

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

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Relatório de Estágio

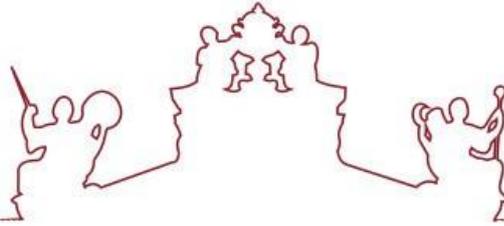
**A parentalidade no masculino: perspetivas do pai face aos
cuidados ao recém-nascido**

Olga Cristina Nobre Bugalho

Orientador(es) | Margarida Sim-Sim

Évora 2020





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

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

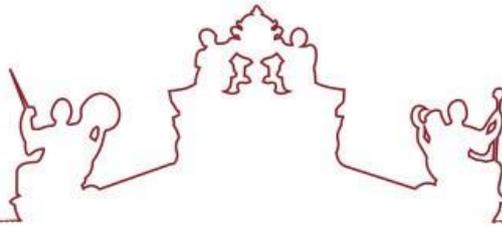
Relatório de Estágio

**A parentalidade no masculino: perspetivas do pai face aos
cuidados ao recém-nascido**

Olga Cristina Nobre Bugalho

Orientador(es) | Margarida Sim-Sim

Évora 2020



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

- Presidente | Otília Zangão (Universidade de Évora)
- Vogal | Luís Manuel Pinto Miranda (Centro Hospitalar Barreiro, Montijo, E.P.E.)
- Vogal-orientador | Margarida Sim-Sim (Universidade de Évora)



Agradecimentos

Este relatório é o resultado de um longo percurso de crescimento profissional e pessoal que não seria possível sem a colaboração, apoio e incentivo constante. Expresso o meu sincero Obrigado!

À professora Doutora Maria Margarida Sim-Sim, o meu profundo agradecimento pela orientação exemplar, disponibilidade, paciência, incentivo e total disponibilidade no esclarecimento e dúvidas que foram surgindo ao longo da realização deste relatório. Foi fundamental para terminar este percurso académico.

Às enfermeiras supervisoras, Maria Celeste Lopes, Maria Jesus Santos, Paula Bilro, Joana Pereira e Lucília Palma por todas as oportunidades de aprendizagem e profissionalismo.

À colega e amiga Ana Galhanas o meu muito obrigado, pela cumplicidade e ajuda sempre presentes, pelas conversas, momentos de desabafo e apoio nas horas críticas.

Às colegas, pela generosidade que me ofereceram, permitindo trocas de turnos e tornando assim possível a minha maior assiduidade nas atividades académicas.

Aos meus Pais e Sogros por todo o apoio de retaguarda, aquele apoio que me permitiu ser estudante e simultaneamente continuar no meu dia-a-dia de profissional e mulher de família.

Ao meu marido Luís Alvito agradeço pelo incentivo, pelo incondicional e sólido amor que resistiram... (e cresceram), face às exigências deste curso. Agradeço a dedicação que, nas minhas ausências ofereceu à nossa família, nas vezes que tomou os dois lugares de pai e mãe.

E por fim, dedico este trabalho à minha princesinha Benedita, que apesar de ser pequenina e preferir a brincadeira, poderá mais tarde compreender, a história da sua mãe ao tornar-se especialista.



ABSTRACT

Title: Male Parentality: Father's perspective regarding newborn care

This report comes to obtain the Master of Maternal Health and Obstetrics Nursing degree. It aims to demonstrate the acquisition of specific skills and research. Describes the course in clinical teaching, critically reflects on the practices, using research and scientific evidence. In the clinical aspect, activities were developed that respond to the curricular objectives and the personnel defined in the project. Experiments in various clinical fields contributed to theoretical and practical development. In the research aspect, the competences identified / stated / recognized by parents in caring for the newborn were described. Data collected in the clinical field, respecting ethical procedures. The Portuguese version of the Fathers' Involvement in Infant Care scale was applied. Results show committed, available, and caring parental figures. The postpartum period is recognized as a stressful phase in view of the father's performance expectations. Maternal health specialists are professionals with responsibilities in caring for the family in the puerperal phase.

