu percurso académico, essencialmente pela transmissão de conhecimentos e apoio disponibilizado.

Às Enfermeiras Supervisoras Clínicas, Ana Luísa José, Mónica Santos, Rita Grilo, Sandra Santana e Telma Maio por toda a orientação, empenho, disponibilidade e apoio, especialmente por me proporcionar a liberdade de ser eu mesma.

À minha família, pela compreensão, apoio e tolerância de tantos momentos de ausência, assim como pela força de incentivo em prosseguir o meu caminho.

Ao Filipe, por ter sido o melhor companheiro que alguma vez podia ter pedido, por toda a confiança, atenção e apoio que sempre me ofereceu, e por todos os desabafos e conversas esclarecedoras que sempre me deram força para continuar especialmente nas fases mais desafiantes.

Aos meus amigos, por terem sido uma força de apoio e disponibilidade nas horas mais difíceis, pelas palavras reconfortantes, e nas horas mais felizes, festejando comigo os meus sucessos.

Às minhas colegas de equipa, por toda a disponibilidade e apoio nesta fase de elaboração do presente relatório.

A todos, muito obrigada!

TÍTULO: “A Tomada de Decisão da Mulher em Trabalho de Parto: Contributos do Plano de Parto”

RESUMO

Introdução. O Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Universidade de Évora inclui um Estágio de Natureza Profissional, com Relatório Final, focado no desenvolvimento de competências teórico-práticas específicas pela mestranda. **Objetivo.** Apresentar, de forma crítica e reflexiva, o processo de aquisição de competências comuns e específicas necessárias para o exercício profissional em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. **Metodologia.** Estágio sob supervisão. Reflexão sobre as experiências vividas, com elaboração de uma revisão integrativa da literatura sobre os contributos do plano de parto na tomada de decisão materna, associando-se à prática, através de recolha e análise de dados. **Resultados.** As competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista foram adquiridas, refletidas nas avaliações positivas dos diferentes contextos clínicos, assim como a consolidação sobre os contributos do plano de parto na assistência à mulher. **Conclusões.** Os objetivos delineados foram atingidos, e as competências adquiridas promovem a qualidade dos cuidados prestados, consolidando o papel do Enfermeiro Especialista na implementação do plano de parto.

Descritores (DeCS): Empowerment; mulher; parto humanizado; tomada de decisão; trabalho de parto.

TITLE: Woman`s Decision Making During Labor: Contributions of the Birth Plan

ABSTRACT

Introduction. The Master's program in Maternal and Obstetric Health Nursing at the University of Évora includes a Professional Internship, with a Final Report, focused on the development of specific theoretical-practical skills by the Master's student. **Objective.** To present, in a critical and reflective manner, the process of acquiring the common and specific competences required for professional practice in Maternal and Obstetric Health Nursing. **Methodology.** Internship under supervision. Reflection on the experiences lived, with the preparation of an integrative literature review on the contributions of the birth plan to maternal decision-making, linked to practice through data collection and analysis. **Results.** The common and specific competences of the Specialist Nurse were acquired, reflected in the positive evaluations of the different clinical contexts, as well as the consolidation of the contributions of the birth plan to women's care. **Conclusions.** The objectives outlined were achieved, and the competences acquired promote the quality of care provided, consolidating the role of the Specialist Nurse in implementing the birth plan.

Descriptors: Empowerment, Women, Humanizing Delivery, Decision Making, Labor.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	13
1. CONTEXTO CLÍNICO DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL.....	15
1.1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO INSTITUCIONAL DO CENTRO HOSPITALAR ONDE DECORREU O ESTÁGIO	16
1.1.1. Serviço de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia – Unidade F	25
1.1.2. Internamento de Puerpério- Unidade F.....	33
1.1.3. Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais- Unidade F	37
1.1.4. Serviço de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia / Bloco de Partos – Unidade P	39
1.2. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO INSTITUCIONAL DA UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE ONDE DECORREU O ESTÁGIO	42
1.3. METODOLOGIA DO ENPRF	49
1.3.1. Objetivos	49
1.3.2. Método de Aprendizagem.....	50
2.CONTRIBUTOS PARA A MELHORIA DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA.....	56
2.1. REVISÃO DA LITERATURA	56
2.1.1. Conceptualização	56
3.ANÁLISE DOS RESULTADOS OBTIDOS NA PRÁTICA CLÍNICA	62
3.1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	62
3.2. ELABORAÇÃO DO PP	68
3.3. CONCLUSÕES, IMPLICAÇÕES PARA A INVESTIGAÇÃO E PARA A PRÁTICA	73
4. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE MOBILIZAÇÃO DE COMPETÊNCIAS	74
4.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	74

4.1.1. Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.....	74
4.1.2. Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade.....	76
4.1.3. Competências do domínio da gestão dos cuidados.....	77
4.1.4. Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais ..	79
4.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA	80
4.2.1. Competência 1 - Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional.	81
4.2.2. Competência 2 – Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal.	83
4.2.3. Competência 3 – Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o TP.	87
4.2.4. Competência 4 – Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal.	90
4.2.5. Competências 5 – Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério.	93
4.2.6. Competência 6 – Cuida da mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/ doença ginecológica.	94
4.2.7. Competência 7 – Cuida o grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade.	96
CONSIDERAÇÕES FINAIS	98
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	100
ANEXOS.....	116
ANEXO A – Declaração de Participação nas “Jornadas da Ginecologia – da Teoria à Prática”	117
ANEXO B – Declaração de Participação nas “Jornadas Neonatais da Primavera de Faro”	119
ANEXO C – Certificado de Participação no curso pré-congresso “Ventilação Não Invasiva – Fundamentos básicos nos cuidados ao recém-nascido ventilado”	121

ANEXO D – Certificado de Participação no “XXV Congresso Nacional e IX Internacional APEO”	123
ANEXO E – Declaração de Participação no “Seminário dia do EEESMO – Nas nossas mãos: contributos para ambientes sustentáveis”	125
ANEXO F – Certificado de Participação no “XXV Congresso Nacional e IX Internacional APEO” com o Póster Científico “Utilização De Contraceção Após O Parto: Contributos Do Enfermeiro Obstetra Na Tomada De Decisão Da Puérpera”	127
ANEXO G – Declaração de Participação enquanto oradora no Seminário “Dia do EEESMO. Nas nossas mãos: Contributos para ambientes sustentáveis”	129
ANEXO H – Participação no workshop pré-congresso “Ativação Eficaz da Produção de Leite. Plano B: Relactação”	131
ANEXO I – Webinar “Bola de Amendoim- a importância do conforto no TP para o sucesso da amamentação”	133
ANEXO J – Declaração de Participação enquanto oradora no Seminário “Dia do EEESMO. Nas nossas mãos: Contributos para ambientes sustentáveis”	135
APÊNDICES.....	137
APÊNDICE A – Projeto de Estágio.....	138
APÊNDICE B – Resumo da Revisão Integrativa da Literatura	144
APÊNDICE C – Resumo de Relato de Caso.....	146
APÊNDICE D – Póster Científico sobre “Utilização De Contraceção Após O Parto: Contributos Do Enfermeiro Obstetra Na Tomada De Decisão Da Puérpera”	148
APÊNDICE E – Resumo do Artigo Científico da APEO.....	150
APÊNDICE F – Registo de Vigilâncias ao longo do ENPRF	153
APÊNDICE G – Formação em serviço “Estratégias Não Farmacológicas de alívio da dor no Trabalho de Parto”	155
APÊNDICE H – Formação em Serviço “Utilização de Contraceção após o Parto: Contributos do Enfermeiro Obstetra na Tomada de Decisão da Puérpera”	168
APÊNDICE I – Modelo de Plano de Parto	170

APÊNDICE J – Apresentação “Plano de Parto: O Apoio numa Escolha Sustentável” no Seminário “Dia do EEESMO”	174
APÊNDICE K – Sessões do CPPP	183
APÊNDICE L – Póster Informativo “Colo é amor: Exterogestação e Babywearing..	188
APÊNDICE M – Plano de Consulta Pré-Natal	190

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Contextos Clínicos 1.º e 2.º Semestre do 2.º Ano	16
Tabela 2. Número de partos e cesarianas na ULS	19
Tabela 3. Profissionais de Enfermagem nos Contextos Clínicos	24
Tabela 4. Distribuição dos Postos de Trabalho	24
Tabela 5. Análise de conteúdo dos registos de interação por categorias	71

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Área de abrangência da ULS	17
Figura 2. Percentagem de Partos por Cesariana na ULS	20
Figura 3. Nacionalidade das mães em Portugal	22
Figura 4. Organização ACES A	42
Figura 5. Assistência realizada na SP	62
Figura 6. Idade das parturientes	63
Figura 7. Habilitações literárias das parturientes	63
Figura 8. Nacionalidade das parturientes	64
Figura 9. Idade Gestacional	65
Figura 10. Vigilância da gravidez	65
Figura 11. Paridade das parturientes	65
Figura 12. Frequência do CPPP	66
Figura 13. Frequência do CPPP de acordo com a paridade	66
Figura 14. Frequência do CPPP de acordo com a habilitações literárias	67
Figura 15. Elaboração de PP	68
Figura 16. Conhecimento das parturientes sobre PP em relação à sua elaboração	68
Figura 17. Acompanhamento na elaboração do PP	69
Figura 18. Tipologia do PP	69
Figura 19. Elaboração de PP de acordo com a frequência do CPPP	70
Figura 20. Elaboração de PP de acordo com a paridade	71
Figura 21. Elaboração de PP de acordo com a habilitações literárias	71
Figura 22. Análise de conteúdo dos registos de interação por categorias	72

INTRODUÇÃO

A Universidade de Évora [UE] constitui uma instituição de ensino que oferece o Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica [MESMO], um curso de 2.º ciclo que confere o grau de Mestre. Este programa está registado na Direção-Geral do Ensino Superior (R/A-Ef 1783/2011/AL03) e conta com parecer favorável da Ordem dos Enfermeiros [OE] (SAI-OE/2017/9022 e SAI-OE/2019/5981), assegurando a formação necessária para a obtenção do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica [EEESMO]. Dessa forma, é viabilizada a aquisição das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2019a) e das Competências Específicas do EEESMO (OE, 2019b). Estas competências, proporcionam ao EEESMO a responsabilidade pela vigilância da saúde da mulher no ciclo reprodutivo, nos processos de saúde/doença ao longo do período pré-concepcional, pré-natal, Trabalho de Parto [TP] e pós-natal e ainda o compromisso pela promoção da saúde e deteção precoce de complicações na saúde do recém-nascido até ao 28.º dia de vida. A educação sexual, planeamento familiar, área ginecológica, climatério e saúde pública são outras componentes pelas quais o EEESMO possui competências para a prestação de cuidados de enfermagem especializados.

A Unidade Curricular [UC] Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final [ENPRF], encontra-se inserida no plano de estudos do 2.º ano do MESMO, com início a 13/09/2022 e término a 21/06/2023. O ENPRF conta com diversos contextos clínicos, nomeadamente o Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica [SUOG] de dois hospitais distintos, que incluíram Bloco de Partos [BP], Internamento de Puerpério, Internamento de Grávidas Patológicas, e também uma Unidade de Cuidados na Comunidade [UCC] em ambiente de Cuidados de Saúde Primários [CSP].

Para alcançar o sucesso na UC, os principais objetivos envolvem: 1) prestar cuidados centrados na mulher e pessoa significativa, considerando o seu contexto familiar e comunitário; 2) demonstrar a consolidação de conhecimentos que sustentem propostas de melhoria dos cuidados prestados, incorporando a teoria, a prática e a Prática Baseada na Evidência; e 3) apresentar e defender publicamente um Relatório demonstrando as competências adquiridas durante o Estágio de Natureza Profissional. Além disso, uma análise mais aprofundada incidirá sobre os contributos do Plano de Parto [PP] para a tomada de decisão da mulher durante o TP, sendo este o tema escolhido para uma análise mais detalhada.

A temática selecionada enquadra-se na assistência à mulher durante o TP, sendo o principal objetivo a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade em Saúde Materna e Obstétrica [SMO], numa abordagem centrada na mulher, onde se pretende promover a sua autonomia e participação ativa nas decisões relacionadas com o seu próprio parto. A maioria das mulheres idealiza uma experiência de parto positiva, que satisfaça as suas expectativas pessoais e socioculturais e que contribua para a sensação de realização pessoal e controlo da situação, através do seu envolvimento na tomada de decisões relacionadas com o seu parto (World Health Organization [WHO], 2018).

O PP define-se como um planeamento do parto pela mulher e, sempre que possível, pela pessoa significativa, em conformidade com as suas preferências, valores, crenças e desejos de natureza individual, podendo ser escrito ou não, relativamente ao tipo de envolvimento pessoal e à assistência clínica durante o TP (Direção Geral de Saúde [DGS], 2020; OE, 2021a; WHO, 2018). Podemos considerar o PP como facilitador da comunicação entre a equipa de saúde e as mulheres/pessoa significativa durante a gravidez e o TP, além de promotor de um modelo de cuidados centrado na mulher/pessoa significativa, baseado numa abordagem respeitosa e na responsabilidade mútua (Pinheiro & Sardo, 2019b). O crescente número de estudos existentes em relação aos benefícios da utilização do PP trouxe a sua incorporação legal nos serviços de saúde, assim como a recomendação da sua utilização como parte de uma boa prática dos cuidados de saúde à mulher em TP, por diversas organizações mundiais de saúde.

Este Relatório de Estágio tem como objetivo descrever, de forma crítica e reflexiva, o processo de aquisição de competências comuns e específicas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica [ESMO]. O presente documento é composto por uma introdução, seguida da caracterização dos contextos clínicos do estágio e reflexão crítica dos mesmos. No terceiro capítulo procedeu-se a análise do contributo do tema escolhido para a melhoria dos cuidados prestados na área da ESMO, com a respetiva Revisão da Literatura e a análise dos resultados obtidos na prática clínica, sendo o quarto capítulo a conexão com o processo de aquisição de competências do EEESMO. O relatório termina com as considerações finais, referências bibliográficas, anexos e apêndices, como forma de expor alguns dos conteúdos elaborados ao longo do ensino clínico e completar a informação escrita.

Este documento encontra-se redigido de acordo com o Novo Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa, conforme as normas *American Psychological Associations* [APA] 7.^a Edição (APA, 2020) e respeita o cumprimento das Normas para realização de Trabalhos Académicos e Científicos Escritos na Universidade de Évora – Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus com a Ordem de Serviço n.º 01/2023.

1. CONTEXTO CLÍNICO DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

O presente capítulo descreve pormenorizadamente todos os contextos clínicos onde decorreu o ENPRF, especificando a estrutura física, recursos humanos, recursos materiais e dados estatísticos característicos de cada um deles.

O estágio profissional com supervisão clínica tem como foco principal o desenvolvimento profissional eficaz, através da transição da teoria para a prática, nos mais diversos contextos clínicos (Aviz et al., 2022). A aprendizagem na prática clínica permite o desenvolvimento da atitude profissional, de competências de comunicação e, fundamentalmente, o desenvolvimento do pensamento crítico e construção da tomada de decisão autónoma (P. Oliveira, 2015; Pitt et al., 2012).

A realização do ENPRF, implicou a elaboração de um Projeto de Estágio (APÊNDICE A), onde se delineou as competências comuns do Enfermeiro Especialista e as competências específicas do EEESMO, ao longo dos diversos contextos clínicos, assim como a temática na qual a estudante aprofundou o conhecimento e que dá o título ao relatório.

O ENPRF permite a aplicação e consolidação dos conhecimentos e competências adquiridas na componente teórica, nos diferentes contextos clínicos, permitindo a sua intervenção junto da mulher/família em TP, período do puerpério, nos cuidados ao Recém-Nascido [RN] e ainda nos cuidados especializados referentes à mulher a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica.

A prática clínica desenvolvida ao longo dos dois semestres do ano letivo 2023/2024, decorreu em diferentes contextos clínicos, apesar de ambos inseridos na mesma Unidade Local de Saúde [ULS], a Sul de Portugal: Centro Hospitalar [CH] e CSP. No CH, a mestranda teve a oportunidade de passar pelas duas Unidades Hospitalares distintas, nos contextos clínicos de SUOG, o qual contempla o BP, Admissão ou Urgência Obstétrica e Ginecológica, Internamento de Grávidas Patológicas e Internamento de Puerpério. A Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais [UCIN] permitiu um estágio de observação. A nível dos CSP, a mestranda passou por uma UCC. A pormenorização dos contextos clínicos e respetivas datas, encontram-se na tabela 1.

O ENPRF decorreu no 2.º ano do MESMO, que se dividiu em dois semestres: o primeiro semestre decorreu de 13 de setembro de 2023 a 23 de janeiro de 2024 e o segundo semestre decorreu de 14 de Fevereiro de 2024 a 21 de Junho de 2024.

Tabela 1.
Contextos Clínicos 1.º e 2.º Semestre do 2.º Ano

1.º SEMESTRE- 2.º ANO		
Período	Semanas	Contexto Clínico
13 setembro 2023- 22 outubro 2023	6	Bloco de Partos – Unidade P
23 outubro 2023- 03 dezembro 2023	6	Unidade Cuidados Comunidade T
06 dezembro 2023- 23 janeiro 2024	6	Internamento de Grávidas Patológicas Unidade F
2.º SEMESTRE- 2.º ANO		
Período	Semanas	Contexto Clínico
14 fevereiro 2022- 10 março 2022	4	Bloco de Partos - Unidade P
07 março 2022- 28 abril 2022	8	Internamento Puerpério – Unidade F
29 abril 2022- 21 junho 2022	6	Bloco de Partos – Unidade F

Fonte: Elaboração própria

Do ponto de vista ético, o consentimento da grávida para a colaboração na formação de médicos e enfermeiros é fundamental, pelo que a sua obtenção preza pela dignidade e privacidade da utente em causa (Néné et al., 2016). Somente pelo fato de a grávida estar inserida num hospital universitário, os profissionais não devem partir do princípio de que existe uma obrigação moral de cooperação na sua formação. No decorrer do estágio, a mestranda apresentou-se sempre como aluna da especialidade de ESMO, obtendo sempre o consentimento verbal da mulher e/ou pessoa significativos, ambos alvos da sua prestação de cuidados.

1.1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO INSTITUCIONAL DO CENTRO HOSPITALAR ONDE DECORREU O ESTÁGIO

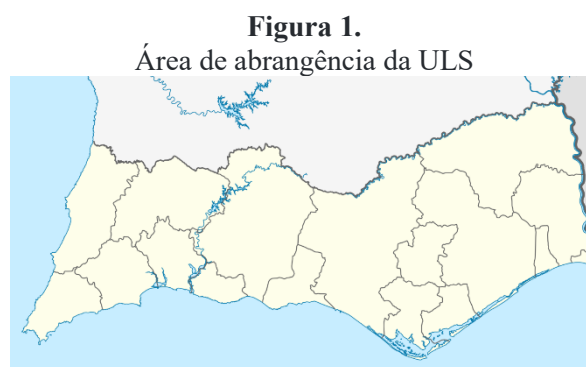
A ULS a Sul de Portugal, contempla todas as Unidades de Saúde desta região, com três Unidades Hospitalares públicas, sendo elas a Unidade Hospitalar [UH] F, UH P, Unidade L, um Centro de Medicina Física e Reabilitação e o Agrupamento de Centros de Saúde [ACES] da região.

Desde Novembro de 2023, previsto no Decreto-Lei n.º 102/2023, o governo português procedeu à reestruturação das entidades públicas empresariais, integradas no Serviço Nacional de Saúde [SNS], adotando-se o modelo de organização e funcionamento em ULS, que integra ACES, Unidades Hospitalares e centros hospitalares (Diário da República Eletrónico [DRE], 2023). O modelo de funcionamento em ULS visa a prestação integrada de cuidados de saúde primários e hospitalares, o reforço dos cuidados primários na resposta de proximidade e continuidade na assistência em saúde e a aposta na promoção da saúde. Esta reestruturação alinha-se com a Agenda 2020 para o Desenvolvimento Sustentável, procurando promover uma saúde de proximidade, e desta forma contribuir igualmente para a concretização dos Objetivos

do Desenvolvimento Sustentável [ODS], em particular com o ODS número três- “Saúde de Qualidade” (DRE, 2023).

Na legislação portuguesa, detalhadamente na Portaria n.º 147/2016 (DRE, 2016), as UH F e P consideram-se instituições de nível I, comprometendo-se com a prestação de cuidados de saúde diferenciados da região, bem como pelo apoio à formação contínua na área da saúde.

Esta ULS caracteriza-se, tanto a nível nacional quanto a nível internacional, como uma referência no SNS. Em termos de resposta assistencial, é responsável pela prestação de cuidados de saúde especializados aos dezasseis concelhos da região (figura 1), com 84 freguesias no total, assegurando a segurança em saúde de todos os residentes e visitantes da região. A UH P abrange a região do barlavento, a UH F responde maioritariamente à região do sotavento. Além disso, representa um trabalho significativo na área da formação contínua dos profissionais de saúde, colaborando também com diversas universidades e cursos nas áreas médicas, de enfermagem e ciências da saúde através de vários protocolos (SNS, 2023).



Fonte: Adaptado de visitando Portugal

Ambas as Unidades Hospitalares (UH P e UH F) prestam cuidados de saúde diferenciados na área da obstetrícia e ginecologia. Esta ULS desenvolveu um projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem na área da saúde materna e obstétrica – “Parto Seguro”, que consiste na monitorização rigorosa de todos os procedimentos envolvidos nos diferentes momentos do TP, através de um instrumento denominado “*check-list* do Parto Seguro”. Com a implementação deste processo pretende-se melhorar a prática e garantir a segurança dos cuidados quer à mulher, quer ao RN, o que se traduz na elevação do padrão de qualidade dos cuidados de enfermagem no âmbito da SMO (Serviço Nacional de Saúde [SNS], sem data). Apesar de pertencerem ao mesmo CH, encontramos algumas discrepâncias a nível de disponibilidade de material, projetos de melhoria contínua, acreditação a nível da Organização Mundial de Saúde [OMS], e recursos humanos, que a mestranda vai desenvolver ao longo dos subcapítulos.

De acordo com os dados dos censos, em 2021, esta ULS deu resposta a 467 343 habitantes, número que tende a triplicar em alturas do ano propícias ao turismo (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2022). De acordo com dados do Turismo de Portugal, a taxa de ocupação de alojamentos em Abril, Maio e Junho é superior a 60%, sendo nos meses de Julho, Agosto e Setembro é superior a 80%, isto traduz um total de seis meses que são significantes para o aumento da afluência a esta ULS. Em números absolutos, no ano de 2023 a região do Algarve contou com cinco milhões de hóspedes, dos quais três milhões e setecentos não eram de nacionalidade portuguesa (Turismo de Portugal, 2023).

A maternidade da UH P, encontrou-se com constrangimentos durante o ano 2023, situação que se mantém no ano atual, devido à falta de médicos especialistas na área de obstetria e pediatria, levando a que 301 dos nascimentos ocorridos na UH F, que se encontra aberta de forma ininterrupta, fossem de mulheres da área de influência da UH P. O fecho desta maternidade tem gerado grande preocupação e apreensão entre grávidas e puérperas,, uma vez que obriga muitas mulheres a percorrer longas distâncias para terem acessos a cuidados de saúde especializados, expondo-as a riscos durante uma fase já delicada. Além disso, a sobrecarga da única maternidade que nestas condições fica a dar resposta a todo o sul do país compromete a qualidade de atendimento, gerando situações de superlotação e falta de recursos humanos e estruturais. Este conjunto de fatores tem influência direta na qualidade de cuidados prestados em todas as valências que envolvem o circuito de uma grávida, parto, puerpério e até UCIN, quer por constrangimentos a nível estrutural, quer pela necessidade de serem reforçadas as equipas que estão na prestação de cuidados às grávidas, puérperas e recém-nascidos.

Em Portugal, temos assistido diariamente à fragilidade que se vive no SNS em dar resposta às mulheres grávidas, com o fecho de maternidades e sobrecarga das que ficam abertas, pelo que a Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras [APEO] tem vindo a fundamentar que a implementação em Portugal de Unidades de Cuidados na Maternidade é uma medida que pode ser eficaz para potenciar os cuidados de saúde às mulheres grávidas com baixo risco de complicações, através da atuação dos EEESMO no exercício pleno das suas competências (APEO, 2020, 2024).

Como tentativa de dar resposta, a Direção Executiva do SNS criou a operação “Nascer em Segurança” em todo o ano 2023 e primeiros cinco meses de 2024, com o principal objetivo de delinear abordagens, que são necessariamente temporárias até se conseguir os recursos humanos necessários, no sentido de evitar o fecho em absoluto de BP de instituições que são relevantes na prestação de cuidados de saúde, através de um programa que incluiu o encerramento de BP e a criação de escalas de rotatividade entre maternidades em todo o país

(DGS, 2023a). Referem ainda que os serviços de Obstetrícia/Ginecologia e Neonatologia precisam de atenção prioritária, de modo a manter a equidade, qualidade, acesso, humanização, segurança e previsibilidade nos cuidados do SNS. A falta de profissionais de saúde, especialmente médicos obstetras/ginecologista, exige um planeamento complexo para assegurar prontidão do SNS não só nas respostas às maternidades, mas também nas consultas externas, cirurgias programadas e rastreios oncológicos. Apesar deste cenário em algumas regiões do país, Portugal evidencia-se, no panorama internacional, pelas conquistas alcançadas em alguns indicadores de saúde ao longo dos últimos 40 anos, nomeadamente uma das mais baixas taxas de mortalidade perinatal do mundo (DGS, 2023a).

Em 2023, a ULS, deu resposta a 3 725 nascimentos, entre eles 1 197 cesarianas (SNS, 2024b). Segundo dados internos, foi possível recolher informação sobre o número de nascimentos em 2023 na UH P foi de 1 163 e na UH F foram 2 562 nascimentos, o que engloba a maioria dos partos realizados nesta ULS.

Através da tabela 2, podemos verificar que o número de partos realizados na ULS, nos últimos três anos, diminuiu no ano 2021 para 2022, sendo que no ano de 2023 subiu para o número de partos maior dos últimos três anos, ao invés do número de cesarianas que tem aumentado gradualmente de ano para ano.

Tabela 2.
Número de partos e cesarianas na ULS

Ano Civil	Total de Partos	Total de Cesarianas
2021	3499	1017
2022	3432	1040
2023	3725	1197

Fonte: SNS Transparência

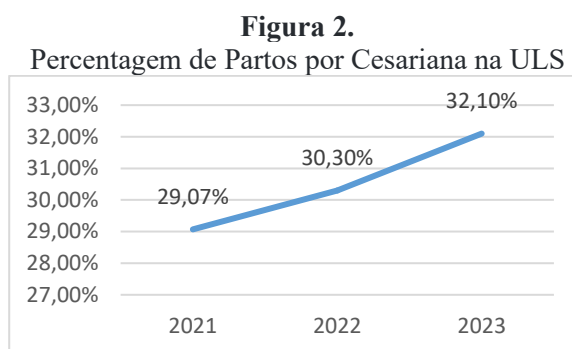
Já em 2024 verifica-se que nos primeiros cinco meses do ano foram registados 6 779 nascimentos, mais 2,4% de nascimentos do que no período homólogo do ano anterior, o que sugere que se mantenha um aumento da natalidade em Portugal (INE, 2024a). Porém na ULS, até Maio de 2024, inclusive, registaram-se 1 101 partos, menos 371 partos do que no mesmo período do ano 2023, com 1 472 (SNS, 2024b). Estes números fizeram-se sentir no local de estágio que a mestranda passou, em que as expectativas eram um maior número de oportunidades curriculares nas várias valências.

A nível da demografia do nosso país, Portugal regista no ano de 2023 o valor mais alto de nados-vivos desde 2019, com um total de 85 764 nascimentos, sendo que em 2022 contabilizaram-se 83 671 nados-vivos, na sequência de um acréscimo de 5,1% em relação a 2021 (contou com 79 580 nados-vivos), ano este que se verificou um decréscimo do número de

nascimentos, comparando com o ano 2020 no qual se contabilizaram 84 530 nascimentos, segundo as estatísticas demográficas disponibilizadas pelo (INE, 2023a).

O aumento do número de nascimentos pode refletir que a população portuguesa já ultrapassou a pandemia COVID-2019, uma vez que, só a primeira vaga de pandemia, pode ter resultado numa redução de 14% no número de nascimentos em toda a Europa, porém atualmente assiste-se ao aumento do número de nascimentos para valores pré-pandemia. Os planos de engravidar na população parecem estar a ser retomados após o controle mais efetivo da pandemia (França & Marques, 2022).

Segundo estatísticas internas hospitalares sabe-se que a percentagem de cesarianas em toda a ULS foi de 32,1%, como se verifica na figura 2.



Fonte: Adaptado de Transparências SNS

A percentagem de cesarianas tem-se mostrado crescente, entre 2021 e 2023, como podemos observar no gráfico, tendo chegado aos 32%, sendo que é uma tendência a nível nacional e internacional. Em Portugal, nos Hospitais privados, registaram-se, no ano 2022, num total de 14 714 nascimentos, um número superior a 50% de cesarianas, correspondendo a 9 606 nascimentos via cesariana, e apenas 2 667 nascimentos por parto eutócico (PORDATA, 2023).

Desde 1985, que a OMS considera que a taxa ideal de cesarianas seja entre 10% e 15% de todos os partos, reforçando que as evidências científicas apontam as desvantagens da cesariana em relação ao parto vaginal, em termos de morbilidade e mortalidade materna e perinatal e de gastos para o sistema de saúde, a não ser que sejam realizadas por um motivo médico (OMS, 2015).

Com a ascensão da biomedicina, as práticas de assistência ao TP sofreram profundas transformações no decorrer do século XX. O aumento da taxa de cesarianas faz parte desse processo (Riscado et al., 2016). Os mesmos autores acrescentam ainda que a conveniência da cesariana, em relação à flexibilidade de horários e à possibilidade de agendamento contribui para a preferência médica de um método cirúrgico de parto.

Um estudo que procurou saber quais os fatores que as motivam as mulheres para a realização de cesariana, mostrou que o principal fator que influencia a escolha da cesariana é o fato de considerarem um processo indolor e seguro, com a comodidade da previsão e controle do momento em que acontece o nascimento. Descreve ainda que, muitas das mulheres que realizam o acompanhamento pré-natal no obstetra privado, sentem mais confiança e segurança em que seja o mesmo a realizar o procedimento (Paiva et al., 2019).

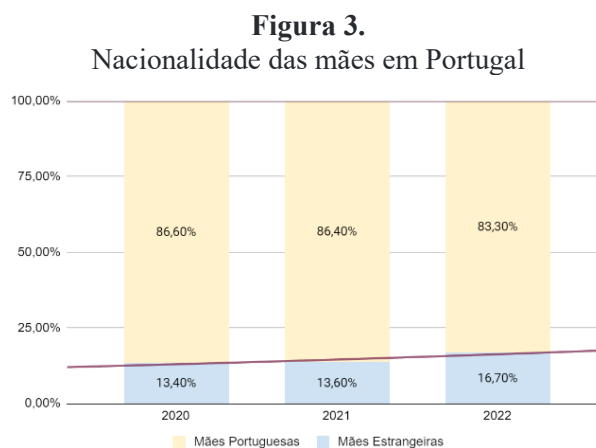
O fecho de algumas maternidades em Portugal, com aumento desde o ano 2023, leva à incerteza grávidas/casais de quais os serviços que vão estar disponíveis para dar resposta aos cuidados necessários no momento do nascimento, o que promove uma descontinuidade no acompanhamento pré-natal, do momento do parto e do pós-natal, facilitando a procura pelas grávidas a um acompanhamento fora do SNS, no setor privado, ambiente este mais propício à realização de cesarianas (APEO, 2024).

Face à percentagem crescente do número de cesarianas nesta ULS, assim como no resto do país e do mundo, o EEESMO mostra-se com uma abordagem mais acolhedora, com maior transmissão de estímulos ao parto normal, com incentivo, alternativas para o controlo da dor e informações contundentes sobre os procedimentos referentes à via de parto vaginal (Carvalho & Cerqueira, 2020).

O EEESMO tem a capacidade de atuar nos diferentes momentos do ciclo gravídico, através de uma assistência qualificada e humanizada nos diferentes cenários assistenciais, informando sobre os riscos e benefícios do parto normal e da cesariana. Independente do nível social e cultural, é fundamental que o EEESMO intensifique o processo educativo, desde o período pré-natal, a fim de reduzir o risco de morbimortalidade associado às altas taxas de cesariana (Paiva et al., 2019).

Importa referenciar que esta ULS reflete uma percentagem de nascimentos elevada de nados vivos de mães estrangeiras. Segundo dados internos relativos ao ano de 2023, a percentagem de mães estrangeiras tem vindo a crescer, atingindo na UH F os 36% e na UH P os 48%, sendo as nacionalidades das mães não portuguesas mais frequentes são o Brasil, Índia, Nepal e República da Moldávia.

Com base no documento das estatísticas demográficas de 2022 (INE, 2023a), a proporção de nados-vivos de mães com nacionalidade estrangeira em Portugal de 2020 a 2022, encontra-se relacionada com a proporção de nados-vivos de mães com nacionalidade portuguesa, na seguinte figura 3.



Fonte: Adaptado de INE

Nos últimos três anos assistiu-se a um aumento de 3,3% de nascimentos de mães de nacionalidade estrangeira. Estes números espelham a entrada de imigrantes em idade fértil e como tem vindo a contribuir para aumentar a natalidade em Portugal. Estima-se que, no ano de 2022, tenham entrado em Portugal 117 843 imigrantes permanentes, mais 21,3% do que em 2021 com total de 97 119 imigrantes (INE, 2023a). Estas situações verificam-se a nível de outros países da Europa, onde também se verifica um aumento de grávidas imigrantes, maioritariamente vindas de países fora da Europa (INE, 2023a).

As grávidas emigrantes são um grupo vulnerável nos cuidados de saúde pré-natais e têm um risco acrescido de complicações na gravidez (Bains et al., 2021; Ternström et al., 2024), sendo que a literatura sugere-nos também um risco acrescido de parto prematuro e de baixo peso à nascença entre os imigrantes (Eick et al., 2024; Gieles et al., 2019; Ternström et al., 2024). O aumento do risco de mortalidade e morbilidade entre imigrantes pode ser explicado por duas hipóteses principais. Primeira, estas mulheres podem ter um estado de saúde diferente devido a desigualdades de saúde entre os países de origem e de destino, resultando em um perfil de risco distintos por razões socioculturais ou médicas. Segunda, o risco adicional pode ser adquirido no país anfitrião, devido à incapacidade de acederem a cuidados de saúde de igual qualidade, seja pela falta de conhecimento sobre o sistema de saúde do país anfitrião, quer elas diversas barreiras, principalmente as linguísticas e culturais, como fatores que contribuem para esse risco elevado (van den Akker & van Roosmalen, 2016). Um estudo realizado na Noruega mostrou que poucas mulheres recebem algum apoio em termos de comunicação durante o pré-natal e TP (Ternström et al., 2024).

No decorrer do estágio curricular, em todos os campos de estágios, a mestranda sentiu algumas barreiras para a prestação de cuidados de qualidade. Em ambiente hospitalar, trabalhar com estas mulheres imigrantes em TP, mostrou-se um desafio, não só pela barreira linguística,

mas também cultural, uma vez que o momento do nascimento, os seus comportamentos e expectativas representam-se de grande diversidade. A nível do internamento do puerpério, a mestrandia denotou que este se mostra um período também muito complexo, naquilo que são os ensinos, e a capacitação para a própria vigilância da saúde das mulheres e dos seus recém-nascidos, ainda com uma dificuldade acrescida de incluir a figura masculina nestes cuidados, muitas das vezes o tempo investido no cuidado destas tríades foi três vezes superior ao tempo investido em que pelo menos um dos progenitores falava a língua portuguesa ou inglesa fluente. Naquilo que foi o serviço de urgência, as mulheres chegavam com gravidezes que não tinham sido vigiadas, e acabam por recorrer à porta da urgência como primeiro recurso para a verificação do bem-estar do seu bebé.

A Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica [MCEESMO], define como dotações seguras, o rácio de EEESMO- utente (OE, 2019c):

- Consulta de Enfermagem de Medicina Materno Fetal [MMF], Diagnóstico Pré-Natal [DPN] e Interrupção Voluntária da Gravidez [IVG] tem de ser assegurada por um EEESMO;
- Internamento de Ginecologia tem de ter disponível pelo menos um EEESMO em permanência nas 24 horas;
- Internamento MMF Gravidez de Alto Risco – 1:3;
- Internamento MMF Gravidez de Médio Risco – 1:6;
- Indução do TP – 1:3;
- 1.º estágio do TP – 1:2;
- 2.º estágio do TP – 1:1;
- 3.º e 4.º estágio do TP – 1:1;
- Internamento Puerpério Puérpera Patológica – 1:3;
- Internamento Puerpério Puérpera Sem Patologia – 1:6.
- Sala Operatória- 3 enfermeiros por sala operatória;
- Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos (UCPA) – 1:2;

Na tabela 3, apresenta-se discriminado o número de profissionais de saúde da área de enfermagem, que exercem funções nos contextos clínicos, onde se concretizou o estágio de natureza profissional.

Tabela 3.
Profissionais de Enfermagem nos Contextos Clínicos

Contexto Clínico	EEESMO	Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica [EEESIP]	Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica	Enfermeiro Cuidados Gerais
SUOG – UH F	28	0	1	18
SUOG – UH P	19	0	0	10
Internamento Puerpério	3	2	0	17
UCIN	0	21	1	22
Total	58	19	2	83

Fonte: Elaboração própria

Analisando os dados da tabela 3, consegue-se verificar que em ambas as Unidades da ULS, o rácio de EEESMO no SUOG representa a maioria da equipa de enfermagem, porém continua a ser um número insuficiente para o cumprimento das dotações seguras. Na Unidade F, a escala dos profissionais de enfermagem no SUOG é realizada de acordo com os postos de trabalho, como mostra a tabela 4.

Tabela 4.
Distribuição dos Postos de Trabalho

Posto de Trabalho	N.º de Elementos
Admissão	2
Bloco de Partos	2
Bloco Operatório	3
Internamento de Grávidas	2
UCPA	0

Fonte: Elaboração própria

Na Admissão encontra-se escalado obrigatoriamente um EEESMO, como contemplado pela OE (2019c), nas urgências de obstetrícia e ginecologia, todos os enfermeiros envolvidos tenham especialidade em SMO, devido ao fluxo de trabalho, por vezes encontra-se escalado um EEESMO e um Enfermeiro de Cuidados Gerais, não cumprindo as dotações seguras. No internamento de grávidas, tendo em conta a lotação máxima do serviço, por vezes, as dotações seguras não são cumpridas, uma vez que se trata de quinze vagas, para dois EEESMO. Na sala de partos [SP], a proporção de EEESMO para o número de salas de partos também é insuficiente, em casos de elevado fluxo de trabalho com todas as salas de parto ocupadas, não se fazem cumprir as dotações seguras, e existe necessidade de pedir colaboração da equipa médica. Apenas são cumpridas as dotações seguras da sala operatória, com três enfermeiros que ocupam o posto de apoio à anestesia, circulante e instrumentista, porém, falta assegurar um elemento para a UCPA.

No Internamento de Puerpério da Unidade F, também se verificou o incumprimento das dotações seguras, uma vez que na totalidade da equipa de enfermagem apenas três enfermeiras detêm a especialidade em SMO. A mesma situação verifica-se igualmente no BP da Unidade P,

uma vez que frequentemente o BP é assegurado por um EEESMO e um Enfermeiro de Cuidados Gerais, para a totalidade das cinco salas de parto.

De acordo com a análise anteriormente descrita, pode-se constatar que as dotações seguras exigidas pela OE, não são cumpridas por nenhum dos serviços onde a estudante realizou o ENPRF, uma vez que este fator se deve principalmente à falta de enfermeiros especializados na área. Esta situação compromete o atendimento e assistência especializada à mulher/família nas várias valências do cuidar, existindo uma maior margem para a ocorrência de erros e déficit de vigilância, limitando os ganhos na segurança e qualidade na prestação de cuidados de enfermagem, comprometendo assim a sua qualidade.

Esta ULS carece de mais recursos humanos, nas diversas áreas de especialidade, para dar resposta à sua grande área de abrangência, assim como à diversidade cultural de pessoas que atende. O próprio edifício da Unidade F também requer remodelações, o piso 5 onde decorreram a maioria dos estágios da Mestranda, muitas vezes mostrou ter espaço insuficiente para o número de pessoas internadas.

1.1.1. Serviço de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia – Unidade F

No presente subcapítulo encontrar-se-á a caracterização dos diversos contextos clínicos, onde decorreu o ENFRF, na UH F, onde se realizaram a grande maioria dos estágios.

Importa referir que a mestranda procurou, na descrição de cada contexto, enfatizar o ambiente e o conforto dos contextos de estágio onde passou, com especial atenção para aqueles que estão envolvidos nos cuidados às parturientes, puérperas e RN. A OMS (2018), e outras entidades de saúde destacam a importância de um ambiente favorável como componente essencial de um parto humanizado e respeitado.

O edifício hospitalar normalmente está associado a um local de doença, porém a origem da palavra hospital vem do latim *hospitalis* adjetivo que significa ser hospitaleiro, acolhedor. (Knupp & de Paula, 2018). O nascimento de um filho não é um processo de doença, por isso torna-se fundamental o papel do EEESMO na criação de melhores ambientes para as suas clientes. De acordo com Ternström et al. (2024) o ambiente da SP é fundamental para o conforto e bem-estar da mulher durante o TP, como facilitador do processo fisiológico e promotor de uma experiência de parto mais positiva e menos stressante. Acrescentam os mesmos autores que um ambiente acolhedor e seguro pode reduzir a ansiedade e a dor, aumentar a satisfação e fortalecer o vínculo inicial entre mãe e RN.

O SUOG localiza-se no 5.º piso do edifício principal da UH, piso este que engloba várias valências relacionadas com a gravidez, puerpério e saúde da mulher. O SUOG, contempla

quatro setores: 1) Admissão; 2) Internamento de Grávidas Patológicas; 3) BP; 4) Sala Operatória. No mesmo piso, podemos encontrar ainda o Internamento de Ginecologia, Internamento de Puerpério e UCIN.

O método de trabalho utilizado no SUOG é o método individual em que cada enfermeiro é distribuído em cada setor, segundo uma distribuição semanal realizada pela chefia, e existindo sempre entreajuda no seio da equipa. Os horários que são praticados compreendem o turno da manhã (8h00-16h00), da tarde (15h30- 00h00) e o da noite (23h30-08h30).

Admissão

Na Admissão são assegurados cuidados a mulheres grávidas e/ou com afeção ginecológica, encaminhadas do serviço de Urgência Geral, do centro de saúde ou consulta externa. No espaço físico deste setor, encontramos dois gabinetes de atendimento equipados com marquesa ginecológica, ecógrafo e armário com material de consumo clínico, uma casa-de-banho, uma sala de observação [SO] e uma sala de espera. A SO é composta por um cardiotocógrafo, uma cama de partos e dois cadeirões, com a divisão por um cortinado deslizante, de forma a proporcionar a devida privacidade às utentes, servindo também como SP no caso da capacidade do bloco de partos estar lotada. Existem dois cardiotocógrafos disponíveis neste setor, um deles encontra-se na sala de cardiotocografia [CTG], anexa a um dos gabinetes, e outro na SO.

Os dois gabinetes disponíveis são partilhados entre equipa médica e equipa de enfermagem, num espaço reduzido, que torna difícil a sua partilha em simultâneo. O EEESMO fica limitado nas suas intervenções autónomas, pois não existe um gabinete de enfermagem, sendo que por vezes os gabinetes de atendimento se encontram superlotados e não existe espaço para o EEESMO, também o seu computador para fazer registos fica no corredor, com um pequeno apoio na parede. Este corredor também dá acesso ao BP e respetivas áreas, e sala operatória, sendo um local com grande circulação de pessoas. Para as utentes acederem ao *WC* ou à sala de CTG, têm de entrar no gabinete, sendo que, por vezes, o mesmo está a ser utilizado para um atendimento, acabando por se tornar uma situação com pouca privacidade e conforto. Neste posto trabalham a equipa médica escalada de urgência, que apoia as restantes valências do piso, a equipa de enfermagem, da qual preferencialmente seriam dois EEESMO, mas por falta de recursos humanos, por vezes encontra-se escalado um EEESMO e um enfermeiro generalista, ou apenas um EEESMO, e uma assistente operacional. O sistema de registos utilizado é o *ALERT*®.

O circuito das mulheres (grávidas e não grávidas) passa pela sua admissão na urgência geral (piso 0), a respetiva triagem e após esse procedimento, o SUOG é contactado, e a assistente

operacional desloca-se à urgência geral, para se fazer acompanhar da mulher e da pessoa significativa, que ficam assim a aguardar a chamada na sala de espera do piso.

De acordo com o Regulamento n.º 743/2019 nas urgências de obstetrícia, pediatria e psiquiatria, recomenda-se que a triagem de prioridades seja assegurada por enfermeiros especialistas das respetivas áreas (OE, 2019c), para o atendimento com identificação adequada do nível de risco das utentes, e respetiva intervenção assistencial/terapêutica em tempo útil pelo EEESMO (OE, 2017). Porém, esta triagem é realizada na urgência geral, onde não está contemplado nenhum EEESMO na equipa.

No que toca à presença do acompanhante, está decretado (DRE, 2019) que nos serviços de urgência do SNS, está reconhecido e garantido o direito de acompanhamento da utente, por uma pessoa indicada pela mesma, preconizando-se à mulher grávida o direito de acompanhamento em todas as fases do TP. Sempre que é admitida uma mulher no SUOG, é permitida a presença de um acompanhante.

O atendimento das mulheres grávidas ou com afeções ginecológicas passa inicialmente pela observação da utente, por ambas as equipas, para que se possa decidir os cuidados que necessita e o seu destino. No caso de mulheres grávidas, o Boletim de Saúde da Grávida [BSG] é de consulta obrigatória, possibilitando a consulta de dados acerca da grávida e do feto e permitindo a interligação entre CSP e Hospital. A entrevista também se mostra como uma excelente ferramenta de recolha de dados. Procede-se à avaliação materno-fetal, através da avaliação de parâmetros vitais, avaliação do estado geral, presença de desconfortos e realização de exames ou análises conforme necessidade, assim como os demais exames pré-natais que sejam necessários em cada caso. A realização de CTG mostra-se como um procedimento de rotina em grávidas com 38 semanas ou mais (Néné et al., 2016), sendo pontualmente necessária a sua realização em idades gestacionais inferiores.

No ponto de vista da mestranda, neste posto o circuito necessitava de ser revisto, de modo a permitir que a triagem de mulheres grávidas fosse efetuada por um EEESMO. As condições físicas carecem de ser reformuladas, de modo a garantir o máximo de privacidade e conforto às utentes. A criação de mais áreas destinadas ao atendimento também se considera necessária, pois quando a UH P se encontra com o BP fechado todas as grávidas da região são encaminhadas para este SUOG, permitindo desta forma um atendimento de maior qualidade para aquela que é a porta de entrada para todas as mulheres que carecem de cuidados de SMO e ginecológica ao longo do seu ciclo de vida.

Internamento de Grávidas Patológicas

O internamento de grávidas partilha o mesmo corredor que o internamento de ginecologia, mas ocupa a ala inicial do mesmo, pois permite uma maior proximidade com o BP. Esta valência dá resposta a gestações com patologias que requerem uma vigilância e cuidados diários, mulheres em início de TP e internamentos programados para indução de TP. Conta com cinco enfermarias, cada uma delas equipada com três camas, fazendo com que o internamento tenha capacidade para manter internadas quinze grávidas em simultâneo. No interior da enfermaria encontram-se dispostas três unidades, separadas por cortinados móveis, sendo cada uma constituída por: uma cama elétrica articulada, uma campainha, uma mesa de apoio, um armário para guardarem os seus pertences e uma mesa de refeições comum, com as respetivas três cadeiras. Estas unidades estão equipadas com uma rampa de oxigénio e uma rampa de vácuo e ar comprimido.

O espaço físico de cada enfermaria é pequeno, sendo que, preferencialmente, a ocupação das camas é realizada de modo a manter uma cama vaga no meio da enfermaria, mas raramente é possível. Deste modo, e com a utilização do cortinado, consegue-se garantir uma maior privacidade e conforto à grávida e pessoa significativa, e espaço. Existem ainda uma casa de banho comum a todas as gestantes internadas, com três chuveiros individualizados.

No início do corredor, encontramos a sala de enfermagem, com um *WC* para os profissionais, quatro computadores para realização de registos informatizados, medicação que faz parte do *stock* do serviço e um armário com algum material de consumo clínico. A presença de quatro aparelhos cardiotocógrafos com ligação à Central *Omniview-SisPorto®*, um monitor para avaliação de sinais vitais, e um doppler fetal portátil que permitem a vigilância do bem-estar materno-fetal, consoante as necessidades.

A dinâmica do internamento para mulheres que se encontrem em início de TP, passa pela monitorização cardiotocográfica fetal intermitente ou sempre que se justifique, o seguimento das fases do TP e a orientação por parte do EEESMO, para estratégias de alívio da dor. Por norma, a fase latente do TP é realizada ainda nesta ala, passando a fase ativa do TP para o BP, porém a grande maioria da equipa transfere as mulheres para o BP com os 3-4 cm de dilatação cervical, considerando uma fase ativa do TP. No entendimento da *American College of Obstetricians and Gynecologists* [ACOG] (2019), consideram-se o início da fase ativa do TP aos 6 cm, mais próximo do que a DGS (2023b) e OMS (2018), considera ser a fase ativa do 1.º estadio do TP uma dilatação cervical superior ou igual aos 5 cm com apagamento/extinção superior ou igual a 80%.

A mestranda verificou que a permanência das grávidas em fase latente do 1.º estadio do TP no internamento permitia uma maior utilização de Métodos Não Farmacológicos [MNF] de alívio da dor, assim como liberdade de movimentos e deambulação pelo corredor do internamento. Alguns estudos demonstram que a hidroterapia é dos MNF de alívio da dor de preferência das parturientes Camacho et al. (2019) e de Souza et al. (2021), e o espaço físico do internamento é o único que oferece casas de banho com serventia de chuveiro.

O horário das visitas no internamento de grávidas funciona das 13:00h às 20:00h, e inclusive, não se permite a permanência de acompanhante fora deste horário. Esta janela de horário, na ótica da mestranda, limita bastante a presença do acompanhante nas situações de início de TP, contrariando o que nos diz o DRE (2019), relativo à mulher grávida internada em estabelecimento de saúde, que tem o direito de acompanhamento, durante todas as fases do TP, independentemente do período do dia ou da noite em que o TP possa ocorrer.

Bloco de Partos

O BP é a ala do SUOG que se encontra após passada a admissão. Encontra-se dividida por uma porta, que requer um código de acesso, como sistema de proteção da segurança do RN, segundo as normas hospitalares. Este setor é constituído por quatro salas de parto, uma sala operatória, uma sala de reanimação de RN, uma sala de enfermagem, uma UCPA, uma sala de recobro, o gabinete da Enfermeira Gestora, uma copa, um *WC* para os profissionais e um armazém de material de consumo clínico. No BP são prestados cuidados a mulheres em TP, bem como cuidados ao RN e à mulher durante o puerpério imediato.

As salas de partos encontram-se equipadas com uma cama de partos articulada, bastantes recentes e versáteis, um cardiotocógrafo com ligação à Central *Omniview-SisPorto®*, um armário com material de consumo clínico, uma mesa de inox móvel para apoio ao parto, um *pantoff*, um monitor de sinais vitais e um cadeirão para a pessoa significativa que acompanhar o TP.

A presença de um acompanhante é permitida, consoante legislado, independentemente da hora, permanecendo durante o TP e recobro, sem qualquer restrição (DRE, 2019). O apoio e segurança decorrentes da presença do acompanhante são uma mais valia para a mulher (Santos et al., 2021). Importa referir que a aquisição de camas articuladas é uma importante mais valia na assistência ao parto, tornando possível ao EEESMO, que acompanha o TP, apoiar as parturientes na adoção de posições que lhe sejam mais confortáveis e mais vantajosas durante o seu TP (Nené et al., 2016; WHO, 2018). De notar que nos cardiotocógrafos não existe opção

de sistema telemetria com sondas sem fios, o que infelizmente limita a deambulação da parturiente.

Existe ainda, em cada uma das salas de parto, uma bancada acolchoada para cuidados imediatos ao recém-nascido, com aquecedor, rampa de oxigénio e sistema de vácuo e ar comprimido, e uma balança para monitorização do peso do RN. A existência desta bancada para cuidados ao RN, é uma mais-valia, pois assim permite que este não fique separado da mãe/pessoa significativa, existindo sempre a possibilidade de o pediatra se deslocar a cada sala, em caso de necessidades. O Alojamento Conjunto [AC] é uma prática na qual a mãe e RN permanecem juntos em tempo integral, imediatamente após o nascimento e até ao momento da alta hospitalar. Este sistema vê-se aplicado nesta UH, e visa a integração mais próxima entre mãe e RN, promovendo o relacionamento afetivo positivo desde o nascimento (Machado et al., 2021).

Existem disponíveis três bolas de *Pilates*, duas bolas de amendoim e um disco de ar, para as parturientes poderem utilizar na SP. A possibilidade de utilização de aromoterapia é possível graças aos dois difusores que o serviço tem à disponibilidade, porém apenas estão disponíveis alguns óleos essenciais, mas as grávidas/pessoas significativas podem trazer os óleos pelos quais têm mais preferência. A possibilidade de aplicação de medidas quente e frio também existe, e a musicoterapia tem livre-trânsito, mas com coluna própria da parturiente. Os MNF de alívio da dor no TP contribuem a redução eficaz da dor e para o relaxamento nas várias fases do TP (Amaral Prata et al., 2022; Elgzar et al., 2024), contribuindo para uma experiência de parto mais satisfatória e positiva (WHO, 2018). Porém, a utilização da hidroterapia como MNF de alívio da dor é pouco utilizada, infelizmente devido a condições estruturais, sendo que a única casa de banho que as parturientes têm disponível nesta ala, é partilhada com a Admissão, que para além de não ter chuveiro, também não oferece conforto nem privacidade.

A mestranda procurou, em conjunto com as supervisoras clínicas, junto dos seus pares, trabalhar o investimento em MNF de alívio da dor, assim como, a importância de se dar atenção ao ambiente da SP. Um elemento físico como a luz, faz toda a diferença no ambiente dos espaços, nesta ala os pontos de iluminação são luzes brancas intensas no teto, enfatizando aquilo que é uma luz hospitalar, e as mesmas encontravam-se sempre ligadas, independente da hora. Os espaços tradicionais de internamento hospitalar têm na sua grande maioria uma atmosfera que inibe a autonomia e a capacidade criativa da parturiente (Knupp & de Paula, 2018). Uma das estratégias que a mestranda procurou para contornar este tipo de iluminação, foi a utilização do *pantoff* articulado como fonte de luz nas salas de partos, que permite regular a intensidade da luz e direcioná-la, assim como durante os períodos diurnos a utilização da luz natural solar,

uma vez que cada SP tem uma janela com persiana. Alguns pormenores que a mesma verificou e tentou contornar, foram fechar a porta de cada SP, e bater antes de entrar, uma vez que a rotina é deixar a porta entreaberta, o que parece facilitar que se “espreite”, esta pequena mudança promove a privacidade e conforto da parturiente e pessoa significativa.

A sala operatória destina-se à realização de cesarianas, eletivas e situações de dequitação manual, primando pela proximidade das salas de partos, precursora de uma rápida atuação nas situações urgentes/emergentes. Na sua constituição encontramos uma maca operatória, um ventilador, um carro de apoio à anestesia; um carro com material de circulante, duas mesas de inox móveis; pantoff; e dois computadores, onde são realizados os registos na *Cirurgia Segura* e no *PatientCare®*.

De acordo com o DRE (2019), faz-se reconhecer o direito de acompanhante à mulher em TP, incluindo fórceps, ventosas e cesariana, sendo que neste último caso deve ser realizado o seu acompanhamento por um elemento da equipa designado para tal. No entanto, devido à pequena dimensão da sala operatória, o serviço não permite a entrada do acompanhante na mesma. Aquando de uma cesariana, o RN é observado na sala de reanimação pelo médico pediatra, sendo depois oferecida a possibilidade do casal escolher se querem partilhar o momento do contato pele-a-pele, permitindo assim que o pai também o realize na UCPA, enquanto se terminar a cirurgia.

Localizada ao lado da sala operatória, existe a sala de reanimação do RN, onde se encontram duas bancadas de reanimação, cada uma com uma fonte de calor superior, rampa de oxigénio, sistema de vácuo de ar comprimido e no meio um armário de material de consumo clínico, e um tabuleiro preparado com material a utilizar numa situação urgente. Existe também uma banheira, balança, estufa com lençóis aquecidos de modo a diminuir a perda de calor no RN, e uma janela que estabelece a ligação direta ao serviço de Neonatologia para fácil acesso em situações emergentes. Esta sala dá resposta aos RN nascidos por cesariana, e a RN que necessitem de uma observação mais detalhada pelo pediatra, e por isso são trazidos da SP.

A sala de recobro imediato alberga três macas, permitindo que as puérperas e RN fiquem em vigilância durante o período de *Greenberg*, para posteriormente serem transferidas para o internamento de Puerpério. A UCPA é destinada à puérpera e RN sujeitos a cesariana, com cuidados inerentes aquilo que é um recobro pós-operatório

A realização de registos de enfermagem é duplicada, uma vez que são realizados informaticamente no *SClinico*, e em papel, no Partograma. Os cardiotocógrafos estão ligados à Central *Omniview-SisPorto®*, que permite uma monitorização central de todos os Cardiotocógrafos a decorrer nas salas de partos, em simultâneo, assim como efetua uma análise

computorizada fiável e segura dos Cardiotocógrafo. Atualmente, o Partograma é considerado a ferramenta recomendada para a avaliação do TP, de forma segura e eficaz, permitindo uma representação gráfica do TP (da Silva Salazar et al., 2020).

Importa referir que a visita das grávidas e pessoas significativas ao BP não está disponível de forma organizada, como se encontra preconizado no Plano Nacional Vigilância de Gravidez de Baixo Risco (DGS, 2015). O contato direto com os serviços e procedimentos habituais realizados na maternidade de referência, com o objetivo de promover a vinculação da grávida/pessoa significativa às instituições hospitalares, espaços físicos e profissionais, minimizando assim a ansiedade relativa ao momento do parto (DGS, 2015; MCEESMO, 2019). A mestranda considera que é uma situação que deveria ser contornada rapidamente, e em alguns atendimentos que realizou durante o estágio de Admissão, promoveu uma visita à maternidade às grávidas e pessoa significativa que recorreram ao serviço de urgência, sempre que o bloco de partos o permitiu.

Equipa Multidisciplinar

A equipa do SUOG é constituída por médicos com especialidade em obstetrícia e ginecologia, que se dividem em equipas: equipa de urgência (24 horas), equipa que passa a visita médica ao internamento de grávidas e outra ao internamento de puerpério; equipa de enfermagem constituída por EEESMO e enfermeiros de cuidados gerais; equipa de assistentes operacionais, prestam apoio às salas de partos, internamento e admissão; e duas secretárias administrativas.

Devido à carência de recursos médicos, muitas vezes os médicos que assumem a equipa escalada de urgência, são maioritariamente médicos tarefeiros, isto é, externos, de modo a garantir o normal funcionamento do SUOG. Porém, muitas das vezes a mestranda verificou que a postura dos médicos externos, em relação a mulher no BP, era mais interventiva.

Ao longo dos anos, as práticas de assistência ao TP sofreram transformações, adaptando-se às mudanças sociais. Durante muito tempo, o parto domiciliar com pouca intervenção foi comum, mas no século XX passou a ocorrer predominantemente em ambiente hospitalar (Riscado et al., 2016). Embora os avanços tecnológicos e científicos em obstetrícia tenham trazido benefícios, especialmente no contexto de alto risco, melhorando os indicadores de morbimortalidade materna e neonatal, também resultaram num aumento de intervenções muitas vezes desnecessárias (Riscado et al., 2016). Consequentemente, a mulher perdeu protagonismo no TP, tornando-se um sujeito passivo (Mouta et al., 2017).

Em Portugal é de ressaltar que, as duas classes profissionais que atuam na assistência ao parto normal, são os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e os médicos com formação em Ginecologia/Obstetrícia. A equipa multidisciplinar que está destacada num BP, conta com uma parte médica, e uma parte de enfermagem, com destaque para o EEESMO.

A mestranda denotou que a equipa de EEESMO procura na sua grande maioria, a promoção do parto normal e fisiológico, mas existem ainda práticas assistenciais que podem ser melhoradas, a nível multidisciplinar e multiprofissional, para a melhoria contínua da assistência de qualidade ao TP, promovendo um TP o mais fisiológico possível, assim como uma experiência mais positiva para a parturiente/pessoa significativa.

A nível mundial, várias são as iniciativas que procuram implementar programas assistenciais, com o objetivo de diminuir as intervenções no TP e fornecer recursos e ferramentas para ajudar as mulheres, as famílias e os profissionais de saúde a alcançarem um parto saudável, seguro e o mais fisiológico possível, excluindo intervenções invasivas e desnecessárias (Nené et al., 2016; WHO, 2018).

O BP pode contar ainda com um médico especialista em anestesia, e outro em pediatria, que presta assistência ao BP e respetiva sala operatória, nas 24 horas diárias. O médico anestesista é um excelente parceiro nos cuidados à parturiente, principalmente porque é através dele que existe a possibilidade de proporcionarmos a analgesia epidural às mulheres que assim o pretendem. Por normal, a analgesia epidural vê-se como a primeira escolha de alívio da dor no TP, e no BP após a colocação do cateter epidural, é rotina que se inicia uma perfusão contínua com a medicação prescrita pelos mesmos, porém, com a colocação da perfusão continua a parturiente fica limitada na sua liberdade de movimentos, ficando restrita no leito, sendo apenas permitida a alternância de decúbitos e posicionamento semi-sentados.

1.1.2. Internamento de Puerpério- Unidade F

No internamento do puerpério, ou obstetrícia, como habitualmente é reconhecido, conta com a totalidade de trinta e três camas distribuídas por dez enfermarias, destinadas ao internamento de puérperas e respetivos RN. Cada enfermaria conta com três unidades, individualizadas através de cortinados deslizantes com o intuito de promover a privacidade, onde encontramos: uma cama articulada, uma mesa de apoio, um armário para colocação de pertences, uma campainha, uma rampa de oxigénio e uma rampa de vácuo e ar comprimido. A mesa de refeições e o lavatório são comuns para as três puérperas, e encontram-se distribuídas ao longo do corredor duas casas de banho para serventia das mesmas. Existem três enfermarias

em suíte, de ocupação individuais, que são preferencialmente ocupadas com puérperas sem RN, puérperas ou RN com necessidade de cuidados mais individualizados, casos específicos que necessitem isolamento de contato e situações de reinternamento de puérpera ou RN.

Localizados a meio do corredor, encontramos a sala de enfermagem, com quatro computadores para realização de registos de enfermagem, imediatamente em frente existe a sala de tratamentos de enfermagem, com material de consumo clínico, armário de medicação e material como termómetros, monitor de sinais vitais, bombas infusoras, entre outros. A zona de preparação de Leite Adaptado [LA] fica nesta sala, assim como o frigorífico, onde se armazena Leite Materno [LM] extraído quando necessário. Existe uma casa de banho e copa para uso dos profissionais de saúde.

A sala de cuidados ao RN, fica também no meio do corredor, estando equipada com: balança, duas banheiras, três bancadas acolchoadas, tendo uma delas uma rampa de oxigénio, uma rampa de vácuo e ar comprimido, sempre com um sistema de aspiração e material de reanimação apto a usar em caso de emergência, oxímetros e fitas métricas. No cantinho desta sala, encontramos um cadeirão, junto da janela, e separado por um biombo, com uma bomba de extração de LM, para uso de puérperas com necessidade de estimulação por bomba. Esta sala tem uma grande utilização, pois realizam-se vários procedimentos em simultâneo: ensinos para o banho do RN, realização de colheitas de sangue ao RN, observação pelo pediatra no momento de alta e situações que requerem uma observação mais pormenorizada do RN, extração de LM por bomba, sendo muitas vezes um local barulhento e com utilização por várias pessoas em simultâneo.

Neste serviço de internamento encontramos dois gabinetes médicos, um deles para a equipa médica de pediatria, e outro para a equipa médica de obstetrícia/ginecologia. O gabinete médico de obstetrícia/ginecologia é utilizado para a observação da puérpera antes da alta hospitalar, e é composto por: marquesa obstétrica, carrinho de apoio com material de consumo clínico, monitor de sinais vitais e computador. Existe ainda um gabinete destinado à Enfermeira Gestora e um gabinete para registo dos recém-nascidos (Balcão Nascer Cidadão).

O cantinho da amamentação também encontra espaço numa sala, logo no início do serviço de internamento, equipada com um cadeirão, algumas cadeiras, algumas almofadas de amamentação que estão a uso consoante necessidade, uma secretária com computador para a realização de registos de enfermagem. Este espaço funciona em simultâneo para a realização de consulta de apoio à amamentação, e da denominada “Alta Segura”.

A “Alta Segura” faz parte de um importante projeto desenvolvido pela Associação para a Promoção Segurança Infantil [APSI] nas maternidades, desde 2012, com o objetivo de

promover o transporte seguro do RN no automóvel desde o primeiro dia de vida, através da implementação de uma sessão teórica sobre segurança do RN até aos 12 meses e de prática e treino individual da instalação da cadeirinha de transporte com a mãe e pessoa significativa, num banco automóvel modelo com a cadeirinha do RN, antes da alta (APSI, 2022).

O cantinho da amamentação funciona como parte integrante de um conjunto de estratégias promotoras do Aleitamento Materno (DGS, 2015). O seu horário de funcionamento difere do internamento, estando aberto das 9:00h-17:00h de segunda a sábado, ao serviço de todas as mulheres que amamentam, independentemente da idade da criança, após a alta. Idealmente este posto deveria estar assumido por um EEESMO ou uma Enfermeira Conselheira em Aleitamento Materno [CAM.], mas nem sempre é possível devido aos poucos recursos humanos. Preferencialmente deve ser agendada uma consulta, via telefónica ou por email, através do contacto partilhado no website do hospital e no BSG, e os respetivos registos de enfermagem são realizados no *SClinico*. Importa referir que também faz parte da rotina neste posto, a realização de uma chamada telefónica a todas as puérperas após a alta, cerca de dois a três dias depois, para acompanhamento, aconselhamento e marcação de visita ao cantinho, caso seja necessário apoio presencial.

Existem outros projetos de melhoria continua da qualidade dos cuidados nomeadamente “Maternidade com Qualidade” e “Iniciativa Amiga dos Bebés”, estando desde o ano 2014 classificado pela DGS, no nível de qualidade bom (SNS, 2024a). O projeto maternidade com qualidade surgiu em 2013 com o intuito de melhorar os cuidados de saúde para as mulheres e RN, centralizando os desejos da mulher e garantindo cuidados contínuos e de alta qualidade durante a gravidez, parto e puerpério, através da efetiva regulação do exercício profissional (OE, 2013). A “ Iniciativa Amiga dos Bebés” surgiu de um conjunto de medidas entre a OMS e a *United Nations International Children`s Emergency Fund* [UNICEF], com o intuito de promover e apoiar o Aleitamento Materno em entidades que disponibilizem serviços de maternidade, obstetrícia, neonatologia e pediatria, influenciando a prática dos cuidadores e dos profissionais de saúde (UNICEF, sem data), porém terminou no ano 2024.

A distribuição das puérperas e RN efetua-se de forma equitativa pelos enfermeiros presentes em cada turno, tendo em consideração o número de horas de cuidados que a diáde exige, calculados através do Sistema de Classificação de Doentes, que constitui um avanço tecnológico que permite gerir melhor o tempo dos Enfermeiros e ampliar a sua disponibilidade para a prestação de cuidados (OE, 2019d).

No turno da manhã estão escalados quatro enfermeiros, e nos turnos da tarde e noite contam com três enfermeiros responsáveis pelo serviço. Os registos de enfermagem são efetuados no

SClinico, mas também BSG e no Boletim de Saúde Infantil e Juvenil [BSIJ], que são importantes veículos de informação entre os cuidados hospitalares e os CSP.

O horário de permanência da pessoa significativa abrange uma janela de onze horas no total (10:00h-21:00h), sendo que a permanência de um irmão ou de outras pessoas, denominada visita social, tem um horário mais curto (15:00-18:00h). A puérpera e RN tem as condições para permanecer sempre em AC nas enfermarias, porém, a pessoa significativa apenas é permitida no horário estipulado. Várias foram as puérperas que verbalizaram a vontade de ter a pessoa significativa em permanência com a díade (Mãe-RN) durante as 24 horas, mas por condições institucionais físicas torna-se impossível ter espaço para albergar os três elementos na unidade da puérpera e ao mesmo tempo garantir a privacidade de todas as puérperas da enfermaria. O AC prepara os pais, através do fortalecimento de habilidades e proporcionando segurança emocional nos cuidados ao RN, estimula o Aleitamento Materno, minimiza a incidência de infeções hospitalares cruzadas e melhora a avaliação do comportamento natural da tríade (Machado et al., 2021). Como forma de minimizar o impacto da ausência da pessoa significativa durante tantas horas, a equipa de enfermagem tem como estratégia a prestação de todos os cuidados ao RN e puérpera, realização de ensinamentos e esclarecimento de dúvidas preferencialmente quando a tríade se encontra presente.

Importa reforçar que este serviço de internamento, se encontra numa ala com portas codificadas, pelo qual apenas se tem acesso após tocar à campainha e ser autorizada a entrada. Acresce a este sistema de segurança um sistema de alarme, que funciona através de uma pulseira com *tag*, colocada aquando da chegada do RN ao serviço, que dispara e bloqueia as portas em simultâneo quando o RN é levado para fora do serviço sem permissão. Estas medidas institucionais estão preconizadas para promover a segurança do RN, conforme legislação em vigor com o Despacho n.º 20730/2008 de 7 de agosto (DRE, 2008).

A equipa multidisciplinar é composta por médicos especialistas em obstétrica e ginecologia, médicos especialistas em pediatria, enfermeiros (equipa descrita no início do capítulo), assistentes operacionais, psicológica, assistente social, duas assistentes técnicas, uma dietista e fisioterapeuta em colaboração com o serviço.

Este contexto clínico foi onde a mestranda achou surpreendente o número reduzido de EEESMO disponíveis na equipa, uma vez que este internamento ainda é uma valência que requer uma vigilância e cuidados especializados e específico da SMO, sendo que se recomenda a continuidade dos cuidados pelo EEESMO no período de puerpério (WHO, 2022).

O período de internamento hospitalar no puerpério também faz parte da área da atuação do EEESMO, através de identificação de problemas de saúde da mulher e do RN durante o período

do pós-parto (OE, 2021a), sendo o membro da equipa multidisciplinar que potencia a saúde da puérpera e do RN, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade (OE, 2015).

Por norma, o internamento no parto eutócico tem alta programada quarenta e oito horas após a hora de nascimento do RN, e em caso de cesariana está estabelecido um internamento de setenta e duas horas, se tudo decorrer sem intercorrências. O tempo de permanência da puérpera/pessoa significativa e RN no serviço de internamento, para além da importante vigilância da puérpera e RN, também permite a oportunidade de realização de ensinamentos à puérpera e pessoa significativa, crucial para garantir a saúde e o bem-estar da puérpera e RN após a alta.

1.1.3. Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais- Unidade F

A UCIN desta UH integra o Serviço de Medicina Intensiva Pediátrica e conta com 12 incubadoras, mais concretamente cinco para cuidados intensivos e sete para cuidados intermédios. O berçário tem capacidade para seis berços. A mestranda realizou um estágio de observação com a duração de três dias.

Esta valência dos cuidados aos RN combina uma tecnologia bastante avançada e diferenciada, com uma equipa multidisciplinar devidamente treinada, constituída por neonatologistas, médicos internos de pediatria, enfermeiras de cuidados gerais, enfermeiras de cuidados especializados e assistentes operacionais. Conta ainda com uma estreita colaboração com outras especialidades médicas, consoante cada especificidade. Infelizmente a equipa não conta com nenhum EEESMO, apesar da mestranda sentir que um profissional na área da SMO tem um lugar pertinente numa UCIN, quer pelo apoio à amamentação, adaptação à parentalidade, e cuidados aos RN até aos 28 dias de vida, numa perspetiva mais holística do RN e família em que está inserido. Os pais são também um elemento fundamental na equipa, considerados parceiros de cuidados, pelo que a sua presença é sempre encorajada, sendo o seu horário de permanência entre 9:00h e as 00:00h, e infelizmente sem possibilidade de AC.

A entrada na UCIN é controlada também através de uma porta codificada, que para os profissionais é solicitado um código de entrada e para os pais através da campainha, para manter igualmente a segurança do serviço. Relativamente aos espaços físicos, destinados aos pais, encontramos uma sala de estar, com uns sofás, uma mesa e cadeiras, e uma serventia de casa de banho, assim como os respetivos cacifos, para que possam colocar os seus pertences. Os pais devem preparar-se antes de entrar na zona das incubadoras, procedendo à higienização das mãos e colocação de uma bata limpa, pelo que deve ser realizado este ensino na admissão dos pais.

A sala de enfermagem tem quatro computadores para realização de registos de enfermagem e um ecrã grande onde se encontram as monitorizações de cada incubadora, e ainda se subdivide em sala de preparação de terapêutica. Existem ainda o gabinete da Enfermeira Gestora, gabinetes médicos, gabinete para pessoal administrativo, sala de material de consumo clínico, copa e casas de banho para utilização de profissionais de saúde.

Imediatamente ao lado da sala de enfermagem, encontra-se junto a cada incubadora os respetivos monitores e material específico, uma prateleira e uma cadeira, e respetivo balde para resíduos. No centro da sala existe uma mesa em inox, de uso comum, equipada com batas, luvas e desinfetante de mãos.

A estudante denotou que, para além de todos os cuidados de saúde e estabilização inerentes ao RN, existia uma elevada atenção para a promoção do conforto do RN, o que despertou atenção. Esta Unidade dispunha de vários utensílios para que o ambiente intrauterino fosse reproduzido o mais semelhante possível, através de “ninhos” específicos de pano com diversos tamanhos, os quais permitiam contenção, “mãos” de pano com areia, polvos de croché e chupetas dos mais diversos tamanhos, entre outros. Segundo os resultados do estudo de Dias et al. (2024), desenvolver ferramentas que padronizem os processos de humanização pode contribuir para criar melhores vínculos assistenciais, tornando o ambiente mais acolhedor e confortável para os RN, cuidadores e equipa, com melhores resultados na recuperação desenvolvimento e na promoção da adaptação do RN ao ambiente extra-uterino (Gomes et al., 2019).

O projeto “*Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program*” [NIDCAP], instituído em algumas UCIN por todo o mundo, vai de encontro também aquilo que é a promoção de um ambiente de conforto do RN, através da redução de estímulos que provocam stresse sensorial, incluindo o controle de luz, som e manipulação do RN. As UCIN com este projeto integrado efetuam uma abordagem holística e centrada na família para o cuidados do RN, focando-se nas necessidades individuais de cada RN vulnerável e envolvendo ativamente os pais como parceiros de cuidados, através da promoção de um ambiente que favorece o desenvolvimento saudável e o bem-estar de toda a família (NIDCAP, sem data). Esta UCIN alberga este projeto inclusive tem na sua equipa duas enfermeiras certificadas NIDCAP, que asseguram que os princípios do NIDCAP são integrados nas rotinas diárias desta unidade.

O cuidado de enfermagem na UCIN reúne várias intervenções, tais como: procedimentos invasivos especializados, promoção do conforto do RN, preservação do repouso do RN, entre outros, através da articulação entre processos de cuidado humano e processos tecnológicos (dos Prazeres et al., 2021).

1.1.4. Serviço de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia / Bloco de Partos – Unidade P

Na UH P desta ULS, o BP está inserido no SUOG, com localização no 2.º piso e tem uma construção mais recente. As suas valências são semelhantes à da UH F, com uma admissão, BP, sala operatória e internamento de puerpério, onde existe uma enfermaria com três camas destinadas ao internamento de grávidas patológicas. A mestranda apenas realizou estágio na valência de BP. Como referenciado no início deste capítulo, este BP tem um menor número de partos o que lhe permite ser um serviço com menos afluência. Apesar da área de abrangência desta UH ser o Barlavento Algarvio, também existe necessidade das grávidas residentes no litoral do Baixo Alentejo utilizarem esta UH para obterem cuidados de saúde diferenciados, uma vez que a ULS do Litoral não possui unidade de obstetrícia. Importa referir também, que existe um projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem que contempla a realização de visitas à Maternidade de referência, das grávidas e sua pessoa significativa, conforme o recomendado pela (DGS, 2015; MCEESMO, 2019).

Referente à sua organização física, o BP é composto por cinco salas de partos distribuídas em círculo, com uma casa de banho de serviço para a parturiente e pessoa significativa entre cada duas salas de parto. Existe ainda uma sala de enfermagem com recurso a um ecrã ligado à Central *Omniview-SisPorto*®, dois computadores para realização de registos e passagem de turno, uma sala de trabalho de enfermagem destinada à preparação de terapêutica, dois *WC* para profissionais de saúde, uma sala onde se encontra o pessoal administrativo, armazém que contém material de consumos clínico e um gabinete para a Enfermeira Gestora. Este serviço conta ainda com duas salas de vigilância, destinada à prestação de cuidados às puérperas e RN, durante o período de puerpério imediato, dividindo-se em unidade de recobro partos via vaginal e UCPA. As cinco salas de partos existentes estão equipadas com: cama de parto articulada, cardiotocógrafo com transmissão do registo para a Central *Omniview-SisPorto*®, sendo que dois destes monitores possuem sistema *wireless*, um *pantoff*, uma mesa de inox para apoio no momento do parto, um armário para consumo clínico, máquinas e seringas infusoras, monitor de sinais vitais e uma rampa de oxigénio, vácuo e ar comprimido. A zona de cuidados imediatos ao RN é constituída por bancada acolchoada, banheira, balança e armário com material necessário para reanimação neonatal, uma vez que não existe uma sala diferenciada para situações emergentes com RN. A neonatologia encontra-se no mesmo piso, porém numa ala mais afastada, ao contrário do que acontece na UH F.

O ambiente de cada sala de parto é bastante acolhedor, existe um cadeirão em cada uma delas, disponível para o acompanhante, um candeeiro com luz amarela de intensidade regulável,

assim como um sistema de regulação de temperatura e música ambiente. O facto de existir uma casa de banho para cada duas salas de partos permite maior facilidade no uso da mesma, porém não estão equipadas com chuveiro, existindo necessidade de caminhar até à zona da Admissão para a utilização do mesmo, prejudicando o seu uso. Infelizmente, as salas de parto não possuem janelas, sendo a luz natural neste BP apenas possível no corredor de uma das alas.

Os recursos disponíveis para alívio da dor são bastantes diversificados, mostrando ser uma excelente mais-valia deste BP, sendo cada sala equipada com: um pano *Rebozo* e um kit de massagem, que inclui guia de massagem para a pessoa significativa, um massajador manual de madeira e um óleo de amêndoas doces. Existe ainda disponível para uso no serviço: bolas de *Pilates*, saco de água quente para aplicação de calor, um aparelho *Transcutaneous Electrostimulation Nerve* [TENS] e Protóxido de Azoto [N₂O] em bomba portátil, para utilização inalatória. O aparelho TENS é um recurso não invasivo e seguro para alívio da dor durante o TP, através da administração de impulsos elétricos de baixa voltagem com elétrodos colocados na pele (Reis et al., 2022). A analgesia inalatória não origina um alívio completo da dor grave do TP, mas consegue promover uma analgesia significativa no controle da dor nas contrações em parturientes colaborantes, sendo a autoadministração da mistura de 50% de N₂O, mais 50% de Oxigénio, destituída de efeitos adversos quer para a mãe quer para o RN (Bismarck, 2002). A sua utilização realiza-se da seguinte forma: a parturiente segura na máscara e começa a inalação do gás no início de cada contração, e respira ar ambiente entre o intervalo entre as contrações, pelo que é necessário que a parturiente esteja colaborante e controlada, para reduzir a possibilidade de provocar hipóxia, uma vez que com a hiperventilação mediada pela dor (Bismarck, 2002).

A mestrandia denotou que aliado à elevada variedade de MNF de alívio da dor, assim como a variedade de métodos farmacológicos, está uma equipa desperta para incentivar e apoiar as parturientes na utilização dos mesmos, sem que analgesia epidural rotineiramente fosse apresentado como único recurso para o alívio da dor das parturientes.

A sala operatória localiza-se na ala esquerda do BP com funcionamento apenas em dias úteis, das 8:00h às 20:00h, para a realização de cesarianas eletivas ou urgentes/emergentes, mas também realiza intervenções cirúrgicas do foro ginecológico. Fora deste período, todas as cirurgias são realizadas no bloco operatório central. Imediatamente ao lado da sala operatória, através de um acesso direto, encontramos a sala de reanimação de RN, equipada com duas incubadoras, banheira, balança, armário com medicação e com material de consumo clínico, rampas de oxigénio, vácuo e ar comprimido. Esta sala operatória localizada no serviço, prima

pela presença da pessoa significativa durante a cesariana, fazendo, mais uma vez, cumprir o DRE (2019).

A dinâmica do BP, é ligeiramente diferente da UH F, uma vez que as grávidas são admitidas para este setor em início de TP ou até mesmo para a indução de TP. A presença da pessoa significativa é permitida em todas as fases do TP, de acordo com o estabelecido pelo DRE (2019). Porém, no ver da mestrandia, a realização das induções do TP na própria sala de parto, pode desencadear uma cascata de intervenções de modo a acelerar o TP em situações em que se encontrem todas as salas de partos ocupadas. Por norma do serviço, considera-se falha de indução do TP, quando após três dias completos o mesmo não ocorreu, ou seja, a parturiente fica na mesma sala de parto durante três dias, revelando algumas delas que se torna um processo cansativo, estarem sempre no mesmo espaço físico. Esta dinâmica poderia ser melhorada, se as induções de TP pudessem estar num serviço de internamento, que proporciona às parturientes maior diversidade de espaços, a comunicação com outras grávidas e a partilha de experiências e expectativas.

A equipa multidisciplinar é constituída por enfermeiros de cuidados gerais, enfermeiros com especialidade em SMO, médicos especialistas em obstetrícia e ginecologia, médicos anestesistas, médicos especialistas em pediatria e assistentes operacionais. O que a mestrandia denotou neste serviço, era que existia maior tempo e disponibilidade profissional para dedicar a cada uma das parturientes, e deste modo atender às suas necessidades e vontades de uma forma mais individualizada.

A própria equipa de anesthesiologistas rotineiramente realizava *walking epidural*, ao invés de epidural com perfusão contínua, permitindo assim a mobilidade da parturiente e adoção de posições verticais. Aliado a esta possibilidade, estão disponíveis os aparelhos cardiotógrafos com *wireless*, e ainda um banco de parto, como estratégia promotora da verticalização do parto. Todas estas opções de materiais disponíveis, em conjunto com uma equipa multidisciplinar motivada, tornam possível a promoção de experiências de parto positivas, empoderadoras e seguras.

A distribuição dos postos de trabalho é realizada da seguinte forma: um EEESMO escalado para as cinco salas de partos, um enfermeiro de cuidados gerais ou um EEESMO para a sala de recobro, que fica simultaneamente responsável pela prestação dos cuidados imediatos ao RN, um EEESMO e um enfermeiro de cuidados gerais na Admissão do SUOG, e apenas dois enfermeiros escalados para a sala operatória, que ficam responsáveis pela UCPA. O método de trabalho utilizado no SUOG é o método individual. De acordo com as dotações seguras

apresentadas no início deste capítulo, em nenhuma das valências do SUOG desta UH P as mesmas se fazem cumprir.

A realização de registos de enfermagem permite a documentação de dados, diagnósticos e intervenções, contribuindo para a gestão, segurança e continuidade de cuidados (OE, 2021). No BP, os registos de enfermagem são triplicados, uma vez que são realizados informaticamente, no Partograma, *SClinico* e na Central *Omniview-SisPorto*®. Nesta UH o BP tem o Partograma informatizado, assim como tem os cardiocógrafos adaptados para serem inseridas notas, e intervenções pré-definidas, diretamente no aparelho, ficando assim visível e registado na Central *Omniview-SisPorto*®.

Tal como na UH F, aqui também se encontra implementado o mesmo sistema de segurança do RN, através de pulseiras com *tag* que são colocadas após nascimento do RN, assim como encontramos uma porta codificada no acesso à Admissão e BP.

1.2. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO INSTITUCIONAL DA UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE ONDE DECORREU O ESTÁGIO

A ULS a Sul de Portugal, contempla os ACES da região, com uma área de intervenção que abrange os diferentes concelhos desta região, sendo que se divide em três regiões: ACES A I- Central, ACES A II- Barlavento e ACES A III- Sotavento, como contemplado na figura 4.

Figura 4.
Organização ACES A



Fonte: (ARS, 2023)

O ACES A III- Sotavento tem sede no centro de saúde de Tavira e abrange ainda os concelhos de Alcoutim, Castro Marim e Vila Real de Santo António, numa área total de 1544,4 Km², sendo a sua missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população desta área geográfica, desenvolver atividades de promoção da saúde e prevenção da doença, o tratamento e acompanhamento no processo de assistência à saúde, contribuindo para o aumento da literacia em saúde e desenvolve atividades de vigilância epidemiológica, investigação em saúde Controlo e avaliação dos resultados, tal como preconizado no n.º 1 do artigo 34.º do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto (DRE, 2022).

As unidades que integram o ACES do Sotavento organizam-se da seguinte maneira: - Duas Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados [UCSP]; - Cinco Unidades de Saúde Familiar [USF] sendo duas em modelo organizativo B; - Duas Unidades de Cuidados na Comunidade; - Uma Unidade de Saúde Pública; - Uma Unidade de Recursos Assistências Partilhados; - Uma Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos (ARS, 2023).

Um dos grandes desafios é a acessibilidade a um número crescente de utentes sem médico de família, cerca de 15%, devido à aposentação de profissionais e um número crescente de vagas por preencher. Segundo o relatório anual sobre acesso aos cuidados de saúde da Administração Regional de Saúde [ARS] (2023), o número de utentes com inscrição são cerca de 64 031 utentes, dos quais 9 992 estão sem médico de família.

Cuidados de Saúde Primários: Unidade de Cuidados na Comunidade

A UCC onde decorreu o estágio é parte integrante da Unidade T. De acordo com DRE (2022), as UCC têm como principal objetivo os cuidados de saúde e apoio psicológico e social, com autonomia funcional e técnica e com intervenção de âmbito domiciliário e comunitário. Paralelamente atuam na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção. Fazem parte do espaço geográfico da sua influência toda a área abrangida pelo Concelho (607 Km²), que se subdivide-se em seis freguesias (ARS, 2023). A população residente é de 27.523 habitantes (censos, 2021), sendo a população estrangeira do concelho de 7 406 habitantes (PORDATA, 2022).

A UCC da Unidade T tem um horário de funcionamento nos dias úteis, das 8:30 às 20 horas, sendo que a Equipa de Cuidados Continuados Integrados [ECCI] funciona também aos sábados, domingos, feriados e tolerâncias, das 8:30 às 15:30 horas. Especificamente esta UCC tem espaço físico dentro da Unidade T, sendo constituída por duas salas, uma delas é uma sala equipada com oito computadores, utilizados por todos os enfermeiros pertencentes à UCC para a execução dos respetivos registos de enfermagem, uma sala com duas secretárias, partilhada pelos fisioterapeutas e pela assistente técnica, um gabinete para a Enfermeira Gestora, WC, uma sala para aprovisionamento de material e equipamentos e um ginásio. Os espaços destinados ao EEESMO eram maioritariamente usados de forma partilhada, na sala destinada aos enfermeiros e no ginásio, que se encontra equipado com o material usado nos Cursos Preparação para o Parto e Parentalidade [CPPP]. O gabinete utilizado nas consultas de saúde materna, realizadas pelo EEESMO, é também onde se encontra o cantinho da amamentação, localizado num edifício exterior ao da UCC.

Fazem parte dos recursos humanos uma equipa multidisciplinar, sendo a equipa nuclear composta por nove enfermeiros de cuidados gerais, um EEESMO, um enfermeiro especialista em Saúde Comunitária, cinco assistentes operacionais, dois fisioterapeutas e um assistente técnico. Existe ainda uma estreita articulação com as restantes equipas funcionais, fazendo parte da equipa multidisciplinar também um técnico de serviço social, dois médicos, dois psicólogos, uma dietista, uma higienista oral e os respetivos coordenadores.

A Carteira de serviços da UCC da Unidade T, engloba a sua participação no desenvolvimento de programas e projetos a nível nacional, local e regional. Assim esta unidade dinamiza projetos em várias áreas, como: Programa Nacional de Saúde Escolar, Projeto “Feliz Mente”: Programa de Intervenção em Educação Emocional Positiva a Pessoas Emocionalmente Vulneráveis, Projeto Comunitário “Viver Bem com a Diabetes” e Programa Nacional de Cuidados Continuados Integrados através da ECCI.

Apesar dos utentes estarem divididos por freguesias, os projetos destinados aos EEESMO encontram-se a decorrer apenas na UCC da Unidade T, abrangendo todas as utentes do concelho. Atualmente, cabe ao EEESMO que constitui a equipa da UCC, os seguintes projetos: “CPPP”, “Curso de Recuperação Pós-Parto [CRPP]”, massagem do RN e “Cantinho da Amamentação”. No âmbito do programa da saúde escolar, o EEESMO também tem intervenção a nível do Programa Nacional de Saúde Escolar, nas áreas da educação sexual. O EEESMO apresenta-se como coordenador dos CPPP e do CRPP, uma vez que, pode assegurar um nível aprofundado na abordagem dos conteúdos programáticos da sua área de especialidade e um nível básico na que se refere a conteúdos de outras áreas profissionais (OE, 2021a).

De acordo com o regulamentado pela OE, no contexto de atuação das UCC, e considerando as principais áreas de intervenção, o EEESMO assegura atividades em articulação com as diferentes unidades funcionais do ACES por forma a garantir acessibilidade e o cumprimento da assistência pré-natal, do planeamento familiar, da assistência e vigilância da gravidez, do puerpério e ginecologia, de programas de rastreio do cancro do colo do útero e de programas no âmbito do climatério e menopausa. Neste sentido, devem as unidades funcionais, nomeadamente as USF e UCSP contratualizar essa assistência aos EEESMO das UCC, considerando o rácio de 1 EEESMO por cada 200 nascimentos (OE, 2019c).

No âmbito do CPPP as dotações seguras correspondem a um EEESMO para cada 500 nascimentos ao ano (OE, 2019c). De acordo com os dados de 2023, neste concelho verificaram-se 188 nascimentos (INE, 2024b), pelo que esta UCC apresenta as dotações consideradas seguras pela OE.

Cursos de Preparação Parto e Parentalidade e Curso Recuperação Pós-Parto

Os CPPP e CRPP são organizados e dinamizados pelo EEESMO desta UCC, através de processo único e interligado, seguindo as recomendações da (DGS, 2020). Através de programas dinâmicos e adaptados à idade gestacional, os CPPP visam consciencializar e desenvolver competências da grávida/pessoa significativa para vivência da gravidez, parto e transição para a parentalidade (DGS, 2015).

Na UCC onde decorreu o estágio, os CPPP estão organizados em 14 sessões de grupo (grávida e pessoa significativa) de componente teórica, teórico-prática e prática definidas antes do início de cada curso e apresentadas em cronograma. Realizam-se todas as segundas e sextas-feiras, com início às 10h e duração aproximada de 2 horas, sendo apenas lecionado na língua portuguesa. O EEESMO é o coordenador do CPPP, contando com a colaboração de uma equipa multidisciplinar que engloba Fisioterapeuta, Técnico Superior de Serviço Social, Psicóloga, Higienista Oral, Nutricionista e uma Professora. A possibilidade de participação de especialistas das diversas áreas permite o aprofundamento de conteúdos específicos das mesmas (DGS, 2020), e a OE regulamenta que os programas para a parentalidade que incluam a alimentação, segurança, desenvolvimento infantil e massagem infantil, devem ser realizados por um EEESIP (OE, 2019c). No entanto, na UCC onde decorreu o estágio, estas temáticas foram abordadas pelo EEESMO e pela Psicóloga. No total das 14 sessões do CPPP, apenas são ministradas pelo EEESMO 7 sessões, seguidas das sessões teórico-práticas e práticas ministradas pela fisioterapeuta (total de quatro) e as restantes sessões com a restante equipa multidisciplinar.

A inscrição no CPPP e CRPP é feita através de um formulário, que deve ser entregue pelo enfermeiro de família e preenchido pela grávida, sendo posteriormente encaminhado para o EEESMO, na UCC. A grávida é, posteriormente, contactada pelo EEESMO para agendamento de uma consulta inicial, que antecede o ingresso no respetivo curso, onde se apresenta o cronograma com os respetivos conteúdos programáticos.

As temáticas abordadas no CPPP desta UCC, vão ao encontro do recomendado pela DGS (2020) e MCEESMO (2019), com os temas e objetivos gerais, que passam por: 1) Conhecer os direitos humanos e sociais da gravidez, parto e puerpério, contribuindo para a elaboração de um PP personalizado; 2) Conhecer as alterações fisiológicas da gravidez e TP; 3) Fases do TP e sua fisiologia; 4) conhecer estratégias de alívio e controlo do desconforto e dor durante o TP; 5) Cuidados ao RN; 6) Amamentação; 7) Direitos legais na maternidade e paternidade; 8) Processo de adaptação/recuperação no pós-parto e transição para parentalidade; 9) Promoção do envolvimento do pai. Estes objetivos gerais são depois trabalhados consoante as especificidades de cada grupo, e com a linguagem adequada a cada grávida/pessoa significativa.

Porém, o mais recente “Guia Orientador de Boas Práticas [GOBP] para a Preparação para o Parto”, que surge por iniciativa da MCEESMO, vem sugerir uma abordagem totalmente diferentes daquilo que são os Cursos de Preparação para o Nascimento em sessões de grupo (Cardoso et al., 2023). Este GOBP visa clarificar os conceitos e os princípios orientadores da conceção dos cuidados, segundo um modelo orientador da avaliação inicial, da qual se possa identificar os diagnósticos e respetivas intervenções, para um programa de preparação para o parto em que a conceção de cuidados de enfermagem se apresente sistematizada, através do processo de diagnóstico, com intervenções de enfermagem a partir do foco de atenção. O PP surge de forma central como estratégia para o processo de diagnóstico, que deve ser apresentado à grávida por volta das 22/24 semanas de gestação, sendo a partir dele realizada uma avaliação inicial, para identificar as necessidades de cuidados específicos daquela mulher/pessoas significativa e assim estabelecer o plano de cuidados, individualizado para aquela mulher (Cardoso et al., 2023).