Keywords: Competences; Newborn; Parents; Nurse Specialist

RESUMO

Título: A parentalidade no masculino: perspetivas do pai face aos cuidados ao recém-nascido

O presente relatório surge para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia. O objetivo é demonstrar a aquisição de competências específicas e de investigação. Descreve o percurso nos ensinamentos clínicos, reflete criticamente sobre as práticas, utilizando a investigação e a evidência científica. Na vertente clínica, desenvolveram-se atividades que respondem aos objetivos curriculares e pessoais definidos em projeto. As experiências, em vários campos clínicos, concorreram para desenvolvimento teórico-prático. Na vertente de investigação, descreveram-se as competências identificadas/enunciadas/reconhecidas pelos pais no cuidar do recém-nascido. Dados recolhidos na clínica, respeitaram procedimentos éticos. Aplicou-se a versão portuguesa da escala Fathers' Involvement in Infant Care. Os resultados, mostram figuras parentais empenhadas, disponíveis e participantes nos cuidados à criança. O período pós-parto é reconhecido como fase stressante face às expectativas de desempenho paterno. Os especialistas em saúde materna têm responsabilidades cuidativas para com a família em fase puerperal, nomeadamente no apoio à figura paterna.

Descritores: Competências; Recém-nascido; Pais; Enfermeiro especialista

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	8
1.ANÁLISE DO CONTEXTO	10
1.1.CARATERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE REALIZAÇÃO DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL	10
1.2.CARATERIZAÇÃO DOS RECURSOS MATERIAIS E HUMANOS	14
1.2.1.Caracterização dos Recursos Materiais	14
1.2.2.Caraterização dos recursos humanos	17
1.3.FUNDAMENTAÇÃO DA ESCOLHA DA TEMÁTICA - REVISÃO DA LITERATURA	19
2.METODOLOGIA	23
2.1.OBJETIVOS DO ESTÁGIO E DA TEMÁTICA	23
2.1.1.Objetivos do estágio	23
2.1.2.Objetivos da temática	25
2.2.ABORDAGEM METODOLÓGICA	25
2.2.1.Vertente do estágio	26
2.2.2.Vertente da temática	29
2.3.POPULAÇÃO-ALVO DO ESTÁGIO E DA TEMÁTICA	30
2.3.1.População-alvo do estágio	31
2.3.2.População-alvo da temática	33
2.4.ANALISE DE DADOS	35
3.EXECUÇÃO	38
3.1.DESENVOLVIMENTO DO PERCURSO DE REALIZAÇÃO DO ESTÁGIO PARA AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS	38
3.2.RECURSOS MATERIAIS E HUMANOS	40
4.ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS	42
4.1.DISSCUSSÃO DE RESULTADOS	42
4.2.PROCESSO DE MOBILIZAÇÃO E AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS E DE INVESTIGAÇÃO	46
4.2.1.Objetivo 1: Cuidar mulher/casal no período pré-concepcional	47
4.2.2.Objetivo 2: Cuidar a mulher/casal Período pré-natal	48
4.2.3.Objetivo 3: Cuidar a mulher/casal no trabalho de parto	50

4.2.4.Objetivo 4: Cuidar a mulher/casal período peri-natal.....	54
4.2.5.Objetivo 5: Cuidar a mulher/casal período pós-concepcional.....	58
4.2.6.Objetivo 6: Identificar/esclarecer as dúvidas dos pais quanto aos cuidados no decorrer da sua prestação de cuidados RN.....	58
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	60
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	62
APÊNDICES	67
Apêndice A: Projeto	68
Apêndice B: Jornais de aprendizagem.....	70
Apêndice C: Estudo de caso	128
Apêndice D: Protocolos.....	138
Apêndice E: Questionário aplicado à população Alvo.....	142
Apêndice F: Pedido de autorização aos autores originais da escala.....	145
Apêndice G: Tratamento estatístico dos dados	147
Apêndice H: Apresentação no V Congresso Luso-Brasileiro	158
Apêndice I: <i>Screening</i>, para a seleção de textos no software Rayyan Qatar Computer Research Institute (Rayyan-QCRI) (Ouzzani, Hammady, Fedorowicz, & Elmagarmid, 2019).....	161
ANEXOS	163
Anexo A: Parecer da Comissão de Ética para a Investigação nas Áreas de Saúde Humana e Bem-estar da Universidade de Évora	164
Anexo B: Consentimento do Concelho de Administração do Hospital Espírito Santo de Évora, Entidade Pública Empresarial para aplicação dos questionários à população alvo.	165