Esta abordagem do GOBP mostra-se bastante diferente do praticado, apesar de abordar temas semelhantes, distingue-se ao focar-se na individualização dos cuidados. Esta metodologia afasta-se das tradicionais aulas de grupo, proporcionando um acompanhamento personalizado a cada mulher e pessoa significativa no seu processo de gravidez e TP. Reconhecendo que o TP é um processo corporal esperado, este GOBP sublinha a importância de respeitar as expectativas, conhecimentos, capacidades e significados individuais de cada mulher. Assim, cabe a cada mulher, com o apoio adequado, descobrir e desenvolver os seus próprios recursos internos e externos, que serão fundamentais para garantir a sua saúde e proporcionar uma experiência de parto positiva.

O CRPP também decorre nesta UCC, e deve reforçar e dar continuidade aos conteúdos inicialmente abordados nos CPPP, incidindo no processo de recuperação física e psicoafectiva e de transição e adaptação à parentalidade (DGS, 2020). Encontram-se organizados em 12 sessões teórico-práticas, definidas igualmente antes do início de cada curso e apresentadas em cronograma, e realizam-se todas as segundas e quintas-feiras, com início às 11h e duração aproximada de uma hora. A colaboração da equipa multidisciplinar acontece igualmente, sendo a seguir ao EEESMO, a fisioterapeuta que tem o maior número de sessões. Nesta UCC, o curso contempla um total de 4 sessões dedicadas unicamente à massagem do RN, uma vez que a EEESMO que as ministra, tem formação complementar nesta área.

A consulta prévia à frequência das sessões de um CRPP, dirigida para a puérpera e pessoa significativa, tem por principal objetivo avaliar o bem-estar físico, emocional e social da puérpera, e do casal, assim como a apresentação do cronograma e respetivos temas a serem

abordados no CRPP e, seguindo as recomendações da DGS (2015), DGS (2020) e MCEESMO (2019), as sessões devem ser iniciadas entre 4.^a e 6.^a semana após parto. Este contato é para a maioria das mulheres, o primeiro a ter com um EEESMO após o nascimento do seu bebé. No período do puerpério, algumas mulheres revelam um sentimento de pouca atenção às suas necessidades, sendo o foco de atenção a criança (Corrêa et al., 2017).

Ambos os programas, CPPP e CRPP, contam com uma turma de grávidas inscritas até quinze grávidas, com possibilidade de haver uma turma maior, de modo a não deixar ninguém por abranger, mas que, no entanto, por condições físicas, torna-se complicado colocar uma turma desta dimensão no ginásio ou na sala das aulas teóricas.

A pessoa significativa, escolhida pela mulher, tem liberdade para assistir ao número de sessões que pretender. No entanto, não existe nenhuma sessão que seja realizada em horário pós-laboral, nem em formato digital, o que dificulta muitas vezes a presença dos mesmos na totalidade dos cursos. As recomendações contemplam a existência de mais do que um horário de funcionamento, procurando assegurar a realização de um curso no final da tarde ou no período pós-laboral, de modo que a mulher grávida ou puérpera e pessoa significativa, que tenham atividade profissional diurna possam participar (DGS, 2020).

Numa visão geral da mestranda, a estruturação atual dos CSP, afasta o EEESMO daquilo que são os cuidados de saúde e vigilâncias ao longo de todo o ciclo gravídico-puerperal, pois apenas as mulheres que frequentam os CPPP e CRPP, ou as que são referenciadas por algum motivo específico, têm contato com um especialista da área da SMO. A mestranda verificou no decorrer do estágio, que a consulta prévia à frequência dos CPPP e CRPP era o primeiro momento de contato das mulheres e pessoas significativa com o EEESMO, o que o afasta de exercer as suas competências na totalidade, assim como descentraliza os cuidados específicos de SMO daquilo que é o profissional mais diferenciado para os prestar, e o afasta daquilo que é a sua autonomia na vigilância de gravidez de baixo risco.

Agravando o fator da situação imigratória, que se verifica um pouco pelo país todos, com destaque na região do Sul e Litoral alentejano, das gravidezes que são vigiadas, temos mulheres imigrantes que não ficam abrangidas pelos CPPP nem pelos CRPP, porque são lecionados apenas na língua portuguesa, e por isso não têm nenhum momento de contato com o EEESMO durante a sua gravidez, nem período de puerpério. Este conjunto de situações levam a mestranda a questionar se esta reorganização a nível dos CSP, atende todas as grávidas, puérperas e recém-nascidos até ao 28.º dia de vida, neste que é, para a maioria, um momento mais marcante do seu ciclo de vida.

Sem dúvida que o EEESMO se apresenta como a pessoa mais diferenciada para o planeamento e execução dos CPPP e CRPP, assim como as demais atividades relacionadas com a saúde da mulher na comunidade, apresentando um papel central e insubstituível na equipa de uma UCC, mas seguindo aquilo que foi a reorganização dos CSP, existe um elevado número de consultas de saúde materna e do puerpério, assim como consultas relacionadas com valências da saúde sexual e reprodutiva da mulher que ficam distanciadas daquilo que são os cuidados especializados do EEESMO. Com base no *continuum* fisiológico que abrange gravidez, parto e pós-parto, é plenamente justificável que o EEESMO seja responsável pela preparação para o parto, acompanhe o pré-natal e promova a adaptação à gravidez (Cardoso et al., 2023). Vários são os estudos que mostram que os cuidados liderados por EEESMO num modelo continuado de cuidados no período pré-natal e pós-natal, contribuem para melhores resultados na saúde das mulheres e dos seus bebés (Cummins et al., 2022), assim como representam uma diminuição dos custos em saúde (Sandall et al., 2024).

A MCEESMO, reforça neste parecer (OE, 2023), que a assistência pré-natal deve incluir a adaptação à gravidez, avaliação da evolução da gestação, adaptação à parentalidade e preparação para o parto, através de consultas presenciais e/ou teleconsultas que atendam às necessidades de cada grávida, promovendo a saúde materno-fetal. O EEESMO possui competência específica para acompanhar autonomamente grávidas de baixo risco, e grávidas de risco intermédio, tem competências para desenvolver intervenções autónomas e interdependentes em todas as situações de médio e alto risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos patológicos e processos de vida disfuncionais no ciclo reprodutivo da mulher (DRE, 2019), pelo que a responsabilidade pela assistência pré-natal deve ser do EEESMO da UCC, em articulação com a equipa de saúde familiar da grávida/pessoa significativa (OE, 2023). Ainda no mesmo parecer, o modelo de cuidados de saúde que integre as/os EEESMO em plenitude das suas competências contribui para o SNS, pois permite:

“1. Maior acesso aos cuidados de saúde: Os EESMO na primeira linha de atendimento, melhoram o acesso aos cuidados; 2. Redução do tempo de espera: A disponibilidade de consultas de enfermagem especializadas diminui o tempo de espera, com avaliações clínicas mais rápidas e uma melhor distribuição de recursos; 3. Melhoria da eficiência: alivia a carga dos médicos de família, que podem focar-se em casos mais graves e complexos; 4. Redução dos custos: esta abordagem é mais económica do que utilizar médicos para tarefas que não exigem a sua especialidade, permitindo uma alocação mais eficiente dos recursos. “ (OE, 2023)

Cantinho da Amamentação

O cantinho de amamentação é um recurso da comunidade que promove o apoio na amamentação (DGS, 2015), dando resposta a puérperas e recém-nascidos que apresentem dificuldades ou dúvidas no estabelecimento e/ou continuidade deste processo. Desde 1991, que a OMS em conjunto com a UNICEF, tem vindo a empreender um esforço mundial no sentido de proteger, promover e apoiar o Aleitamento Materno, sendo a criação dos cantinhos de amamentação de acesso nos CSP e algumas maternidades, uma das respostas à décima medida proposta para o encorajamento da criação de grupos que apoiem o Aleitamento Materno, através do encaminhamento das mães para estes, após a alta do hospital (UNICEF, sem data).

O agendamento da consulta é realizado consoante a disponibilidade do EEESMO, sendo o formato da consulta presencial, na qual se procede à observação das características da mama/mamilo e da mamada, à pesagem do RN e onde se esclarecem dúvidas e inseguranças, oferecendo sugestões que vão ao encontro daquilo que são os ideais e objetivos da puérpera e da pessoa significativa. A existência do cantinho de amamentação para acesso das puérperas mostra-se uma excelente estratégia também na promoção do Aleitamento Materno, realizada por um profissional que seja especificamente treinado no assunto, para que se promovam boas práticas de Aleitamento Materno e as faça sentir mais apoiadas (Sardinha et al., 2019).

Na consulta de apoio ao Aleitamento Materno considera-se o rácio de um EEESMO por cada duzentos nascimentos (OE, 2019c), pelo que nesta UCC esses rácios encontram-se cumpridos.

Todas as intervenções do EEESMO na UCC são registadas informaticamente no *SClinico*, tanto em contexto dos cursos ministrados, como em contexto de consulta no cantinho de amamentação. Os registos de enfermagem permitem a criação de indicadores em saúde, e de acordo com as boas práticas, todos os processos devem ser objeto de registo, monitorização regular e análise estatística de parâmetros (DGS, 2020).

1.3. METODOLOGIA DO ENPRF

Neste subcapítulo encontram-se descritas as metodologias que foram aplicadas durante o 2.º ano do Mestrado em Enfermagem de SMO. Dirigiram-se ao desenvolvimento e aquisição de competências comuns e específicas do EEESMO.

1.3.1. Objetivos

No seguimento do ENPRF, os objetivos gerais foram os descritos no planeamento da Unidade Curricular (UÉESJSD, 2023):

- 1) Cuidar da mulher/companheiro inseridos na família e comunidade;
- 2) Demonstrar uma aquisição de conhecimentos conducente a uma proposta de melhoria de cuidados, com foco nas dimensões teórico-práticas e na Prática Baseada na Evidência (PBE);
- 3) Defender através de um Relatório apresentado em provas públicas, a sua aquisição de competências ao longo do Estágio de Natureza Profissional.

Foram também definidos objetivos específicos para a aquisição das competências do EEESMO, conforme estabelecido no regulamento das competências específicas do EEESMO (OE, 2019c). Desta forma, os objetivos de estágio estabelecidos estão alinhados com as competências descritas no regulamento:

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

Cada um destes objetivos específicos foram trabalhados pela mestranda no sentido de desenvolver, adquirir e consolidar competências em cada uma destas valências, contribuindo assim para o desenvolvimento de uma prática profissional em SMO segura, baseada na evidência científica, de acordo com a deontologia profissional, princípios éticos e normas legais.

1.3.2. Método de Aprendizagem

No contexto do ENPRF reconheceu-se que a aquisição e consolidação de conhecimentos foi crucial para a capacidade de fornecer cuidados especializados fundamentados na evidência científica. Ao longo do mesmo, foram adotadas diferentes estratégias de aprendizagem, tais como: a supervisão clínica e orientação pedagógica, observação de cuidados prestados e prática clínica, revisão e aprofundamento de conhecimentos através da elaboração de um estudo de caso e de uma revisão sistemática da literatura sobre duas temáticas diferentes. A participação num projeto de melhoria contínua, assim como em momentos de formação contínua, quer como formanda, quer como formadora, enriqueceram ainda mais a experiência, contribuindo significativamente para o aprimoramento das competências profissionais durante o ENPRF.

Supervisão Clínica e Orientação Pedagógica

A orientação clínica e a supervisão pedagógica desempenharam um papel central, proporcionando um ambiente de apoio e reflexão sobre a prática clínica nos vários contextos clínicos. No decorrer de cada contexto, foram realizadas reuniões de avaliação intermédia e avaliação final, entre a supervisora clínica, a mestranda e docente pedagógica. Contudo, para além destas reuniões formais, a mestranda procurou realizar uma reflexão junto da supervisora clínica sobre pontos de melhoria, o percurso de estágio, prática baseada na evidência científica mais recente, criando-se assim um momento de partilha para a melhoria dos cuidados especializados prestados.

Observação de Cuidados Prestados e Prática Clínica

Durante o estágio nos diversos contextos clínicos, foi realizada uma observação sistemática dos cuidados prestados, com foco na prática clínica, não só das EEESMO supervisoras, mas também da restante equipa multidisciplinar. Esta abordagem permitiu a análise detalhada das intervenções inerentes às especificidades do EEESMO, a aplicação concreta dos conhecimentos, a identificação de boas práticas, mas também de áreas de melhoria, o que levou a mestranda a uma constante reflexão crítica nos diferentes contextos clínicos. A observação direta e a participação supervisionada no decorrer do estágio contribuíram para enriquecimento prático e teórico da formação e permitiram uma gradual aquisição de autonomia durante a prestação de cuidados especializados de SMO. A prática clínica incluiu a execução de intervenções de enfermagem, sob orientação, permitindo aplicar conhecimentos teóricos em situações práticas e desenvolver competências técnicas e interpessoais essenciais para a especialidade de SMO.

Pesquisa Bibliográfica para Revisão Temática

A temática do PP e os seus contributos para a mulher no TP, mostrou-se pertinente ao longo do ensino clínico, uma vez que vários foram os campos de estágio onde foi possível trabalhar com o PP, e, aprofundar os contributos da sua utilização especificamente no TP. A pesquisa bibliográfica recai sobre a elaboração de uma [Revisão Integrativa da Literatura] RIL (APÊNDICE B), que através da discussão dos resultados de vários estudos, e as respetivas conclusões, se mostra alavanca para a prestação de cuidados de enfermagem especializados em SMO de qualidade, e sobretudo baseados na evidência. Permitiu também a produção de um documento científico, o desenvolvimento e consolidação de metodologia de investigação

científica, pesquisa em bases de dados, assim como o treino na utilização de um software e gestor de referências (i.e., Zotero).

Aprofundamento de Conhecimentos com Relato de Caso

O Relato de Caso (APÊNDICE C) surgiu no contexto clínico de Internamento de Grávidas Patológicas, sendo um elemento representativo no processo de aprendizagem, pois permite um aprofundamento teórico ao aplicar conceitos a uma situação real e específica. Esta abordagem facilita a análise detalhada de práticas clínicas, através da promoção da reflexão crítica e da compreensão aprofundada das intervenções específicas de enfermagem, enquanto integra a evidência científica na resolução de problemas concretos. A temática suscitou bastante interesse, por ser um caso que abordava três assuntos de interesse: grávida em Indução de Trabalho de Parto [ITP], com comorbilidade de hidrâmnios, e com um PP bastante fundamentado, elaborado em conjunto com a pessoa significativa e médica obstetra ao longo da gravidez.

Aprofundamento de Conhecimentos com Ações de Formação Contínua

No decorrer do ENPRF a mestranda procurou frequentar ações de formação contínua, uma vez que os cuidados de enfermagem especializados em enfermagem de SMO pressupõem o domínio de competências para responder às necessidades de cada cliente, em cada momento e contexto de cuidados (OE, 2021a).

Atendendo aos vários domínios da enfermagem de SMO, e com consentimento das supervisoras clínicas e orientadora pedagógica, a mestranda destaca algumas das ações de formação que frequentou: “Jornadas da Ginecologia - Da Teoria à Prática” (ANEXO A); “Jornadas Neonatais da Primavera de Faro” (ANEXO B), que incluiu a participação no curso pré-congresso “Ventilação Não Invasiva - Fundamentos básicos nos cuidados ao recém-nascido ventilado”; (ANEXO C) “XXV Congresso Nacional e IX Internacional APEO” (ANEXO D) e no “Seminário dia do EEESMO - Nas nossas mãos: contributos para ambientes sustentáveis” (ANEXO E).

O Congresso da APEO teve como tema principal as “Unidades de Cuidados Lideradas pelo EEESMO/Parteiras”, e representou um importante momento de partilha, entre vários EEESMOS, entre o Colégio da Especialidade e a própria OE, com foco nas competências e autonomia do EEESMO na prestação de cuidados de saúde à mulher grávida com baixo risco de complicações, sendo visível uma união, uma vontade de mudança, cima de tudo para o bem do nosso principal alvo de cuidados: A Mulher!

A temática do Congresso, levou à reflexão da necessidade emergente de alterar a abordagem à prestação de cuidados durante a gravidez, parto e pós-parto, de forma, não só para prestar cuidados com maior qualidade às grávidas e suas famílias, mas também para alocar os recursos especializados, às diversas situações em que são realmente necessários, garantindo uma assistência de qualidade, atempada e adequada a todas as grávidas/casais/recém-nascidos.

Nesse sentido, no decorrer do contexto clínico no internamento do puerpério, a mestranda desenvolveu um Poster Científico (APÊNDICE D), que apresentou no XXV Congresso Nacional e IX Internacional APEO 2024, com a tema “Utilização De Contraceção Após O Parto: Contributos Do Enfermeiro Obstetra Na Tomada De Decisão Da Puérpera” (ANEXO F). A comissão organizadora e científica do congresso, solicitou também aos interessados, o envio do artigo completo aos participantes, para ser publicado na revista da APEO, do qual se anexa apenas o resumo (APÊNDICE E), de forma a evitar o auto-plágio, pois encontra-se prestes a ser publicado.

A competência profissional engloba vários domínios entre os quais o desenvolvimento profissional contínuo, no sentido da melhoria contínua da qualidade dos cuidados (OE, 2021a).

Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem

A mestranda teve o privilégio de participar num projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, em colaboração com uma das supervisoras clínicas, para a implementação da “Consulta de Plano de Partos”, projeto este que se encontra em processo de aprovação pela Enfermeira diretora da UH F. Em alguns dos contextos clínicos a mestranda denotou pouca receptividade da equipa multidisciplinar com as mulheres/pessoa significativa que apresentavam PP, muitas vezes consideravam a mesmas “naturalistas”, assim como detetou que no período pré-natal muitas das mulheres também não eram abordadas em relação à realização de um PP. A identificação desta situação motivou a mestranda para a realização de um projeto que permitisse que as grávidas/pessoa significativa tivessem acesso a uma consulta de PP na sua maternidade de referência com um EEESMO, e deste modo conhecer as práticas assistenciais da instituição e tentar criar um equilíbrio entre essas práticas e aquilo que são as suas preferências, de modo que sejam criadas expectativas realistas.

As etapas da elaboração deste projeto seguiram um guião para a organização de projetos de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem (Conselho de Enfermagem Regional Secção Sul da OE, 2013), que integra as seguintes etapas: 1) Identificar e descrever o problema; 2) Perceber o problema e dimensioná-lo; 3) Formular objetivos iniciais; 4) Perceber

as causas; 5) Planear e executar as tarefas/atividades; 6) Verificar os resultados; 7) Propor medidas corretivas, *standardizar* e treinar a equipa; 8) Reconhecer e partilhar o sucesso.

A participação num projeto de melhoria contínua dos cuidados de enfermagem ajudou a identificar e implementar práticas assistenciais inovadoras, com contributos enormes para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados às grávidas/pessoas significativas no BP da UH F, e desta forma fomentar experiência de parto mais positivas e individualizadas.

Aplicação de Modelo Teórico

As teorias de enfermagem permitem-nos refletir sobre o processo de trabalho, através da aproximação do conhecimento com a prática, sendo que a realização do processo de enfermagem, alicerçado às teorias de enfermagem, traz contributos para a melhoria da qualidade de cuidados de enfermagem (de Barros & Bispo, 2017; Sampaio et al., 2021). A enfermagem caracteriza-se como ciência justamente pelos referenciais teóricos e científicos, com uma base sólida de conhecimentos, sendo que as teorias contribuem para a efetivação da enfermagem como produtora e reprodutora de conhecimento científico (da Silva et al., 2020). Tornou-se assim fundamental identificar um Modelo Teórico de Enfermagem que servisse de base à prática clínica ao longo do ENPRF, assim como fundamente a temática que dá título ao relatório, sendo selecionado o Modelo Teórico de Dorothea Orem.

A “Teoria do Défice do Autocuidado de Dorothea Orem”(1971), engloba três teorias inter-relacionadas: 1) a teoria do autocuidado, que envolve as práticas que os indivíduos realizam para manter a sua saúde e bem-estar; 2) a teoria do défice do autocuidado, que aborda as situações em que os indivíduos não são capazes de responder às suas próprias necessidades de autocuidado, e porque razão podem ser ajudadas por enfermagem; 3) a teoria dos sistemas de enfermagem, que descreve como os enfermeiros podem criar e manter relações para apoiar os déficits de autocuidado, oferecendo suporte educacional, emocional e físico.

A teoria dos sistemas de enfermagem é a teoria unificadora baseada na interação entre o enfermeiro e o cliente, e, subordina a teoria do défice de autocuidado e a teoria do autocuidado. Os sistemas básicos de enfermagem são classificados de acordo com a relação entre a ação do doente e da enfermeira em: 1) sistema de enfermagem totalmente compensatório - enfermeiro executa o autocuidado para compensar a incapacidade da pessoa, apoia e protege; 2) sistema de enfermagem parcialmente compensatórios - enfermeiro executa algumas ações para o autocuidado e assiste a pessoa conforme necessário; 3) sistema de apoio-educação - o doente executa o autocuidado e o enfermeiro regula o desenvolvimento da atividade (Tomey & Alligood, 2002).

Dorothea Orem, propõe a perceção do ser humano na sua globalidade, abordando a capacidade para o autocuidado e dos fatores que podem interferir na capacidade do mesmo em realizar o autocuidado. Definiu ainda a Enfermagem como "O ato de ajudar os outros na prestação e gestão do autocuidado para manter ou melhorar o funcionamento humano". Centra-se na capacidade de cada indivíduo para realizar o autocuidado, definido como "a prática de atividades que os indivíduos iniciam e realizam em seu próprio nome para manter a vida, a saúde e o bem-estar" (Tomey & Alligood, 2002).

As competências comuns e específicas do EEESMO, fazem uso da aplicação desta teoria a avaliação das necessidades de autocuidado na grávida, mulher ou RN, na sua educação e capacitação, no seu suporte continuado ao longo do ciclo gravídico/puerperal e na implementação de intervenções de enfermagem individualizadas. Um dos elementos centrais dos cuidados especializados de SMO é a relação terapêutica entre o EEESMO e o cliente, para que o mesmo seja proativo na promoção da sua saúde, na prevenção de doença e na adaptação às novas circunstâncias de vida ou processos (OE, 2021a).

Esta teoria constitui-se uma base sólida para o relatório final, pois sublinha a importância da autonomia, educação e suporte no processo de tomada de decisão durante o TP, podendo demonstrar como o PP pode empoderar as mulheres, promovendo uma experiência de parto mais positiva e personalizada.

2. CONTRIBUTOS PARA A MELHORIA DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

Contribuir para uma prática baseada na evidência, torna-se uma mais-valia para o processo contínuo de formação do EEESMO, e consequentemente para uma melhoria dos cuidados prestados. A investigação na literatura tem direcionado a prática clínica dos profissionais de enfermagem, fortalecendo a posição da Enfermagem como uma ciência. Além disso, gera um impacto positivo na segurança, nas intervenções e no prognóstico clínico do cliente de cuidados (Dantas et al., 2022).

No presente capítulo, procura-se uma contextualização da temática elegida pela mestranda, encontram-se descritas as estratégias utilizadas e consequentes contributos que o estudo realizado tem para a qualidade dos cuidados prestados e posteriormente a exposição da experiência clínica ao longo do ENPRF. A temática selecionada prende-se aos contributos do PP para a tomada de decisão da mulher, que advém do interesse pessoal da mestranda em relação à utilização do PP e, principalmente de uma abordagem de cuidados centrada na mulher em TP, na sua capacitação para a tomada de decisão e de acordo com as suas preferências.

2.1. REVISÃO DA LITERATURA

O processo de elaboração de uma RIL divide-se em seis etapas: 1) identificação do tema de pesquisa; 2) estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos; 3) extração de dados e categorização dos estudos; 4) avaliação dos estudos incluídos na revisão; 5) interpretação dos resultados; 6) apresentação da revisão e síntese do conhecimento (Botelho et al., 2011; Mendes et al., 2008).

Através da elaboração de uma revisão da literatura, os autores tornam-se conhecedores do tema e, podem desenvolver um conjunto de competências incluindo a de pesquisa da literatura e de redação científica (Donato & Donato, 2019), sendo um instrumento válido para a prática baseada na evidência.

2.1.1. Conceptualização

Nos dias de hoje assume-se extrema importância ao respeito pela mulher nos cuidados prestados pelo EEESMO durante o seu TP, sendo a mesma a principal responsável pela sua própria saúde, com direito à autodeterminação. Destaca-se que a mulher possui capacidades internas para lidar com desafios de saúde, tendo o EEESMO um importante papel na descoberta

e desenvolvimento dessas capacidades da mulher, tanto internas como externas, como descrito nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de EESMO [PQCEESMO] (OE, 2021a).

Ao longo dos anos as práticas de assistência ao TP foram sofrendo transformações, adaptando-se às características da sociedade de cada época. Durante muito tempo o parto no domicílio e com pouca intervenção foi uma prática comum, porém com o decorrer do século XX, o TP passou a acontecer predominantemente no meio hospitalar (Riscado et al., 2016). Estas mudanças no processo de parto, foram impulsionadas pelos avanços tecnológicos e científicos em Obstetrícia, resultaram em inúmeros benefícios na assistência à parturiente, especialmente no contexto de alto risco, melhorando significativamente os indicadores de morbimortalidade materna e neonatal. Contudo, este cenário também expôs a parturiente a um número elevado de procedimentos e uma cascata de intervenções, muitas vezes desnecessários (Riscado et al., 2016), e a mulher foi perdendo a sua voz no TP, deixando de ser a principal protagonista desse momento, para passar a ser um sujeito passivo (Mouta et al., 2017; Sánchez-García et al., 2021).

O PP surgiu nos Estados Unidos da América no final dos anos 70, em resposta da “medicalização” excessiva do parto, e como consequência da vontade das mulheres expressarem as suas preferências relativas ao momento do parto (Santos et al., 2019). O primeiro modelo de PP foi elaborado por Sheila Kitzinger (1980), que defendia o TP como um processo fisiológico, e não como um processo patológico e que requer intervenções excessivas, como se mostrava acontecer ao longo dos anos com a inclusão do parto no meio hospitalar (Kitzinger, 1999; Suárez-Cortés et al., 2015).

Como resultado da necessidade emergente de reduzir as intervenções excessivas no momento do parto, várias são as entidades internacionais que elaboraram recomendações para a elaboração do PP, como estratégia impulsionadora de parto fisiológico (WHO, 2018). Também a ACOG, a Academia Americana de Pediatria [AAP] (ACOG; AAP, 2017) e em Portugal a DGS (2020), estabelecem que a preparação para o parto deve incluir a elaboração de um PP durante o período pré-natal como estratégia promotora do parto fisiológico, como forma efetiva de comunicação entre as mulheres e profissionais de saúde e alavanca para aumentar a satisfação das mulheres com o processo do parto.

Em Portugal, no aditamento à Lei n.º 110/2019, de 9 de setembro, é referido que as grávidas ou casais devem ser preparados e apoiados na elaboração do PP até às 32 semanas de gestação, sendo o plano discutido com a equipa de saúde. Os serviços de saúde garantem esse direito, salvo se a grávida e/ou pessoa significativa optarem por não ter um plano. O apoio à elaboração

do plano deve respeitar o contexto cultural e pessoal, sendo oferecido durante as consultas de gravidez ou cursos. (DRE, 2019).

De acordo com a MCEESMO (OE, 2021), define-se o PP como um planeamento do parto, pela mulher e pela pessoa significativa, em conformidade com as suas preferências, valores, crenças e desejos de natureza individual, podendo ser escrito ou não. Segundo definido no GOBP (Cardoso et al., 2023), um plano é uma intenção ou um projeto, pois de facto, na sua essência, representa um conjunto das disposições necessárias para levar um projeto a cabo. O PP deve ser elaborado durante o período pré-natal, preferencialmente após ter recebido informações necessárias e tendo em conta as melhores práticas em relação ao processo de nascimento (Pinheiro & Sardo, 2019b).

O PP é antes de mais, uma estratégia promotora da gestão de expectativas da mulher e da tomada de decisão informada (OE, 2021c). Um dos objetivos primordiais do PP passa por facilitar a autonomia e a tomada de decisão da mulher em TP (Simkin, 2007). A sua elaboração permite às mulheres um pensamento crítico, reflexão das suas necessidades, limites e desejos, de acordo com as suas crenças, permitindo o seu autoconhecimento (Mouta et al., 2017). A sua utilização permite que a mulher se envolva nos seus cuidados, empoderando-a a participar num processo de tomada de decisão partilhada durante o seu parto (Abd El Aliem et al., 2020; Mouta et al., 2017; Say et al., 2011), e contribuindo assim para o aumento da satisfação materna e para uma experiência de parto positiva (Abd El Aliem et al., 2020; Mohaghegh et al., 2023; WHO, 2018).

A tomada de decisão partilhada é parte integrante de um modelo de cuidados centrados no cliente, nas suas preferências e necessidades individuais (Chantry et al., 2023). Para que a mesma aconteça, o cliente e o prestador de cuidados, por algumas etapas: a primeira é a "conversa sobre a escolha", onde se introduz a necessidade de tomar uma decisão; segue-se a "conversa sobre as opções", onde se discutem as alternativas disponíveis, considerando as preferências, valores e objetivos do cliente; e a etapa final é a "conversa sobre a decisão", onde o cliente reflete sobre os seus valores e prioridades para tomar uma decisão informada (Elwyn et al., 2012; Légaré & Witteman, 2013; Van Duong, 2017). Uma revisão da literatura concluiu que a tomada de decisão da mulher em obstetrícia está associada a inúmeras vantagens, tais como: redução da ansiedade, diminuição do conflito de ideias, aumento do conhecimento, maiores níveis de satisfação e perceção de escolha informada (Say et al., 2011).

Metodologia da Revisão Integrativa da Literatura

Neste subcapítulo desenvolveu-se uma RIL com o tema que dá título a este RF, tendo-se recorrido à estratégia PICO, acrónimo para Paciente ou Problema, Intervenção, Comparação e *Outcome* ou Resultados (Dantas et al., 2022), para a elaboração da questão de investigação: “Quais os contributos do PP (I) para a tomada de decisão (Co) da mulher em TP (P)?”, de forma a analisar a evidência científica sobre o contributo do PP na tomada de decisão da mulher, durante o TP, como objetivo principal desta RIL. Definiu-se ainda como objetivo secundário: entender como pode o EEESMO facilitar a tomada de decisão informada da mulher, permitindo que esta tenha maior autonomia durante o TP. Após a definição da questão de investigação foram definidos os descritores recorrendo-se aos Descritores em Ciências da Saúde [DeCS], em português e em inglês: “Trabalho de parto”, “*Labor*”, “Tomada de Decisão”, “*Decision Making*”, “Parto Humanizado”, “*Humanizing Delivery*”, “Mulher”, “*Women*”, “Empoderamento” e “*Empowerment*”. A colheita de dados foi realizada no período de novembro de 2023 a janeiro de 2024, nas seguintes bases de dados, **EBSCOhost**, *Cochrane Library*, **PubMed** e **Biblioteca Virtual em Saúde (BVS)**, resultando na seleção de 7 artigos que responderam ao objetivo deste estudo. Optou-se por apresentar o processo de identificação de seleção de artigos para a RIL segundo um fluxograma, baseado no *Preferred Reporting Items for Systemic Review and Meta-Analyses* (PRISMA), (PAGE et al., 2021). O software utilizado para a gestão das referências bibliográficas foi o *Zotero*. Este artigo aguarda publicação em revista, pelo que consta em apêndice o resumo do mesmo (APÊNDICE B).

Descrição dos resultados da revisão da literatura

A grande maioria dos artigos analisados (n=4) avaliaram, de algum modo, a ocorrência de complicações maternas e neonatais no TP em mulheres que utilizaram PP comparativamente às que não utilizaram, demonstrando que não existem diferenças significativas a nível dessas complicações. Uma meta-análise de Kohan et al. (2023) acrescenta à evidência científica que o PP está ligado a melhores resultados na saúde materna e do RN, indo ao encontro dos resultados do estudo de Hidalgo-Lopezosa et al. (2021), que ainda sublinha que o PP está associado a TP menos interventivos e mais fisiológicos. Estes resultados permitem concluir que a utilização do PP nas maternidades é uma ferramenta segura, oferecendo diversos benefícios durante o momento do nascimento, sem estar associada a desfechos negativos.

A utilização de PP também se encontrou associada a maiores níveis de satisfação materna com o momento do parto e consequentemente uma experiência de parto positiva, em 4 dos estudos analisados, quando comparadas com mulheres sem PP que receberam cuidados

rotineiros na maternidade. Corroborando com estes resultados, os estudos de Konieczka et al. (2024) e Kohan et al., (2023), que relacionam positivamente a utilização do PP com o maior número de experiências positivas com o processo de TP, e ainda acrescentam que a elaboração do PP ao longo da gravidez contribui para a sensação de empoderamento materno. A satisfação com a experiência de nascimento relaciona-se com as expectativas pessoais, o suporte dado pelos profissionais de saúde, a qualidade da relação estabelecida entre a mulher/pessoa significativa e profissional de saúde, assim como o grau de envolvimento tido nas tomadas de decisão acerca do processo, conforme diversas entidades internacionais salientam (Aragon et al., 2013). Os resultados de Shareef et al. (2024), acrescenta-nos ainda que a grande maioria destes participantes, referiram ainda que através do PP os acompanhantes sentiram-se igualmente empoderados e capazes de defender aquilo que são os interesses da mulher, indo ao encontro aquilo que foi a tomada de decisão da sua mulher.

Os resultados de um estudo primário realizado na Holanda, reuniu que as mulheres, pessoas significativas e profissionais de saúde, consideram que o PP é facilitador da comunicação e tomada de decisão partilhada (Shareef et al., 2024). Em 4 dos estudos analisados as mulheres referem que se sentem mais envolvidas e com controlo do seu próprio parto, e que quando, os profissionais de saúde analisam o PP, permite que haja partilha das preferências individuais, facilitando a comunicação e a participação ativa no processo de tomada de decisão partilhada, assim como nos cuidados personalizados.

Os profissionais de saúde referem que as sessões do CPPP podem ser ponto de partida para a elaboração de PP com expectativas realistas no estudo de Boff et al. (2022), indo ao encontro das conclusões de dois dos estudos analisados. Do ponto de vista das mulheres e pessoa significativa, as aulas de PPP importante pilar para a aquisição de conhecimentos sobre a gravidez e o TP, e um estímulo para a elaboração do PP (Mohaghegh et al., 2023; Shareef et al., 2024). De acordo com os resultados do estudo de Serpetini et al. (2024), as mulheres que frequentam sessões de PPP obtiveram melhor pontuação na escala de autonomia na tomada de decisão. Também Pinheiro & Sardo (2019), ressaltam que a elaboração de um PP é uma estratégia para aumentar a literacia em saúde, permitindo desenvolver ferramentas de comunicação, de capacidade de tomada de decisão e facilidade na partilha de preferências da mulher em relação ao seu parto com a equipa de saúde.

O EEESMO é referido pelas mulheres como facilitador da tomada de decisão em três dos estudos analisados. De acordo com Konieczka et al. (2024), a satisfação da mulher com o parto mostrou-se significativamente mais elevada nas mulheres que elaboraram PP e o discutiram com a enfermeira obstetra, em comparação com as mulheres que o elaboraram mas não lhes foi

oferecida possibilidade de o discutir, nem de colocar questões relativas ao TP. Estes resultados vão ao encontro do que nos diz um estudo corte, também realizado nos países baixos, com a experiência das mulheres ao longo do seu ciclo gravídico-puerperal em relação à sua autonomia no processo de tomada de decisão, que se mostrou ser elevada, mas que efetivamente foi mais notória em conversas com um EEESMO, do que com médicos obstetras (Vogels-Broeke et al., 2023). Na Bélgica, as mulheres participantes num estudo cross-sensorial, revelaram níveis moderados de autonomia na tomada de decisão no parto, sendo que quando atendidas por obstetras esses níveis foram inferiores, do que quando atendidas por um EEESMO (Deherder et al., 2022).

Em jeito conclusivo, pretende-se melhorar os cuidados de enfermagem relativamente à experiência única e individual que é a gravidez e o parto, assim tirar o máximo proveito do PP no atendimento em saúde. Neste contexto, a utilização do PP surge como estratégia que deve ser adequada a cada mulher/pessoa significativa, sendo que o EEESMO assume a responsabilidade de contribuir para a elaboração deste documento para que a mesma tome decisões informadas de acordo com a evidência científica mais atual, no sentido de ir ao encontro das suas expectativas e assim contribuir para que a mulher/pessoa significativa possam vivenciar o seu TP como uma experiência positiva e muito satisfatória. Os profissionais de saúde podem explorar mais os contributos que do PP e investir no mesmo como uma ferramenta para envolver mais as mulheres na tomada de decisão no seu processo de parto.

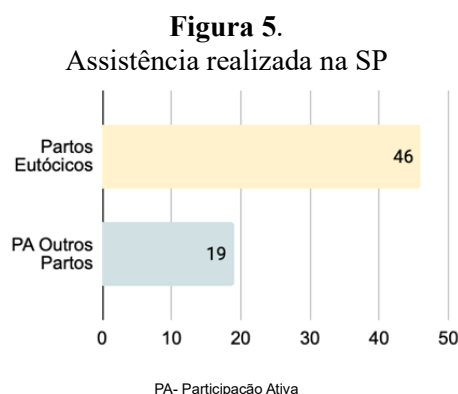
3. ANÁLISE DOS RESULTADOS OBTIDOS NA PRÁTICA CLÍNICA

Após a pesquisa e análise da literatura científica sobre o tema que dá título a este relatório de estágio, tornou-se possível aplicar os conhecimentos adquiridos na prática clínica, permitindo observar de que forma o PP influencia a autonomia e participação ativa das mulheres nas decisões durante o TP. A análise dos resultados obtidos permitiu conhecer a realidade dos contextos clínicos e identificar os principais contributos desta ferramenta no processo de tomada de decisão, bem como os desafios e impactos observados na prática assistencial.

A população-alvo definida foram as mulheres em TP, nos contextos clínicos de SP, de forma a aproximar os resultados obtidos na prática clínica, daquilo que foram os resultados da RIL. Os critérios de inclusão foram mulheres em TP, na SP, e a quem a mestranda vigiou o TP, com PP e sem PP, pois a partir da inclusão de ambas, torna-se possível uma análise destes dois perfis de parturientes. Os critérios de exclusão foram as puérperas e grávidas no período pré-natal, mesmo que estas apresentassem PP, mas que efetivamente não constituíam critérios para esta análise. A recolha de dados foi realizada a partir da observação direta da parturiente, da consulta do Partograma, BSG e respetivo processo clínico. Utilizou-se o sistema operativo *Microsoft Excel* para proceder à análise dos dados, sendo os gráficos de elaboração própria com base na colheita de dados.

3.1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

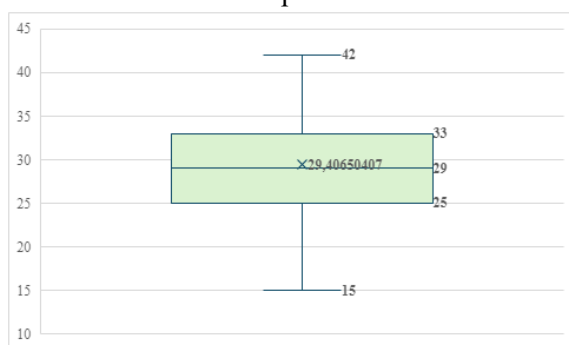
No contexto de SP, a mestranda vigiou 123 mulheres em TP no decorrer do ensino clínico, constituindo esse o valor da amostra, das quais realizou 46 partos eutócicos, e participou ativamente em 19 partos, dos quais se entende os partos distócicos (cesarianas e partos instrumentados) (figura 5). O registo total de vigilâncias realizadas ao longo do ENPRF, encontra-se no Apêndice F.



Fonte: Elaboração própria

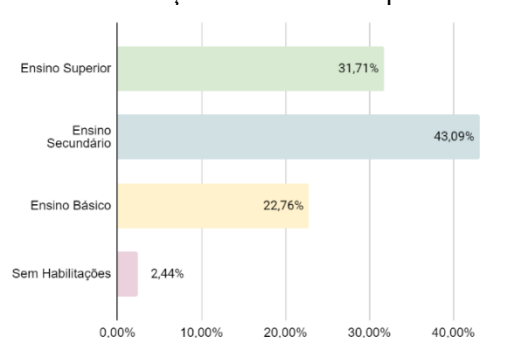
Os extremos etários da amostra estavam compreendidos entre os 15 e os 42 anos de idade, com uma média de idades compreendida de 29,4 anos de idade, e a maior concentração de idades da amostra está entre os 25 e 33 anos de idade, como se verifica na figura 6. Em Portugal, a média de idades para ter o primeiro filho é de 30,02 anos de idade (INE, 2023b), sendo que a tendência é continuar a aumentar a idade em que as mulheres têm o primeiro filho, como se tem verificado nos últimos anos (INE, 2023a). Considera-se gravidez tardia, aquela que ocorre após os 35 anos de idade, estando associada a um aumento de fatores de risco, como presença de complicações maternas, como pré-eclampsia, hipertensão gestacional, excesso de peso, entre outros, o que aumenta o risco de parto prematuro (Marinho et al., 2023). O que nos diz a literatura é que as mulheres que engravidaram após os 35 anos são maioritariamente casadas, com mais de cinco anos de escolaridade e com atividade laboral ativa, realçando que um nível educacional mais elevado e a inserção no mercado de trabalho são fatores que contribuem para a gravidez tardia, uma vez que estas mulheres tendem a priorizar o investimento na carreira académica e profissional antes de planearem a gestação e a constituição das suas famílias (Aldrighi et al., 2016; Alves et al., 2018; Fernandes et al., 2019). As habilitações literárias das parturientes encontram-se na figura 7, onde se pode verificar que a maior percentagem de 43,1% (n=53) de mulheres apresenta o ensino secundário, seguida de 31,7% (n=39) de mulheres com o ensino superior. Como se pode verificar na figura 3, uma pequena percentagem de 2,4% (n=3) não apresentava nenhum grau de escolaridade, provavelmente associada a uma idade materna inferior a 18 anos, como podemos verificar na figura 2. Segundo Costa et al. (2023), um nível elevado de escolaridade é um fator que contribui para um maior nível de literacia em saúde, em consequência de um maior desenvolvimentos de competências de procura de informação fidedigna, compreensão e autonomia para a tomada de decisão sobre a própria saúde, assim como a adesão às recomendações dos profissionais de saúde.

Figura 6.
Idade das parturientes



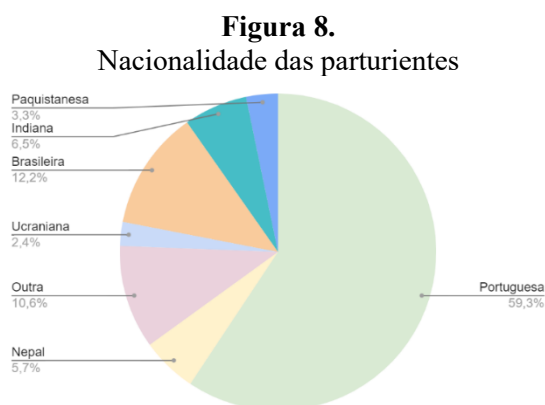
Fonte: Elaboração própria

Figura 7.
Habilitações literárias das parturientes



Fonte: Elaboração própria

A nacionalidade portuguesa representa-se na maior percentagem da amostra, com um total de 59,3% (n=73), seguida de 40,7% (n=50) de mulheres com nacionalidade estrangeira, especificamente representadas na figura 8. Como já referido pela mestranda no subcapítulo 2.1., a multiculturalidade da região, que reflete a da generalidade do país, fez-se sentir em todos os campos do ensino clínico. Em 2022, observou-se um crescimento da população residente em Portugal, em consequência de um saldo migratório positivo que superou o saldo natural negativo (INE, 2023a), sendo que entre 2017 e 2022, a proporção de nados-vivos de mães de nacionalidade estrangeira, subiu de 9,7% para 16,7%. No que concerne às vulnerabilidades de parturientes imigrantes, salientam-se as relacionadas com a comunicação, cultura e compreensão do funcionamento do SNS (Herrero-Arias et al., 2022; Oscarsson & Stevenson-Ågren, 2020), situações estas que podem comprometer a vigilância pré-natal, a procura de cuidados de saúde e a literacia em saúde, podendo limitar a sua autonomia para a tomada de decisão em relação ao seu processo de parto. Como já foi descrito no subcapítulo 2.2.1., apenas mulheres, ou pessoas significativas, que falavam idioma português, é que podiam integrar os CPPP, sendo que em consequência disso, muitas das grávidas estrangeiras ficam afastadas dos mesmos. Resultado de um mundo progressivamente mais multicultural, o EEESMO procura desenvolver estratégias de mediação intercultural para a interação com a mulher migrante, em todo o seu ciclo de vida sexual e reprodutivo, para um cuidado culturalmente competente (Coutinho et al., 2022). Porém, não só os profissionais de saúde, mas também as instituições de saúde devem procurar alternativas e investir na formação dos profissionais de saúde, para que as mulheres estrangeiras possam receber cuidados de maior qualidade.



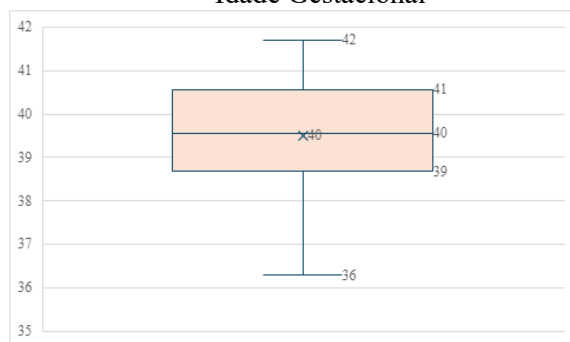
Fonte: Elaboração própria

Seguidamente procedeu-se à caracterização obstétrica da amostra (figura 6, 7 e 8). A maior percentagem da amostra está localizada em idades gestacionais entre as 36 e 42 semanas de gestação, sendo a média da idade gestacional de 40 semanas de gestação, como podemos visualizar na figura 9, que também nos permite perceber que a maioria das parturientes da

amostra se localiza entre as 39 e 41 semanas. Considera-se gravidez de termo aquela que ocorre entre as 37 e 42 semanas de gestação (Néné & Sequeira, 2016), sendo o EEESMO profissional competente e diferenciado para a prestação autónoma de cuidados no TP a gestações de termo.

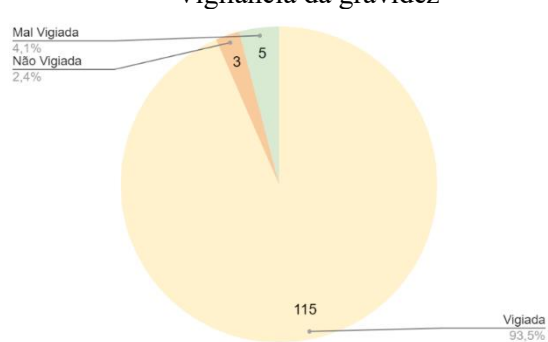
Relativamente à vigilância da gravidez (figura 10), verifica-se que 93,5% da amostra tinha uma gravidez vigiada, ou seja, mais de 6 consultas realizadas no período pré-natal, segundo o critério definido pela (DGS, 2015). De acordo com o mesmo documento, uma vigilância pré-natal com menos de quatro consultas considera-se uma gravidez mal vigiada e, representa 4,1% (n=5) da amostra, e as mulheres sem nenhuma consulta representam-se em 2,4% (n=3), como podemos analisar na figura 10. O mais recente parecer da MCEESMO recomenda que a assistência pré-natal idealmente se concretize em 14 consultas, podendo ser presencial ou teleconsulta, com uma primeira consulta antes das 10 semanas de gestação (OE, 2023). Também a norma da DGS (2023a), prevê que todas as grávidas devam ter acesso à primeira consulta da gravidez entre as 6 semanas e as 9 semanas e 6 dias de gestação, nos CSP, seguindo à posteriori o esquema de vigilância da gravidez recomendado. O acompanhamento pré-natal completo é essencial para a garantia de uma gravidez saudável e para um parto seguro (DGS, 2015).

Figura 9.
Idade Gestacional



Fonte: Elaboração própria

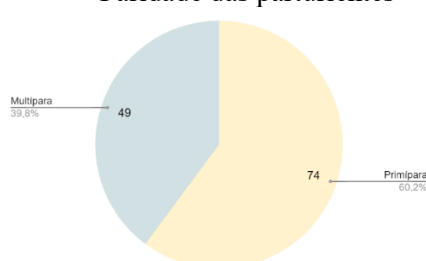
Figura 10.
Vigilância da gravidez



Fonte: Elaboração própria

A amostra de parturientes mostra-se maioritariamente constituída por primíparas 60,2% (n=74), e por 39,8% (n=49) de parturientes múltiparas (figura 11).

Figura 11.
Paridade das parturientes

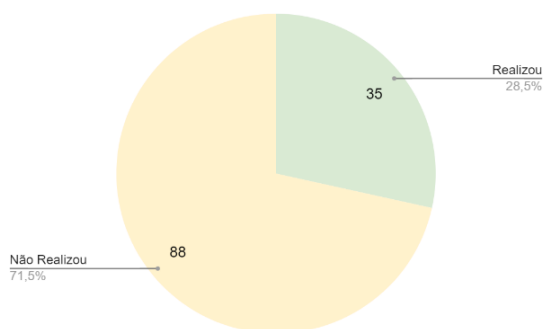


Fonte: Elaboração própria

A educação pré-natal desempenha um papel crucial na preparação das mulheres ou casais para o parto e a parentalidade, facilitando a tomada de decisões informadas. Grande parte destas escolhas refletem mudanças benéficas nos comportamentos de saúde (MCEESMO, 2019). A partir da análise da figura 12, entendemos que 71,5% (n=88) das parturientes não frequentou nenhum CPPP, mostrando-se ser uma percentagem elevada. O CPPP define-se como um programa de saúde concebido e implementado por EEESMO (DGS, 2020; OE, 2022), fundamentalmente para desenvolver a confiança e promover competências na grávida/casal/família para a vivência da gravidez, parto e transição para a parentalidade (DGS, 2015). A idade gestacional para o início dos CPPP é flexível, tendo em conta as áreas temáticas a abordar e a sua pertinência, porém sugere-se um intervalo preferencialmente entre as 24 e as 28 semanas de gestação (DGS, 2020; OE, 2023).

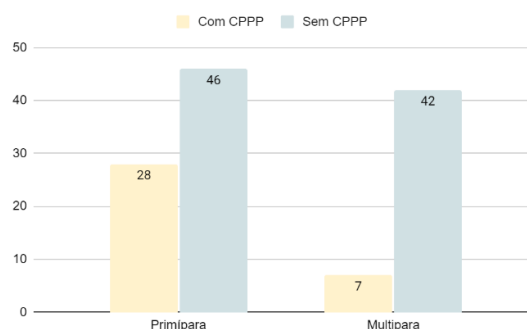
Relacionando a frequência de CPPP com a paridade (figura 13) também se conclui que 22% (n=28) primíparas frequentou CPPP, percentagem mais elevada do que múltiparas com CPPP, que se mostra ser 5,9% (n=7). A representação social que as primigestas possuem relativamente ao parto revela sentimentos de medo, dor e sofrimento, associados à falta de preparação sobre o tipo de parto e à ausência de suporte para a tomada de decisão quando necessário (Aissa et al., 2014; Fleming et al., 2017). De acordo com uma revisão da literatura, os programas de educação para a saúde, onde se incluem os CPPP, diminuem o medo do parto, ansiedade e stress, e aumentam a confiança das mulheres nas suas capacidades do momento do parto (Procópio & Alves, 2023). As primíparas que frequentam CPPP apresentam níveis de stress, ansiedade e depressão menores do que as primíparas que não frequentaram qualquer sessão de PPP no período pré-natal (Hassanzadeh et al., 2020). Na figura 14, denotou-se uma maior adesão ao CPPP em mulheres com habilitações literárias superiores.

Figura 12.
Frequência do CPPP



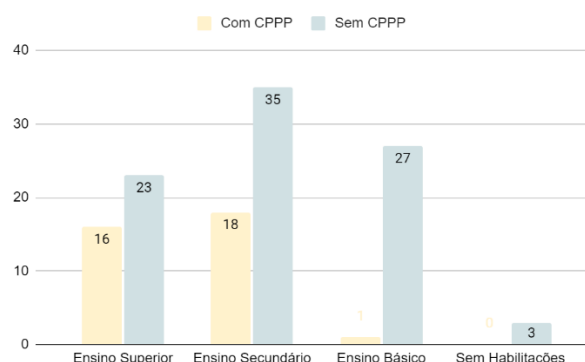
Fonte: Elaboração própria

Figura 13.
Frequência do CPPP de acordo com a paridade



Fonte: Elaboração própria

Figura 14.
Frequência do CPPP de acordo com a habilitações literárias



Fonte: Elaboração própria

Discussão:

O acesso a informação fidedigna e útil, por parte da mulher grávida/pessoa significativa, dos processos da gravidez, do parto, do puerpério e parentalidade torna-se fundamental para a tomada de decisões responsáveis que influenciem positivamente todos estes processos (DGS, 2020). Através dos CPPP, muitas das mulheres ficam munidas de conhecimentos, sentem-se mais seguras e confiantes, refletindo-se na sua autonomia para a tomada de decisão na gravidez e TP (Serpetini et al., 2024). Segundo Boff et al. (2022), os CPPP podem ser um ponto de partida para a elaboração de PP com expectativas realistas em relação ao parto. Os resultados do estudo de Shareef et al. (2024) revelam também que as mulheres e pessoas significativa, através da aquisição de conhecimento nos CPPP, sentem um estímulo maior para a elaboração do PP.

Nos resultados do estudo de Murugesu et al. (2021), as mulheres com baixa literacia e primíparas demonstraram dificuldade em procurar informação fidedigna e seleccionar qual a necessária para que sejam capazes de tomar uma decisão em relação ao seu TP. Por sua vez, mulheres com maior nível de escolaridade procuram mais informação fidedigna para o desenvolvimento de competências para a tomada de decisões sobre a sua saúde (Costa et al., 2023), procurando por isso os CPPP. Efetivamente na amostra (figura 14) verificou-se baixa adesão aos CPPP por parte das mulheres com escolaridade básica e sem escolaridade.

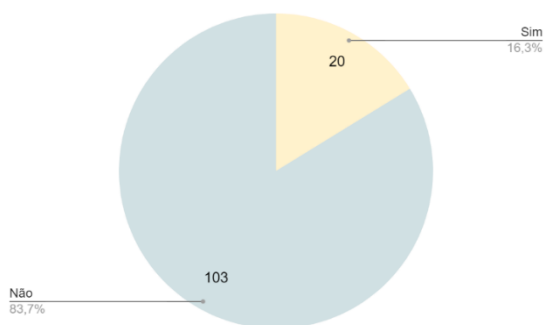
Embora fosse necessário apresentar resultados de investigação para tirar conclusões mais concretas, entendemos, a partir da análise da amostra, que a reduzida percentagem de mulheres a participar no CPPP reflete uma limitação na aquisição de conhecimentos essenciais sobre o processo de gravidez e TP. Corroborando com os achados da revisão da literatura realizada, a falta de participação nestes programas pode comprometer a capacidade da mulher de tomar decisões informadas e de exercer controlo sobre o seu TP.

3.2. ELABORAÇÃO DO PP

Nas figuras que se seguem, encontram-se expostos os dados recolhidos com foco no PP. No gráfico circular apresentado na figura 15, a maior porção do círculo representa 83,7% (n=103) de parturientes que não apresentou PP na sala de parto, evidenciando uma forte assimetria na adesão das mulheres ao PP dentro da amostra. Em Portugal está regulamentada a elaboração de PP e respetiva utilização nas maternidades (DRE, 2019), assim como são várias as entidades que recomendam a realização de um PP durante o período pré-natal (DGS, 2020; OE, 2022; WHO, 2018). Segundo Lopes & Silva (2019), a introdução do PP durante o período pré-natal aumenta a satisfação das mulheres com a consulta, aumentando o interesse e procura de cuidados especializados em SMO durante a gravidez e após o parto.

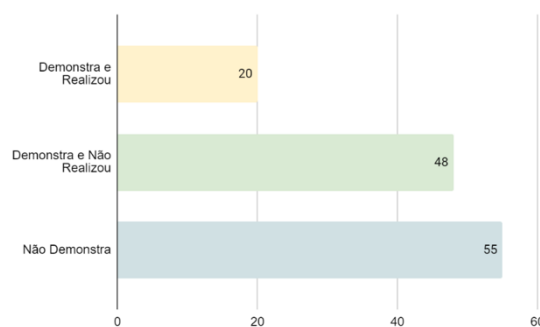
Ao relacionar os conhecimentos das parturientes sobre o PP com a sua elaboração (figura 16), verifica-se que 55,3% (n=68) das parturientes demonstra saber o que é o PP, porém, são 31,7% (n=48) dessas mulheres que têm conhecimento sobre o PP, mas optaram por não o elaborar. Da totalidade da amostra, verifica-se que 44,7% (n=55) das mulheres não demonstram conhecimento sobre o que é este instrumento. Nos resultados de um estudo também se verificou que o número de grávidas que conhece e utiliza o PP é reduzido, principalmente devido à falta de incentivo e orientação por profissionais de saúde (Branco et al., 2022).

Figura 15.
Elaboração de PP



Fonte: Elaboração própria

Figura 16.
Conhecimento das parturientes sobre PP em relação à sua elaboração

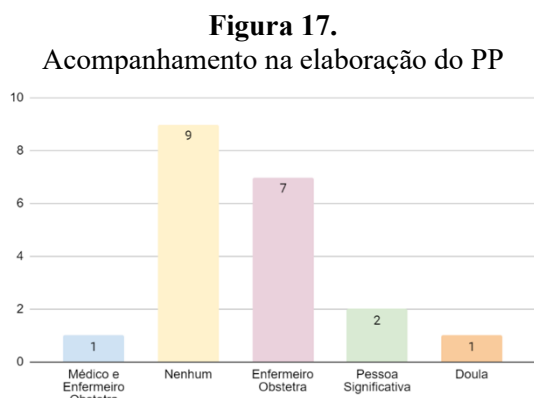


Fonte: Elaboração própria

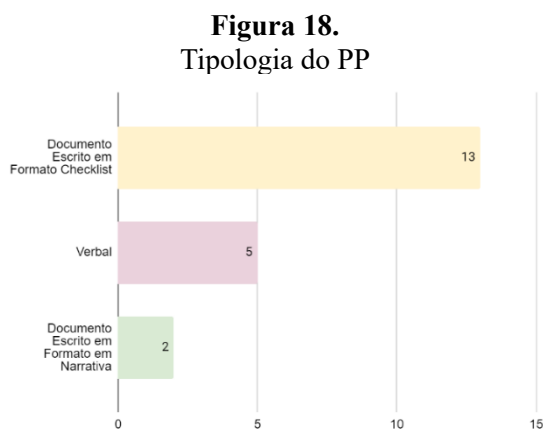
A figura 17 espelha o acompanhamento que as mulheres obtiveram na elaboração do PP, sendo que 45% (n=9) não obteve acompanhamento por nenhum profissional de saúde, e 40% (n=8) elaborou o PP com apoio de um profissional de saúde (EEESMO e/ou médico obstetra). O acompanhamento por parte da pessoa significativa foi referido em 10% (n=3) da amostra. Salienta-se que nenhuma das parturientes referiu que obteve acompanhamento na elaboração do PP pelo enfermeiro de família, e que apenas uma (n=1) obteve acompanhamento pelo médico

obstetra em conjunto com o EEESMO, e uma (n=1) mulher que se apoiou na *doula* para a sua elaboração. O recomendado pela DGS (2020) e OE (2022), e contemplado no DRE (2019), sugere que na elaboração PP seja prestado apoio à mulher grávida e pessoa significativa, tendo por base um diálogo construtivo, com respeito pelo seu contexto cultural e pessoal, e com o esclarecimento de dúvidas no seguimento das consultas ou dos CPPP. O EEESMO vê-se como o acompanhamento de excelência para a elaboração do PP, uma vez que é dotado de competências específicas em SMO, com base na melhor evidência científica, o que lhe permite orientar a gestão de expectativas e a decisão informada da mulher (OE, 2022).

Do total de mulheres que apresentaram PP na sala de parto (n=20) encontra-se representada na seguinte figura 18 a tipologia do PP, sendo que o documento escrito em formato *check-list* corresponde ao modelo de PP mais apresentado, com 65% (n=13), seguido do formato verbal com uma percentagem de 25% (n=5), sendo o documento escrito em formato narrativa em 10% (n=2) o menos apresentado pelas mulheres. O PP não tem necessariamente de ser documentado (OE, 2022) e importa reforçar que a mulher pode em qualquer momento, inclusive durante o TP, modificar as preferências manifestadas previamente no PP (DRE, 2019).



Fonte: Elaboração própria

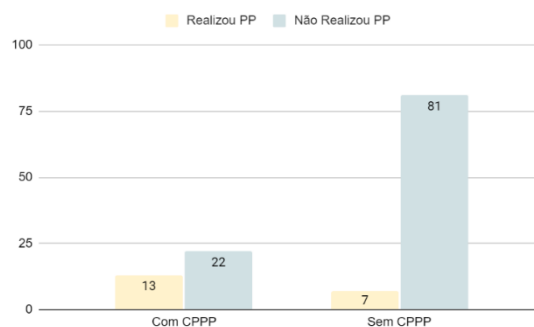


Fonte: Elaboração própria

De acordo com o analisado anteriormente, uma elevada parte da amostra não frequentou CPPP, o que pode estar relacionado com a baixa adesão à elaboração do PP. Na figura 19 encontra-se relacionada a elaboração de PP com a participação em CPPP, mostrando que 65% (n=13) das mulheres que elaboraram PP realizaram CPPP, sendo que apenas 35% (n=7) das mulheres que elaboraram PP não frequentou CPPP. É inegável a relação existente entre a frequência de CPPP e a elaboração do PP. Preferencialmente o PP deve ser elaborado após a grávida ser dotada de uma série de conhecimentos sobre a fisiologia do TP, os vários tipos de parto, os métodos de alívio da dor, o seu direito legal de fazer escolhas em relação ao seu parto, assim como as várias práticas recomendadas no TP (Medeiros et al., 2019). De acordo com a

DGS (2020) e DRE (2019), deve proceder-se à preparação e apoio da mulher grávida ou do casal a elaboração do PP, preferencialmente, até às 32 semanas de gestação e com apoio de um profissional de saúde qualificado, como o EEESMO. A elaboração de um PP encontra-se contemplada como um dos objetivos gerais dos CPPP, preconizados pela (DGS, 2020).

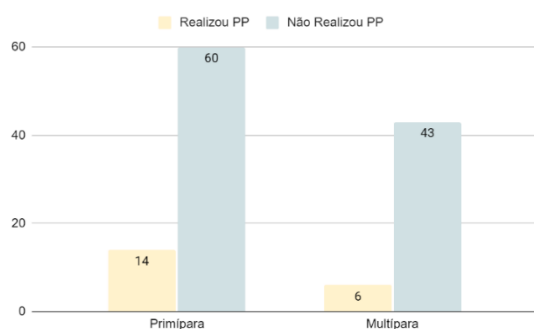
Figura 19.
Elaboração de PP de acordo com a frequência do CPPP



Fonte: Elaboração própria

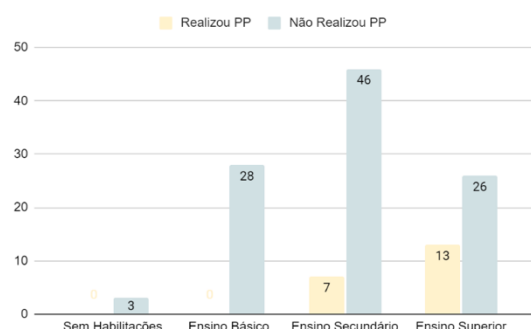
Das múltiparas que constituíram a amostra apenas 4,9% (n=6) elaboraram PP, comparativamente com as primíparas que representaram 11% (n=14) das mulheres que fizeram uso do instrumento (figura 20). Estes dados mostram-nos uma percentagem muito baixa de primíparas a utilizar PP, quando se sabe que os resultados de vários estudos, assim como da revisão da literatura realizada, que a utilização do PP contribui para o aumento da satisfação materna com o momento do parto, o empoderamento mulher e um TP mais fisiológico, tendo repercussões numa experiência de parto mais positiva (Abd El Aliem et al., 2020; Ahmadpour et al., 2022; López-Gimeno et al., 2022.). De acordo com os dados da figura 21, a maioria das mulheres que elaboraram PP apresentava o grau académico mais elevado da amostra total, com 10,7% (n=13), seguido de 5,7% (n=7) de mulheres que apresentavam o ensino secundário, sendo que as mulheres com o ensino básico ou sem habilitações literários não elaboraram PP. Os resultados de um estudo revelam que as mulheres com maior grau académico apresentam maior grau de satisfação com a experiência do parto, também utilizadoras de PP (Konieczka et al., 2024).

Figura 20.
Elaboração de PP de acordo com a paridade



Fonte: Elaboração própria

Figura 21.
Elaboração de PP de acordo com as habilitações literárias



Fonte: Elaboração própria

De forma a entender melhor o motivo para a elevada percentagem de mulheres que não elaboraram PP (figura 15), e também o que levou as mulheres com conhecimento deste instrumento a não o utilizarem (figura 16), a mestranda registou as verbalizações das mulheres constituintes da amostra de mulheres que não elaboraram PP (n=103), resultados da observação direta, quando lhes era questionada na admissão da sala de parto, o motivo pelo qual não tinha realizado um PP. Posteriormente, procedeu-se à categorização das respostas em relação ao motivo da não utilização do PP, criando as seguintes subcategorias, como mostra a tabela 5.

Tabela 5.
Análise de conteúdo dos registos de interação por categorias

CATEGORIA DE ANÁLISE	SUBCATEGORIA
Motivo da não elaboração do PP	Desvalorização (Não acho necessário; já sei para o que venho)
	Atribuição da responsabilidade do TP a outro (vocês é que sabem; é como vocês quiserem; seja o que deus quiser)
	Falta de incentivo (ouviram falar, mas não sabem exatamente o que é; falaram no CS mas foi uma coisa rápida; mostraram uns modelos no final de uma sessão, mas nunca mais voltaram a falar sobre isso; não fui incentivada)
	Falta de confiança (não quis criar expectativas; ainda é pior, porque depois é tudo diferente; nunca é como esperamos; estou numa de deixar ir)
	Desconhecem o documento (não sei o que é; nunca ouvi falar; não conheço; nunca pensei nisso; desconheço)

Fonte: Elaboração própria

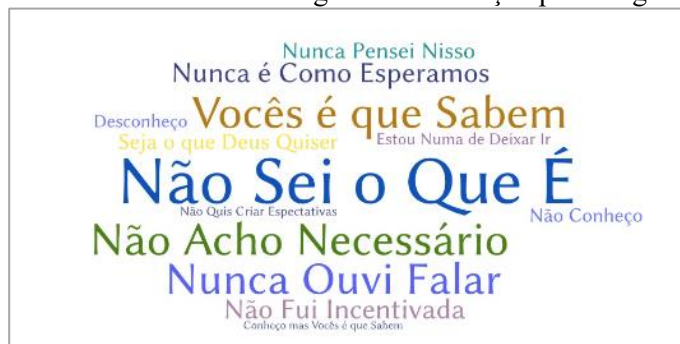
A nuvem de palavras a seguir (figura 22) reflete as expressões mais frequentemente usadas pelas mulheres durante as observações, relacionados com os motivos da não elaboração do PP. Analisando a nuvem de palavras, a expressão que vemos fortemente evidenciada, espelho de uma maior utilização, é “Não sei o que é”. Também as expressões “nunca ouvi falar” e “Desconheço” vão de encontro aos resultados anteriores, em que ainda existe uma falta de informação sobre este instrumento.

Ao interpretarmos algumas das expressões como “vocês é que sabem” e “é como vocês quiserem”, podemos verificar que ainda existem mulheres que centram o poder da decisão na equipa de saúde, assim como as expressões “seja o que deus quiser”, em que se confia o rumo

do TP a um ser superior, de acordo com cada crença pessoal. Também o “Nunca é como nós queremos” parece refletir a falta de confiança das parturientes na sua autonomia, e possivelmente na sua tomada de decisão sobre o seu processo de parto. Cabe aos profissionais que atuam na assistência destas mulheres, durante o período gravídico-puerperal, procurar informações e conhecimento para que possam ofertar as condições para o exercício da autonomia e protagonismo da mulher, com segurança (Boff et al., 2022).

Figura 22.

Análise de conteúdo dos registos de interação por categorias



Fonte: Elaboração própria

Discussão:

De uma maneira geral podemos dizer que as mulheres da amostra que elaboraram PP eram primíparas, com CPP, receberam aconselhamento de um EEESMO e com ensino universitário. Segundo Trigueiro et al. (2021), a abordagem e construção de um PP no período pré-natal é extremamente relevante, quando realizada por um enfermeiro especialista em SMO, pois é uma oportunidade para essas mulheres adquirem informações e literacia em saúde. Salienta-se assim a importância do EEESMO, durante o período pré-natal, na promoção da literacia em saúde, promoção do empoderamento da mulher e também no incentivo à elaboração de um PP ajustado à realidade (Costa et al., 2021; Mouta et al., 2017; Trigueiro et al., 2021).

Porém, explorando os resultados obtidos, a grande maioria da amostra é representada por mulheres que não sabem o que é o PP, e outra que também não frequentou CPPP. A ausência de conhecimento sobre o PP e a pouca participação nos CPPP pode refletir-se em mulheres menos empoderadas no momento de tomar decisões, de acordo com os estudos Cruz et al. (2021) e Trigueiro et al. (2021), e corroborando com as conclusões da RIL realizada.

Através da análise dos dados obtidos, assim como da RIL realizada, compreende-se que a participação em CPPP, apresenta um estímulo para a elaboração de PP, refletindo-se em mulheres mais empoderadas e confiantes. É através deste empoderamento que a mulher conquista e usa autonomia nos processos de tomada de decisão no TP (Shareef et al., 2024). Desta forma, o PP constitui-se como um relevante instrumento de educação em saúde, que

possibilita a comunicação e reflexão entre os profissionais, a grávida, pessoa significativa e o seu círculo social e familiar acerca do processo de parto (Cruz et al., 2021).

De forma a promover a tomada de decisão das mulheres em TP, é necessário promover a educação em saúde e a literacia em saúde materna. Aumentar a adesão aos CPPP e informar ativamente as mulheres sobre o PP, poderá ser uma estratégia permitiria que mais parturientes fossem capazes de fazer escolhas informadas, reduzindo o medo e a ansiedade associados ao desconhecimento.

3.3. CONCLUSÕES, IMPLICAÇÕES PARA A INVESTIGAÇÃO E PARA A PRÁTICA

Verifica-se a necessidade de resultados mais concisos para avaliar os contributos do PP na tomada de decisão em PP, primeiramente porque a amostra de mulheres que utilizaram PP foi menos de metade da amostra total, segundo porque vários são os fatores que contribuem para a tomada de decisão da mulher em PP, sejam eles as condições obstétricas, a relação com os profissionais de saúde, que teriam de ser explorados num estudo de investigação.

Persistem alguns desafios no uso do PP, tais como: a necessidade de uma maior divulgação entre os profissionais de saúde e incentivo à sua utilização pelas grávidas; a inclusão regular no período pré-natal, principalmente nos CSP e o apoio especializado na elaboração deste instrumento, com vista a melhorar a sua implementação e adesão, assim como a satisfação materna, semelhante ao que passa noutros países (Branco et al., 2022).

Sabemos que, em Portugal, com a reorganização dos cuidados de saúde, o seguimento pré-natal é realizado pelo enfermeiro de família nos CSP, e que o EEESMO fica alocado nas UCC. Mais uma vez a mestrandia denota que, se as grávidas não participarem no CPPP, não têm um acompanhamento pré-natal assistido por um EEESMO, como já referido no subcapítulo 2.2.1., o que pode justificar os dados obtidos na prática clínica em relação ao PP.

Nas recomendações mais recentes da MCEESMO, surge o GOBP (Cardoso et al., 2023), que coloca o PP num papel central para o desenvolvimento de um plano de cuidados com foco na mulher e nas suas preferências, uma vez que é o EEESMO deve ser capaz de estabelecer parceria com a mulher e pessoa significativa, com o intuito de a capacitar para a tomada de decisão e ação (OE, 2022). A utilização desta abordagem pode ser o ponto de partida para que a utilização do PP comece a ser efetivamente um instrumento utilizados em grande escala, e que haja consequentemente um maior número de mulheres com a autonomia necessária para a tomada de decisão em relação aquilo que é um dos momentos mais marcantes da sua vida: O Parto!

4. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE MOBILIZAÇÃO DE COMPETÊNCIAS

Neste capítulo, encontram-se pormenorizadas as competências comuns e específicas da enfermagem de SMO, com algumas das experiências e intervenções realizadas pela mestranda nos diferentes contextos de estágio.

4.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

A concessão do título de enfermeiro especialista exige, além da comprovação das competências descritas em cada um dos Regulamentos da respetiva Especialidade em Enfermagem, que estes profissionais possuam um conjunto de competências comuns, aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde (OE, 2019a). As Competências Comuns do Enfermeiro Especialista abrangem áreas como a educação de clientes e pares, orientação, aconselhamento, liderança, bem como a responsabilidade de interpretar, divulgar e realizar investigação relevante e adequada, com o objetivo de promover o progresso e a melhoria contínua da prática de enfermagem, seguindo o Regulamento nº 140/2019 (OE, 2019a).

Os domínios das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, que fazem parte integrante do Regulamento nº 140/2019 (OE, 2019a) são as seguintes: A) Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal; B) Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade; C) Competências do domínio da gestão dos cuidados; D) Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Para aquisição das mesmas no decorrer do ensino clínico, encontra-se nos seguintes subcapítulos as estratégias utilizadas pela mestranda.

4.1.1. Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.

A mestranda no decorrer do ENPRF, procurou desenvolver uma prática profissional ética e legal, respeitando as normas, os princípios éticos e a deontologia profissional. Nos diferentes contextos clínicos existiu um período de adaptação, pertinente para a estudante se integrar na equipa multidisciplinar, considerar quais as normas do serviço, inteirar-se dos diferentes protocolos de atuação, paralelamente à consulta das recomendações de entidades importantes como exemplo, a DGS, OE, OMS e ACOG, de modo a sustentar a prática clínica baseada na evidência e com segurança.

Da responsabilidade profissional pretende-se que o Enfermeiro Especialista tenha capacidade de ser responsável pelas decisões que toma, pelos atos que pratica e que delega, sendo também capaz de referenciar para outros profissionais de acordo com a área de intervenção, o perfil de competências e o respetivo mandato social (OE, 2021a). A supervisão clínica em Enfermagem torna-se uma estratégia essencial para o desenvolvimento do domínio da responsabilidade profissional, dentro dos parâmetros éticos e legais, uma vez que é crucial para fornecer um suporte eficaz na relação de supervisão, assegurando a qualidade no processo de ensino-aprendizagem da mestranda. A mesma define-se como um processo estruturado de orientação que tem como objetivo fomentar a autonomia dos enfermeiros na tomada de decisões, assegurando a proteção dos utentes e a segurança dos cuidados prestados, através da reflexão e análise crítica da prática clínica (OE, 2010). A supervisão clínica constante nos vários contextos clínicos, permitiu que a estudante adquirisse competências, tanto pessoais como profissionais, indispensáveis para o desenvolvimento de uma abordagem crítico-reflexiva e para a consolidação da identidade profissional.

Fazem parte do respeito pelos direitos da pessoa alvo de cuidados de enfermagem, a confidencialidade e a privacidade (Schneider et al., 2022). A mestranda garantiu o anonimato e sigilo durante o exercício profissional e na realização de trabalhos escritos. Também existiu sempre o cuidado de a mestranda se apresentar como estudante da especialidade, assim como apresentar a respetiva supervisora clínica, com a consequente obtenção do consentimento da mulher para a colaboração na formação e para a realização dos cuidados.

Um dos princípios orientadores das boas práticas em enfermagem de SMO é o respeito pelo cliente dos cuidados, que tem os seus comportamento de acordo com o valores, crenças, desejos de natureza individual, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se (OE, 2022). Os cuidados centrados na mulher permitem uma atuação do EEESMO que dá prioridade aos desejos e necessidades das mulheres, que sublinha a importância da escolha informada, do envolvimento das utentes, da permissão e capacitação para a tomada de decisão (OE, 2015). A estudante desenvolveu a sua prática de cuidados especializados com base numa das grandes missões do EEESMO, que é assumir o papel de defensor da mulher permitindo-a tomar as suas próprias decisões, apoiando-as nas escolhas informadas, de forma a desenvolver uma prática de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais. Durante os vários contextos clínicos foi dada oportunidade de escolha informada à mulher, durante a gravidez, o parto e o período pós-parto, colocando-a como parceira no planeamento e prestação de cuidados. No contexto de CSP, a estudante desenvolveu estratégias para o empoderamento da mulher, investiu na educação para a saúde, para que as mesmas tivessem ferramentas para

tomar a suas decisões informadas, incentivando a sua autoeficácia. O mesmo aconteceu no contexto de BP, que mesmo quando não apresentavam PP, foram discutidas as opções terapêuticas com a mulher e pessoa significativa, para que fossem respeitadas as suas preferências.

O ser humano, como pessoa, é um ser único e singular, e em todas as culturas, mas em cada uma de forma singular (Néné, Marques & Batista, 2016). De acordo com os mesmos autores, a perspectiva cultural assume interesse e relevância no cuidado personalizado e individualizado do EEESMO. Como já referido anteriormente, nos vários contextos clínicos a estudante foi desafiada pela diversidade cultural, dado o elevado número de pessoa emigrantes, sendo a barreira linguística muitas vezes uma barreira aos cuidados, mas que se tentou contornar com várias ferramentas facilitadoras da comunicação (verbal e não verbal) no decorrer do ENPRE, permitindo assim desenvolver uma prática que para além de respeitar os direitos humanos, também respeita as individualidade de cada pessoa alvo dos seus cuidados.

4.1.2. Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade

A dinamização de algumas formações no contexto institucional, direcionadas especificamente aos profissionais de saúde, foram atividades que permitiram o desenvolvimento do domínio B1- *“Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica”* indo ao encontro do estabelecido no Regulamento nº 140/2019 (OE, 2019a). No internamento de grávidas e BP de um dos CH, a mestranda identificou que a utilização de estratégias não farmacológicas de alívio da dor era pouco incentivada, pelo que moderou uma formação em serviço *“Estratégias Não Farmacológicas de alívio da dor no Trabalho de Parto”* (APÊNDICE G), dividida em parte teórica, e parte prática, onde se exemplificaram algumas maneiras de utilizar o pano *Rebozo*, o pente e técnicas de massagem, promovendo assim a implementação destas medidas por parte da equipa de enfermagem do serviço. No contexto desta formação, ainda se ofereceu ao serviço uma caixa com um *“Guia de Massagem”* e duas bolas de ténis, para serem utilizados pelas grávidas e respetiva pessoa significativa. No internamento do puerpério, também foi possível a adaptação do poster científico da APEO para o serviço, do qual antecedeu uma apresentação para equipa de enfermagem, com o tema *“Utilização de Contraceção após o Parto: Contributos do Enfermeiro Obstetra na Tomada de Decisão da Puérpera”* (APÊNDICE H). No contexto de BP, a estudante apercebeu-se que o PP no modelo de *check-list* era o mais utilizado pela maioria das parturientes, e que algumas elas utilizavam modelos de outros CH, facto que motivou a elaboração de um modelo de PP para ser

disponibilizado no *website* do CH (APÊNDICE I). Neste sentido, a mestranda também moderou uma apresentação intitulada de: “Plano de Parto: O Apoio Numa Escolha Sustentável”, no Seminário do dia do EEESMO (APÊNDICE J e ANEXO G)

A mestranda dedicou uma grande do seu percurso ao desenvolvimento de um projeto de melhoria continua da qualidade dos cuidados de enfermagem, como já referido anteriormente no subcapítulo 2.2.3., diretamente relacionado com o tema que dá título a este relatório, que se apresentou como umas das contribuições para o desenvolvimento do domínio “*desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando com programas de melhoria contínua (B2)*”, estabelecido no Regulamento nº 140/2019 (OE, 2019a). No contexto de UCC a estudante também teve possibilidade de conhecer um pouco mais sobre as estratégias de avaliação dos cursos de preparação para a parentalidade, e a forma como esses dados são utilizados para produzir indicadores de resultados. Também no decorrer da elaboração do projeto de melhoria com a supervisora clínica, foram enunciadas as medidas de avaliação de resultados, assim como os indicadores de resultados. A qualidade do exercício profissional deve ter por referência a reflexão em torno dos indicadores de saúde e da satisfação com os cuidados de ESMO nos diversos contextos de cuidados (OE, 2021a).

A criação de um ambiente seguro e terapêutico incluiu a identificação precoce e a prevenção de potenciais situações de risco, sendo fundamental a comunicação eficaz entre os membros da equipa e entre a equipa e a utente. A estudante procurou sempre envolver a mulher, pessoa significativa e/ou a sua família para assegurar a sua compreensão e colaboração durante a prestação de cuidados. Também a prática baseada na evidência contribuiu para a segurança dos cuidados, e acima de tudo, qualidade dos mesmos.

Segundo Sousa et al. (2022), a utilização de listas de verificação ou *checklist* constitui-se como uma ferramenta que pode melhorar alguns aspetos de segurança e qualidade nos cuidados, sendo que as instituições de saúde devem adotar medidas para prevenir a ocorrência de erros e eventos adversos (Santos et al., 2024). No decorrer do ensino clínico a estudante teve contato com algumas dessas medidas institucionais, tais como o preenchimento da *checklist* do parto seguro, e da *checklist* da cirurgia segura.

4.1.3. Competências do domínio da gestão dos cuidados

De acordo com a DGS (2023c), a vigilância do TP de baixo risco é responsabilidade do EEESMO, sendo o profissional de saúde com as competências e a autonomia para dar resposta às necessidades de cuidados das mulheres durante a vigilância da gravidez, o TP e o puerpério de baixo risco, assim como colaborar em parceria de cuidados em todas as outras situações que

incluem doença durante a gravidez, TP e puerpério (APEO, 2024; OE, 2019b). Acrescenta ainda a DGS (2023c) que no TP de vigilância acrescida, cabe a um médico de obstetrícia e ginecologia, informar o EEESMO que presta assistência à parturiente, sobre os ajustes necessários à vigilância do TP.

A mestranda no decorrer dos vários contextos do ENPRF, encontrou oportunidade não só de realizar intervenções de forma autónoma, sempre sob supervisão da orientadora, a mulheres durante todo o ciclo de vida, mas também trabalhar em parceria com a equipa multidisciplinar de cada contexto clínico. Foi também em alguns momentos que a mesma encontrou necessidade de referenciar especificamente algumas das situações para outro profissional de saúde com as competências específicas necessárias, sempre com intuito de se prestarem cuidados de qualidade e com a segurança necessária. A aquisição desta competência é extremamente importante para o exercício profissional do EEESMO, sendo a comunicação entre a equipa multidisciplinar uma habilidade fundamental na prática clínica. Especificando algumas das situações de gestão do Enfermeiro Especialista, no contexto da UCC, existe uma equipa multidisciplinar que participa nos CPPP e CRPP, com a qual existe necessidade de articular os conteúdos e planeamento das sessões, sendo o EEESMO o responsável por toda essa articulação.

A nível do SUOG, na admissão, maioritariamente os cuidados são em parceria com o médico obstetra que está no atendimento do SU, assim como, no internamento de grávidas em situações de patologia que requerem vigilância específica, contexto este que também conta com outros profissionais, como a diabetologista e a psicóloga, entre outros. Também a vigilância do TP é um dos momentos demonstrativos da gestão realizada pelo Enfermeiro Especialista, como referido anteriormente, em situação de desvio à normalidade, o mesmo tem a competência de identificar, pedir colaboração e encaminhar a situação para outros profissionais habilitados, de forma a solucionar o problema. No internamento de puerpério também existiu uma articulação em toda a equipa, entre médicos pediatras médicos obstetras, psicóloga, fisioterapeutas e assistentes sociais.

Algumas dificuldades sentidas, surgiram no BP, principalmente em situações de mulheres que apresentavam PP, em que a estudante sentiu dificuldade em otimizar a resposta da equipa, principalmente perante a equipa médica, mas também da restante equipa de enfermagem, que muitas das vezes existia um “choque” entre as preferências da mulher e aquilo que são algumas intervenções rotineiras do próprio serviço. Com o apoio da supervisora clínica e alguns diálogos construtivos no seio da equipa, conseguiu-se encontrar um balanço para uma prestação e cuidados que fosse ao encontro das especificidades de cada mulher, e acima de tudo uma

prestação de cuidados segura e de qualidade. Um estudo sobre a perspetiva dos profissionais de saúde na utilização do PP, revelou que, maioritariamente, a falta de atualização de conhecimentos é apontada como um dos motivos para não haver incentivo nem à vontade para a utilização de PP, impulsionando a utilização de práticas assistenciais já consolidadas nos serviços, ao invés de um modelo de cuidado centrado na mulher e na sua família (Boff et al., 2022).

A gestão personalizada dos cuidados de saúde é essencial para garantir a continuidade e a qualidade dos serviços prestados. Ao longo do ENPR, nos diferentes contextos, verificou-se que a gestão eficaz dos recursos é indispensável para assegurar tanto a continuidade como a excelência dos cuidados. Em algumas situações, com já referido no capítulo 1, o fecho de uma das maternidades da região provocou um aumento do fluxo de mulher ao SU, nos internamentos de grávidas e puerpério, no BP e até na própria UCIN, apresentando-se um desafio a gestão dos cuidados, dos recursos, não só humanos, mas também físicos, de forma a garantir a qualidade dos cuidados. Este constitui-se um exemplo prático para o desenvolvimento do domínio *“Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados (C2)”* estabelecido no Regulamento n.º 140/2019 (OE, 2019a).

4.1.4. Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

A atualização contínua de conhecimentos constitui-se uma das condições fundamentais da excelência de cuidados (OE, 2015), pelo que a existência de uma política de formação contínua dos EEESMO, revela-se promotora da reflexão sobre os cuidados, do desenvolvimento profissional e, em consequência, da qualidade dos cuidados de enfermagem especializados (OE, 2021a). A competência profissional engloba o domínio do desenvolvimento profissional contínuo, no sentido da melhoria contínua dos cuidados e do prestígio social da profissão dos cuidados especializados em enfermagem de SMO (OE, 2022).

A mestranda desenvolveu o domínio da prática clínica baseada na evidência científica, através da consulta de bibliografia para o aprofundamento de conhecimento sobre algumas das patologias do internamento de grávidas, assim como algumas que recorriam ao SU. Também o seguimento das recomendações mais atualizadas, com consulta de documentos emitidos pela OMS, OE, DGS e ACOG, foram uma constante para uma prática baseada na evidência. A produção de alguns trabalhos bibliográficos, já referidos anteriormente, tais como a RIL com o tema do presente relatório (APÊNDICE B), uma RIL para a APEO (APÊNDICE E), assim como o pôster científico (APÊNDICE D) e também o relato de caso (APÊNDICE C),

contribuíram para o desenvolvimento do domínio acima referido. Também já referido no subcapítulo 1.3.2., a mestranda procurou participar em momentos de aprendizagem com um leque de diferentes valências, no papel de formanda e com o consentimento das supervisoras clínicas e orientadora pedagógica, as seguintes ações de formação: “Jornadas da Ginecologia - Da Teoria à Prática” (ANEXO A); “Jornadas Neonatais da Primavera de Faro” (ANEXO B), que incluiu a participação no curso pré-congresso “Ventilação Não Invasiva- Fundamentos básicos nos cuidados ao recém-nascido ventilado” (ANEXO C); “XXV Congresso Nacional e IX Internacional APEO” (ANEXO D) que incluiu a participação no *workshop* pré-congresso “Ativação Eficaz da Produção de Leite. Plano B: Relactação” (ANEXO H); “Seminário dia do EEESMO- Nas nossas mãos: contributos para ambientes sustentáveis” (ANEXO E), no Webinar “Bola de Amendoim- a importância do conforto no TP para o sucesso da amamentação” (ANEXO I), e ainda algumas formações em serviço “Suporte Básico de Vida Pediátrico”, “Registos de Enfermagem no *SClínico*” e “Segurança do RN” no decorrer do estágio no internamento de puerpério, mas dos quais ainda não foram disponibilizados os respetivos certificados de participação.

A mestranda várias vezes reunia com as supervisoras clínicas, dos diferentes contextos, para um diálogo construtivo, sobre as práticas que realizou, o porquê de as ter realizado, e o que poderia ter alterado, em forma a desenvolver a capacidade de reflexão crítica, para uma constante melhoria dos cuidados prestados. Este momento era também aproveitado para a estudante partilhar alguma da evidência científica mais atual e das recomendações mais recentes, como estratégia de desenvolvimento das aprendizagens profissionais, mas também de autoconhecimento e assertividade, contribuindo para o desenvolvimento dos domínios desta competência comum.

4.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

A mulher define-se como a pessoa cliente que se destaca no âmbito dos cuidados especializados em enfermagem de SMO, podendo assumir diferentes especificidades, em termos de cuidados: mulher adolescente/jovem e adulta, mulher grávida, mulher parturiente, mulher mãe, mulher puérpera, mulher em processo de envelhecimento (OE, 2022). Atendendo ao grande espectro dos cuidados especializados em enfermagem de SMO, que se consideram o período pré-concepcional, pré-natal, no processo de parto, período pós-parto e climatério, admitem-se ainda como clientes o feto/RN e a pessoa significativa que acompanham a

parturiente ao longo do TP, e também o adolescente/homem que requer cuidados especificamente no âmbito da saúde sexual e reprodutiva (OE, 2022).

O EEESMO é reconhecido como um profissional com capacidades que lhe permitem o exercício profissional de intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos fisiológicos e processos de vida normais no ciclo reprodutivo da mulher, e também intervenções autónomas e interdependentes em todas as situações de médio e alto risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos patológicos e processos de vida disfuncionais no ciclo reprodutivo da mulher (OE, 2019b).

Ao longo do processo de desenvolvimento de competências no âmbito da especialização em Enfermagem, e em conformidade com o Regulamento n.º 391/2019 de 3 de maio, são apresentadas abaixo as atividades realizadas para a sua aquisição.

4.2.1. Competência 1 - Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional.

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

As mulheres em idade fértil devem ser consciencializadas sobre a importância das primeiras semanas de gravidez para que possam fazer escolhas esclarecidas acerca do seu futuro reprodutivo (DGS, 2015). A consulta de preconceção constitui um recurso fundamental nos cuidados de saúde, pois permite uma avaliação da saúde geral da mulher, identificação e gestão de fatores de risco, a otimização das condições de saúde antes da conceção e educação sobre estilos de vida saudáveis. Como contributos de gravidezes planeadas e vigiadas pode-se referir a redução da mortalidade e morbilidade materna, neonatal e infantil e promoção da saúde de mães e crianças (DGS, 2015). Apesar desta consulta ser gratuita, a taxa de adesão das mulheres/casais não acontece tanto quanto desejável (Branco et al., 2011). Efetivamente, no decorrer do estágio no SUOG-Admissão, vários atendimentos foram realizados a mulheres que recorriam ao SU para confirmar a gravidez, mesmo quando planeada, espelho da falta de aconselhamento pré-concepcional. A multiculturalidade deste CH, também levou várias mulheres emigrantes a recorrer ao SU como porta de entrada para a vigilância da gravidez. Neste tipo de situações a estudante procedeu à orientação e informação dos recursos disponíveis

na comunidade, nomeadamente CSP, para uma correta e segura vigilância da gravidez, identificando situações de risco obstétrico com referenciação para a equipa médica.

Segundo o *Department of Sexual and Reproductive Health and Research [SRH]* e a OMS (Department of Reproductive Health and Research & WHO, 2019), planeamento familiar permite que as pessoas alcancem o número desejado de filhos e determinem o espaçamento entre gravidezes, contribuindo para a redução da mortalidade e morbilidade materna. Em Portugal, de acordo com o Artigo 4.º, Lei n.º 3/84 de 24 de Março (DRE, 1984), o planeamento familiar inclui ações de aconselhamento genético e conjugal, informação sobre métodos e disponibilização de meios contraceptivos, tratamento da infertilidade, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, bem como o rastreio do cancro genital.

No contexto clínico de internamento de puerpério e CSP, surgiram oportunidades de contato no período pré-natal, pós-parto, consulta de revisão de puerpério, CPPP e CRPP, que permitiram desenvolver esta competência através da informação e orientação de mulheres (grávidas e puérperas) sobre o planeamento familiar e a sua importância, assim como na assistência da equipa médica na colocação do Dispositivo Intra Uterino [DIU] e implante contraceptivo subcutâneo. A estudante informou, realizou ensinamentos e promoveu a contraceção com base na tomada de decisão informada e orientou sobre os recursos disponíveis na comunidade no âmbito do planeamento familiar. Também neste contexto de cuidados, tornou-se possível a abordagem da sexualidade, como o reinício da atividade sexual e estratégias de adaptação, procurando sempre abordar a mulher na presença do parceiro, uma vez que, quer o homem quer a mulher são ambos alvos dos cuidados de SMO no planeamento familiar e sexualidade.

Existem diferentes métodos de contraceção disponíveis para distribuição gratuita de forma a assegurar a liberdade, a individualização e a segurança na escolha contraceptiva e contribuir para a diminuição da gravidez não desejada e o recurso ao aborto (SPC, 2023). As recomendações do *Royal College of Obstetricians & Gynaecologists [RCOG]* (RCOG, 2022), reforçam que os profissionais de saúde devem beneficiar da oportunidade de contato com as mulheres durante o período pré-natal e pós-parto, para providenciar informação e aconselhamento sobre as opções de contraceção disponíveis após o parto. As competências específicas do EEESMO permitem abordar a mulher em todo o seu ciclo de vida, de modo a facilitar a sua tomada de decisão, através da recolha de informações para a ajudar a determinar os métodos contraceptivos que considerem ser o mais adequado para elas, identificar quaisquer contra-indicações associadas ao método da sua preferência e partilhar informações sobre a sua adequabilidade. Segundo Walker et al. (2021), as mulheres referem preferência pelo enfermeiro

obstetra na prestação de aconselhamento sobre contraceção, pela maior conveniência e facilidade no estabelecimento da relação de confiança.

4.2.2. Competência 2 – Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal.

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

A gravidez, e todas as alterações que esta envolve, constitui parte relevante da transição para a parentalidade, sendo a missão do EEESMO facilitar as transições, promover a aquisição de conhecimentos, o desenvolvimento de competências e a confiança para aplicá-las, assim como a reformulação de significados que possam dificultar comportamentos saudáveis (Cardoso et al., 2023; OE, 2021a). Durante a gravidez a principal cliente de cuidados especializados em SMO é a mulher grávida, porém acresce também neste período a pessoa significativa, com os seus valores, crenças e desejos, com dignidade própria e autodeterminação como ser individual, e claro o feto como beneficiário dos cuidados prestados (OE, 2022). O EEESMO mostra-se como o profissional altamente preparado para garantir a assistência pré-natal (Cardoso et al., 2023). A gravidez deve ser aproveitada como oportunidade para a adoção de comportamentos em saúde, sendo que a assistência pré-natal é um período de oportunidade de mais saúde para as mulheres, bebés (fetos/RN), famílias e, consequentemente, para as comunidades, através da promoção de estilos de vida saudáveis e modificação de alguns hábitos de vida (Cardoso et al., 2023; DGS, 2015; OE, 2021a). Em Portugal a gravidez de baixo risco é vigiada nos CSP, e segue o Programa de Vigilância de Gravidez de Baixo Risco, elaborado pela DGS (2015), enquanto as gravidezes consideradas de risco, possuem critérios para acompanhamento a nível hospitalar, realizando a vigilância nas consultas externas de MMF. Atualmente o GOBP: Gravidez e Adaptação à gravidez (Cardoso et al., 2023). também apresenta excelentes recomendações e com foco na missão e cuidados especializados do EEESMO.

A mestranda, no decorrer dos vários contextos clínicos, promoveu a saúde da mulher durante o período pré-natal, através da promoção de estilos de vida saudáveis, promoção da saúde mental e do aleitamento materno, assim como a elaboração e implementação de programas de preparação para o parto e parentalidade, promoção do PP, contribuindo assim para o incentivo e promoção da decisão esclarecida da mulher, mas também da pessoa com quem partilha o projeto da maternidade. Uma das dimensões do cuidado do EEESMO durante

a gravidez é centrada na promoção do processo adaptativo, facilitando a integração do papel de grávida a partir da promoção dos conhecimentos e da consciencialização e reformulação dos significados (Cardoso et al., 2023).

No contexto clínico de CSP, na UCC, a mestranda participou ativamente no CPPP em conjunto com a supervisora clínica, inclusive elaborou e lecionou algumas das sessões (APÊNDICE K), que incluíram tanto componente teórica como componente prática, das seguintes temáticas: TP, PP, banho do RN, exterogestação e *babywearing*. Também procedeu à elaboração de um pôster informativo (APÊNDICE L), que ficou afixado na UCC. Os CPPP apresentam uma excelente oportunidade para o empoderamento da mulher, educação para a saúde, promoção da adaptação à parentalidade, esclarecimento de dúvidas, partilha de experiências, entre outros. No âmbito dos CPPP, as grávidas que pretendem frequentar os mesmos, são convocadas para uma consulta (como já referido anteriormente), que é conduzida seguindo os mesmos princípios da consulta de enfermagem pré-natal, na qual a estudante desenvolveu: a entrevista à grávida/pessoa significativa, avaliação de sinais vitais, avaliação do risco pré-natal, avaliação de movimentos fetais, auscultação dos batimentos cardíacos fetais, manobras de Leopold, monitorização do peso para cálculo do ganho de peso ponderal e monitorização dos parâmetros de urina. Também procedeu à realização de registos no BSG, a respetiva consulta de análises e ecografias realizadas e confirmação de marcação das seguintes (de acordo com o recomendado pela DGS, 2015), aplicação da escala de Edimburgo, promoção para a saúde e esclarecimento de dúvidas. De forma a orientar a consulta pré-natal antes do ingresso no CPPP a mestranda desenvolveu, com a respetiva supervisão, um Plano de Consulta Pré-Natal (APÊNDICE M).

Também no contexto clínico de SUOG-Admissão e internamento de grávidas patológicas, tornou-se possível desenvolver as unidades de competência de diagnóstico e prevenção de complicações na saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento, assim como a prestação de cuidados à mulher e à sua adaptação, durante o período pré-natal e em situação de abortamento, através de experiências que permitiram: informar e orientar sobre estilos de vida saudáveis durante a gravidez; monitorizar a gravidez; informar e orientar a grávida dos sinais e sintomas de risco; identificar e monitorizar a saúde materno-fetal, através dos meios clínicos apropriados; identificar e monitorizar desvios à gravidez fisiológica realizando a referenciação das situações que estão para além da área de atuação do EEESMO. No internamento de grávidas, as patologias mais frequentes foram: hipertensão arterial gestacional, pré-eclampsia, diabetes gestacional, ameaça de parto pré-termo, rotura prematura de membranas, restrição de crescimento intrauterino, pielonefrite, polihidrâmnios tendo sido

realizado um relato de caso sobre este último tema (APÊNDICE C). Para tal, foi fundamental aprofundar conhecimentos teóricos acerca das diversas patologias obstétricas. Pretende-se assim que o EEESMO tenha competência técnica para a vigilância da gravidez, a sua respetiva evolução, com o objetivo de detetar precocemente desvios da normalidade e detetar sinais de saúde (Cardoso et al., 2023).

O desenvolvimento das competências do EEESMO nos cuidados à mulher em situação de abortamento envolve a prevenção de complicações através da identificação do processo de abortamento, promovendo intervenções que assegurem a saúde da mulher tanto durante como após o aborto. Além disso, o EEESMO é responsável por implementar e avaliar intervenções destinadas à gestão de complicações pós-aborto e simultaneamente, prestar apoio emocional à mulher e aos seus conviventes significativos durante o período de luto, colaborando com outros profissionais de saúde para assegurar um tratamento eficaz e global das complicações pós-aborto, sempre com foco no bem-estar da mulher. No decorrer do estágio do SUOG- Admissão verificou-se com alguma frequência, mulheres com Aborto Espontâneo [AE] a recorrer ao SU por hemorragia e dor abdominal, sendo, na sua grande maioria, gravidezes com menos de 12 semanas de gestação. Na maioria das situações, em colaboração com a equipa médica, a atitude foi expectante, mas também existiu a necessidade de tratamento médico, estabilização da mulher, monitorização de sinais vitais, administração de medicação para alívio da dor, vigilância do processo de abortamento, assim como o apoio à mulher e pessoa significativa. O AE é uma das complicações mais comuns na gravidez, sendo, muitas vezes de etiologia desconhecida (Oliveira et al., 2020), e em mais de 80% ocorre antes das 12 semanas de gestação (Nené et al., 2016). Outra situação de gravidez não evolutiva que a estudante presenciou foi uma mulher com diagnóstico de gravidez ectópica, que segundo Nené et al. (2016) e Peixoto et al. (2017), ocorre quando a implantação do saco gestacional não ocorre no interior da cavidade uterina. De acordo com os mesmos autores, a localização mais comum desta implantação é na trompa de Falópio, correspondendo a cerca de 98% dos casos. Esta situação específica foi referente a uma mulher que recorreu ao SU por dor abdominal e hemorragia vaginal, onde após avaliação médica, se confirmou o diagnóstico, com a agravante de se tratar de uma rutura tubária, situação que obrigou ao tratamento cirúrgico. Foi assim necessário realizar as seguintes intervenções pela estudante: monitorização hemodinâmica, avaliação da hemorragia vaginal, avaliação e controlo da dor, colheita de produtos para análise, fluidoterapia e analgésico segundo prescrição médica e preparação pré-cirúrgica da mulher. Simultaneamente, o apoio psicológico à mulher e pessoa significativa foi necessário, uma vez que a situação provocou sentimentos de medo e tristeza, que foram facilmente identificáveis. Segundo Néné et al.

(2016), a perda gestacional pode ter diferentes significados, ainda que precoce, é uma experiência única e profundamente pessoal, que afeta cada pessoa de maneira diferente.

Também em algumas situações as mulheres se dirigiam ao SU para a realização de IVG, existindo oportunidade de para a promoção da decisão esclarecida no âmbito da IVG, garantindo a informação e orientação para os recursos disponíveis na comunidade, que neste caso se prendeu à explicação do local e respetivo circuito hospitalar para a realização da consulta de IVG. Segundo a Lei 16/2007, em Portugal esclarece que a IVG pode ser realizada até às 10 semanas de gestação.

Já no BP, duas experiências com situação de morte fetal marcaram significativamente o percurso académico da estudante, sendo que apenas se segue a descrição de uma, que se tratou de uma gravidez de termo, deu entrada no SU por início de TP, sendo de imediato avaliada pela equipa médica, que após realizar o toque vaginal, refere 6 cm de dilatação, mas que ao realizar ecografia não se detetou frequência cardíaca fetal. A parturiente deu entrada no BP, acompanhada pela mãe, sempre com a verbalização de que iríamos reanimar o RN após o nascimento e iria ser viável, e que efetuou todas as vigilâncias pré-natais não era possível esta situação. Efetivamente tratava-se de uma gravidez bem vigiada, sem antecedentes pessoais, segunda gestação. Nesta situação, a estudante pediu à supervisora do estágio, para que pudessem assumir esta situação, e com a facilidade das colegas, a estudante inteirou-se totalmente dos cuidados específicos a esta parturiente, de forma a trabalhar com a mesma o início deste processo, a preparação para o parto, e também a preparação para os cuidados pós-parto, em específico com o nado morto, de acordo com as suas crenças e preferências. Segundo Nené et al. (2016), a comunicação sobre todos os aspetos relacionados com os procedimentos é necessária. A promoção de um ambiente adequado na sala de parto, escurecido, com porta fechada, e o máximo silêncio possível o corredor, foram estratégias utilizadas numa primeira abordagem, assim como permitir que à parturiente que ficasse durante algum tempo sozinha, sem ser interrompida. Após algum tempo, a parturiente começou a mostrar-se bastante queixosa, sendo o segundo desafio lidar, implementar estratégias para o alívio da dor, pois as contrações estavam mais regulares e o TP a evoluir praticamente para a dilatação completa. A analgesia endovenosa foi providenciada, assim como estratégias de respiração e posicionamento. A mestranda realizou o parto deste nado morto, sempre com o apoio da supervisora clínica, decorrendo de uma forma linear, assim como o puerpério imediato e providenciou-se que o nado morto ficasse com a mulher até ao pai chegar, respeitando a decisão do casal. Foi disponibilizada a campinha, para quando o casal sentisse que estava no momento de entregar o nado morto para que a equipa de pediatria desse início ao processo de colheita de

amostra, fosse identificada e acondicionada a placenta para anatomia patológica e prestados cuidados pós-morte. A mestranda providenciou uma recordação, projeto de uma EEESMO do serviço, que contemplava um cartão com uma frase simples, data de nascimento, nome e a respetiva impressão plantar do nado morto. Nesta sequência de acontecimentos, o momento que mais marcou a estudante, foi quando o casal tocou à campainha, e entregou o seu filho para as mãos da mestranda e desatou a chorar, pronunciando *“pode ir consigo enfermeira, obrigada por tudo”*.

No decorrer do ENPRF, a mestranda contabilizou 199 exames pré-natais e vigiou 60 gravidezes consideradas de risco (APÊNDICE F).

4.2.3. Competência 3 – Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o TP.

Descritivo: “Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o TP, efetuando o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extrauterina.”

O TP constitui-se um dos focos de atenção no âmbito dos cuidados especializados de enfermagem de SMO, sendo que o EEESMO cuida da mulher durante o TP, garantindo a sua assistência em ambiente seguro de forma a otimizar a saúde da parturiente e do feto/RN contribuindo para uma experiência de parto positiva (OE, 2021b, 2022; WHO, 2018). Paralelamente, o EEESMO presta apoio à pessoa significativa que acompanha a parturiente, promovendo uma experiência de suporte enriquecedora e valorizando o papel do acompanhante no processo de parto. Adicionalmente, garante o cuidado ao RN, potenciando a sua adaptação ao meio extrauterino, de acordo com as últimas recomendações e sempre de forma segura. Este conjunto de intervenções reflete o exercício profissional e o mandato social do EEESMO, focado em prestar cuidados de excelência à mulher, ao RN e ao acompanhante, promovendo a saúde e o bem-estar no contexto do TP (OE, 2021b).

A abordagem da mestranda no contexto do TP, procurou sempre centrar a sua assistência à mulher e pessoa significativa, procurando o seu envolvimento no processo de TP, com respeito pelas expectativas relacionadas com o TP e nascimento do filho, e em caso de existir um PP, procurar a discussão do mesmo para ser possível alcançar ao máximo a sua vontade. Através deste envolvimento, a mestranda desenvolveu competências de comunicação, estabelecimento de uma relação terapêutica com a mulher e pessoa significativa, assim como o estabelecimento de parcerias na capacitação para a tomada de decisão e para a ação, seguindo os PQCEESMO (OE, 2022). Esta abordagem foi realizada nas vigilâncias de TP, e felizmente,

naquelas que culminaram com a realização do parto, não só para as mulheres com PP, mas também para todas as outras (e respetivas pessoas significativas). De acordo com a OE (2015, p.39), “quando a Mulher não apresenta plano de parto deve ser encorajada a pronunciar-se sobre as suas preferências e sentir que estas são suportadas”, pelo que a mestranda durante o acompanhamento de mulheres em TP no decorrer do ensino clínico, procurou sempre questionar a mulher/pessoas significativa, com algo deste género: “O que tinham pensado para o vosso parto”; “Quais foram os vossos planos para este momento”. Também o planeamento e implementação de intervenções que visam a promoção do conforto e bem-estar da mulher em TP e pessoa significativa fazem parte do leque de cuidados do EEESMO, sendo que foram várias as estratégias que a mestranda referiu nos subcapítulos 1.1.1. e 1.1.4. para contornar as condições específicas de cada sala de parto.

O alívio da dor tem impacto para uma experiência de parto mais positiva (WHO, 2018), pelo que o EEESMO deve implementar intervenções de promoção, prevenção e controlo da dor, através de estratégias farmacológicas e não farmacológicas. No internamento de grávidas, onde as parturientes se encontravam na fase latente do 1.º estadio do TP, a aluna promoveu a utilização de MNF de alívio da dor, quer pela parturiente, quer pelo incentivo à parte da equipa, a quem inclusive moderou uma formação já referida anteriormente. Também junto do médico obstetra, procurou a utilização de analgesia endovenosa, como opção de alívio da dor farmacológica (WHO, 2018). Paralelamente, junto dos anestesistas disponíveis para tal, procurou que a analgesia epidural utilizada fosse preferencialmente a *Waking Epidural*, de modo a permitir a mobilidade da parturiente, e não a deixar “presa” a uma cama de parto.

Durante os contextos clínicos de BP, e internamento de grávidas, pretende-se que o EEESMO identifique e monitorize o TP, o risco materno-fetal durante o mesmo, assim como os desvios ao padrão normal da evolução do TP, sendo capaz de referenciar as situações que estão para além da sua área de atuação. A mestranda realizou 123 vigilâncias do TP, ao longo dos diferentes estadios, dos quais 72 vigilâncias em situações consideradas de risco (APÊNDICE F). A monitorização do TP desenvolveu-se através da utilização do partograma, mas também através do *SClínico*, desenvolvendo o processo de enfermagem, especificamente no foco TP e as respetivas intervenções de enfermagem, nos diferentes contextos de BP. O partograma é considerado o instrumento *golden standart*, pois permite ter uma representação gráfica da progressão do TP, facilitando uma interpretação e análise da situação (Dalal & Purandare, 2018). A avaliação do bem-estar fetal, competência do EEESMO, era realizado após monitorização e avaliação do CTG, de acordo com a categorização definida pela Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia [FIGO] (FIGO, 2015), o que permite a identificação

do risco materno-fetal durante o TP e a referenciação de situações que estão para além da atuação autónoma do EEESMO.

O TP é um conjunto de alterações fisiológicas, que, uma vez induzidos ou espontâneos, conduzem à extinção cervical, dilatação do colo do útero, à progressão fetal pelo canal de parto que culmina na sua expulsão para o exterior (Néné et al., 2016). Segundo os mesmos autores, o TP divide-se em quatro estadios. O 1.º estadio do TP foi dividido por Friedman em fase latente e fase ativa, sendo que se compreende que na fase latente se dá o apagamento do colo e o início da dilatação cervical, seguida da fase ativa que termina com a dilatação completa. No entendimento da ACOG (2019), o início da fase ativa do TP são os 6 cm, sendo que a DGS (2023b) e a OMS (2018) consideram ser uma dilatação cervical superior ou igual aos 5 cm com apagamento/extinção superior ou igual a 80% o início da fase ativa do primeiro estadio do TP. O 2.º estadio do TP corresponde ao período que decorre entre a dilatação cervical completa e o nascimento do RN, tendo também uma fase latente e uma fase ativa, sendo esta última caracterizada pela sensação involuntária da mulher fazer força, o 3.º estadio compreende a dequitação, seguido do período de puerpério imediato, que é considerado o 4.º estadio do TP, ou período de *Greenberg*, mas sem consenso na literatura quanto a esta definição. Durante este período, a miotamponamento e trombotamponamento, são mecanismos hemostáticos que atuam na prevenção da hemorragia do pós-parto (Néné et al., 2016).

A mestranda individualizou os cuidados especializados de acordo com as fases do TP, a relação do feto com a estrutura pélvica quanto à sua progressão, assim como, a realização da cervicometria. Na fase latente do primeiro estadio do TP o toque vaginal foi restrito ao necessário, que, segundo ACOG (2019), deve ser adaptada às queixas das parturientes, e na fase ativa apenas de 4/4 horas (DGS, 2023c; WHO, 2018). Já no segundo estadio, deve-se realizar o toque apenas de 2/2h na fase latente, segundo a OMS (2018) e (DGS, 2023c), e na fase ativa com intervalo de tempo não maior do que sessenta minutos (DGS, 2023c). No período expulsivo, foi possível aplicar a proteção manual do períneo, como técnica de prevenção de trauma perineal, assim como a aplicação de compressa quentes e a massagem com gel lubrificante à base de água, após consentimento da parturiente, de acordo com o recomendado pela OMS (2018). A episiotomia apenas se considerou ao estritamente necessária, sendo um total de 5 episiotomias e respetiva episiorrafia realizadas, e 20 perineorrafias, que contemplavam lacerações maioritariamente de 1.º grau (APÊNDICE F). As recomendações da OMS desencorajam a realização da episiotomia (WHO, 2018),

De acordo com as boas práticas recomendadas mais recentemente pela ACOG, (2019), DGS (2023c) e OMS (2018), a mestranda procurou incentivar e assistir a parturiente na

mobilização, assim como na adoção de posições verticalizadas (sempre que as condições de segurança fossem asseguradas), e a oferta de líquidos claros (como água, chá, gelatinas e sumos sem polpa) nos TP de baixo risco, durante os vários estádios do TP. De reforçar que a estudante procurou sempre, tendo em conta a preferência da mulher, junto da sua supervisora clínica, a adoção de posicionamentos que diferissem da “tradicional” posição ginecológica, durante a realização dos esforços expulsivos e do período expulsivo propriamente dito, indo ao encontro do recomendado mais uma vez pela DGS (2023c), sendo possível a realização da técnica do parto com posicionamento materno que variaram entre: quatro apoios, de cócoras, ajoelhada, decúbito lateral e posição vertical. Esta prática contribuiu para experiências de parto muito positivas, quer para a mestranda, quer para a cliente dos cuidados.

Através da promoção do contato pele-a-pele precoce e do clampe do cordão umbilical entre o primeiro e terceiro minuto de vida do RN (DGS, 2023c), preferencialmente pela pessoa significativa ou parturiente, a aluna promoveu a adaptação do RN à vida extrauterina, prevenção da hipotermia, estabelecimento precoce da relação de vinculação, promoção do AM e da relação da tríade, seguindo as recomendações da OMS (2018).

A mestranda terminou o ensino clínico com um total de 46 partos eutócicos e com participação ativa em 19 partos (APÊNDICE F), que incluíram os distócicos, via vaginal instrumentados e cesarianas, sendo que assegurou a segurança da mulher e RN, através da presença na sala de partos do pediatra, assim como a preparação do responsável do parto e material inerente, seguindo as orientações da DGS (2023c). Relativamente às cesarianas, foi promovido o suporte emocional da mulher e pessoa significativa, assim como realizada a preparação pré-cirúrgica da mulher.

4.2.4. Competência 4 – Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal.

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

Define-se puerpério como o período de recuperação psicológica e física da mãe, que contempla o período de tempo decorrido imediatamente após o nascimento do RN até às seis semanas pós-parto, perfazendo os 42 dias (Lowdermilk e Perry, 2008; DGS, 2015;). Considera-se que o puerpério pode ser dividido em três fases diferentes: Puerpério Imediato, que abrange as primeiras 2 horas após o parto; Puerpério Precoce, que decorre até ao 10.º dia após o nascimento; e Puerpério Tardio, que se prolonga até ao 42.º dia pós-parto (DGS, 2015).

No contexto de BP a estudante desenvolveu esta competência através da identificação de complicação no pós-parto imediato, monitorização do estado de saúde da puérpera, através da avaliação física da mulher, das características das perdas hemáticas (quantidade, cheiro, consistência), avaliação perineorrafia, assim como a involução uterina. Uma situação que decorreu durante o estágio, foi uma hemorragia no pós-parto, durante o puerpério imediato, que se realiza ainda dentro do BP, na sala de recobro. No recobro imediato deve ser feita uma avaliação da condição materna, com a avaliação dos parâmetros vitais, avaliação do globo de Pinard, avaliação do períneo e medidas de controlo da dor (Néné e al., 2016). É fundamental que o EEESMO detete precocemente os sinais e sintomas sugestivos de hemorragia pós-parto, tais como: palidez, sudorese, taquicardia, hipotensão, lipotimia ou até inconsciência (Néné, Marques & Batista, 2016). A administração de um uterotómico, oxitocina 10 Ui endovenosa ou intramuscular, imediatamente após a dequitação considera-se uma prática recomendada na prevenção da hemorragia do pós-parto (WHO, 2018).

No âmbito do serviço de internamento de puerpério o desenvolvimento desta competência foi mais aprofundado, através da realização do exame físico e psicológico da puérpera e do exame físico do RN, permitindo diagnosticar precocemente complicações para a saúde da mulher e do RN, informar sobre os sinais e sintomas de alarme do RN, orientar a puérpera e a pessoas significativa para os cuidados ao RN, potenciando uma parentalidade positiva, e proceder à referenciação dos desvios de adaptação à parentalidade e das situações que estão para além da área de atuação. Também foi possível a prestação de cuidados especializados a puérperas com patologia associada e respetivo RN. Na UCIN, durante o estágio de observação, a estudante também colaborou na prestação de cuidados a 6 RN categorizados de risco, maioritariamente RN prematuros.

A mestranda desenvolveu atividades de planeamento familiar no pós-parto, através da informação e orientação da mulher e pessoas significativa sobre sexualidade e contraceção neste período. Durante o internamento do puerpério esta foi uma das temáticas abordadas, uma vez que neste serviço o rácio de EEESMO era muito inferior ao recomendado pela (OE, 2019c), e não se dava prioridade a esta temática, o que motivou também a estudante a moderar uma formação em serviço para a equipa de enfermagem (APÊNDICE H). A aplicação do DIU e do implante contracetivo subcutâneo, foram algumas técnicas realizadas em colaboração com a equipa médica, como já referido anteriormente, apesar do EEESMO apresentar competência para a sua colocação autonomamente, uma vez que, pela sua formação técnica e científica, estão habilitados a realizarem consultas de planeamento familiar, assim como a inserção e remoção de DIU e implante contracetivo subcutâneo (MCEESMO, 2017). Segundo Berens et al. (2016),

os profissionais devem informar e esclarecer dúvidas sobre a sexualidade no período puerperal, tendo em conta a importância que a mesma tem na vida afetiva e sexual da mulher e do casal, assim como as opções de contraceção. De acordo com a ACOG (2023), deve ser discutida a contraceção do pós-parto durante o período pré-natal.

O momento da preparação da alta hospitalar da puérpera e RN, permitiu a promoção da saúde de ambos, através da informação dos recursos disponíveis na comunidade para o seguimento da vigilância em saúde. A informação sobre a primeira consulta do RN, a interpretação do BSIJ, o agendamento do teste do pezinho, e o reforço da importância da monitorização do peso do RN, assim como o agendamento da consulta de revisão do puerpério para a mãe, mostraram-se importantes estratégias para a promoção e vigilância de saúde da puérpera e RN no meio extra-hospitalar. Recomenda-se fornecer informação, intervenções educativas e aconselhamento para preparar as mulheres, as pessoas significativas e os cuidadores para a alta hospitalar, com o objetivo de melhorar os resultados de saúde materna e neonatal e facilitar a transição para o lar. No momento da alta hospitalar no serviço de puerpério, sugere-se a entrega de materiais educativos, como folhetos impressos, websites fidedignos sobre saúde, assim como contatos de apoio (WHO, 2022).

Os CSP também se mostraram uma mais-valia para o desenvolvimento desta competência, uma vez que a estudante participou em algumas sessões do CRPP. No decorrer deste curso, o EEESMO é capaz de avaliar o bem-estar físico, emocional e social da puérpera, e da pessoa significativa (DGS, 2020), potenciar a saúde da mulher no pós-parto, assim como a implementação de intervenções à mulher com complicações no pós-parto e a colaboração com outros profissionais de saúde, no qual se identificam algumas situações de colaboração com a fisioterapeuta na realização de ensinamentos sobre a massagem na perineorrafia e na cicatriz da cesariana. Também foi possível à estudante realizar consultas de recuperação pós-parto, em mulheres que iriam ingressar no CRPP, um excelente momento para a orientação e apoio à mãe no autocuidado e a cuidar do RN, avaliação das medidas de suporte emocional e psicológico à puérpera, incluindo os convenientes significativos como medida de apoio de suporte familiar. No que diz respeito à saúde mental, neste período podem ser identificadas três situações com graus de ocorrência e severidade diferentes: *blues* pós-Parto, depressão pós-parto, e psicose pós-parto (DGS, 2015). Pelo que o EEESMO deve detetar sinais precoces em saúde mental no puerpério: fatores risco/protetores, sendo que a aplicação da Escala de Edimburgo está preconizada nesta consulta (DGS, 2015, 2020).

As intervenções de promoção, proteção e apoio ao AM foram desenvolvidas nos três locais de estágio acima referidos, uma vez que o contato pele-a-pele, o apoio imediato na

amamentação no puerpério imediato, e nos respetivo internamento, assim como as consultas nos respetivos cantinhos de amamentação, em que fundamentalmente foi observada a mamada, realizados ensinamentos para o aperfeiçoamento da pega do RN, assim como a correção de alguns posicionamentos, mostram-se locais de excelência para o desenvolvimento da aluna. Também durante o estágio de observação na UCIN, existiu oportunidade de prestar este tipo de apoio, e ainda o aconselhamento sobre a utilização de mamilos de silicone, fazendo-se diferenciar os cuidados especializados em SMO neste contexto.

Durante a obtenção desta competência houve a oportunidade de prestar cuidados a 156 puérperas, das quais 51 foram consideradas em situação de risco e foram prestados cuidados a 142 RN saudáveis, dos quais 33 foram considerados em situação de risco (APÊNDICE F).

4.2.5. Competências 5 – Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério.

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

Na ciclo de vida da mulher, compreende-se o climatério como a transição entre a fase reprodutiva e o seu termo absoluto, e está associado a um conjunto de sinais e/ou sintomas (afrontamentos, irregularidades menstruais, suores noturnos, alterações do sono e do humor, entre outros) que aparecem gradualmente ao longo desta fase (SPG, 2021). Uma das missões dos cuidados especializados de SMO também passa pela promoção da adaptação ao processo de envelhecimento normal, quando a mulher entra no período do climatério (OE, 2022). Define-se a menopausa, de uma maneira prática, como a cessação permanente da função ovárica da mulher, sendo que a perceção e a vivência da transição para a menopausa, assim como os anos após, são diferentes para cada mulher (Davis et al., 2023).

No SUOG-Admissão, foi onde a mestranda teve contato com mulheres no período do climatério, o que permitiu o desenvolvimento desta competência, através de algumas atividades como: a) avaliação física e psicológica da mulher neste período do ciclo de vida; b) identificação de alterações físicas, sexuais e psicológicas decorrentes do climatério; c) cooperação multidisciplinar para o tratamento da mulher com complicações associadas ao climatério, assim como exames de diagnóstico, uma vez, este contexto de estágio atendia mulheres provenientes da urgência geral, mas também de outros serviços de internamento.

Outro momento de aprendizagem foi uma mulher, no período do climatério, que recorre ao SUOG por uma laceração de 1.º grau da mucosa vaginal, bastante sangrante, após uma relação

sexual. O hipoestrogenismo é uma das consequências da diminuição da reserva folicular ovárica, sendo a Síndrome Geniturinária da Menopausa (SGUM) compreende os sinais e sintomas resultantes da carência de estrogénios no sistema geniturinário, dos quais as perturbações vaginais como a secura, ardor e irritação (Faubion et al., 2020; SPG, 2021). Cerca de metade das mulheres que se mantem sexualmente durante o climatério referem sintomas de disfunção sexual, como dispareunia, desejo sexual hipoativo e perturbações no orgasmo (von Hippel et al., 2019). Esta situação permitiu à estudante, para além de colaborar com a equipa médica, proceder a uma avaliação holística da mulher, promover medidas de suporte emocional e psicológico, identificar problemas sexuais no seu contexto fisiológico e psicossocial associados ao climatério, assim como a promoção do conhecimento de estratégias facilitadoras para a adaptação da mulher a esta fase de vida.

4.2.6. Competência 6 – Cuida da mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/ doença ginecológica.

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

Foi no contexto clínico do SUOG-Admissão que a mestranda teve oportunidade de desenvolver esta competência, através do diagnóstico de complicações relacionadas com o aparelho génito-urinário e/ou mama, com a respetiva prestação de cuidados de acordo com a afeção, facilitando e promovendo a adaptação da mulher à nova situação. A prestação de medidas de suporte emocionais e psicológicas à mulher com alterações do aparelho génito-urinário e a cooperação com a equipa multidisciplinar foram atividades desenvolvidas neste contexto. Foi possível neste contexto a mestranda ter contato com mulheres com diversas patologias e alterações ginecológicas, destacando-se as mais frequentes: infeção da glândula de *Bartholin*, infeções vaginais, gravidez ectópica, cancro do colo do útero, mioma uterino, HUA, prolapso uterino, entre outros. Muitas destas patologias e alterações ginecológicas, para além do atendimento no SU, também requerem a permanência das mulheres por um período de observação, com a necessidade de prestação de cuidados destinados à avaliação, estabilização e conforto da utente, com avaliação de sinais vitais, transfusões sanguíneas, soroterapia, administração de medicação, evoluindo alguns casos para a necessidade de intervenção cirúrgica e/ou internamento no serviço de ginecologia.

Com uma frequência inferior, mas que também conta como uma experiência enriquecedora, está um atendimento a uma mulher em idade fértil com Doença Inflamatória

Pélvica (DIP), com posterior necessidade de internamento no serviço de Ginecologia, para administração de terapêutica endovenosa e monitorização precisa da resposta terapêutica. Esta doença consiste na inflamação do aparelho ginecológico superior (útero, trompas de Falópio e ovários) e da pelve adjacente, secundária a uma infeção por microorganismos. A *Chlamydia trachomatis* e a *Neisseria gonorrhea* são os agentes mais frequente, ocorrendo uma infeção polimicrobiana em 30 a 40% (Abreu et al., 2015). Quando o diagnóstico é precoce, o tratamento da DIP limita-se a antibioterapia e o seu prognóstico é bom, porém se o tratamento for atrasado ou omitido, a infeção aguda pode desencadear complicações (Thomassin-Naggara et al., 2012). Segundo Charvériat & Fritel (2019), a DIP pode provocar complicações no curto e longo prazo, como abscesso tubo-ovariano, gravidez ectópica, dispareunia crónica, infertilidade e dor pélvica crónica. Neste caso específico, o agente causador foi a *Chlamydia trachomatis*. De acordo com Silva et al. (2022), esta é a infeção sexualmente transmissível bacteriana mais comum no mundo, que, apesar de ser habitualmente assintomática, pode conduzir a graves consequências, em especial no sexo feminino, como doença inflamatória pélvica, infertilidade, gravidez ectópica e dor pélvica crónica. Cabe ao EEESMO avaliar e identificar sintomatologia sugestiva desta doença, referenciando as situações que estão para lá do seu campo de ação, e atuar de forma a direcionar as intervenções de acordo com o tipo de patologia génito-urinária, assim como o suporte e planeamento de intervenção com o parceiro, quando aplicável.

No contexto da saúde da mulher, mas já fora da idade reprodutiva e do período de climatério, a estudante teve também contato com algumas situações de prolapso uterino, no SUOG-Admissão, que em norma surge como pedido de colaboração de outros serviços de internamento, que aquando do internamento de mulheres idosas por outra condição de saúde, solicitam colaboração específica da área ginecológica para este tipo de situação. É triste verificar que algumas das mulheres com prolapso uterino não procuram ajuda, para que esta situação fosse tratada de forma a terem mais conforto e qualidade de vida. A prevalência real do prolapso dos órgãos pélvicos (POP) é difícil quantificar por diversas razões, seja pela variação das taxas consoante se avaliam mulheres sintomáticas ou assintomáticas, seja pelo desconhecido de mulheres que não recorrem aos cuidados de saúde por vergonha (SPG, 2021). Segundo Tzur et al. (2016), as disfunções do pavimento pélvico afetam o decorrer das atividades diárias e a dimensão social no trabalho, viagens, exercício físico, sono e função sexual. O enfraquecimento do pavimento pélvico pode estar na origem ou agravar problemas como: incontinência urinária e/ou intestinal, Vaginismo, prolapso dos órgãos pélvicos, Dispareunia, entre outros (ACOG, 2019). Esta experiência permitiu o suporte emocional e

psicológico à mulher, realização de ensinamentos e cooperação com a equipa multidisciplinar na colocação de pessário vaginais como medida de tratamento conservador.

No contexto de estágio do SUOG-Admissão, a estudante teve oportunidade de prestar cuidados especializados em SMO diversas mulheres em idade fértil e em fase de climatério, contabilizando 48 contatos a mulheres com afeções do foro ginecológico (APÊNDICE F), o que permitiu o desenvolvimento das competências 5 e 6, acima descritas.

4.2.7. Competência 7 – Cuida o grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade.

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

O EEESMO é responsável pelo exercício de diversas áreas de atividade, através dos cuidados que presta à mulher inserida numa família e na comunidade, atuando no ambiente em que a mesma vive e se desenvolve, sempre no sentido de promover a sua saúde sexual, reprodutiva e prevenir processos de doença (OE, 2015, 2021b).

A promoção da saúde do grupo-alvo estendeu-se à participação ativa da mestranda no planeamento, implementação e avaliação de programas, como CPPP e CRPP, colaborando desta forma com outros profissionais nesses mesmos programas, intervindo paralelamente na minimização das causas de morbi-mortalidade materno-fetal. No atendimento do SUOG-Admissão a grávidas, a estudante oportunamente consultava o BSG de forma a verificar as análises respetivas de cada trimestre, estado vacinal, reforçando quais as próximas datas de análises ou exames que deveriam ser realizados, assim como questionava as mulheres sobre a inscrição no CPPP. Também a realização de ensinamentos sobre estilos de vida saudáveis, sinais de alerta, sinais de início de TP eram oportunamente abordados nestes momentos de contato com as mulheres, consoante a especificidade de cada situação. Espera-se assim que o EEESMO promova o máximo aproveitamento dos diferentes recursos da comunidade e se guie num modelo de cuidados que garanta o seguinte princípio: pessoa certa, momento certo, com as estratégias certas, informação certa e baseada na evidência, com vista a promover os processos de adaptação da(o) cliente (OE, 2021b).

Foram vários contextos em que a estudante advogou o cumprimento da legislação em vigor, relacionada com a saúde reprodutiva e maternidade/paternidade. Um dos exemplos foi a promoção do direito ao acompanhamento da mulher em TP, mas também durante o atendimento no serviço de urgência. No SUOG Admissão, várias vezes promoveu a visita ao BP, que apesar de estar recomendado pela DGS (2020), não se realizava numa das unidades hospitalares,

também a realização de um PP foi promovida em diversos contextos dos cuidados ao longo do ENPRF, quer para a mulher, quer no seio das equipas multidisciplinares.

A contribuição dos cuidados especializados em SMO para o empoderamento também foi possível trabalhar em vários dos campos de estágio. Nos CSP, a estudante procurou capacitar as mulheres, promover o autocuidado de grávidas e puérperas. De acordo com Cardoso et al. (2023), no contexto pré-natal deve ser promovida a aquisição de conhecimentos, desenvolvimento de capacidades e a reformulação dos significados dificultadores que poderão perturbar a adoção de comportamentos saudáveis. No BP a mestranda colocou a mulher no centro de todos os cuidados, promovendo o seu envolvimento, estimulando a sua participação ativa e tomada de decisão no processo de TP, mesmo quando não tinham um PP, as parturientes foram “ouvidas”, e o cumprimento das expectativas e desejos foram sempre uma prioridade, tornando desta forma o TP uma experiência única para cada mulher. O parto fisiológico pode ser uma experiência psicológica intensa e transformadora, que produz uma sensação de empoderamento na mulher Cardoso et al., 2023).

A situação de DIP numa mulher em idade fértil, descrita na competência anterior, relaciona-se também com o desenvolvimento desta competência, pois foi uma infeção sexualmente transmissível que despoletou a doença ginecológica descrita. De acordo com Silva et al. (2022), na estratégia de abordagem à infeção por *Chlamydia trachomatis* é essencial incluir programas de prevenção primária em indivíduos e grupos de risco, linhas orientadoras para o diagnóstico e tratamento, sistema de vigilância dos casos diagnosticados, que incluam a notificação e tratamento dos parceiros, de forma a provocar um impacto positivo na saúde pública. O EESMO através de uma abordagem holística centrada na pessoa e enquadrada no contexto familiar e social, tem um papel determinante na prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e na promoção do seu rastreio, sendo habilitado para conceber e implementar programas, projetos e intervenções no sentido de responder às necessidades de saúde sexual e reprodutiva da comunidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Relatório Final representa o término de um percurso formativo de dois anos, que se viu iniciado com um primeiro ano letivo de componente teórica, seguido do tempo equivalente para a componente prática, através do Estágio de Natureza Profissional. Este documento descreve o percurso de aprendizagem, sendo que o seu conteúdo surge da investigação e da análise crítica e reflexiva de todo o desempenho durante o período de estágio, requerido no âmbito da UC ENPRF. Paralelamente a mestranda foi desenvolvendo competências específicas como futura Enfermeira Obstetra, competências comuns como futura Enfermeira Especialista, além das competências necessárias para obter o grau de Mestre.

Toda a pesquisa bibliográfica realizada ao longo deste percurso, assim como a elaboração da RIL, sublinharam a aptidão teórica, prática e acima de tudo humana, que o EEESMO apresenta, garantindo uma abordagem baseada em evidência científica e de alta qualidade no atendimento às necessidades da saúde da mulher e da sua família.

A temática selecionada enquadra-se na assistência à mulher durante o TP, sendo o principal objetivo a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade em SMO, numa abordagem centrada na mulher, onde se pretende promover a sua autonomia e participação ativa nas decisões relacionadas com o seu próprio parto. O PP surge como uma estratégia que deve ser adequada a cada mulher/pessoa significativa, sendo que o EEESMO assume a responsabilidade de contribuir para a sua elaboração e utilização, de acordo com a evidência científica mais atual, no sentido de ir ao encontro às expectativas de cada mulher e pessoa significativa e assim contribuir para que possam vivenciar o seu TP como uma experiência positiva e muito satisfatória. A literatura ainda identifica o uso do PP como facilitador da comunicação entre a equipa de saúde e as mulheres/pessoa significativa durante a gravidez e o TP, além de promotor de um modelo de cuidados centrado na mulher/pessoa significativa, baseado numa abordagem respeitosa e na responsabilidade mútua.

Embora o quantitativo de estudos sobre a temática tenha aumentado nos últimos anos, assim como as recomendações de importantes entidades nacionais, como a OE, DGS, internacionais, como a OMS, ACOG, e até o parecer legal em Portugal, é possível perceber que há um longo caminho a percorrer, visto que grande parte das mulheres a quem a mestranda prestou cuidados, não possui conhecimentos sobre o que é e como elaborar um PP. Ao incidir sobre a temática e, através da comunicação com as mulheres durante a prática clínica, a mestranda apercebeu-se que ainda existem poucas mulheres a assumir um papel central durante

a sua gravidez e TP. O parto é da mulher e de mais ninguém! E o EEESMO é quem deve estar ao seu lado, dando-lhe as ferramentas necessárias para que possam tomar decisões informadas.

Uma das limitações principais que a estudante identificou, não só para a utilização do PP na sua plenitude, mas também para os cuidados de excelência do cuidado do EEESMO durante todo o ciclo de vida da mulher, prende-se à atual organização dos CSP, que afasta o EEESMO do papel central da vigilância do período pré-natal, assim como não contempla EEESMOS suficientes nos CSP, que possam dar resposta em plenitude às exigências da mulher em todos os domínios da sua competência, preconceção, pré-natal, pós-parto, climatério, afeções ginecológicas, e planeamento familiar, onde em muitas destas áreas acresce a pessoa significativa, homem/jovem e RN como alvo de cuidados também.

Este investimento na continuidade da formação da mestranda, com a escolha do MESMO, foi desafiante, mas altamente recompensado, proporcionado uma oportunidade valiosa para o crescimento profissional e pessoal. As reflexões ao longo do curso contribuíram para o desenvolvimento da autonomia e capacitação da mestranda, e a formação continua e a consulta de produção científica, espelham a vontade de prestar cuidados da maior qualidade possível, e, acima de tudo, cuidados humanos e respeitosos! Diante do analisado, considera-se que os objetivos estabelecidos para o estágio profissional foram atingidos com sucesso, e sem dúvida que os objetivos pessoais também.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abd El Aliem, R. S., Emam, A. M., & Sarhan, A. E. A. (2020). Effect of implementing birth plan on women childbirth outcomes and empowerment. *Am J Nurs*, 9(3), 155–165.
- Abreu, E., Rosado, E., & Cunha, T. M. (2015). Doença Inflamatória Pélvica: O que o Radiologista precisa saber? *Acta Radiológica Portuguesa*, 27, 41–49.
- ACOG. (2018). *Optimizing Postpartum Care*. <https://www.acog.org/-/media/project/acog/acogorg/clinical/files/committee-opinion/articles/2018/05/optimizing-postpartum-care.pdf>
- ACOG. (2019a). *Approaches to Limit Intervention During Labor and Birth*. 133. <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2019/02/approaches-to-limit-intervention-during-labor-and-birth>
- ACOG. (2019b). Female Sexual Dysfunction: ACOG Practice Bulletin Clinical Management Guidelines for Obstetrician–Gynecologists, Number 213. *Obstetrics & Gynecology*, 134(1), e1–e18. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003324>
- ACOG; AAP. (2017). *Guidelines for Perinatal Care, Eighth Edition Book*. <https://www.acog.org/store/products/clinical-resources/guidelines-for-perinatal-care>
- Ahmadpour, P., Moosavi, S., Mohammad-Alizadeh-Charandabi, S., Jahanfar, S., & Mirghafourvand, M. (2022). Effect of implementing a birth plan on maternal and neonatal outcomes: A randomized controlled trial. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22, 862. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-05199-5>
- Aissa, T. de F., Oba, M. do V., Pinto, M. C. R. L. R., Scandiuzzi, R. J., Soares, D. W., & Gomes, D. F. (2014). A representação social da primigesta em relação ao parto. *Cadernos ESP*, 8(1), Artigo 1.
- Aldrichi, J. D., Wall, M. L., Souza, S. R. R. K., & Cancela, F. Z. V. (2016). As experiências das mulheres na gestação em idade materna avançada: Revisão integrativa. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 50, 0512–0521. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000400019>
- Alves, N. C. de C., Feitosa, K. M. A., Mendes, M. E. S., & Caminha, M. de F. C. (2018). Complicações na gestação em mulheres com idade maior ou igual a 35 anos. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 38.

- Amaral Prata, J., Diniz Pamplona, N., Márcia Progianti, J., José Oliveira Mouta, R., Mara Correia, L., & Lenho de Figueiredo Pereira, A. (2022). Tecnologias não invasivas de cuidado utilizadas por enfermeiras obstétricas: Contribuições terapêuticas. *Anna Nery School Journal of Nursing/Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 26.
- Ann Marriner Tomey & Martha Raile Alligood. (2002). *Teóricas de Enfermagem e Sua Obra* (5ª). LUSOCENCIA.
- APEO. (2020). *Regulamentação portuguesa para a implementação em Portugal de Midwifery Led Units|Unidades de Cuidados na Maternidade (tomada de decisão-resumida)*. <https://apeo.pt/recomendacoes-pareceres/>
- APEO. (2024). *Tomada de Posição sobre o encerramento de maternidades por alegada falta de médicos*. Google Docs. <https://apeo.pt/recomendacoes-pareceres/>
- APA. (2020). *Publication Manual of the American Psychological Association: The official guide to APA style* (7th ed.). American Psychological Association.
- APSI. (2022). *ALTA SEGURA - Transporte do recém-nascido desde o 1º dia de vida*. <https://www.apsi.org.pt/pt/campanhas-e-aco-es/projectos/27-alta-segura-transporte-do-recem-nascido-desde-o-1-dia-de-vida>
- Aragon, M., Chhoa, E., Dayan, R., Kluftinger, A., Lohn, Z., & Buhler, K. (2013). Perspectives of expectant women and health care providers on birth plans. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 35(11), 979–985.
- ARS. (2023). *Relatório Anual Sobre o Acesso a Cuidados De Saúde (ACES ALGARVE III – ALGARVE SOTAVENTO)*. https://www.arsalgarve.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/2/2024/03/Relatorio_Anual_sobre_o_Acesso_aos_Cuidados_de_Saude_ACES_Sotavento_2023.pdf
- Aviz, A. L. M. de, Pereira, M. da C. A. R. S., & Simões, J. F. F. L. (2022). Supervisão em Ensino Clínico de Enfermagem: Vivências Significativas dos Enfermeiros Supervisores. *Research, Society and Development*, 11(10), Artigo 10. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i10.32295>
- Bains, S., Mæland, K. S., & Vik, E. S. (2021). Prenatal health of immigrant women in Norway – an exploratory literature review. *Tidsskrift for Den Norske Legeforening*. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.20.0428>
- Berens, P., Lockwood, C., & Eckler, K. (2016). Overview of postpartum care. *UpToDate, Literature review March*.
- Bismarck, J. A. (2002). *Analgesia em obstetrícia*. Lisboa: *Permanyer Portugal*.

- Boff, N. K., Sehnem, G. D., Barros, A. P. Z. de, Cogo, S. B., Wilhelm, L. A., & Pilger, C. H. (2022). Experiência de profissionais e residentes atuantes no centro obstétrico acerca da utilização do plano de parto. *Escola Anna Nery*, 27, e20220104. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2022-0104pt>
- Botelho, L. L. R., de Almeida Cunha, C. C., & Macedo, M. (2011). O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. *Gestão e sociedade*, 5(11), 121–136.
- Branco, J. S. M. C., Silva, L. dos S. B., de Sousa Silva, J. L., de Sousa, K. K. B., de Sousa, M. C. R., Araújo, R. V., & de Castro Gomes, R. (2022). A importância do plano de parto para autonomia da parturiente. *Research, Society and Development*, 11(7), e43911730102–e43911730102.
- Branco, M. J., Paixão, E., & Vicente, L. F. (2011). *Uma “observação” sobre a utilização de cuidados preventivos pela mulher*.
- Camacho, E. N. P. R., Teixeira, W. L., Gusmão, A. C., do Carmo, L. F., Cavalcante, R. L., & da Silva, E. F. (2019). Conhecimento e aplicabilidade dos métodos não farmacológicos utilizados pelos enfermeiros obstetras para alívio da dor no trabalho de parto. *Nursing (São Paulo)*, 22(257), 3192–3197.
- Cardoso, A., Carvalho, Ú., Albergaria, E., Figueiredo, A., & Capela, P. (2023). *Guia Orientador de Boas Práticas: Gravidez e Adaptação à Gravidez (De Baixo Risco)*. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/32963/gobpgravidezadaptacaogravidez_v5.pdf
- Cardoso, A., Clara Aires, Sílvia Machado, Cecília Silva, & Ana Rita Grilo. (2023). *Guia Orientador de Boas Práticas: Preparação para o Parto*. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/32821/gobp_promopreparacaoparto_v4_fl.pdf
- Carvalho, S. S., & Cerqueira, R. F. N. (2020). Influência do pré natal na escolha do tipo de parto: Revisão de literatura. *Revista de Atenção à Saúde*, 18(63).
- Chantry, A. A., Merrer, J., Blondel, B., & Le Ray, C. (2023). Preferences for labor and childbirth, expressed orally or as a written birth plan: Prevalence and determinants from a nationwide population-based study. *Birth*, 847–857.
- Charvériat, A., & Fritel, X. (2019). Diagnostic d’une infection génitale haute: Critères cliniques, paracliniques, imagerie, et cœlioscopie. RPC infections génitales hautes CNGOF et SPILF. *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie*, 47(5), 404–408.

- Conselho de Enfermagem Regional Secção Sul da OE. (2013). *Guião para a Organização de Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/sites/sul/informacao/Documents/Gui%C3%A3o%20para%20elaborac%C2%B8%C3%A3o%20projetos%20qualidade%20SR%20S.pdf>
- Corrêa, M. S. M., Feliciano, K. V. de O., Pedrosa, E. N., & Souza, A. I. de. (2017). Acolhimento no cuidado à saúde da mulher no puerpério. *Cadernos de Saúde Pública*, 33, e00136215. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00136215>
- Costa, E. S., Medeiros, R. R. P., da Silva, J. R. P., da Silva, A. P., de Carvalho, L. de F. F., & da Silva, G. N. S. (2021). Análise da importância do plano de parto na assistência de enfermagem: Revisão integrativa. *Saúde Coletiva (Barueri)*, 11(60), 4556–4565.
- Costa, M. S., Cordeiro, V. M. C., Maia, M. A. G., Lôbo, N. R. A., Cândido, E. L., & Moreira, M. R. C. (2023). Literacia para a saúde de mulheres em idade reprodutiva. *Revista Remecs - Revista Multidisciplinar de Estudos Científicos em Saúde*, 8(14), Artigo 14. <https://doi.org/10.24281/rremecs2023.8.14.147-158>
- Coutinho, E., Domingos, A. R., Reis, A., & Parreira, V. (2022). Ser Enfermeiro Obstetra e Mediador Intercultural na interação com mulheres grávidas migrantes. *New Trends in Qualitative Research*, 13, e731–e731. <https://doi.org/10.36367/ntqr.13.2022.e731>
- Cruz, P. N., Penha, J. S., Simas, W. L. A., Lacerda, E. P. de, Costa, C. C. P., Alencar, R. F. C., Oliveira, N. D. de S., & Alves, R. L. (2021). Plano de parto e nascimento: Uma análise de sua influência no protagonismo de parturientes / Childbirth and birth plan: an analysis of its influence on the protagonism of parturients. *Brazilian Journal of Development*, 7(4). <https://doi.org/10.34117/bjdv7n4-143>
- Cummins, A., Griew, K., Devonport, C., Ebbett, W., Catling, C., & Baird, K. (2022). Exploring the value and acceptability of an antenatal and postnatal midwifery continuity of care model to women and midwives, using the Quality Maternal Newborn Care Framework. *Women and Birth*, 35(1), 59–69. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2021.03.006>
- da Silva, R. R., Carlos, J. F., Vieira, M. J. D. Ó., da Silva Sousa, J. G., da Silva, I. C., da Silva Pereira, R., da Silva Filho, J. A., & de Abreu, R. M. S. X. (2020). As teorias de enfermagem de Roy e Orem Intrínsecas à sistematização da assistência de enfermagem para promoção da saúde. *Brazilian Journal of Development*, 6(7), 52049–52059.

- da Silva Salazar, É. R., Cardoso Leal, R., Pereira Rodrigues, J., Ferreira Vilanova, R., & Sousa da Silva, I. (2020). O uso do partograma na assistência ao trabalho de parto em uma maternidade pública. *Enfermagem Brasil*, 19(3).
- Dalal, A. R., & Purandare, A. C. (2018). The partograph in childbirth: An absolute essentiality or a mere exercise? *The Journal of Obstetrics and Gynecology of India*, 68, 3–14.
- Dantas, H. L. de L., Costa, C. R. B., Costa, L. de M. C., Lúcio, I. M. L., & Comassetto, I. (2022). Como elaborar uma revisão integrativa: Sistematização do método científico. *Revista Recien - Revista Científica de Enfermagem*, 12(37), Artigo 37. <https://doi.org/10.24276/rrecien2022.12.37.334-345>
- Davis, S. R., Taylor, S., Hemachandra, C., Magraith, K., Ebeling, P. R., Jane, F., & Islam, R. M. (2023). The 2023 Practitioner’s Toolkit for Managing Menopause. *Climacteric*, 26(6), 517–536. <https://doi.org/10.1080/13697137.2023.2258783>
- de Barros, A. L. B. L., & Bispo, G. S. (2017). Teorias de enfermagem: Base para o processo de enfermagem. *Anais do Encontro Internacional do Processo de Enfermagem*.
- de Meneses Sousa, K., Saturno-Hernández, P. J., de Souza Rosendo, T. M. S., de Freitas, M. R., Molina, R. L., Medeiros, W. R., da Silva, E. M. M., & da Silva Gama, Z. A. (2022). Impact of the implementation of the WHO Safe Childbirth Checklist on essential birth practices and adverse events in two Brazilian hospitals: A before and after study. *BMJ open*, 12(3), e056908.
- de Souza, B., Maracci, C., de Aguiar Cicoella, D., & Mariot, M. D. M. (2021). Uso de métodos não farmacológicos de alívio da dor no parto normal/Use of non-pharmacological methods of pain relief in normal birth. *Journal of Nursing and Health*, 11(2).
- Deherder, E., Delbaere, I., Macedo, A., Nieuwenhuijze, M. J., Van Laere, S., & Beeckman, K. (2022). Women’s view on shared decision making and autonomy in childbirth: Cohort study of Belgian women. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22, 551. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04890-x>
- Department of Reproductive Health and Research & World Health Organization. (2019). *Contraception Evidence Brief*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/329884/WHO-RHR-19.18-eng.pdf>
- DGS. (2015). *Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco*. MGFamiliar. <https://www.mgfamiliar.net/itemgenerico/gbr/>
- DGS. (2020). *Cursos de preparação para o parto e parentalidade – CPPP e Cursos de recuperação pós-parto – CRPP: Equidade na transição para a maternidade e a paternidade*. <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/sr-cursos-parto-pdf.aspx>

- DGS. (2023a). *Deliberação nº DE-SNS 050/2023*. <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/orientacao-0022023-cuidados-de-saude-durante-o-trabalho-de-parto-pdf.aspx>
- DGS. (2023b). *NORMA: 001/2023: Organização dos cuidados de saúde na preconceção, gravidez e puerpério*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2023/01/27/organizacao-dos-cuidados-de-saude-na-preconcecao-gravidez-e-puerperio/>
- DGS. (2023c, maio 10). *Cuidados de saúde durante o trabalho de parto*. <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/orientacao-0022023-cuidados-de-saude-durante-o-trabalho-de-parto-pdf.aspx>
- Dias, N. M., Cordeiro, L. R. M., de Souza Giroux, S., Soares, L. N. L., Moda, G. S. M., Vieira, L. do S. C., de Moura, P. G. S., & dos Santos Moraes, T. (2024). Dinâmica de uso de polvos de crochê em recém-nascidos prematuros internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 24(5), e15131–e15131.
- Donato, H., & Donato, M. (2019). Etapas na Condução de uma Revisão Sistemática. *Acta Médica Portuguesa*, 32(3), Artigo 3. <https://doi.org/10.20344/amp.11923>
- dos Prazeres, L. E. N., Ferreira, M. de N. G. P., Ribeiro, M. A., Barros, B. T. D., Barros, R. L. M., Ramos, C. S., da Silva Lima, T. F., Oliveira, V. M. L. P., Andrade, J. M. G., & Campos, J. E. R. (2021). Atuação do enfermeiro nos cuidados em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal: Revisão integrativa da literatura. *Research, Society and Development*, 10(6), e1910614588–e1910614588.
- DRE. (1984). *Lei n.º 3/84, de 24 de março*. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/3-1984-661903>
- DRE. (2008). *Despacho n.º 20730/2008* | DR. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/20730-2008-1492325>
- DRE. (2016). *Portaria n.º 147/2016, de 19 de maio*. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/147-2016-74483693>
- DRE. (2019). *Lei n.º 110/2019* | DR. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/110-2019-124539905>
- DRE. (2022). *Decreto-Lei n.º 52/2022 de 4 de Agosto*. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/52-2022-187049881>
- DRE. (2023). *Decreto-Lei n.º 102/2023 de 7 de Novembro*. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/102-2023-223906278>
- Eick, F., Vallersnes, O. M., Fjeld, H. E., Sørbye, I. K., Valberg, M., & Dahl, C. (2024). Perinatal mortality among pregnant undocumented migrants in Norway 1999–2020: A register-

- based population study. *Social Science & Medicine*, 353, 117055. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2024.117055>
- Elgzar, W. T., Alshahrani, M. S., & Ibrahim, H. A. (2024). Non-pharmacological labor pain relive methods: Utilization and associated factors among midwives and maternity nurses in Najran, Saudi Arabia. *Reproductive Health*, 21(1), 11.
- Elwyn, G., Frosch, D., Thomson, R., Joseph-Williams, N., Lloyd, A., Kinnersley, P., Cording, E., Tomson, D., Dodd, C., & Rollnick, S. (2012). Shared decision making: A model for clinical practice. *Journal of general internal medicine*, 27, 1361–1367.
- Faubion, S. S., Kingsberg, S. A., Clark, A. L., Kaunitz, A. M., Spadt, S. K., Larkin, L. C., Mitchell, C. M., Shifren, J. L., Simon, J. A., & McClung, M. R. (2020). The 2020 genitourinary syndrome of menopause position statement of The North American Menopause Society. *Menopause*, 27(9), 976–992.
- Fernandes, J. A., Campos, G. W. de S., & Francisco, P. M. S. B. (2019). Perfil das gestantes de alto risco e a cogestão da decisão sobre a via de parto entre médico e gestante. *Saúde em Debate*, 43, 406–416.
- Fleming, V., Meyer, Y., Frank, F., van Gogh, S., Schirinzi, L., Michoud, B., & de Labrusse, C. (2017). Giving birth: Expectations of first time mothers in Switzerland at the mid point of pregnancy. *Women and Birth*, 30(6), 443–449. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2017.04.002>
- França, D., & Marques, H. R. (2022). Impactos da pandemia de covid-19 na evolução da demografia. *Multitemas*, 133–148.
- Gieles, N. C., Tankink, J. B., van Midde, M., Düker, J., van der Lans, P., Wessels, C. M., Bloemenkamp, K. W., Bonsel, G., van den Akker, T., & Goosen, S. (2019). Maternal and perinatal outcomes of asylum seekers and undocumented migrants in Europe: A systematic review. *European Journal of Public Health*, 29(4), 714–723.
- Gomes, D. F., Moita, M. P., Dias, M. S. A., Fernandes, M. C., & Diniz, J. L. (2019). Papel do enfermeiro no cuidado intensivo neonatal no Brasil. *Essentia-Revista de Cultura, Ciência e Tecnologia da UVA*.
- Hassanzadeh, R., Abbas-Alizadeh, F., Meedya, S., Mohammad-Alizadeh-Charandabi, S., & Mirghafourvand, M. (2020). Fear of childbirth, anxiety and depression in three groups of primiparous pregnant women not attending, irregularly attending and regularly attending childbirth preparation classes. *BMC women's health*, 20, 1–8.

- Herrero-Arias, R., Ortiz-Barreda, G., & Carrasco-Portiño, M. (2022). Experiencias de padres y madres inmigrantes del sur de Europa con los servicios noruegos de salud reproductiva. *Gaceta Sanitaria*, 36(2), 111–117.
- Hidalgo-Lopezosa, P., Cubero-Luna, A. M., Jiménez-Ruz, A., Hidalgo-Maestre, M., Rodríguez-Borrego, M. A., & López-Soto, P. J. (2021). Association between Birth Plan Use and Maternal and Neonatal Outcomes in Southern Spain: A Case-Control Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(2), Artigo 2. <https://doi.org/10.3390/ijerph18020456>
- INE. (2022). *População residente (N.º) por Local de residência (à data dos Censos 2021), Sexo e Grupo etário*. <https://tabulador.ine.pt/indicador/?id=0011609>
- INE. (2023a). *Estatísticas Demográficas — 2022* https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=280978178&PUBLICACOESmodo=2
- INE. (2023b). *Idade média das mulheres ao nascimento do primeiro filho (Ano)*. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0009209&xlang=pt&contexto=bd&selTab=tab2
- INE. (2024a). *ESTATÍSTICAS VITAIS – Dados mensais Maio 2024*. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=645842753&DESTAQUESstema=55466&DESTAQUESmodo=2
- INE. (2024b). *Nados-vivos (N.º) por Local de residência da mãe (NUTS - 2024), Sexo, Idade da mãe e Ordem de nascimento (Total dos nascimentos)*. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0012441&contexto=bd&selTab=tab2
- Kitzinger, S. (1999). Birth plans: How are they being used? *British Journal of Midwifery*, 7(5), 300–303.
- Knupp, C. L. P., & de Paula, K. A. (2018). Espaço Sensorial para o Ambiente do Nascer: Aplicações na Arquitetura Contemporânea de Centros Obstétricos Hospitalares. *Encontro Nacional de Tecnologia do Ambiente Construído*, 17(1), 2619–2625.
- Kohan, S., Hajihashemi, M., Valiani, M., Beigi, M., & Mohebbi-Dehnavi, Z. (2023). Maternal-infant outcomes of birth planning: A review study. *Journal of Education and Health Promotion*, 12, 315. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_1450_22
- Konieczka, J., Tomczyk, K., Wilczak, M., & Chmaj-Wierzchowska, K. (2024). Factors Affecting Women’s Assessment and Satisfaction with Their Childbirth. *Medicina*, 60(1), 86. <https://doi.org/10.3390/medicina60010086>

- Légaré, F., & Witteman, H. O. (2013). Shared decision making: Examining key elements and barriers to adoption into routine clinical practice. *Health affairs*, 32(2), 276–284.
- Lopes, M. I.; Silva, T. (2019). *A expectativa do casal sobre o plano de parto*. Revista de Enfermagem Referência. Serie V. <https://doi.org/10.12707/RIV19095>
- López-Gimeno, E., Seguranyes, G., Vicente-Hernández, M., Burgos Cubero, L., Vázquez Garreta, G., & Falguera-Puig, G. (2022). Effectiveness of birth plan counselling based on shared decision making: A cluster randomized controlled trial (APLANT). *PLoS ONE*, 17(9), e0274240. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0274240>
- Machado, L. B., Andres, S. C., & Moreschi, C. (2021). A atuação do enfermeiro no Alojamento Conjunto na promoção do aleitamento materno. *Research, Society and Development*, 10(1), Artigo 1. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i1.12266>
- Marinho, V. Dc. S., Costa, J. J. S. da, Ferreira, A. P. B., & Paiva, T. F. de A. (2023). Os Fatores de risco relacionados à maternidade tardia e a ocorrência de partos prematuros: Uma revisão integrativa: Fatores de risco relacionados à maternidade tardia e a ocorrência de partos prematuros. *Journal of Hospital Sciences*, 3(1), Artigo 1.
- MCEESMO. (2017). *PARECER N.º 23/ 2017. Ordem Dos Enfermeiros*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer23_2017_MCEESMO_PrazoDuracaoDIUCobreT380.pdf
- MCEESMO. (2019). *Livro de Bolso Programas de Preparação para o Parto, Adaptação à Parentalidade e ao Pós-Parto*. Ordem dos Enfermeiros.
- Medeiros, R. M. K., Figueiredo, G., Correa, Á. C. de P., & Barbieri, M. (2019). Repercussões da utilização do plano de parto no processo de parturição. *Revista Gaúcha de enfermagem*, 40, e20180233.
- Mendes, K. D. S., Silveira, R. C. de C. P., & Galvão, C. M. (2008). Revisão integrativa: Método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 17, 758–764. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>
- Mohaghegh, Z., Javadnoori, M., Najafian, M., Abedi, P., Kazemnejad Leyli, E., Montazeri, S., & Bakhtiari, S. (2023). Effect of birth plans integrated into childbirth preparation classes on maternal and neonatal outcomes of Iranian women: A randomized controlled trial. *Front Glob Womens Health*, 1120335–1120335.
- Mouta, R. J. O., de Almeida Silva, T. M., de Melo, P. T. S., de Souza Lopes, N., & dos Anjos Moreira, V. (2017). Plano de parto como estratégia de empoderamento feminino. *Revista Baiana de Enfermagem*31, (4).

- Murugesu, L., Damman, O. C., Derksen, M. E., Timmermans, D. R. M., de Jonge, A., Smets, E. M. A., & Fransen, M. P. (2021). Women’s Participation in Decision-Making in Maternity Care: A Qualitative Exploration of Clients’ Health Literacy Skills and Needs for Support. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(3), 1130. <https://doi.org/10.3390/ijerph18031130>
- Néné, M., Marques, R., Batista, M. (2016). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (1ª). Lidel.
- NIDCAP. (sem data). *Model of the NIDCAP Nursery*. NIDCAP. Obtido 25 de julho de 2024, de <https://nidcap.org/model-of-the-nidcap-nursery/>
- OE. (2010). Caderno temático: Modelo de desenvolvimento profissional–fundamentos, processos e instrumentos para a operacionalização do sistema de certificação de competências. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- OE. (2013). *Projeto Maternidade com Qualidade*. Ordem Dos Enfermeiros. <https://website.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-paginas-antigas/projeto-maternidade-com-qualidade/>
- OE. (2015). *Livro de Bolso do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica*. Ordem Dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8891/livrobolso_eesmo.pdf
- OE. (2017). *Triagem Prioridades de Obstetrícia e Ginecologia por Enfermeiros Especialistas de Saúde Materna e Obstétrica*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/TriagemObstetrica2017_vf.pdf
- OE. (2019a). *Regulamento n.º 140/2019: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Ordem Dos Enfermeiros. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-paginas-antigas/regulamento-das-competências-comuns-do-enfermeiro-especialista-e-regulamentos-das-competências-específicas-das-especialidades-em-enfermagem/](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-paginas-antigas/regulamento-das-competencias-comuns-do-enfermeiro-especialista-e-regulamentos-das-competencias-especificas-das-especialidades-em-enfermagem/)
- OE. (2019b). *Regulamento n.º 391/2019: Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica*. Diário da República. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/17072/regulamento-n%C2%BA-391-2019_regulamento-das-compet%C3%Aancias-espec%C3%ADficas-do-eesmo.pdf
- OE. (2019c). *Regulamento n.º 743/2019: Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem*. <https://files.dre.pt/2s/2019/09/184000000/0012800155.pdf>

- OE. (2019d). *Sistema de Classificação de Doentes*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/noticias/conteudos/sistema-de-classificacao-de-doentes-automatizacao-nacional-em-curso-1/>
- OE. (2021a). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23179/ponto-3_padr%C3%B5es-qualidade-dos-cuidados-eesmo.pdf
- OE. (2021b). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde materna e obstétrica*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23179/ponto-3_padr%C3%B5es-qualidade-dos-cuidados-eesmo.pdf
- OE. (2021c). Pronúncia da mesa do Colégio da Especialidade de enfermagem de saúde materna e obstétrica nº16/2021. *Acedido em*, 2(09), 2021.
- OE. (2022). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. <https://www.flipsnack.com/ordemenfermeiros/padr-es-de-qualidade-mceesmo/full-view.html>
- OE. (2023). *Parecer da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica N.º 22/2023*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/28756/parecer-mceesmo_22-2023_assist%C3%A2ncia-pr%C3%A9-natal-das-gr%C3%A1vidas-de-baixo-risco_anonimizado.pdf
- Oliveira, M. T. S., Oliveira, C. N. T., Marques, L. M., Souza, C. L., & Oliveira, M. V. (2020). Fatores associados ao aborto espontâneo: Uma revisão sistemática. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 20, 361–372. <https://doi.org/10.1590/1806-93042020000200003>
- Oliveira, P. (2015). *O ensino clínico: Influência positiva no desenvolvimento de competências dos estudantes de Enfermagem*. 230–236.
- OMS. (2015). *Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas*. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf;jsessionid=C8FD145D22098F99807168E5CF1495E4?sequence=3
- Oscarsson, M. G., & Stevenson-Ågren, J. (2020). Midwives experiences of caring for immigrant women at antenatal care. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 24, 100505. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2020.100505>
- Paiva, A. do C. P. C., Reis, P. V. dos, Paiva, L. C., Diaz, F. B. B. de S., Luiz, F. S., & Carbogim, F. da C. (2019). Da decisão à vivência da cesariana: A perspectiva da mulher. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*, 9. <https://doi.org/10.19175/recom.v9i0.3115>

- Page, M., McKenzie, J., Bossuyt, P., Boutron, I., Hoffmann, T., Mulrow, C., Shamseer, L., Tetzlaff, J., Akl, E., Brennan, S., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J., Hróbjartsson, A., Lalu, M., Li, T., Loder, E., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Peixoto, R. L., Souza, R. M., & Miranda, F. (2017). Tratamento clínico de gravidez ectópica com uso do metotrexate. *Revista rede de cuidados em saúde*, 11(2).
- Pinheiro, A., & Sardo, D. (2019a). P10 The birth plan as an instrument of health literacy. *European Journal of Public Health*, 29(Supplement_2), ckz095.007. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz095.007>
- Pinheiro, A., & Sardo, D. (2019b). UNA MIRADA DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD EN PORTUGAL. *Conference Proceedings*.
- Pitt, V., Powis, D., Levett-Jones, T., & Hunter, S. (2012). Factors influencing nursing students' academic and clinical performance and attrition: An integrative literature review. *Nurse Education Today*, 32(8), 903–913. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2012.04.011>
- PORDATA. (2023). *Portugal_Partos_nos_hospitais_privados__total_e_por_tipo.xlsx*. https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=https%3A%2F%2Fwww.pordata.pt%2Fsites%2Fdefault%2Ffiles%2F2024-06%2FPortugal_Partos_nos_hospitais_privados__total_e_por_tipo.xlsx&wdOrigin=BROWSELINK
- Procópio, K., & Alves, C. G. L. (2023). Educação em saúde no preparo de gestantes para o parto na Atenção Primária: Revisão integrativa. *Research, Society and Development*, 12(4), Artigo 4. <https://doi.org/10.33448/rsd-v12i4.40854>
- Reis, C. C. S. dos, Dias, L. da C., Carvalho, L. B., Alves Junior, L. B., & Imoto, A. M. (2022). Eletroestimulação nervosa transcutânea (TENS) no alívio da dor durante o trabalho de parto: Uma revisão de escopo. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 44, 187–193.
- Riscado, L. C., Jannotti, C. B., & Barbosa, R. H. S. (2016). A Decisão pela Via De Parto no Brasil: Temas e Tendências na Produção da Saúde Coletiva. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 25, e3570014. <https://doi.org/10.1590/0104-0707201600003570014>
- Royal College of Obstetricians & Gynaecologists. (2022). *Best practice in post-abortion contraception (Best Practice Paper)*. RCOG. <https://www.rcog.org.uk/guidance/browse-all-guidance/best-practice-papers/best-practice-in-post-abortion-contraception-best-practice-paper/>

- Sampaio, D. C., Dominguez, R. G. S., & Rivemales, M. da C. C. (2021). Teorias de enfermagem e sua articulação com a prática: Relato de experiência Nursing theories and their articulation with practice: Experience report. *Brazilian Journal of Development*, 7(11), 107211–107219.
- Sánchez-García, M. J., Martínez-Rojo, F., Galdo-Castiñeiras, J. A., Echevarría-Pérez, P., & Morales-Moreno, I. (2021). Social perceptions and bioethical implications of birth plans: A qualitative study. *Clinical Ethics*, 16(3), 196–204.
- Sandall, J., Turienzo, C. F., Devane, D., Soltani, H., Gillespie, P., Gates, S., Jones, L. V., Shennan, A. H., & Rayment-Jones, H. (2024). Midwife continuity of care models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane database of systematic reviews*, 4. <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004667.pub6/abstract>
- Santos, I. G. dos, Oliveira, P. P. de, Roos, M. de O., Benedetti, F. J., Teixeira, D. A., Rangel, R. F., & Costenaro, R. G. S. (2021). Importância do acompanhante e do contato pele a pele no parto e no nascimento. *Revista Recien - Revista Científica de Enfermagem*, 11(36), Artigo 36. <https://doi.org/10.24276/rrecien2021.11.36.268-275>
- Santos, I. G. dos, Sadoyama, A. dos S. P., & Leal, G. S. (2024). Revisão sobre clima de segurança e qualidade dos serviços em instituições de saúde. *HUMANIDADES E TECNOLOGIA(FINOM)*, 46(1), 39–54.
- Santos, F. S. de R., Souza, P. A. de, Lansky, S., Oliveira, B. J. de, Matozinhos, F. P., Abreu, A. L. N., Souza, K. V. de, & Pena, É. D. (2019). Os significados e sentidos do plano de parto para as mulheres que participaram da Exposição Sentidos do Nascer. *Cadernos de Saúde Pública*, 35(6), e00143718. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00143718>
- Sardinha, D. M., Maciel, D. O., Gouveia, S. C., Pamplona, F. C., Sardinha, L. M., de Carvalho, M. do S. B., & Silva, A. G. I. da. (2019). PROMOTION OF BREASTFEEDING IN PRE-NATAL CARE BY THE NURSE. *Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE*, 13(3).
- Say, R., Robson, S., & Thomson, R. (2011). Helping pregnant women make better decisions: A systematic review of the benefits of patient decision aids in obstetrics. *BMJ Open*, 1(2), e000261. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2011-000261>
- Schneider, D., Ramos, F., Saïoron, I., Bruggmann, M., Silva, F., & Lorençonì, B. (2022). Problemas éticos na experiência clínica hospitalar de estudantes e profissionais de

- enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, VI Série(Nº 1), e21111. <https://doi.org/10.12707/RV21111>
- Serpetini, E., Sarantaki, A., Lykeridou, A., Tzamaria, S., & Diamanti, A. (2024). Validation of the Greek version of Mother’s Autonomy in Decision Making (MADM) scale. *European Journal of Midwifery*, 8, 1–8. <https://doi.org/10.18332/ejm/189495>
- Shareef, N., Said, P., Lamers, S., Nieuwenhuijze, M., de Vries, M., & van Dillen, J. (2024). The contribution of birth plans to shared decision-making from the perspectives of women, their partners and their healthcare providers. *Plos one*, 19(6), e0305226.
- Silva, D. A., Macedo, F., Quintal, D., Silva, D. A., Macedo, F., & Quintal, D. (2022). Rastreio da infeção por Chlamydia trachomatis: Sim ou não? *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 38(1), 109–113. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v38i1.13190>
- Simkin, P. (2007). Birth plans: After 25 years, women still want to be heard. *Birth: Issues in Perinatal Care*, 34(1).
- SNS. (sem data). *CHUA debate saúde materna e obstétrica e apresenta sistema «Parto Seguro» – ULS do Algarve*. Obtido 28 de julho de 2024, de <https://www.chualgarve.min-saude.pt/noticias/chua-debate-saude-materna-e-obstetrica-e-apresenta-sistema-parto-seguro/>
- SNS. (2023). *Unidade Local de Saúde do Algarve, EPE*. <https://www.sns.gov.pt/entidades-de-saude/unidade-local-de-saude-do-algarve/>
- SNS. (2024a). *Obstetrícia – ULS do Algarve*. <https://www.chualgarve.min-saude.pt/servicos-clinicos/obstetricia-2/>
- SNS. (2024b). *Partos e Cesarianas nos Cuidados de Saúde Hospitalares*. <https://transparencia.sns.gov.pt/explore/dataset/partos-e-cesarianas/?flg=pt-pt>
- Sociedade Portuguesa de Contraceção. (2023). *Consenso contraceção versão 2023, revista e adotada pela DGS*. <https://www.spdc.pt/11-noticias/364-consenso-contracecao-versao-2023-revista-e-adotada-pela-dgs>
- Sociedade Portuguesa de Ginecologia. (2021). *Consenso Nacional de Uroginecologia 2021*. Sociedade Portuguesa Ginecologia. <https://spginecologia.pt/search/consenso>
- SPG. (2021). *Consenso Nacional sobre Menopausa 2021*. <https://spginecologia.pt/wp-content/uploads/2021/10/Consenso-Nacional-Menopausa-2021.pdf>
- Suárez-Cortés, M., Armero-Barranco, D., Canteras-Jordana, M., & Martínez-Roche, M. E. (2015). Use and influence of Delivery and Birth Plans in the humanizing delivery process. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(3), 520–526. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0067.2583>

- Ternström, E., Akselsson, A., Small, R., Andersson, J., & Lindgren, H. (2024). Obstetric outcomes and uptake of care among 149 non-Swedish speaking migrant women attending a birth preparation visit during pregnancy – An observational study from Sweden. *Journal of Migration and Health*, 9, 100226. <https://doi.org/10.1016/j.jmh.2024.100226>
- Thomassin-Naggara, I., Darai, E., & Bazot, M. (2012). Gynecological pelvic infection: What is the role of imaging? *Diagnostic and Interventional Imaging*, 93(6), 491–499. <https://doi.org/10.1016/j.diii.2012.04.002>
- Trigueiro, T. H., Arruda, K. A. de, Santos, S. D. dos, Wall, M. L., Souza, S. R. R. K., & Lima, L. S. de. (2021). Experiência de gestantes na consulta de Enfermagem com a construção do plano de parto. *Escola Anna Nery*, 26, e20210036.
- Turismo de Portugal. (2023). *TravelBI by Turismo de Portugal—Turismo em Portugal*. <https://travelbi.turismodeportugal.pt/turismo-em-portugal/turismo-em-portugal-2023/>
- Tzur, T., Yohai, D., & Weintraub, A. (2016). The role of local estrogen therapy in the management of pelvic floor disorders. *Climacteric*, 19(2), 162–171.
- UÉESESJD. (2023). *Planeamento—Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final 2023/2024*. https://www.moodle.uevora.pt/2324/pluginfile.php/40892/mod_resource/content/1/Planeamento%20ESTAGIO%20FINAL%20%20%20set%202023.pdf
- UNICEF. (sem data). *A Iniciativa Amiga dos Bebés*. Obtido 28 de junho de 2024, de <https://www.unicef.pt/o-que-fazemos/o-nosso-trabalho-em-portugal/iniciativa-amiga-dos-bebes/a-iniciativa-amiga-dos-bebes/>
- van den Akker, T., & van Roosmalen, J. (2016). Maternal mortality and severe morbidity in a migration perspective. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 32, 26–38. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2015.08.016>
- Van Duong, T. (2017). Health literacy integrates with the three-talk model for shared decision making. *The BMJ*.
- Vogels-Broeke, M., Cellissen, E., Daemers, D., Budé, L., de Vries, R., & Nieuwenhuijze, M. (2023). Women’s decision-making autonomy in Dutch maternity care. *Birth*, 50(2), 384–395. <https://doi.org/10.1111/birt.12674>
- von Hippel, C., Adhia, A., Rosenberg, S., Austin, S. B., Partridge, A., & Tamimi, R. (2019). Sexual function among women in midlife: Findings from the Nurses’ Health Study II. *Women’s Health Issues*, 29(4), 291–298.

- Walker, S. H., Hooks, C., & Blake, D. (2021). The views of postnatal women and midwives on midwives providing contraceptive advice and methods: A mixed method concurrent study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21(1), 411. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-03895-2>
- WHO. (2018). *WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience*. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/260178>
- WHO. (2022). *WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience*. <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240045989>

ANEXOS

ANEXO A – Declaração de Participação nas “Jornadas da Ginecologia – da Teoria à Prática”

Ministério da Saúde
Centro Hospitalar Universitário de Algarve, E.P.E.
Departamento de Ensino, Inovação e Investigação
Pessoa Coletiva nº 533 149 807
Entidade acreditada pela ACSS
Processo de Renovação 23/13/2008 +
Despacho Ministerial de 15/12/2008



Declaração

Declara-se que **Maria Bessa** participou no evento *1 Jornadas de Ginecologia - da Teoria à Prática*, promovido pelo Centro Hospitalar Universitário do Algarve, realizado a 26 e 27 de outubro de 2023 no Auditório Carlos do Carmo, em Lagoa.

Portimão, 3 de novembro de 2023

Francisco M. D. Serra
Diretor
Departamento de Ensino, Inovação e Investigação

Sede
Rua Lúcio Pereira, 8800-990, Faro
4600 Faro
centro@ch.algarve.pt
DEI Portimão
dei.por@ch.algarve.pt
CHUGALD_CTC_05_C08T_2017

Entidade Reguladora



1.ª FASE - 2017/2020
1.ª FASE - 2021/2024



ANEXO B – Declaração de Participação nas “Jornadas Neonatais da Primavera de Faro”

Unidade Local de Saúde do Algarve, E.P.E.
Departamento de Ensino, Inovação e Investigação
Pessoa Coletiva nº 500 149 907

Entidade acreditada pela ACSS
Processo de Acreditação 23/13/2008
Despacho Ministerial de 13/12/2009



Declaração

Declara-se que **Maria Fernandes Pinto Bessa** participou no evento Jornadas Neonatais da Primavera, promovido pela Unidade Local de Saúde do Algarve, realizado a 17 de maio de 2024 na Escola Secundária João de Deus, em Faro.

Faro, 6 de junho de 2024

Rita Munhoz
Departamento de Ensino, Inovação e Investigação

Sede
Rua Lúcio Penedo, 8800-990, Faro
DSEI Faro
centro@inovacao@ulsaalgarve-man.saude.pt
DSEI Faro tendo
ofis.prim@ulsaalgarve-man.saude.pt
CDSALG_CTC_05_C2ET_2017

Entidade Acreditadora



1.º SET. 2017, 13.º SET. 2017
1.º SET. 2017, 13.º SET. 2017



ANEXO C – Certificado de Participação no curso pré-congresso “Ventilação Não Invasiva-
Fundamentos básicos nos cuidados ao recém-nascido ventilado”

ANEXO D – Certificado de Participação no “XXV Congresso Nacional e IX
Internacional APEO”



CERTIFICADO

Certifica-se que Maria Fernandes Pinto Bessa

frequentou a XXV Congresso Nacional e IX Internacional: Unidades de Cuidados na Maternidade Lideradas por EESMO/Parteiras, com duração de 10h00, em Lisboa, no Online nos dias 02 de maio de 2024 a 03 de maio de 2024, com os seguintes objetivos:

Divulgar informação científica sobre a implementação, o funcionamento e os indicadores económicos e de saúde relacionados com os serviços prestados nas Unidades de Cuidados na Maternidade (UCM). / Promover a divulgação do projeto da primeira UCM a ser criada brevemente em Portugal, refletindo sobre o impacto e a sustentabilidade da implementação das UCM em Portugal. / Discutir e refletir sobre o impacto económico da promoção da autonomia dos Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica/Parteiras em Portugal. / Promover o diálogo entre mulheres, profissionais de saúde, políticos e economistas da saúde, com vista à promoção de melhores cuidados de saúde materno-fetal em Portugal. / Promover a divulgação de trabalhos científicos elaborados por EESMO.

Vítor Varela – Presidente APEO

ANEXO E – Declaração de Participação no “Seminário dia do EEESMO- Nas nossas mãos:
contributos para ambientes sustentáveis”

Unidade Local de Saúde do Algarve, E.P.E.
Departamento de Ensino, Inovação e Investigação
Pessoa Colectiva nº 530 149 907

Entidade certificada pela ACSS
Processo de Recogação 23/13/2020
Despacho Ministerial de 15/12/2020



Declaração

Declara-se que **Maria Fernandes Pinto Bessa**, participou no seminário “Dia do EEESMO. Nas nossas mãos: Contributos para ambientes sustentáveis.”, promovido pela Unidade Local de Saúde do Algarve, realizado a 9 de maio de 2024 na ULS Algarve - Unidade Hospitalar de Portimão.

Portimão, 14 de maio de 2024

Rita Munhoz
Departamento de Ensino, Inovação e Investigação

Sede
Rua Lúcio Penedo, 8800-990, Faro
4600-100
centroformacao@ulsalgarve.min.sau.pt
DEI Portimão
ofc_prt@ulsalgarve.min.sau.pt
CDSALG_CTC_05_CDET_2017

Entidade Certificada



1.º DEI - 1.º DEI - 1.º DEI
1.º DEI - 1.º DEI - 1.º DEI



ANEXO F – Certificado de Participação no “XXV Congresso Nacional e IX
Internacional APEO” com o Póster Científico “Utilização De Contraceção Após O Parto:
Contributos Do Enfermeiro Obstetra Na Tomada De Decisão Da Puérpera”

CERTIFICADO

XXV Congresso Nacional e IX Internacional APEO 2 e 3 de maio de 2024
UNIDADES DE CUIDADOS NA MATERNIDADE LIDERADAS POR EESMOS/PARTEIRAS

Certifica-se que o(a) Exm^o(^a) Sr.(^a):

Maria Bessa

Participou como *Poster* “*Utilização de Contraceção após o Parto: Contributos do Enfermeiro Obstetra na Tomada de Decisão da Puerpera*” inserida no XXV Encontro Nacional e IX Congresso Internacional da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras (APEO), organizado pela APEO, realizado no Auditório IAPMEI, Campus do Lumiar – Edifício L, Lisboa, PORTUGAL, em 2 e 3 de maio de 2024.

Presidente da APEO



Presidente da Comissão Científica da APEO

ANEXO G – Declaração de Participação enquanto oradora no Seminário “Dia do EEESMO.
Nas nossas mãos: Contributos para ambientes sustentáveis”

Unidade Local de Saúde do Algarve, E.P.E.
Departamento de Ensino, Inovação e Investigação
Praça Colégio nº 502 8100-107

Entidade acreditada pela ACSS
Processo de Regulação 2373/2008
Despacho Ministerial de 13/12/2009



Declaração

Declara-se que **Maria Fernandes Pinto Bessa**, participou como orador no seminário “Dia do EEESMO. Nas nossas mãos: Contributos para ambientes sustentáveis.”, promovido pela Unidade Local de Saúde do Algarve, realizado a 9 de maio de 2024 na ULS Algarve - Unidade Hospitalar de Portimão.

Portimão, 14 de maio de 2024

Rita Munhoz
Departamento de Ensino, Inovação e Investigação

Sede
Rua Lello Paredes, 8800-356, Faro
8401 Faro
centroformacao@ulsa.algarve.mn.usaude.pt
DEI Faro
rfr.pere@ulsa.algarve.mn.usaude.pt
CMR016_CTC_04_C217_2017

Entidade Reguladora



1.000 - 1.000 - 1.000 - 1.000
1.000 - 1.000 - 1.000 - 1.000



ANEXO H – Participação no workshop pré-congresso “Ativação Eficaz da Produção de Leite. Plano B: Relactação”



CERTIFICADO

Certifica-se que Maria Fernandes Pinto Bessa

frequentou a Workshop **Ativação** Eficaz da **Produção** de Leite. Plano B: **Relactação** (modelo **híbrido**), com duração de 02h00, em Lisboa, no IAPMEI no dia 02-05-2024, das 14h00 às 16h00, com os seguintes objetivos:

Aprofundar conhecimentos sobre a fisiologia de lactação. / Conhecer e refletir sobre relactação e critérios para relactar. / Conhecer ferramentas para apoiar mães e bebés durante o processo de relactação.

Vítor Varela – Presidente APEO

ANEXO I – Webinar “Bola de Amendoim – a importância do conforto no TP para o sucesso da amamentação”



CERTIFICADO

Certifica-se que Maria Fernandes Pinto Bessa participou no webinar subordinado ao tema *Bola de Amendoim-a importância do conforto no TP para o sucesso da amamentação*, no dia 1 de março de 2024, com a duração de 1 hora (através da Plataforma Teams®).

P'la Comissão Organizadora

len.

ANEXO J – Declaração de Participação enquanto oradora no Seminário “Dia do EEESMO.
Nas nossas mãos: Contributos para ambientes sustentáveis”

Unidade Local de Saúde do Algarve, E.P.E.
Departamento de Ensino, Inovação e Investigação
Pessoa Coletiva nº 530 149 907

Entidade acreditada pela ACSS
Processo de Acreditação 23/13/2008
Despacho Ministerial de 15/12/2008



Declaração

Declara-se que **Maria Fernandes Pinto Bessa**, participou como orador no seminário “Dia do EEESMO. Nas nossas mãos: Contributos para ambientes sustentáveis.”, promovido pela Unidade Local de Saúde do Algarve, realizado a 9 de maio de 2024 na ULS Algarve - Unidade Hospitalar de Portimão.

Portimão, 14 de maio de 2024

Rita Munhoz
Departamento de Ensino, Inovação e Investigação

Sede
Rua Lúcio Penedo, 8800-990, Faro
8401 Faro
centroinformacao@ulsalgarve.min.sau.pt
8001 Portimão
ofc.prim@ulsalgarve.min.sau.pt
CDSALG_CITC_04_C2ET_2017

Entidade Acreditada



1.º SET. 2017, 13.º SET. 2018
1.º SET. 2019, 13.º SET. 2020, 1.º SET. 2021, 13.º SET. 2022



APÊNDICES

APÊNDICE A – Projeto de Estágio

 <i>Serviços Académicos</i>	Cursos de 3.º Ciclo, 2.º Ciclo e Mestrado Integrado	MODELO T-005
	PROPOSTA DE PROJETO DE TESE / DISSERTAÇÃO / ESTÁGIO / TRABALHO DE PROJETO	Ano Letivo: 2023 / 20224
1. DELIBERAÇÃO DO CONSELHO CIENTÍFICO DA ESCOLA		
(A ser emitido apenas em GesDOC)		
2. PARECER DO DIRETOR DE CURSO		
(A ser emitido apenas em GesDOC)		
3. IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDANTE		
Nome Completo: <u>Maria Fernandes Pinto Bessa</u>		
Número: <u>53568</u> Ciclo de Estudos: ☐ 3.º Ciclo ☒ 2.º Ciclo ☐ Mestrado Integrado		
Curso: <u>Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica</u>		
Especialidade/Plano Alternativo: _____		
4. CONTACTOS DO ESTUDANTE		
Telef.: <u>+ 351 915841524</u> E-mail: <u>mariafpintobessa@gmail.com</u>		
5. PROPOSTA		
☒ Entrega de 1.º Projeto ☐ Entrega de Projeto Reformulado ☐ Entrega de 2.º Projeto por Reingresso		
☐ Proposta de Alteração de Projeto		
Neste caso, assinala os quadros deste formulário em que propõe alterações (Só deve preencher os respetivos quadros)		
☐ 6. ☐ 7. ☐ 8. ☐ 9. ☐ 10. ☐ 11. ☐ 12. ☐ 13.		
6. JUSTIFICAÇÃO DA PROPOSTA DE ALTERAÇÃO (A preencher apenas no caso de no quadro 5 ter escolhido esta opção)		
7. TIPO DE TRABALHO (de acordo com o previsto no Plano de Estudos do Curso)		
APENAS NO CASO DE PROGRAMA DE DOUTORAMENTO:		
☐ Tese Formato da Tese: ☐ Dissertação sobre o tema de investigação		
☐ ☐ Compilação de artigos publicados		
☐ ☐ Obra ou conjunto de obras, ou realizações, com carácter inovador (no domínio das artes)		
PARA MESTRADO OU MESTRADO INTEGRADO:		
☐ Dissertação ☒ Estágio ☐ Trabalho de Projeto		
8. LÍNGUA DE REDAÇÃO		
☒ Português ☐ Inglês		
☐ Espanhol ☐ Francês		
☐ Outra: _____		
9. TÍTULO DO TRABALHO		
Título (na língua de redação):		
A TOMADA DE DECISÃO DA MULHER EM TRABALHO DE PARTO: CONTRIBUTOS DO PLANO DE PARTO		
Título em Inglês:		
WOMAN'S DECISION MAKING DURING LABOR: CONTRIBUTIONS OF THE BIRTH PLAN		

10. ORIENTAÇÃO (Anexar declaração(ões) de aceitação)	
Nome: <u>Ana Maria Aguiar Frias</u>	
Universidade/Instituição: <u>Universidade de Évora/ Escola Superior de Enfermagem São João de Deus</u>	
N.º Identificação Civil: <u>06583219</u> - <u>1ZY0</u> Tipo de Identificação: ☐ BI ☒ CC ☐ Passaporte ☐ Outro: _____	
Telef.: <u>+ 351 966640111</u> E-mail: <u>anafrias@uevora.pt</u> ID ORCID: <u>0000-0002-9038-8576</u>	
Nome: _____	
Universidade/Instituição: _____	
N.º Identificação Civil: _____ - _____ Tipo de Identificação: ☐ BI ☐ CC ☐ Passaporte ☐ Outro: _____	
Telef.: _____ E-mail: _____ ID ORCID: _____	
Nome: _____	
Universidade/Instituição: _____	
N.º Identificação Civil: _____ - _____ Tipo de Identificação: ☐ BI ☐ CC ☐ Passaporte ☐ Outro: _____	
Telef.: _____ E-mail: _____ ID ORCID: _____	
11. ÁREA DISCIPLINAR E PALAVRAS-CHAVE DO TRABALHO	
Domínio Científico e Tecnológico (Área FOS): <u>Ciências da Saúde</u> Consulte a lista de Áreas FOS em: http://www.dgeec.mec.pt/np4/28	
Palavras-chave (5 palavras, separadas por ';'): <u>Trabalho de parto; Tomada de Decisão; Mulher; Parto Humanizado; Empoderamento</u>	
12. DOMÍNIO A INVESTIGAR/TEMA	
<u>Assistência à mulher no ciclo gravídico-puerperal.</u>	
13. RESUMO, PLANO E CRONOGRAMA [Se necessário submeter como anexo a este impresso]	
Em documento anexo ao impresso.	
Descritores nos 3 idiomas: Descritores (DeCS): <u>Trabalho de parto; Tomada de Decisão; Mulher; Parto Humanizado; Empoderamento</u> Descriptors (DeCS): <u>Labor; Decision Making; Humanizing Delivery; Women; Empowerment</u> Descriptores (DeCS): <u>Trabajo de Parto; Parto Humanizado; Mujeres; Empoderamiento</u>	
14. DOCUMENTOS ANEXOS	15. DECLARAÇÃO DO ESTUDANTE
☒ Plano do Trabalho ☒ Cronograma ☒ Declaração de Orientador(es) ☐ Declaração da Unidade Orgânica de acolhimento (Deve incluir o(s) Orientador(es), o Projeto ou Equipa de Investigação em que diretamente se enquadra a preparação da Tese) - Apenas para alunos de 3.º Ciclo) ☐ Outros: _____	Nos termos do Regulamento Académico da Universidade de Évora (RAUE) em vigor, entrego o projeto de Tese/ Dissertação/Estágio/Trabalho Projeto (conforme indicado no quadro 6 deste impresso) do qual, após aprovado pelo Conselho Científico, será efetuado o respetivo registo nos Serviços Académicos na Universidade de Évora. Declaro que caso efetue alguma alteração a este projeto a ser aprovado (título, orientador, língua, etc.) procederei nos termos do referido regulamento, à entrega do projeto de alteração no prazo máximo de 10 dias antes da entrega da T/D/E/TP.

Serviços Académicos - Rua Duques de Cadaval - 7000-883 Évora :: Telefone: 266 760 220 :: Fax.: 266 760 223
E-mail: atendimento@sac.uevora.pt :: Webpage: <http://www.estudar.uevora.pt>

13. RESUMO, PLANO E CRONOGRAMA

A Universidade de Évora (UE) é uma instituição educacional que disponibiliza o Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MESMO), sendo este um curso de 2.º ciclo, proporciona a obtenção do grau de Mestre. O mesmo encontra-se registado na Direção-Geral do Ensino Superior (R/A-Ef 1783/2011/AL03) e possui um parecer favorável por parte da Ordem dos Enfermeiros (OE) (SAI-OE/2017/9022 e SAI-OE/2019/5981), conferindo assim os conhecimentos e competências necessárias para a atribuição do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO). Deste modo, torna-se possível a aquisição das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, preconizadas no Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro (OE, 2019a) e das Competências Específicas do EEESMO previstas no Regulamento n.º 391/2019 de 3 de maio (OE, 2019b). Estas competências, proporcionam ao EEESMO a responsabilidade pela vigilância da saúde da mulher no ciclo reprodutivo, nos processos de saúde/doença ao longo do período pré-concepcional, pré-natal, trabalho de parto e pós-natal e ainda o compromisso pela promoção da saúde e deteção precoce de complicações na saúde do recém-nascido até ao 28.º dia de vida. A educação sexual, planeamento familiar, área ginecológica, climatério e saúde pública, são outras componentes pelas quais o EEESMO possui competências para a prestação de cuidados de enfermagem especializados.

De acordo com o estabelecido no plano de Estudos da UE (Aviso n.º 15812/2019; DR 7/10/2019), faz parte a Unidade Curricular (UC) Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final (ENPRF), que exige a apresentação de um relatório, que delineie as competências a adquirir ao longo do percurso na experiência clínica, assim como de uma temática na qual o estudante aprofundará o conhecimento e que dá o título ao relatório. O ENPRF, com 60 créditos ECTS, teve início em 11/9/2023 e, terminará em 25/6/2024. Durante este período, serão diversas as áreas de prática, incluindo a Sala de Partos, Internamento de Grávidas e de Puérperas, bem como os Cuidados de Saúde Primários. Os objetivos da UC estão delineados no planeamento do curso e dirigem-se a: 1) Cuidar da mulher/companheiro inseridos na família e comunidade; 2) Demonstrar uma aquisição de conhecimentos conducente a uma proposta de melhoria de cuidados, com foco nas dimensões teórico-práticas e na Prática Baseada na Evidência (PBE) e 3) Defender através de um Relatório apresentado em provas públicas, a sua aquisição de competências ao longo do Estágio de Natureza Profissional.

Deste modo, foi elaborado um plano de atividades que descreve todos os objetivos estabelecidos, atividades a desenvolver e resultados esperados, ao longo de todos os campos clínicos. A temática selecionada enquadra-se na assistência à mulher durante o trabalho de parto, sendo o principal objetivo a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade em Saúde Materna e Obstétrica, numa abordagem centrada na mulher, onde se pretende promover a sua autonomia e participação ativa nas decisões relacionadas ao seu próprio parto. Nos dias de hoje assume-se extrema importância ao respeito pela mulher nos cuidados prestados pelo EEESMO durante o seu trabalho de parto, sendo a mesma a principal responsável pela sua própria saúde, com direito à autodeterminação. Destaca-se que a mulher possui capacidades internas para lidar com desafios de saúde, tendo o EEESMO um importante papel na descobertas e desenvolvimento dessas capacidades da mulher, tanto internas como externas (OE, 2021). Torna-se assim importante compreender, explorar e analisar qual o contributo do Plano de Parto (PP) e o seu impacto na tomada de decisão da mulher, durante o Trabalho de Parto (TP); contribuir para a tomada de decisão informada da mulher, permitindo que esta tenha maior autonomia durante o TP; contribuir para que o EEESMO adeque as suas intervenções de acordo com as necessidades individuais e preferências de cada mulher, contribuindo assim para a sua autonomia e permitindo que ela tenha um papel ativo nas decisões relacionadas ao seu processo de parto (OE, 2021).

Segundo (Suárez-Cortés et al., 2015), a mulher pode usar como estratégia ou recurso de empoderamento o PP, como um documento de caráter legal, em que a mesma pode expressar as suas vontades pessoais, expectativas e necessidades particulares, segundo as boas práticas e de acordo com sua preferência, durante seu TP. O PP não é apenas um documento, é, acima de tudo, uma estratégia para gerir expectativas e promover a tomada de decisões informadas (OE, 2021b). De acordo com Suárez-Cortés et al. (2015), o PP revela-se importante no princípio da autonomia, uma vez que possibilita o aumento do controle das mulheres sobre o processo do parto, já que se constitui uma ferramenta para a preparação para o parto capaz de diminuir os medos das mulheres com base na informação e comunicação proporcionadas, constituindo um processo de reflexão para as mulheres, o que contribui para a produção de um efeito positivo sobre a satisfação. A elaboração do PP permite às mulheres um pensamento crítico, reflexão das suas necessidades, limites e desejos, de acordo com as suas crenças, permitindo o seu autoconhecimento (Mouta et al., 2017). Com a elaboração do PP as mulheres sentem-se confiantes em relação ao parto, conseguem expressar as suas preferências e comunicar com a equipa profissional, além de ser considerado uma estratégia de prevenção face à violência obstétrica e de reafirmação dos seus direitos de acesso a assistência de qualidade (Santos et al., 2019). Segundo os mesmos autores, o PP permite a fala das mulheres parturientes, sendo importante que seja respeitado o direito das mulheres na sua elaboração pelos profissionais que as assistem no período pré-natal. Segundo o estudo deste mesmo autor, as mulheres referiram que o PP significa um respeito e tratamento que vai para além de aceitar o que escolheram, envolve cuidado, saber científico e gentileza que transmite segurança e conforto. As mesmas referem que sentiram parte dos profissionais de saúde, respeito, atenção e cuidados direcionados para elas durante o parto. Neste sentido, sobressai-se o papel do EEESMO, com o propósito de garantir à mulher grávida um cuidado integral de qualidade, transmitindo-lhe conhecimentos e orientações capazes de a tornar protagonista durante todo o processo. Assim, para o sucesso no período pré-natal, é necessário que, além de uma avaliação de risco, profissional seja capaz de um cuidado humanizado (Branco et al., 2022). Assim, as atividades planeadas estão detalhadas no quadro abaixo. Os resultados esperados coincidem com o fundamento das competências comuns e específicas do EEESMO estabelecidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE, 2019), essenciais para o desenvolvimento profissional e aquisição do grau académico e título profissional.

PLANO DE ATIVIDADES

Campo clínico	Objetivos	Atividades	Resultados Esperados	Processo de avaliação
Centro de Saúde- Unidade Cuidados na Comunidade	Objetivo 1. Cuidar a mulher inserida na família e comunidade no período pré-natal	1.1. Promove a saúde da mulher durante o período pré-natal	Promove a saúde da mulher durante o período pré-natal Informa e orienta sobre estilos de vida saudáveis na gravidez	Registos validados por supervisor: Boletim de Saúde da Grávida SCLINICO Protocolos do serviço
		1.2. Promove o plano de parto, aconselha e apoia a mulher na decisão	Providencia cuidados à mulher e facilita a sua adaptação, durante o período pré-natal Concebe e planeia programas, projetos e intervenções de promoção de saúde pré-natal	

		1.3. Promove a participação nos programas de preparação para o parto e nascimento	Concebe, planeia e implementa programas de preparação para o parto e parentalidade responsável Concebe, planeia e implementa programas e intervenções de promoção de aleitamento materno	Sessão de preparação para o parto Folheto informativo Cartaz
	Objetivo 2. Cuidar a mulher inserida na família e comunidade no período pós-natal	2.1. Promove a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal	Informa e orienta sobre recursos disponíveis na comunidade passíveis de responder às necessidades da puérpera e recém-nascido; Informa e orienta a mulher sobre sexualidade e contraceção no período do pós-parto Concebe, planeia e implementa programas de recuperação pós-parto	Registos curriculares: Exames pré-natais
Urgência de Obstetria e Ginecologia/Internamento de Grávidas	Objetivo 3. Cuidar a mulher/casal no período pré-natal	3.1. Prestação de cuidados de enfermagem a grávidas patológicas	Promove a saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento.	Registos validados por supervisor: Partograma SCLINICO Protocolos do serviço Atividades a desenvolver: Estudo de caso Folheto informativo Registos curriculares: Exames pré-natais
		3.2. Prestação de cuidados de enfermagem a grávidas de termo	Diagnostica precocemente e previne complicações na saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento.	
		3.3. Prestação de cuidados de enfermagem a grávidas pré-termo	Providencia cuidados à mulher e facilita a sua adaptação, durante o período pré-natal e em situação de abortamento.	
		3.4. Prestação de cuidados de enfermagem a grávidas em indução do trabalho de parto	Avaliar bem-estar materno-fetal pelos meios clínicos e apropriados	
		3.5. Prestação de cuidados de enfermagem a grávidas com feto morto ou em processo de ILG	Atua de acordo com o plano de parto estabelecido com a mulher, com respeito pela sua tomada de decisão e garantindo intervenções de qualidade e risco controlado	
Urgência de Obstetria e Ginecologia: Bloco de Partos	Objetivo 4. Cuidar a mulher/casal durante o trabalho de parto	4.1. Prestação de cuidados de enfermagem a grávidas durante o trabalho de parto	Promove a saúde da mulher durante o trabalho de parto e otimiza a adaptação do recém-nascido à vida extrauterina Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e do recém-nascido Providencia cuidados à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez e/ou trabalho de parto Atua de acordo com o plano de parto estabelecido com a mulher, com respeito pela sua tomada de decisão e garantindo intervenções de qualidade e risco controlado	Registos validados por supervisor: Partograma SCLINICO Protocolos próprios Atividades a desenvolver: Ação de formação aos profissionais de saúde sobre PP Registos curriculares: Número/tipo de partos Revisão temática relacionada com plano de parto Recolha e análise de dados pertinentes ao tema
			Promove a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal (puerpério imediato)	
			Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e recém-nascido durante o período pós-natal (puerpério imediato)	

			Providencia cuidados nas situações que possam afetar negativamente a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal	
Serviço de Obstetria/puerpério	Objetivo 5. Cuidar a mulher/casal durante o período pós-natal	5.1.Prestação de cuidados de enfermagem a puérperas durante o internamento	Promove a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e recém-nascido durante o período pós-natal	Registos validados por supervisor: SCLINICO Aleitamento Materno Protocolos próprios Boletim de Saúde da Grávida Boletim de Saúde Infantil e Juvenil Registos curriculares: Cuidados a puérperas
		5.2.Prestação de cuidados de enfermagem a recém-nascidos durante o internamento	Providencia cuidados nas situações que possam afetar negativamente a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal Atua de acordo com o plano de parto estabelecido com a mulher, com respeito pela sua tomada de decisão e garantindo intervenções de qualidade e risco controlado Artigo 7º 1 - b) Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados	

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

Tarefas	Ano 2023				Ano 2024											
	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
Reuniões para elaboração do projeto																
Revisão de Bibliografia																
Elaboração do Projeto																
Submissão do Projeto																
Recolha de informação																
Tratamento e análise de informação																
Redação do Relatório Final																
Entrega do Relatório Final																
Discussão do Relatório Final																

REFERÊNCIAS

- Branco, J. S. M. C., Silva, L. dos S. B., Silva, J. L. de S., Sousa, K. K. B. de, Sousa, M. C. R. de, Araújo, R. V., & Gomes, R. de C. (2022). A importância do plano de parto para autonomia da parturiente. *Research, Society and Development*, 11(7), Art. 7. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i7.30102>
- Mouta, R. J. O., de Almeida Silva, T. M., de Melo, P. T. S., de Souza Lopes, N., & dos Anjos Moreira, V. (2017). Plano de parto como estratégia de empoderamento feminino. *Revista Baiana de Enfermagem*31, (4).
- OE. (2021a). Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde materna e obstétrica. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23179/ponto3_padr%C3%B5es-qualidade-dos-cuidados-esmo.pdf
- OE. (2021b). Pronúncia da mesa do Colégio da Especialidade de enfermagem de saúde materna e obstétrica n.º16/2021. *Acedido em*, v. 2, n. 09, p. 2021, 2021.
- OE. (2019a). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista n.º 140/2019. *Diário da República* n.º 26/2019, Série II, 4744-4750.
- OE. (2019b). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. *Diário da República* n.º 85/2019, Série II, 13560- 13565.
- República, A. d. (4 de Março de 2009). *Diário da República*, 1.ª série — N.º 44 — 4 de Março de 2009. 1466-1530.
- Portugal. (2009). Reconhecimento das Qualificações Profissionais. Decreto-Lei n.º 9/2009. *Diário da República* n.º 44/2009, Série I de 04-03-2009, 1466-1530.
- Portugal. (2019). Aviso n.º 15812/2019 de 7 de outubro: Alteração do ciclo de estudos conducente ao grau de mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Universidade de Évora. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 192.
- Santos, F. S., Souza, P. A., Lamsky, S., Oliveira, B. J., Matezinhos, F. P., Abreu, A. L. N., Souza, K. V., & Pena, É. D. (2019). Os significados e sentidos do plano de parto para as mulheres que participaram da Exposição Sentidos do Nascer. *Cadernos de Saúde Pública*, 35(6), e00143718. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00143718>
- Suárez-Cortés, M., Armero-Barranco, D., Canteras-Jordana, M., & Martínez-Roche, M. E. (2015). Use and influence of Delivery and Birth Plans in the humanizing delivery process. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(3), 520-526. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0067.2583>

APÊNDICE B – Resumo da Revisão Integrativa da Literatura

TOMADA DE DECISÃO DA MULHER EM TRABALHO DE PARTO: CONTRIBUTOS DO PLANO DO PARTO

Maria Bessa, Unidade Saúde Local do Algarve,
Enfermeira e Mestranda em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, Universidade de Évora,
mariafpintobessa@gmail.com

Ana Frias, Universidade de Évora,
Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus, Investigadora na Comprehensive Health Research Centre (CHRC),
Professora Doutora. anafrias@uevora.pt

RESUMO

Introdução: O Plano de Parto permite à mulher e pessoa significativa expressar antecipadamente as suas preferências em relação ao momento do parto. Através deste pode comunicá-las antecipadamente aos profissionais de saúde. **Objetivo:** Analisar o contributo do Plano de Parto e seu impacto na tomada de decisão da mulher durante o trabalho de parto. **Metodologia:** Recorreu-se a uma revisão integrativa da literatura, com recurso às bases de dados; *EBSCOhost*, *Cochrane Library*, *PubMed* e Biblioteca Virtual em Saúde. Após definidos os descritores e aplicados os critérios de inclusão e de exclusão, obteve-se um total de 7 artigos. **Resultados:** O Plano de Parto promove o parto fisiológico, melhora a comunicação com os profissionais de saúde, facilita a participação ativa da mulher na tomada de decisão e aumenta a sua satisfação, contribuindo para uma experiência de parto mais positiva. As aulas de preparação para o parto incentivam a elaboração do Plano de Parto, enquanto o aconselhamento do enfermeiro obstetra apoia a tomada de decisão. **Conclusão:** O Plano de Parto facilita a tomada de decisão partilhada durante o parto e deve ser elaborado no pré-natal após a mulher receber a informação necessária promovendo a gestão de expectativas e a tomada de decisão informada. O Enfermeiro Obstetra desempenha um papel crucial na promoção do Plano de Parto, dada a sua importância para uma experiência de parto mais positiva e humanizada.

Descritores (DeCS): Empowerment, mulher, parto humanizado, tomada de decisão, trabalho de parto.

APÊNDICE C – Resumo de Relato de Caso

GRAVIDEZ DE TERMO SUBMETIDA A INDUÇÃO DE TRABALHO DE PARTO: UM RELATO DE CASO

Maria Fernandes Pinto Bessa, Mónica Sofia Pereira Santos, Ana Maria Aguiar Frias

RESUMO

Objetivo: Elaborar uma proposta de plano de cuidados de enfermagem com enfoque na indução do trabalho de parto numa utente com uma gravidez de termo, que apresenta polihidrâmnios moderado, com associação de outros antecedentes pessoais. **Métodos:** Relato de caso organizado segundo as diretrizes do CAse REport, referente a uma utente do sexo feminino, de 42 anos, grávida de 40 semanas e 2 dias, com polihidrâmnios moderado, submetida a uma indução do trabalho de parto. Para a colheita de dados foi usado o Modelo Teórico de Nancy Roper (modelo das atividades de vida diária) e para a elaboração do plano de cuidados de enfermagem, foi utilizada a taxonomia Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE,2019). **Resultados:** Identificaram-se três diagnósticos relativos à patologia e situação individual: Ansiedade; Dor período de dilatação cervical; Trabalho de Parto. **Conclusões:** Este relato de caso contribuiu para a análise das exigências da prestação de cuidados de enfermagem baseados em evidencia científica, de modo a responder às necessidades identificadas e à especificidade da grávida com esta patologia, sem esquecer uma abordagem holística.

Descritores: Polihidrâmnios; Cuidados de Enfermagem; Diagnóstico de Enfermagem; Estudo de Caso.

APÊNDICE D – Pôster Científico sobre “Utilização De Contraceção Após O Parto:
Contributos Do Enfermeiro Obstetra Na Tomada De Decisão Da Puérpera”

UNIDADES DE CUIDADOS NA
MATERNIDADE LIDERADAS POR
EESMO/PARTEIRAS

XXV Congresso Nacional
E IX Internacional APEO
2 e 3 de Maio

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
ALGARVE
U. evora
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SÃO JOÃO DE DEUS

UTILIZAÇÃO DE CONTRACEÇÃO APÓS O PARTO: CONTRIBUTOS DO ENFERMEIRO OBSTETRA PARA A TOMADA DE DECISÃO DA PUÉRPERA

Maria Bessa¹, Catarina Guiomar¹, Carla Albino¹, Ana Frias²

Unidade Saúde Local do Algarve¹, Universidade de Évora²

INTRODUÇÃO

Tanto as gravidezes não planeadas, como os intervalos intergestacionais curtos, podem ter um impacto negativo na saúde materna e infantil^{1,2}. Segundo a WHO³ o planeamento familiar permite que se alcance o número desejado de filhos e determine o espaçamento entre gravidezes, com ganhos na redução da mortalidade e morbilidade materna. Isto é alcançado através da informação, educação e uso de métodos contraceptivos.

OBJETIVOS

Identificar como pode a intervenção autónoma do enfermeiro obstetra contribuir para a tomada de decisão da mulher sobre a contraceção após o parto.

RESULTADOS

Nos cinco artigos analisados, maioritariamente os enfermeiros obstetras reconhecem que faz parte das suas competências o aconselhamento sobre contraceção nos diferentes momentos de contacto com as mulheres. Este é privilegiado em todo o ciclo gravídico-puerperal, e permite aos enfermeiros obstetras oportunidade de o realizarem diferentes momentos, sendo a elevada conveniência e o estabelecimento de uma relação de confiança com as mulheres uma mais valia apontada em três dos artigos analisados. As barreiras na prestação de aconselhamento contraceptivo referidas nos artigos mostram-se na figura 1.

CONCLUSÕES

As implicações práticas sobre a temática da contraceção no pós-parto realizada por enfermeiras obstétricas passam pelo o apoio institucional para superar barreiras estruturais, como o acesso insuficiente ao desenvolvimento profissional contínuo, o reconhecimento do seu papel na contraceção como parte integral dos cuidados prestados e não uma adição marginalizada¹⁵.

A possibilidade de continuidade de cuidados à mulher permite o tempo, autonomia e oportunidade para os enfermeiros obstetras realizarem aconselhamento contraceptivo, garantindo assim o melhor esclarecimento e aprovisionamento de contraceção a todas as mulheres que o pretendem no período do pós-parto⁶.

METODOLOGIA

Realizou-se uma revisão sistemática da literatura, com recurso às seguintes bases de dados:
PubMed, Web of Science e CINAHL

[DeCs: contraceptive; postpartum women; nurse midwives.]

Após aplicados os critérios de inclusão e exclusão, obteve-se um total de 5 artigos analisados. A questão orientadora de pesquisa foi: “Qual a intervenção do enfermeiro obstetra no processo de escolha de contraceção no período do pós-parto?”

Fig.1- Barreiras referidas pelos enfermeiros obstetras

Barreira	Porcentagem
Falta de Competência Prática	43%
Falta de Tempo	28,5%
Conflito de Valores	28,5%

REFERÊNCIAS

Consulte as referências bibliográficas através deste código.

SCAN ME

Lisboa
Portugal

APÊNDICE E – Resumo do Artigo Científico da APEO

UTILIZAÇÃO DE CONTRACEÇÃO APÓS O PARTO: CONTRIBUTOS DO ENFERMEIRO OBSTETRA NA TOMADA DE DECISÃO DA PUÉRPERA

Maria Bessa, Unidade Saúde Local do Algarve,
Enfermeira e Mestranda em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, Universidade de Évora,
mariafpinto@uevora.pt

Catarina Guiomar, Unidade Saúde Local do Algarve
Enfermeira Especialista de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, cguiomar@chua.min-saude.pt

Carla Albino, Unidade Saúde Local do Algarve
Enfermeira Especialista de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, calbino@ch.algarve.min-saude.pt

Ana Frias, Universidade de Évora,
Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus, Investigadora na Comprehensive Health Research Centre (CHRC),
Professora Doutora. anafrias@uevora.pt

RESUMO

Introdução: Tanto as gravidezes não planeadas, como os intervalos intergestacionais curtos, podem ter um impacto negativo na saúde materna, infantil. Existem várias complicações associadas a um intervalo intergestacional curto (um intervalo de menos de 12-18 meses entre o nascimento de um bebé e a conceção do próximo), incluindo um aumento do risco de complicações obstétricas, diabetes gestacional, parto prematuro e morte neonatal^{1,2}. Segundo o Department of Sexual and Reproductive Health and Research (SRH) e a World Health Organization (WHO)³, o planeamento familiar permite que se alcance o número desejado de filhos e determine o espaçamento entre gravidezes, com ganhos na redução da mortalidade e morbilidade materna. Isto é alcançado através da informação, educação e uso de métodos contraceptivos. Segundo a Sociedade Portuguesa de Contraceção (SPC)⁴, ainda persistem necessidades não satisfeitas com a contraceção em todo o mundo. O Atlas Europeu de Política de Contraceção de 2024, coloca Portugal em sétimo lugar a nível do ranking dos países analisados e inclui os contraceptivos gratuitos no sistema nacional de saúde, inclusive os LARC (*long-acting reversible contraception*)⁵. As recomendações do Royal College of Obstetricians & Gynaecologists⁶, reforçam que os profissionais de saúde devem beneficiar da oportunidade de contato com as mulheres logo durante o período pré-natal e pós-parto, para providenciar informação e aconselhamento sobre as opções de contraceção disponíveis após o parto. Com destaque para as competências do Enfermeiro Obstetra deve-se procurar fornecer cuidados centrados na individualidade de cada pessoa ao fornecer informações sobre contraceção no período do pós-parto. Deve ser permitida à mulher uma tomada de decisão livre, após uma partilha de informação, baseada na evidência científica, que lhe permita ter as ferramentas necessárias para a sua escolha, ou não, de um método contraceptivo⁶. **Objetivo:** Identificar como pode a intervenção autónoma do Enfermeiro

Obstetra contribuir para a tomada de decisão da mulher sobre a contraceção após o parto. **Materiais e Métodos:** Recorreu-se a uma revisão sistemática da literatura, com recurso às bases de dados *PubMed*, *Web of Science* e *CINAHL*. Após definidos os Descritores em Ciências da Saúde (DeCs): “contraceptivo”, “período pós-parto”, “enfermeiro obstetra” e o operador booleano “AND”, procedeu-se à aplicação dos critérios de inclusão e exclusão. Assim, totalizaram-se cinco artigos científicos. **Resultados e Conclusão:** Nos estudos analisados, os Enfermeiros Obstetras reconhecem que faz parte da sua competência o aconselhamento sobre contraceção nos diferentes momentos de contato com as mulheres. No entanto, requerem mais competência prática na aplicação de métodos como o implante subcutâneo e o Dispositivo Intra Uterino (DIU)^{7,13}. Referem ainda que o apoio institucional é necessário para superar barreiras estruturais, como o acesso insuficiente ao desenvolvimento profissional contínuo, o reconhecimento do seu papel na contraceção como parte integral dos cuidados prestados e não uma adição marginalizada¹³. Discutir e fornecer contraceção antes das mulheres saírem do hospital após o parto pode prevenir uma gravidez precoce e repetida, assim como os riscos associados a ela⁷. A implementação bem-sucedida de contraceção para as mulheres no pós-parto, depende de uma rede de profissionais de saúde bem informados, motivados e qualificados, sendo necessário avaliar e abordar as necessidades de identificação e formação de todos os grupos relevantes¹². As competências específicas do Enfermeiro Obstetra capacitam-no de forma autónoma, para abordar as puérperas, de modo a facilitar a sua tomada de decisão, através da recolha de informações para a ajudar a determinar os métodos contraceptivos que considerem ser o mais adequado para elas, identificar quaisquer contraindicações associadas ao método da sua preferência e partilhar informações sobre a sua adequabilidade no período do pós-parto.

Palavras-chave: contraceptivo; período pós-parto; enfermeiro obstetra.

APÊNCIDE F – Registo de Vigilâncias ao longo do ENPRF

REGISTO DE VIGILÂNCIAS AO LONGO DO ENPRF

1 - Vigilância e prestação de cuidados à grávida ☐ Exames pré-natais (100)	199
2 - Vigilância e prestação de cuidados à parturiente	
☐ Partos eutócicos (40) -----	46
☐ Participação activa em partos pélvicos -----	0
☐ Participação activa em partos gemelares -----	0
☐ Participação activa noutros partos -----	19
☐ Episiotomia -----	5
☐ Episiorrafia / perineorrafia-----	25
3 - Vigilância e prestação de cuidados a mulheres em situação de risco (40)	
☐ Gravidez -----	60
☐ Trabalho de parto -----	72
☐ Puerpério -----	51
4 - Vigilância e prestação de cuidados a puérperas saudáveis (100)	105
5 - Vigilância e prestação de cuidados a RN saudáveis (100)	109
6 - Vigilância e prestação de cuidados a RN de risco	33
7 - Vigilância e prestação de cuidados a mulheres com afecções ginecológicas.	48

APÊNDICE G – Formação em serviço “Estratégias Não Farmacológicas de alívio da dor no Trabalho de Parto”



Estratégias não farmacológicas de alívio da dor no trabalho de parto

Ano letivo 2023/2024

EEESMO Mónica Santos
EEESMO Lurdes Tiago

Professora Orientadora Ana Frias
Professora Orientadora Otilia Zangão

AEEESMO Cristiana Teixeira
AEEESMO Maria Bessa

“É uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a lesão tecidual real ou potencial, ou descrita em termos de uma tal lesão.”
(IASP, 1979)

“A dor em obstetria não distante de uma outra dor aguda, é igualmente subjetiva e maioritariamente, influenciada e experienciada de acordo com as crenças, valores, religião, comunidade/família em que a grávida/casal se insere.”
(Nené, Marques & Batista, 2016)

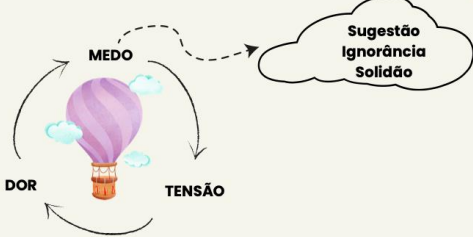
DOR

O medo e a tensão são fatores que influenciam a perceção da dor no trabalho de parto, levando a comportamentos de descontrolo e desespero, muitas vezes resultando no uso de analgesia.
(Frias & Franco, 2010)

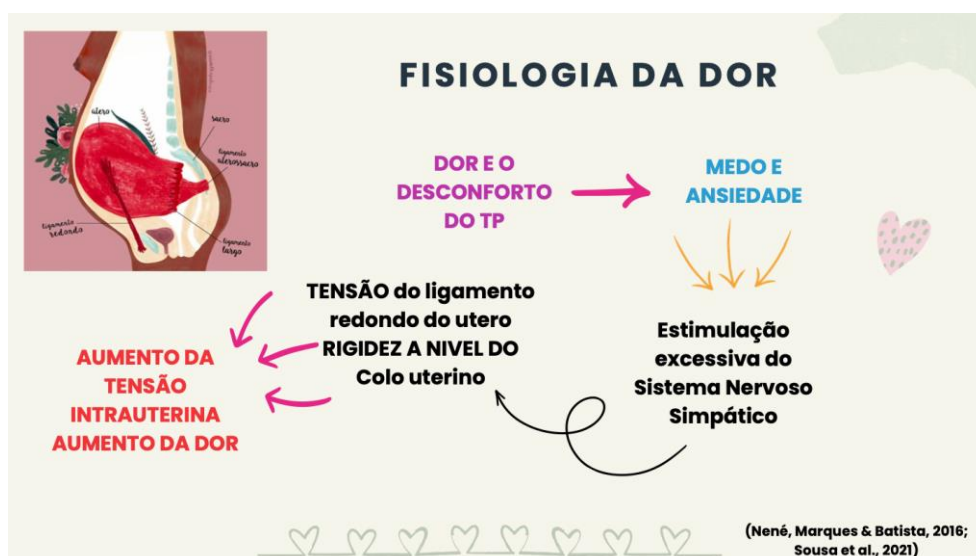
DOR

Dick-Read e Lamaze no sec. XIX e XX afirmam:

“O parto é um fenómeno natural, primitivamente indolor ou acompanhado de uma **sensação dolorosa perfeitamente suportável**. O sofrimento e as dores cruciantes que muitas mulheres civilizadas referem, são **consequencia do medo**.”

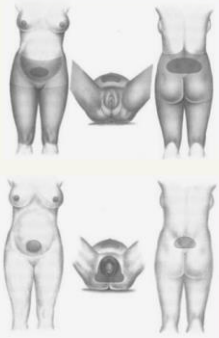


(Saidah et al, 2021).





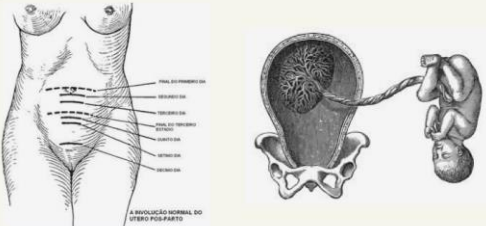
Localização da dor: 2ºEstadio



- Dor no períneo relacionada com a compressão da apresentação fetal e com a distensão do pavimento pélvico e períneo.
- Dor mais intensa e bem localizada
- A percepção dá-se ao nível da região sagrada S2-S4.

(Nené, Marques & Batista, 2016; Sousa et al., 2021)

Localização da dor: 3º e 4º estadio



- Dequitação
- Involução uterina
- Com o passar do tempo os tecidos recuperam e os estímulos dolorosos diminuem de intensidade

(Nené, Marques & Batista, 2016; Sousa et al., 2021)

MEDIDAS DE ALIVIO DA DOR: NÃO-FARMACOLOGICAS

Aromaterapia

Técnicas Respiratórias

Hidroterapia (duche quente)

Musicoterapia

Massagem

Eletroestimulação (TENS)

Deambulação e alternância de posicionamentos

Acupuntura e acupressão

Cromoterapia

REBOZO

Hipnoterapia

Bola de parto

Hidroterapia e Terapia de Calor



- Promove o relaxamento
- Reduz o recurso a métodos farmacológicos
- Liberta endorfinas
- Alívio da dor
- Diminui as hormonas de stress
- Temperatura de 37°
- Duração mínima de 20 minutos

Reduz a ativação do sistema nervoso simpático



(Nené, Marques & Batista, 2016; Prata 2021))

DEAMBULAÇÃO E ALTERNÂNCIA DE POSICIONAMENTOS

A verticalização:



- Promove um Aumento do fluxo sanguíneo no utero e o aporte de oxigénio para o feto
- Ação da gravidade-> **facilita a rotação e descida do apresentação fetal**
- Duração do trabalho de parto
- **Benefícios psicoafetivos**-> Sensação de controlo e envolvimento pela mulher



(Taborda Amaro et al., 2021)

DEAMBULAÇÃO E ALTERNÂNCIA DE POSICIONAMENTOS



Litotomia ou ginecológica



Semi-sentada



Lateralizada



De cócoras



Quatro apoios



Verticalizada



Com apoio

DEAMBULAÇÃO E ALTERNANCIA DE POSICIONAMENTOS: BOLA DE PILATES



- Promove o relaxamento
- Alívio da dor
- Melhora a postura corporal
- Dilatação cervical mais rápida
- Adaptação a diferentes posições
- **Mobilidade** – permite a descida do feto e a rotação



(Silva et al., 2023)



MÚSICOTERAPIA

- Promove o relaxamento
- Liberta endorfinas
- Reduz o stress
- Estimula a imaginação e as respostas a nível do tálamo, onde os sentimentos e as emoções são transmitidos para o hemisfério cerebral direito

Segundo, Valencia et al (2019)

- Atua diretamente no Sistema Nervoso Simpático
- Não induz apenas resultados afetivos por parte da grávida
- Redução da tensão arterial, frequência cardíaca e na frequência respiratória

(Nené, Marques & Batista, 2016; Valencia et al 2019)



AROMATERAPIA

- Promove o relaxamento
- Liberta endorfinas
- Reduz o stress
- Estimula a imaginação e as respostas a nível do tálamo, onde os sentimentos e as emoções são transmitidos para o hemisfério cerebral direito

A escolha deve depender da fase de trabalho de parto

(Nené, Marques & Batista, 2016)



AROMATERAPIA

- **Alfazema/Lavanda**- antiespasmódica, antimicrobiana, cardiotónica, antiemética, estimulante respiratório
- **Camomila**- sedativo, calmante e analgésico.
- **Tangerina ou laranja doce**- revitalizante, estimulante e ativador da circulação
- **Hortelã-pimenta**- descongestionante, analgésico, antiespasmódico, refrescante e antidepressivo
- **Salvia**- analgésico, anestésico, estimulante das contrações

(**Diluição**- 1 gota de óleo essencial para 10 cc de água)



(Nené, Marques & Batista, 2016; Correa, 2022))



CROMOTERAPIA

“A luz consiste em radiação eletromagnética, que é capaz de gerar impulsos elétricos e correntes magnéticas. Estes são os principais ativadores da bioquímica e dos processos hormonais do corpo humano.”

- Promove o relaxamento
- A intensidade da luz e a cor promovem um ambiente tranquilo
- Cada cor corresponde a um estímulo
- **Trabalho de parto**: utiliza-se cores quentes (**laranja, vermelho e rosa**)
- **Ameaça de Parto pré-termo/ pré-eclampsia**: utiliza-se cores mais frias (**azul, verde, lilás**)



(Nené, Marques & Batista, 2016)

MASSAGEM



“É tida como um **potente estímulo** mecânico que produz um efeito **analgésico** de curta duração, inibindo os neurónios de transmissão da dor e podem ainda, influenciar a secreção de certas hormonas de stress, como o cortisol”.



(Nené, Marques & Batista, 2016; Baljon et al. 2022)

MASSAGEM



- Promove o relaxamento
- Liberta endorfinas
- Reduz o stress e ansiedade
- Participação ativa do companheiro



(Nené, Marques & Batista, 2016; Baljon et al. 2022)

ELETROESTIMULAÇÃO NERVOSA TRANSCUTÂNEA (EENT)

MECANISMO DE AÇÃO

Uso de pequenos impulsos elétricos através da pele para os nervos e sistema nervoso central.

A **Teoria Gate Control** sugere que esses impulsos **competem** com os sinais de dor, atenuando ou bloqueando a percepção da dor pelo cérebro.

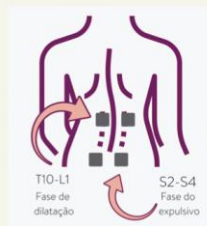


Estímulos não dolorosos (por exemplo, toque, vibração, massajar, pressionar) podem fechar esse “portão”, impedindo ou reduzindo a transmissão dos sinais de dor para o cérebro.



(Coutinho et al. 2021)

ELETROESTIMULAÇÃO (TENS)



- Promover o relaxamento
- Libertar endorfinas
- É mais eficaz numa fase inicial de trabalho de parto
- Participação ativa da grávida (aumenta/diminui a intensidade conforme se sente mais confortável)
- É portátil e de fácil manuseamento
- O único efeito adverso relatado é a reação aos eletrodos na pele
- Pode ser usado em conjunto com outros métodos, incluindo métodos farmacológicos.



((Nené, Marques & Batista, 2016; Coutinho et al. 2021)

Acupuntura e acupressão



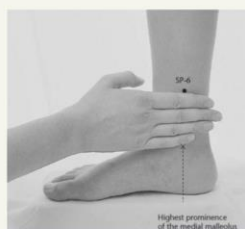
- Origem medicina tradicional chinesa, e consiste em estimular pontos de acupuntura.
- Estimulação que pode ser gerada quer por agulhas, quer pela pressão das mãos e dos dedos exercida nestes pontos associados à dor
- Modificação da Percepção da Dor por Estímulo das Endorfinas

(Mafetoni & Shimo, 2016)

Acupuntura e acupressão



Ponto Hegu (IG4)



Ponto Sanyinjiao (SP6)

(Mafetoni & Shimo, 2016)

TÉCNICA DE UTILIZAÇÃO DO PENTE

Estas técnicas surgiram da teoria “*Gate Control*” cujo qual se acredita que a estimulação de pontos específicos podem estimular fibras que transmitem impulsos a espinhal medula.



- Recetores de Dor por Todo o Corpo
- Objetivo de Dar Outro Estímulo Doloroso nas Terminações Nervosas da Mão
- Criação de outro foco de dor para desfocar a dor das contrações
- Estímulo doloroso intencional para modulação da dor

(Rodríguez et al. 2023)

REBOZO



- Preferencialmente 95% algodão, 5% elastano

- O rebozo tem diversas funções, pode ser utilizado como **apoio do útero gravídico, alívio do peso durante a gravidez, mas também como instrumento para massagem**, que pode ser aplicada durante a gravidez e parto
- Pode ser aplicado nas costas, cintura, pelve, ombros ou barriga, com movimentos leves, que soltam os músculos, proporcionando relaxamento.

(Vinaver et al. 2018)

REBOZO

MOVIMENTO EM POSIÇÃO DE PÉ



- Relaxamento da região lombar e da região pélvica.

MASSAGEM DAS COSTAS - POSIÇÃO DEITADA DE LADO



- Relaxamento geral

MASSAGEM DAS COSTAS - ACONCHEGO SENTADA



- Relaxamento das costas e do tronco.

MASSAGEM DA BARRIGA – EM QUATRO APOIOS



- Relaxamento da pele e do pavimento pélvico;
- Relaxamento da parte inferior das costas;
- Embalar o bebé dentro da barriga.



(Oliveira, 2016; Reis et al., 2022)



REBOZO

MASSAGEM DO QUADRIL – EM QUATRO APOIOS



- Relaxamentos do pavimento pélvico e do quadril
- Apoio durante a fase expulsiva.

MASSAGEM DA PELVE – ACONCHEGO EM POSIÇÃO DEITADA



- Relaxamento geral



“PENDURAR-SE NO REBOZO”



- Relaxamento
- Diminuir pressão sobre a metade inferior do corpo

O REBOZO E A BOLA SUÍÇA



- Relaxamento pavimento pélvico e região da pelve.

(Oliveira, 2016; Reis et al., 2022)

CONCLUSÃO

- Apesar de, já existirem evidências científicas relativamente ao uso de terapias não farmacológicas para o alívio da dor, estas não são ainda uma prática recorrente durante a gravidez e trabalho de parto.
- É ainda necessária uma mudança global de mentalidades, de forma a quebrar os estigmas relativos à sua utilização.
- O EEESMO tem uma intervenção essencial em incentivar a utilização dos diferentes métodos não farmacológicos, investir na formação para que sustente a prática baseada na evidência, com recurso ao conhecimento e ao treino.

Obrigada pela vossa atenção!

(APEO, 2021; Traihão & Carteiro, 2021)

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2020). *Physical activity and exercise during pregnancy and the postpartum period. Committee Opinion No. 804*. Obstetrics and Gynecology, 135(4), e178–e188. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003772>
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2020). *Nonpharmacologic approaches to pain management during labor. ACOG Committee Opinion No. 810*. Obstetrics and Gynecology, 135(2), e136–e142. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003675>
- Andrés, J., Villamizar, S. R., Andrea Barrantes Arrieta, Nélida Hurtado Sará, Hernando, J., Servín, C. A., Terán, L. M., & Moreno, O. (2022). Anestesia epidural obstétrica: actualización. *Revista Científica Multidisciplinar Ciencia Latina*, 6(4), 4541–4554. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v6i4.2954
- Baljon, K., Romli, M. H., Ismail, A. H., Khuan, L., & Chew, B.-H. (2022). Effectiveness of Breathing Exercises, Foot Reflexology and Massage (BRM) on Maternal and Newborn Outcomes Among Primigravidae in Saudi Arabia: A Randomized Controlled Trial. *International Journal of Women's Health*, Volume 14, 279–295. <https://doi.org/10.2147/ijwh.s347971>
- Carneiro, M., Raquel, H., & Pacheco, J. (2014). ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica UM PERCURSO RETROSPECTIVO DO PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS. Implicações da Manobra de Valsalva no Segundo Período do Trabalho de Parto: Revisão Integrativa da Literatura. Relatório de Estágio Relatório Final de Estágio orientado pela Prof.(a) Doutor(a). <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9738/1/implica%C3%A7%C3%B5es%20da%20MV%20so%202PTP-RIL%20HeloisaPacheco.pdf>
- Coutinho, E., Dias, H., Santos, M. J., Leitão, A. L., Pires, A. S., Feliciano, A., Pereira, C. N., Loureiro, M. P., Rasteiro, R., Martins, S., & Machado, V. (2021). Promoção de saúde da mulher : desafios e tendências. In repositório.ipv.pt. Escola Superior de Saúde de Viseu. <https://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/7076>
- Frias, A., & Franco. (2010). Sistema de Informação Científica. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1), 53–61. <https://www.redalyc.org/pdf/3498/349832325005.pdf>
- Ina May Gaskin. (2008). *Ina May's Guide to Childbirth*. Bantam.
- Lisa, H., & Jane, S. (2019). *Effect of Peanut Ball and Position Changes in Women Laboring With an Epidural*. *Nursing for women's health*, 23(3). <https://doi.org/10.1016/j.nwh.2019.04.004>
- Melo, J. (2019). INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF. FERNANDO FIGUEIRA -IMIP PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM SAÚDE INTEGRAL PROGRAMA DE MESTRADO EM SAÚDE INTEGRAL VOCALIZAÇÃO DURANTE O PERÍODO EXPULSIVO DO TRABALHO DE PARTO PARA PREVENÇÃO DE TRAUMA PERINEAL: ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO. <http://higia.imip.org.br/bitstream/123456789/600/1/JOANA%20NUNES.pdf>
- Ministério da Saúde. (2018). Programa Nacional de Vigilância da Gravidez de Baixo Risco. Recuperado em 3 de abril de 2023, de <https://www.mgfamiliar.net/wp-content/uploads/ProgNacVigGrav-2.pdf>
- Moraes, E. (n.d.). DOR DO PARTO VAMOS APRENDER COM ELA.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Néné, M., Marques, R., & Batista, M. (2016). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (Lidel, Ed.).
- O'Reilly, B., Bottomley, C., & Rymer, J. (2012). *Essentials of obstetrics and gynaecology*. Elsevier.
- Oliveira, V. (2016). Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica A Utilização do Rebozo Durante o Trabalho de Parto - Uma Intervenção do EEESMO para a Promoção do Conforto da Parturiente. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/18979/1/Relat%3c3%b3rioEst%3c3%algio6CMESMOFINAL.pdf>
- Reis, D., Gonçalves, F. J. R., Silva, Z., Guimarães, D. M., Dias, M. R. G., Batista, P. V. de S., Araújo, R. V., Magalhães, Juliana M., Santos, K. E. da S., & Lima, L. da C. (2022). Os benefícios da massagem no trabalho de parto | Revista Eletrônica Acervo Saúde. <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/10818>
- Rodríguez, M. Á. C., Martínez-Flores, S., Osa, R. M.-R., & Oliveros, M. L. (2023). Effects of Acupressure on Maternal and Neonatal Obstetric Outcomes during Labor: Study Protocol. *Healthcare*, 11(14), 2111–2111. <https://doi.org/10.3390/healthcare11142111>
- Saidah, K., Saidah, T. K., Saidah, M. K., Hanna, C. M. S., & Hanna, L. M. (2021). Assistência ao Parto. Ética em Ginecologia e Obstétrica, 31.
- Serviço Nacional de Saúde. (s.d.). Guia para Grávidas. Recuperado em 3 de abril de 2023, de <https://www.sns24.gov.pt/guia/guia-para-gravidas/>
- Silva, C. B. d. O., Rodrigues, K. M. D., Zoldan, C., Nomura, R. M. Y., Júnior, E. A., & Peixoto, A. B. (2023). *Nonpharmacological Methods to Reduce Pain During Active Labor in A Real-life Setting*. *Revista brasileira de ginecologia e obstetrícia : revista da Federacao Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia*, 45(1). <https://doi.org/10.1055/s-0042-1759629>
- Souza, E. (2019). 14. DOR NO TRABALHO DE PARTO. GUIA PRÁTICO PARA O MANEJO DA DOR SUMÁRIO 1. História da Dor.
- Sousa, M. R. S., Coêlho, L. P. I., Silva, K. G. S. da, Silva, E. B. da, Azevedo, S. M. D., Santos, T. C. O., Kretzer, O. C., Coimbra, L. L. M., Borba, F. de L., Leão, G. do C., Sousa, D. de D. C., França, R. O., Sousa, F. da S., Santos, M. E. L. de C., Coelho, L. B. de S., Silva, A. K. P. da, Santos, P. V. M., Ferreira, R. N., Silva, R. T., & Rufino, V. S. P. (2021). Métodos não farmacológicos para alívio da dor durante o trabalho de parto. *Research, Society and Development*, 10(15), e109101522572–e109101522572. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i15.22572>
- Taborada Amaro, C. I., Dias, H., De Oliveira Santos, M. J., Batista Nelas, P. A. de A., & De Carvalho Coutinho, E. (2021). Benefícios da verticalização do parto. *Revista INFAD de Psicologia*. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1), 491–502. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2021.n1.v1.2130>
- World Health Organisation. (2018). Intrapartum care for a positive childbirth experience. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf?sequence=1>



Ficha de Curso
Curso: Estratégias Não Farmacológicas de Alívio da Dor no Trabalho de Parto
Ação:
Fundamentação A formação destina-se a capacitar a equipa de enfermagem com conhecimentos atualizados e práticos sobre métodos alternativos e complementares para o alívio da dor durante o trabalho de parto. Identifica-se a importância do cuidado centrado na mulher e a procura de intervenções menos invasivas, esta formação visa promover práticas baseadas em evidências científicas, garantindo o conforto, segurança e bem estar para a parturiente e para o bebé.
Objetivos gerais - Capacitação teórica e prática da equipa de enfermagem no alívio da dor não farmacológico; - Promover práticas baseadas em Evidência; - Fortalecer o cuidado centrado na mulher;
Objetivos específicos - Identificar e descrever estratégias não farmacológicas no alívio da dor; - Aplicar técnicas de alívio da dor em ambiente prático; - Fomentar a comunicação e apoio à parturiente;
Conteúdo programático (resumo) - Introdução fisiologia da dor no trabalho de parto; - Estratégias não farmacológicas de alívio da dor; - Aplicação prática e simulação;
Metodologia aplicada Expositiva.
Área de Formação Saúde.
Modalidade (presencial, à distancia, blended): Presencial e online.
Destinatários Enfermeiros e Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica.
Número de formandos: Equipa de enfermagem.



Formador (es) (indicação do (s) nome (s), categoria (s) e se são externos ou internos)

Nome	Categoria	Interno/ Externo
Fátima Cristiana da Costa Teixeira	Enfermeira	Interno
Maria Fernandes Pinto Bessa	Enfermeira	Interno

Data Prevista	Horário	Duração
22-01-2024	14:00h-16:00h	2 horas

Formas, instrumentos e critérios de avaliação previstos

Questionário de Satisfação.

Certificados de formação

Declaração de Formação em Serviço.

Formas de divulgação do curso

Cartaz e via mensagem.

Equipamento de Apoio

Computador, videoprojector, Microsoft teams.

Espaço pedagógico

Sala de formação.

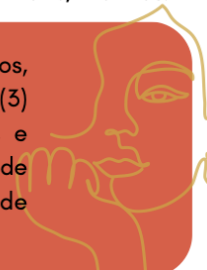
APÊNDICE H – Formação em Serviço “Utilização de Contraceção após o Parto: Contributos do Enfermeiro Obstetra na Tomada de Decisão da Puérpera”

UTILIZAÇÃO DE CONTRACEÇÃO APÓS O PARTO: CONTRIBUTOS DO ENFERMEIRO OBSTETRA PARA A TOMADA DE DECISÃO DA PUÉRPERA

Maria Bessa, Catarina Guiomar,
Carla Albino, Ana Frias.

INTRODUÇÃO

Tanto as gravidezes não planeadas, como os intervalos intergestacionais curtos, podem ter um impacto negativo na saúde materna e infantil (1,2). Segundo a WHO (3) o planeamento familiar permite que se alcance o número desejado de filhos e determine o espaçamento entre gravidezes, com ganhos na redução da mortalidade e morbilidade materna. Isto é alcançado através da informação, educação e uso de métodos contraceptivos.



OBJETIVO

Identificar como pode a intervenção autónoma do enfermeiro obstetra contribuir para a tomada de decisão da mulher sobre a contraceção após o parto.

METODOLOGIA

Realizou-se uma **revisão sistemática da literatura**, com recurso às seguintes bases de dados: *PubMed*, *Web of Science* e *CINAHL*.

..... TOTAL DE ARTIGOS>

5

RESULTADOS

Nos cinco artigos analisados os enfermeiros obstetras reconhecem que faz parte das suas competências o aconselhamento sobre contraceção nos diferentes momentos de contacto com as mulheres. Este é privilegiado em todo o ciclo gravídico-puerperal, e permite aos enfermeiros obstetras **oportunidade** de o realizarem **diferentes momentos**, sendo a **elevada conveniência** e a **relação de confiança** com as mulheres uma mais valia apontada em três dos artigos analisados.



BARREIRAS NA PRESTAÇÃO DE ACONSELHAMENTO

**Falta de competência prática
(43%)**

Conflito de valores (28,5%)

Falta de tempo (28,5%)

CONCLUSÕES

As implicações práticas sobre a temática da contraceção no pós-parto realizada por enfermeiras obstétricas passam pelo o apoio institucional para superar barreiras estruturais, como o acesso insuficiente ao desenvolvimento profissional contínuo, o reconhecimento do seu papel na contraceção como parte integral dos cuidados prestados e não uma adição marginalizada (15). A possibilidade de continuidade de cuidados à mulher permite o **tempo, autonomia e oportunidade** para os enfermeiros obstetras realizarem **aconselhamento contraceptivo**, garantindo assim o melhor esclarecimento e aprovisionamento de contraceção a todas as mulheres que o pretendem no período do pós-parto (6).



REFERÊNCIAS



APÊNDICE I – Modelo de Plano de Parto



Serviço de Obstetria/Ginecologia
Plano de Parto

(colante de identificação)

O nascimento em ambiente hospitalar caracteriza-se pela aplicação de tecnologia e procedimentos de forma a tornar-se mais seguro para a grávida e seu bebé/s, melhorando significativamente os indicadores de morbilidade e mortalidade materna e perinatal.

Também o direito e respeito à privacidade da grávida/acompanhante será sempre tido em conta. No entanto, devido às características académicas do Centro Hospitalar Universitário do Algarve (CHUA), pode nalgum momento notar a presença de estudantes em formação. Contudo, será sempre salvaguardada a presença mínima de pessoas, assim como a supervisão por especialistas das intervenções realizadas pelos mesmos, garantindo a segurança da grávida e bebé/s.

A maioria das mulheres pretende vivenciar um parto fisiológico, com a sensação de realização pessoal e envolvimento na tomada de decisão, mesmo quando necessárias intervenções médicas (WHO, 2018). Este plano de parto deve ser analisado e preenchido por si, sinalizando os seus desejos e expectativas durante o trabalho de parto e nascimento do(s) seu filho(s). Contudo, a imprevisibilidade do trabalho de parto, mesmo em situações de gravidez de baixo risco, pode obrigar à adaptação deste plano de parto, de acordo com a situação clínica. Perante estas situações será assegurado o exercício do consentimento informado, esclarecido e livre por parte da mulher/casal.

Preconiza-se que este plano de parto, seja desenvolvido ao longo da gravidez e com o apoio de especialistas na área de saúde materna e obstétrica e discutido com a grávida/acompanhante na consulta de plano de parto no Centro Hospitalar Universitário do Algarve (CHUA).

Identificação da grávida/acompanhante

Nome: _____ Acompanhante: _____

DPP: _____ IO: _____

Aulas de Preparação para o parto: Sim () Não ()

Kit: criopreservação de células estaminais: Sim () Não ()

Condições maternas

Diabetes Gestacional () Hipertensão arterial gestacional Alergias _____

Streptococcus B: Grupo de Sangue ____ Rh ____ Outras _____

Negativo () Positivo ()

A - Acompanhamento

Durante o trabalho de parto, a mulher pretende:

Estar acompanhada: Sim () Não ()

Caso tenha respondido sim: Sempre () Apenas em alguns momentos ()

Especifique: _____

B - Informação

No sentido de exercer o consentimento informado, esclarecido e livre, a/o mulher/acompanhante pretende ser informada/o, a par e passo, da evolução do trabalho de parto e participar nas decisões acerca do mesmo, depois de conhecer as alternativas possíveis:

Sim () Não () Indiferente ()

Outras _____

observações: _____

C – Trabalho de parto

Durante esta fase, são adotadas de forma sistémica, medidas com o objetivo de aumentar a segurança e salvaguardar o bem-estar da mulher e feto, como por exemplo:

- Colocação de um cateter venoso periférico de modo a permitir uma atuação rápida em situações urgentes e imprevistas, que comprometam o bem-estar fetal ou materno. O fato de o colocar não significa que lhe seja dada medicação ou soros através dele.
- É utilizada a monitorização intermitente da frequência cardíaca fetal durante a fase latente do trabalho de parto, e a monitorização contínua da frequência cardíaca fetal na fase ativa até ao período expulsivo.
- Na fase latente do trabalho de parto a ingestão alimentar não tem restrições, no entanto na fase ativa apenas poderá manter a ingestão de água, gelatina e/ou líquidos isotónicos (exceto em situações clínicas em que seja considerado um risco acrescido para a grávida, casos esses que serão discutidos com a parturiente).
- O toque vaginal é um recurso fundamental de obter informação sobre a evolução do trabalho de parto e tomada de decisões no decurso do mesmo. O número de vezes realizado será apenas o estritamente necessário e varia consoante a fase do trabalho de parto, sendo sempre realizado após o esclarecimento prévio da parturiente.
- A rutura de bolsa de águas acontece geralmente de forma espontânea, no entanto pode ser necessário, por razões médicas (devidamente esclarecidas no momento), proceder à sua rutura artificial (amniotomia). Este procedimento é simples, não doloroso e seguro para a grávida e para o feto.

I. Conforto na sala de partos

Música ()	Aromaterapia ()	Ambiente calmo ()
Luzes diminuídas ()	Vestir roupa própria ()	Disponibilizar objetos pessoais ()
Mínimo de profissionais ()	Mínimo de interrupções ()	Acesso a alimentos leves ()
Liberdade de movimentos ()	Monitorização: Contínua () ou Intermitente, sempre que possível ()	

II. Alívio do desconforto/dor

Respiração ()	Relaxamento ()	Duche ()
Massagem, pelo acompanhante ()	Deambulação ()	Bola de pilates ()
Posicionamentos ()	Aplicação de calor local ()	Medicação endovenosa ()
Epidural, por sua solicitação e se tiver condições clínicas para tal ()	Nada ()	

III. Indução e condução

Uso de medicação "para provocar o parto" apenas em situação de necessidade: Sim () Não () Indiferente ()
Rutura artificial da bolsa amniótica apenas em situação de necessidade: Sim () Não () Indiferente ()
Prefiro trabalho de parto espontâneo não medicalizado ()
Mínimo de observações possíveis ()

IV. Período Expulsivo

Esta fase compreende o período desde a dilatação completa até ao nascimento do bebé. Poderá adotar uma posição da sua preferência nos esforços expulsivos, no entanto no momento do nascimento a posição poderá ter de ser adaptada a uma posição que melhor permita resolver complicações imprevistas que podem comprometer o bem-estar do recém-nascido (como a distócia de ombros) e que carecem de resolução imediata.

Em determinadas situações, com indicações médicas precisas, poderá ser necessário recorrer ao parto instrumental com ventosa ou forceps, pelo que será sempre informada dessa necessidade no momento da decisão.

A episiotomia (corte no períneo) não é feita por rotina neste hospital. É realizada de forma criteriosa, quando se prevê que a sua não realização provoque perda de qualidade de vida para a mãe, nomeadamente por lesões que podem originar incontinência urinária ou fecal, ou em situações clínicas que para preservar o bem estar do bebé, haja necessidade de acelerar o seu nascimento. Será sempre informada dessa necessidade pelo profissional de saúde que a acompanha.

Período Expulsivo

Pretendo escolher a posição a adotar: Sim () Não () Indiferente ()

Desejo iniciar esforços expulsivos, apenas quando sentir vontade: Sim () Não () Indiferente ()

Solicito o uso compressas quentes para a proteção do períneo: Sim () Não () Indiferente ()

Solicito o uso de episiotomia apenas em situações de imperatividade: Sim () Não () Indiferente ()

Outras preferências:

V. Nascimento

Tocar no escapo fetal ()	Ajudar na extração do bebé ()	Contato Pele a Pele imediato ()
Laqueação do cordão umbilical tardia ()	}	
Laqueação do cordão umbilical por mim/companheiro ()		
Administração de vitamina K ao bebé, no contato pele a pele ()		
Luzes diminuídas ()	Ambiente sereno ()	

VI. Pós-Parto

Pretendo amamentar o bebé, assim que for possível: Sim () Não () Indiferente ()

Em caso de necessidade de suplementar temporariamente o bebé, pretendo que seja por copo ou seringa, evitando o uso de tetinas: Sim () Não () Indiferente ()

Exames do bebé e procedimentos de rotina na minha presença: Sim () Não () Indiferente ()

Pretendo que eu ou o/a acompanhante participe nos cuidados ao bebé (vestir):

Sim () Não () Indiferente ()

VII. Internamento Obstetrícia (Puerpério)

Alojamento conjunto com o Banho tardio () Colaboração ativa nos cuidados ao meu bebé ()

bebé ()

Observações:

Tomei/amos conhecimento sobre os cuidados de saúde e procedimentos realizados na Maternidade do CHUA durante o trabalho de parto e cuidados ao bebé. Preenchi/emos este documento de forma informada e consciente, estando cientes que este pode estar sujeito à situação clínica, podendo verificar-se desvios se intercorrências na evolução normal do trabalho de parto e/ou cuidados ao bebé/s.

Estou/amos informada/os e consciente/s sobre as opções que tenho/temos ao dispor e ponderar atempadamente a Instituição onde pretendo/emos ter o meu/nosso filho/s.

Grávida:

Acompanhante:

(assinatura conforme documento de identificação)

Data: __/__/__

APÊNDICE J – Apresentação “Plano de Parto: O Apoio numa Escolha Sustentável” no
Seminário “Dia do EEESMO”



PLANO DE PARTO: O APOIO NUMA ESCOLHA SUSTENTÁVEL

Mestranda: Maria Bessa
Orientadora: PhD Ana Frias

Sumário

01	Plano de Parto: da teoria à prática
02	Contributos do Enfermeiro Obstetra
03	Fundamentação Legal
04	Consulta de Plano de Parto



Plano de Parto: da teoria à prática

- O **primeiro modelo de Plano de Parto (PP)** foi elaborado por Sheila Kitzinger, em 1980, nos Estados Unidos. A mesma defendia que o parto é um processo fisiológico que grande parte das mulheres passaria ao longo das suas vidas, e que não pode ser encarado como patológico e medicalizado, como tinha acontecido ao longo dos anos devido à inclusão do parto no ambiente hospitalar.



“O Plano de Parto consiste num documento escrito elaborado pelo casal grávido em que este expressa os seus desejos relativamente ao seu trabalho de parto e parto. Este documento serve de elo de informação com a equipe de saúde, facilitando-lhe a realização das expectativas do casal relativamente ao seu parto.” (MCEESMO, 2012)

(Garrett & dos Santos, 2021)



Plano de Parto: da teoria à prática

Atualmente, as mulheres:

- Têm **mais e melhor conhecimento**, sobre as diferentes opções de parto, a partir de informação obtida através dos profissionais, da internet e das redes sociais. (MCEESMO, 2019)
- **Preferem um parto fisiológico e menos medicalizado** e valorizam a segurança e conforto durante o processo. (Alonso-Díaz, 2019)
- Têm uma atitude crítica em relação à medicalização excessiva do parto e **valorizam o seu papel ativo no processo** (Alonso-Díaz, 2019; Medeiros et al., 2019)

Torna-se imperativo o **reconhecimento da mulher** como sujeito com direitos e **capaz de tomar decisões** relativas à sua saúde e bem-estar. (OE, 2019)

O PARTO É DE QUEM O VIVÊNCIA

É descrito pelas mulheres como: um processo psicológico intenso e uma **experiência transformadora**, que gera uma sensação de empoderamento e crescimento pessoal.

(WHO, 2018; Olza et al., 2020)



Plano de Parto: da teoria à prática

- O PP é definido como um planeamento do parto, pela mulher e pela pessoa significativa, em conformidade com as suas preferências, valores, crenças e desejos de natureza individual, **podendo ser escrito ou não**.

- Elaborado ao longo da gravidez, preferencialmente a partir das 28 semanas de gestação.

- Estratégia de Empoderamento;
- Elo de ligação;



- Sinónimo de naturalismo;
- Ataque aos profissionais.



(MCEESMO, 2019; PQCEESMO, 2021)



Quais as recomendações mais atuais ?

- Um novo conceito de PP, como guia para a conceção de cuidados, em que se inicia o processo a partir do “Plano do Meu Parto”.
- Valorização do que é importante para a grávida/pessoa significativa individualmente, assim como a consciencialização dos seus próprios recursos internos.



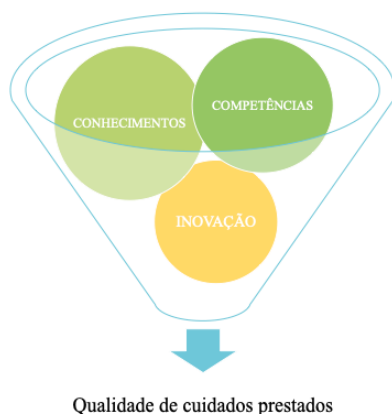
O que nos diz a evidência científica?

- O PP permite às mulheres pensamento crítico, reflexão das suas necessidades, limites e desejos, de acordo com as suas crenças, permitindo o seu **autoconhecimento**.
- Facilita o respeito dos seus direitos e uma participação ativa do seu próprio cuidado no momento do parto, que se traduz numa experiência positiva, fisiológica e menos dolorosa.

(Mouta et al., 2017; Santos et al., 2019; Suárez-Cortés et al.2015)



Contributos do Enfermeiro Obstetra



- Atingir expectativas revela-se como o fator mais consistente para a satisfação com a experiência de parto. O mandato social da(o) EEESMO é fazer com que isso aconteça, garantindo o potencial máximo de saúde da mulher e feto/recém-nascido.

(PQCEESMO, 2021; PQCEESMO, 2022)

Fundamentação Legal

- Em Portugal, no aditamento à Lei n.º 110/2019, de 9 de setembro:

Artigo 15.º-D

Prestação de cuidados nos cursos de preparação para o parto e a parentalidade

Os cursos de preparação para o parto, a parentalidade e a saúde sexual e reprodutiva devem ser desenvolvidos por equipas multidisciplinares e interdisciplinares, com a participação ativa das mulheres grávidas, casais ou famílias para uma adequada resposta de gestação, parto, puerpério e transição para a parentalidade.

Os cursos devem envolver uma equipa multidisciplinar, ter uma componente técnica e outra prática e devem ocorrer, preferencialmente no âmbito da unidade de saúde primária, em locais acessíveis, de modo a que possam participar a mulher grávida, o pai, quem vive ou pensa viver com a mulher grávida.

3 - No âmbito dos cursos, deve ainda proceder-se à preparação e apoio da mulher grávida ou do casal para a elaboração do plano de nascimento, preferencialmente até às 32 semanas de gestação.

5 - O plano de nascimento previsto no n.º 3 é apresentado e discutido com a equipa da unidade de saúde onde se prevê que o parto venha a ocorrer, envolvendo os profissionais de saúde e a mulher grávida ou o casal.

Em termos curriculares, a par do desenvolvimento de competências para o desenvolvimento da maternidade, deve também destacar-se o desenvolvimento da preparação para o exercício da paternidade cuidadora.

A implementação dos cursos é definida para DGS através de orientações e normas.



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
ALGARVE

Fundamentação Legal

Artigo 15.º-E

Prestação de cuidados para a elaboração do plano de nascimento

1 - Os serviços de saúde que acompanhem mulheres grávidas ou casais garantem o seu direito a um plano de nascimento, salvo se os mesmos declararem expressamente que não pretendem ter um plano de nascimento.

2 - Na elaboração do plano de nascimento é prestado apoio à mulher grávida ou ao casal, tendo por base um diálogo construtivo, no respeito pelo contexto cultural e pessoal da grávida, informando e esclarecendo a grávida ou o casal nas consultas de seguimento da gravidez ou nos cursos.

3 - A vontade manifestada por parte da mulher grávida ou do casal no plano de nascimento deve ser respeitada, salvo em situações clínicas que o desaconselhem, tendo em vista preservar a segurança da mãe, do feto ou do recém-nascido, as quais devem ser sempre comunicadas à grávida ou ao casal, estando condicionada aos recursos logísticos e humanos disponíveis no momento do parto.

4 - O plano de nascimento deve contemplar práticas aconselhadas pelos conhecimentos científicos, que sejam benéficas ao normal desenrolar do processo do parto e que não coloquem em risco a saúde e a própria vida da mãe, do feto ou do recém-nascido, assim como englobar procedimentos para os quais a equipa de saúde considere ter condições ou experiência para realizar com segurança.

5 - Em todo o processo do parto é assegurado o cumprimento do consentimento informado, esclarecido e livre, por parte da mulher grávida.

6 - A mulher grávida pode a todo o tempo, inclusive durante o trabalho de parto, modificar as preferências manifestadas previamente no plano de nascimento.

7 - Para efeitos do disposto nos números anteriores, a DGS deve definir, através de orientações e normas técnicas, o conteúdo orientador do modelo do plano de nascimento, garantindo-se progressivamente a desmaterialização dos suportes nesta matéria.



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
ALGARVE



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
ALGARVE

UÉVORA

Escola Superior de Enfermagem
S. João de Deus

CONSULTA DE PLANO DE PARTO

Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade
dos Cuidados de Enfermagem



AUTORAS:

EESMO Alexandrina Botinas (n.º mec. 71615)

ENF. Maria Bessa (n.º mec. 77713)

EEESMO Telma Maio (n.º mec. 74380)

Consulta de Plano de Parto

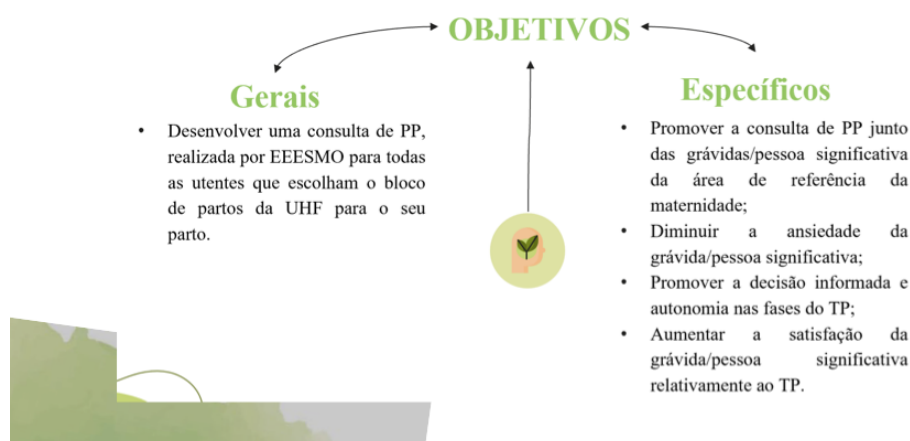
- A criação da consulta de PP no Bloco de Partos da UHF **vai permitir** que a grávida/pessoa significativa **partilhem ou redefinam o plano** que vai espelhar as suas vontades, necessidades, escolhas e preferências.
- Preferencialmente a grávida/pessoa significativa deve ter na sua posse o seu plano de parto previamente construído de acordo com as suas preferências. Sendo que **esta consulta permite** :
 -  Assistência Inovadora
 -  Desafios Constantes



- Assistência Inovadora
- Desafios Constantes
- Aposta na população qualificada

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
ALGARVE

Consulta de Plano de Parto



Consulta de Plano de Parto



Consulta de Plano de Parto

Planear e executar tarefas:

Objetivos Específicos

	Indicador	Meta	Tarefas
• Promover a consulta de PP junto das grávidas/pessoa significativa da área de referência da maternidade;	Número de consultas realizadas;	8 a 10 consultas por mês;	Divulgação da consulta de PP junto dos centros de referência e sítios estratégicos;
• Diminuir a ansiedade da grávida/pessoa significativa;	Ganhos em conhecimento sobre as boas práticas do bloco de partos da UHF;	100% de conhecimento sobre as boas práticas do bloco de parto da UHF;	Esclarecer as dúvidas de modo a diminuir o seu grau de ansiedade relativamente ao TP;
• Promover a decisão informada e autonomia nas fases do TP;	Ganhos em conhecimento sobre o TP;	100% das grávidas/ pessoa significativa com acesso à informação científica;	Fornecer informação científica, atualizada à grávida/pessoa significativa;
• Aumentar a satisfação da grávida/pessoa significativa relativamente ao TP.	Taxa de satisfação das grávidas relativamente à consulta de PP;	90% dos atendidos satisfeitos, e classificam como extremamente útil a consulta de PP;	Realização da consulta de PP por EESMO;

Operacionalização da Consulta

AGENDAMENTO

Secretário de Unidade ou através de email

A partir das 32 semanas de gestação

Visita às instalações do serviço

LOCAL

Piso 5
Gabinete apoio ginecologia

Operacionalização da Consulta

QUEM REALIZA ?

EESMO, de forma presencial

Horário

Segundas-feiras (9h-15h)

Duração

Aproximadamente 50 minutos

Operacionalização da Consulta

- Deve ser **comunicada informação antecipada** sobre a existência da consulta e de como se procede à sua marcação, assim como um modelo padrão de PP, de forma completa no **website da UHF- ULS Algarve**.
- A modalidade de panfleto ou cartaz deve também estar disponível, e deve ser utilizada como recurso educativo às grávidas/pessoas significativas, onde deverão constar informações básicas sobre o que é o PP, os seus objetivos e a importância desta consulta de PP.



Avaliação de Resultados

- Os resultados visam produzir melhorias nos cuidados prestados, de modo a contribuir para a implementação definitiva da consulta de PP na maternidade do bloco de partos da UHF- ULS Algarve.
- A avaliação será prospetiva. As unidades de estudo consideradas são: todas as grávidas/pessoas significativas que recorram à consulta de PP do bloco de partos da UHF.

Avaliação após
1 ano

- Os dados colhidos serão utilizados para **produzir indicadores de resultados**, sendo que a fonte dos dados será constituída pelo número de consultas marcadas e o questionário de satisfação.

Medidas Corretivas

- Análise e discussão de dados com a equipa de enfermagem;
- Rever as intervenções realizadas, identificar necessidades, que possam ter surgido, e melhorar procedimentos.

Anexos

Modelo
Plano de Parto

Questionário de
Satisfação



Conclusão

- Com a elaboração do PP as mulheres sentem-se confiantes em relação ao parto, e consideram uma estratégia de prevenção face à violência obstétrica e de reafirmação dos seus direitos de acesso a assistência de qualidade (Santos et al., 2019).
- Com este projeto pretende-se melhorar os cuidados de enfermagem relativamente à experiência única e individual que é a gravidez e o trabalho de parto, **no sentido de ir ao encontro das suas expectativas e assim contribuir para que a mulher/pessoa significativa possam vivenciar o seu parto como uma experiência positiva e muito satisfatória.**

Referências Bibliográficas

- Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Programas de preparação para o parto, adaptação à parentalidade e ao pós-parto. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; 2019. 46 p.
- Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Parcer N.º 7/2012. Plano de parto [Internet]. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; 2012 [cited 2021 Jul 20]. Available from: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/MCEESMO_Parcer_7_2012_P_lano_de_parto.pdf
- Mesa do Colégio da Especialidade Saúde Materna e Obstétrica. (2021). PADRÕES DE QUALIDADE DOS CUIDADOS. Obtido de Ordem dos Enfermeiros: www.ordemenfermeiros.pt
- Mouta, R. J. O., de Almeida Silva, T. M., de Melo, P. T. S., de Souza Lopes, N., & dos Anjos Moreira, V. (2017). Plano de parto como estratégia de empoderamento feminino. *Revista Baiana de Enfermagem*, 31(4)
- Ordem dos Enfermeiros. (2009). Guia para a Organização de Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Obtido de Ordem dos Enfermeiros: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/sites/default/files/informacao/Documents/Guia%20para%20elaboracao%20de%20projetos%20de%20qualidade%20SRS.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). Projeto Maternidade com Qualidade. Acedido em: 07/05/2023. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-pdfs/C3%Alginas-antigas/projeto-maternidade-com-qualidade/>
- Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde materna e obstétrica*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23179/ponte-3_pad%C3%B5es-qualidade-dos-cuidados-esmo.pdf
- Portugal. Lei n.º 110/2019, de 9 de setembro de 2019. Estabelece os princípios, direitos e deveres aplicáveis em matéria de proteção na preconcepção, na procriação medicamente assistida, na gravidez, no parto, no nascimento e no puerpério, procedendo à segunda alteração à Lei n.º 15/2014, de 21 de março. Assembleia da República. Diário da República, I Série (N.º 172): 94-101. eli: <https://data.dre.pt/eli/lei/110/2019/09/09/p/dre>
- Santos, F. S. de R., Souza, P. A. de, Lankky, S., Oliveira, B. J. de, Matosinhos, F. P., Abreu, A. L. N., Souza, K. V. de, & Pena, É. D. (2019). Os significados e sentidos do plano de parto para as mulheres que participaram da Exposição Sentidos do Nascer. *Cadernos de Saúde Pública*, 35(6), e00143718. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00143718>
- Suárez-Cortés, M., Amero-Barranco, D., Canteras-Jordana, M., & Martínez-Roche, M. E. (2015). Use and influence of Delivery and Birth Plans in the humanizing delivery process. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(3), 520-526. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0067.2583>
- World Health Organization (2018). Recommendations: Intrapartum Care for a Positive Childbirth Experience. Geneva: World Health Organization. ISBN: 978-92-4-155021-5

Obrigado!

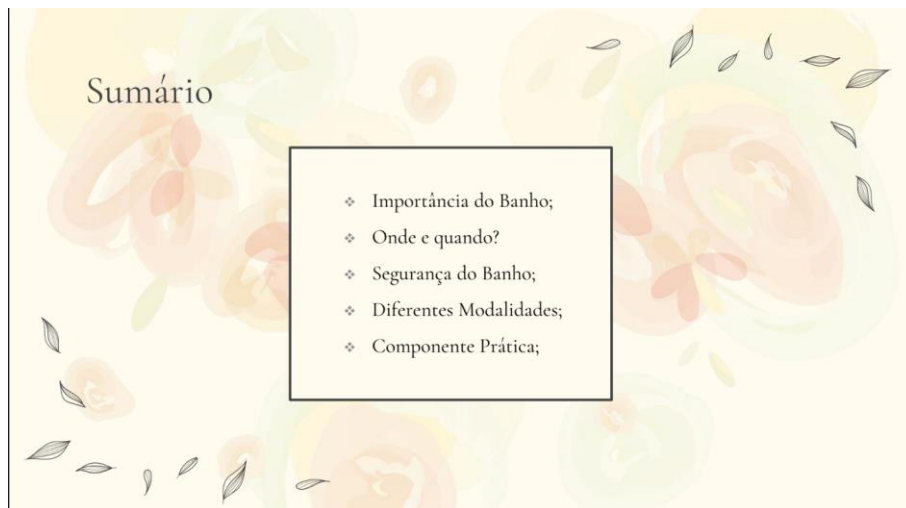
Seminário
Dia do EEESMO
9 de maio 2024

Nas nossas mãos:
Contributos para
ambientes sustentáveis.

APÊNDICE K – Sessões do CPPP



Ação: Sessão CPPP		Data: 24-11-2023	
Tema: Exterogestação e <i>Babywearing</i>			
Objetivo geral: Compreender os princípios da exterogestação e os benefícios do <i>babywearing</i>.			
Público-alvo: Grávidas inscritas no CPPP/Pessoa significativa.		Duração: 2h	Horário: 10:00h
Formador: AEESMO Maria Bessa			
Objetivos específicos	Métodos	Recursos didáticos	Atividades didáticas
- Explicar o conceito de exterogestação e a sua importância no desenvolvimento inicial do RN. - Salientar o benefício do estabelecimento de uma relação afetiva precoce de qualidade entre a mãe e o recém-nascido e o pai e o RN; - Sensibilizar os futuros pais para os benefícios do <i>babywearing</i>; - Demonstrar os diferentes tipos de <i>babywearing</i> e a forma adequada de os utilizar em segurança; - Promover o envolvimento da pessoa significativa;	Expositivo, ativo e interrogativo.	- Computador; - Projetor; - Modelo RN; - Modelo de <i>babywearing</i> (três modelos diferentes);	-Componente prática: Utilização dos diferentes modelos de <i>babywearing</i>. -Componente teórica: apresentação <i>powerpoint</i>;



Ação: Sessão CPPP		Data: 27-11-2023	
Tema: Banho do Recém-Nascido			
Objetivos gerais: • Proporcionar o treino dos cuidados de higiene e conforto ao bebé, utilizando o modelo de recém-nascido;			
Público-alvo: Grávidas inscritas no CPPP/Pessoa significativa.		Duração: 2h	Horário: 10:00h
Formador: AEESMO Maria Bessa			
Objetivos específicos	Métodos	Recursos didáticos	Atividades didáticas
- Promover o banho como um momento de relaxamento e ligação emocional entre os pais e o bebé; - Demonstrar passo a passo como dar banho a um bebé; - Esclarecer diferentes tipos de banho; - Informar sobre os cuidados para um banho em segurança; - Abordar a utilização adequada de produtos de higiene para bebés; - Promover o envolvimento da pessoa significativa;	Expositivo, ativo e interrogativo.	- Computador; - Projetor; - Modelo RN; - Roupa de RN; - Banheira de RN;	- Componente prática: demonstrar passo a passo o banho do RN; - Componente teórica: apresentação <i>powerpoint</i>;



SUMÁRIO		
01	Sinais sugestivos de TP	Falso TP vs Verdadeiro TP; Sinais de Alerta.
02	Ida para a maternidade	
03	Fases do TP	Etapas do TP; Bacia Materna;

Ação: Sessão CPPP		Data: 10-11-2023	
Tema: Trabalho de Parto			
Objetivos gerais: • Conhecer as diferentes fases do trabalho de parto e tipos de parto; • Conhecer estratégias de alívio e controlo do desconforto e dor durante o trabalho de parto.			
Público-alvo: Grávidas inscritas no CPPP/Pessoa significativa.		Duração: 2h	Horário: 10:00h
Formador: AEESMO Maria Bessa			
Objetivos específicos	Métodos	Recursos didáticos	Atividades didáticas
- Esclarecer sobre os sinais de alerta com necessidade de ir à maternidade; - Esclarecer sobre os sinais de início de trabalho de parto; - Dar a conhecer a bacia obstétrica, e a sua relação com os posicionamentos maternos nas várias fases do trabalho de parto; - Dar a conhecer as vantagens do parto normal; - Dar a conhecer as vantagens do trabalho de parto em movimento e outras estratégias facilitadoras da evolução do trabalho de parto normal; - Esclarecer sobre métodos de alívio da dor (farmacológicos e não farmacológicos); - Esclarecer sobre a anatomia e fisiologia do trabalho de parto; - Informar sobre as indicações clínicas para a indução do trabalho de parto; - Conhecer as boas práticas no trabalho de parto, e cuidados imediatos ao recém-nascido; - Promover o envolvimento ativo da pessoa significativa;	Expositivo, ativo e interrogativo.	- Computador; - Projetor; - Modelo de Bacia Obstétrica; - Modelo RN;	- Componente prática: Simulação dos vários posicionamentos e respetivos movimentos na bacia obstétrica. - Componente teórica: apresentação powerpoint;



Ação: Sessão CPPP		Data: 10-11-2023	
Tema: Plano de Parto			
Objetivos gerais: Conhecer os direitos humanos e sociais na gravidez, parto e puerpério, contribuindo para a elaboração de um Plano de Parto personalizado.			
Público-alvo: Grávidas inscritas no CPPP/Pessoa significativa.		Duração: 2h	Horário: 10:00h
Formador: AEESMO Maria Bessa			
Objetivos específicos	Métodos	Recursos didáticos	Atividades didáticas
- Esclarecer sobre a legislação de apoio e os direitos da mulher na utilização de um plano de parto; - Promover o exercício do consentimento informado, esclarecido e livre/escolhas informadas; - Informar sobre as possíveis formas de apresentação do plano de parto; - Dar a conhecer o guia orientador da DGS para elaboração do plano de parto (entre outros modelos); - Incentivar e apoiar a elaboração do plano de parto e contacto com o local de nascimento elegido; - Informar sobre as boas práticas; - Promover o envolvimento da pessoa significativa;	Expositivo, ativo e interrogativo.	- Computador; - Projetor; - Folha de Papel; - Lápis;	-Componente prática: escrita a lápis de algumas preferências pessoais para o trabalho de parto; - disponibilização de diferentes modelos em formato papel. -Componente teórica: apresentação powerpoint;

APÊNDICE L – Póster Informativo “Colo é amor: Exterogestação e Babywearing

COLO É AMOR: EXTEROGESTAÇÃO E BABYWEARING

O período após o nascimento exige uma grande adaptação do bebé ao meio, aos novos estímulos e necessidades.

O QUE É O EXTEROGESTAÇÃO ?

Também chamado de 4º Trimestre da gravidez, ou período extrauterino, vai desde o nascimento até aos 3 meses de vida do bebé.

O QUE É O BABYWEARING ?

Traduzindo à letra, é “vestir o bebé”, através de um acessório, que pode ser um pano, sling ou marsúpio, para andar com bebé, e proporcionar conforto no peito do cuidador.

BENEFÍCIOS PARA O BEBÉ

- Promover ambiente semelhante ao intrauterino, pela proximidade com a mãe do seu peito, o ouvir do coração e sentir a respiração;
- Toque contínuo, que relaxa e reduz o stress;
- Menos choro, porque se sente seguro e confortável;
- Transporte mais ergonómico, pois aconchega a posição que o bebé gosta mais, adaptando-se ao corpo do adulto;

BENEFÍCIOS PARA OS PAIS

- Estimula a criação de vínculo entre os pais e bebé;
- Facilidade em dar colo, com melhores posturas;
- Liberdade de movimentos e realização de multifunções;
- Facilitador da amamentação, pois este contato físico estimula a produção de oxitocina;



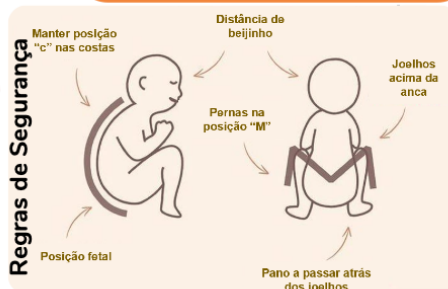
Fonte: <https://www.pinterest.pt/pin>

Tipo de uso simples



Fonte: <https://boba.com/collections-Manual-Use-Sling-Wrap>

COMO UTILIZAR ?



Fonte: elaborado pela autora Bessa

Use e abusem do Babywearing, porque **colo é amor !**

Referências Bibliográficas:



Autoras: EESMO Ana Luísa José
Docente Ana Frias
EEESMO Maria Bessa

APÊNDICE M – Plano de Consulta Pré-Natal

PLANO CONSULTA PRÉ-NATAL

No âmbito do Programa de Preparação para o Nascimento e Parentalidade (PPNP), o público-alvo são as grávidas com Idade Gestacional (IG) entre as 24 e 25 semanas, por referência, e por iniciativa própria as grávidas com qualquer IG superior às 26 semanas, juntamente com a pessoa significativa para a mulher. Após a referência da interna da grávida, ou externamente caso a mesma pretenda incluir o PPNP, o EESMO deve realizar o agendamento de uma consulta de enfermagem de assistência pré-natal (idealmente entre as 20-24 semanas de gestação), no âmbito do PPNP. Os objetivos desta consulta passam por obter uma história clínica e obstétrica da grávida, avaliação do bem-estar materno e fetal, recolher informações sobre a história de saúde familiar e pessoa (comportamentos, estilos de vida, ambiente psicossocial e condições habitacionais) e orientar grávida/pessoa significativa para um conjunto de recomendações (OE, 2019). Nesta consulta deve ser apresentado o programa e os seus objetivos, o seu início, duração, horário e os temas abordados, assim como devem ser recolhidos os dados completos, preenchida a ficha de inscrição, assinado o consentimento informado e verificar e assinar os seus dados pessoais e de contato. No campo de estágio o agendamento desta consulta realiza-se após as 26 semanas de gestação, de modo a abranger um maior número de grávidas quando o programa é iniciado. Segundo DGS (2015) Antes do início do curso de PPP, o profissional responsável pela atividade deve realizar uma entrevista de modo a conhecer a grávida/casal, identificar possíveis desvios da normalidade quanto ao processo da gravidez e tomar conhecimento de necessidades específicas em cada caso.

Com base nas recomendações da DGS (2015) de vigilância de gravidez de baixo risco e da OE (2019), resume-se na seguinte tabela as orientações de intervenções a realizar numa consulta pré-natal entre as 27/30 semanas e 6 dias de gravidez:

Tabela 1. Recomendações vigilância consulta pré-natal

Determinar/Efetuar
- Avaliação dos exames já realizados no 1º trimestre (serologias rubéola e toxoplasmose, IgG e IgM nas mulheres não imunes; resultado PTGO realizada 24-28s); e já realizados no 2º trimestre; e a calendarização dos exames do 3º trimestre (análises laboratoriais >32semanas e ecografia obstétrica 3º trimestre entre 30/32 semanas; ponderar referência para HAP.
- Avaliação do bem-estar materno-fetal: peso (atenção ao ganho de peso ponderal, e alerta para >1,5Kg semana + edemas); Perímetro abdominal; análise sumária urina; edemas; altura uterina; Batimentos Cardíacos Fetais (BCF); movimentos fetais; observação genital externa e mamária.
- Determinar grau de risco na gravidez (Escala de Goodwin modificada).
- Avaliação fatores de risco pré-natais;

- Avaliação da capacidade de antecipar e de integrar uma nova pessoa na família, condições habitação, planos para gravidez e parto.
- Avaliar a saúde mental da grávida pela aplicação da escala de Edimburg;
- Hábitos e estilos de vida.
- Consumos nocivos e toxicodependências.
- Hábitos nutricionais e progressão ponderal.
Validar/Informar/Verificar:
-Estilos de vida saudáveis (gravidez ativa com plano de exercício aeróbico, resistência muscular, alongamento e treino dos músculos pavimento pélvico, intensidade moderada 20-30min, e os principais cuidados a ter, como a temperatura, hidratação e aporte calórico); alertar sobre consumo de fármacos e substância à base de plantas;
- Informar sobre suplementação da gravidez;
- Sinais de alerta e sinais de parto pré-termo;
- Promoção do aleitamento materno; (observação da mama, mamilos supranumerários, invertido, deve incentivar a hidratação do mamilo apenas).
- Importância da comunicação intrauterina (falar com feto, acariciar abdómen, estimular pensamentos sobre o bebé);
- Informar contagem movimentos fetais;
- Informar sobre saúde oral, e incentivar uso do 1º cheque dentista para grávidas;
- Validar o estado vacinal, confirmar a vacinação contra tosse convulsa, tétano e difteria em doses reduzidas (Tdpa), recomendada idealmente após ecografia do 2º trimestre até às 32 semanas.
- Verificar profilaxia da isoimunização RhD, se aplicável—Imunoglobulina antiD às 28s

Fonte: Elaboração Própria

Após a consulta, realizar o registo integral de dados no Boletim de Saúde de Grávida (BSG) e na plataforma informática (OE, 2019). Caso exista necessidade pode ser reagendada consulta, sempre que se justifique.

EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

O EESMO deve tornar a aprendizagem e a partilha de informação componentes de cada consulta de vigilância, com a mulher e a sua família. Deve ser aproveitado cada contacto, para a educação para a saúde, com objetivo de ajudar a mulher a melhorar a sua saúde, através do aumento de literacia em saúde e desenvolvimento de competências, assim como a identificação de comportamentos de risco (DGS, 2015). Devido à diversidade populacional na impossibilidade de abordar todos os temas que compõem a promoção e educação para a saúde, opta-se por salientar os mais pertinentes e frequentes, de acordo com o Plano Nacional de Vigilância de Gravidez de Baixo Risco (DGS, 2015): alimentação saudável, atividade física, saúde oral, sexualidade, desconfortos da gravidez e sinais de alerta, consumos de tabaco, álcool ou substâncias psicoativas e segurança rodoviária.

RECOHA DA HISTÓRIA CLÍNICA E OBSTÉTRICA

Nome:

Idade:

Antecedentes pessoais/cirúrgicos/alergias:

Medicação Habitual/ Suplementação:

Vigilância Gravidez:

Grau de Risco da Gravidez:

Índice Obstétrico:

DUM:

IG:

DPP:

Grupos Sanguíneo:

Estado Vacinal:

Rastreios analíticos 1º trimestre:

Serologias 1º trimestre:

Rastreios analíticos 2º trimestre:

PTGO:

Serologias 2º trimestre:

Agendamento rastreios analíticos 3º trimestre:

Agendamento de pesquisa de streptococcus β (35/37s):

Ecografias 1º e 2º trimestres:

Agendamento Ecografia 3º trimestre:

Próxima consulta:

AVALIAÇÃO BEM ESTAR MATERNO-FETAL

TA: FC:

Peso:

Ganho Peso Ponderal:

Análise Sumaria Urina:

Edemas:

Altura Fundo Uterino:

Batimentos cardíofetais:

REFERÊNCIAS

DGS. (2015). *Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco*.

<https://www.dgs.pt/em-destaque/programa-nacional-para-a-vigilancia-da-gravidez-de-baixo-risco-pdf11.aspx>

Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Recomendações para a preparação para o nascimento*. Ordem

Dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-paginas-antigas/recomendacoes-para-a-preparacao-para-o-nascimento/>

Ordem dos Enfermeiros., Mesa do Colégio da Especialidade Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. (2019). *Livro de Bolso: Programas de Preparação para o Parto, Adaptação à Parentalidade e ao Pós-Parto*.

ANEXO 1

Figura 1. Escala de Goodwin modificada

HISTÓRIA REPRODUTIVA		
Idade	≤17 >40	= 3
	18 - 29	= 0
	30 - 39	= 1
Paridade	0	= 1
	1 - 4	= 0
	≥ 5	= 3
HISTÓRIA OBSTÉTRICA ANTERIOR		
Aborto habitual ≥ (3 consecutivos)	= 1	
Infertilidade	= 1	
Hemorragia pós-parto/dequitação manual	= 1	
RH ≥ 4000 g	= 1	
Pré-eclâmpsia/eclâmpsia	= 1	
Cesariana anterior	= 2	
Feto morto / morte neonatal	= 3	
Trabalho de parto prolongado ou difícil	= 1	
PATOLOGIA ASSOCIADA		
Cirurgia ginecológica anterior	= 1	
Doença renal crónica	= 2	
Diabetes gestacional	= 1	
Diabetes Mellitus	= 3	
Doença cardíaca	= 3	
Outras (bronquite crónica, lúpus, etc.)	= 3	
Índice de acordo com a gravidade	= (1 a 3)	
Gravidez atual		
	1ª visita	36ª semana
Hemorragias < 20 semanas	= 1	
Hemorragias > 20 semanas	= 3	
Anemia (< 10 g)	= 1	
Gravidez prolongada > 42 semanas	= 1	
Hipertensão	= 2	
Rotura prematura das membranas	= 2	
Hidramnion	= 2	
ACIU (atraso de crescimento intrauterino)	= 3	
Apresentação pélvica	= 3	
Isoimunização Rh	= 3	

Baixo risco 0 - 2 / Médio risco 3 - 6 / Alto risco ≥ 7

Fonte: DGS (2015)