ÍNDICE DE FIGURAS

<u>Figura 1</u> Sequência dos Campos de Estágio no 1º Semestre.....	8
<u>Figura 2</u> Sequência dos Campos de Estágio no 2º Semestre.....	8
<u>Figura 3</u> Concelho de Évora.....	9
<u>Figura 4</u> Nados-vivos por região.....	10
<u>Figura 5</u> Concelho de Almada.....	10
<u>Figura 6</u> Concelho do Seixal.....	11
<u>Figura 7</u> Idade dos participantes.....	31
<u>Figura 8</u> Número de filhos dos participantes.....	32
<u>Figura 9</u> Tempo de vivência do casal.....	33
<u>Figura 10</u> Dimensão Cuidados Físicos – Todos os Pais.....	34
<u>Figura 11</u> Dimensão Cuidados Físicos Pais pela 1ª vez.....	34
<u>Figura 12</u> Dimensão de Desenvolvimento & Saúde.....	35
<u>Figura 13</u> Dimensão Tempo de Brincar.....	35
<u>Figura 14</u> Campos clínicos.....	37
<u>Figura 15</u> Experiências Clínicas.....	38

INTRODUÇÃO

O presente relatório de estágio é o resultado do percurso realizado para atingir as competências preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) de forma a dar cumprimento ao regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica para obtenção do título de Enfermeiro Especialista e grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EESMO).

Os Ensinos Clínicos (EC) decorreram em instituições de saúde, em vários contextos, durante dois semestres. No primeiro semestre, os EC realizaram-se em Bloco de Partos (BP), Cuidados de Saúde Primários (CSP) e grávidas patológicas/ginecologia. No segundo semestre, os EC decorrerem em Puerpério e BP.

No âmbito do desenvolvimento curricular, simultaneamente ao EC, trabalhou-se a temática dos cuidados parentais, surgindo o interesse, dado que a figura paterna é atualmente mais visível, mas está algo omitida e esquecida no enquadramento dos cuidados. Particularmente quando é o primeiro filho, assinalando o início de uma nova fase de transição do ciclo vital, ocorre grande mudança da função conjugal para a parental. O presente estudo é pertinente, pois observa a perceção de competências, no sentido de esclarecer as habilidades, necessidades e saberes fundamentais para cuidar e proteger, além de desenvolver a afetividade e a socialização junto da criança. De fato os modelos tradicionais do cuidar paterno orientavam-se para a garantia da subsistência à mãe e criança, ou seja, na provisão das necessidades (Gonçalves & Bottoli, 2016). Atualmente é importante estudar perspectivas de paternidade, centradas na interação cuidativa. O estudo, é também pertinente, no espaço profissional da mestranda, que acontece no Serviço de Obstetrícia e Ginecologia (SOG) do Hospital do Espírito Santo de Évora, Entidade Pública Empresarial (HESE-EPE), onde desempenha funções. Tendo em conta a realidade observada no HESE-EPE, onde os pais são cada vez mais presentes e mais participativos nos cuidados ao recém-nascido, o estudo contribui para maior desenvolvimento institucional. Recentemente implementado, a pensar nos pais, é oferecida a possibilidade de permanecer no serviço em alojamento conjunto nas 24 horas.

Para obtenção do grau de Mestre na área da Saúde Materna e Obstetrícia pela Universidade de Évora (UÉ)/ Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus (ESEJD), surge como requisito o presente documento que visa descrever o processo referente ao desenvolvimento das competências, plasmadas neste relatório final e através de defesa pública. Seguindo a linha orientadora do plano de estudos, o relatório de estágio, retrata as atividades e experiências desenvolvidas ao longo do estágio para aquisição de competências especializadas e de investigação. Assim, os principais objetivos são:

1. Demonstrar aquisição de conhecimentos conducentes a uma proposta de projeto, considerando as vertentes de teórico-práticas e a prática baseada na evidência
2. Demonstrar capacidade de análise crítica sobre as atividades desenvolvidas ao longo dos ensinamentos clínicos evidenciando aquisição de competências para cuidados especializados;
3. Fundamentar as experiências de aprendizagem, recorrendo à evidência científica;
4. Descrever as competências identificadas/enunciadas/reconhecidas pelos pais para cuidar do seu filho recém-nascido, tendo sido posteriormente definidos dois objetivos específicos:
 - a. Identificar os domínios mais relevantes/carentes dos cuidados;
 - b. Definir os tópicos fundamentais de programa para os pais.

A nível estrutural este documento inicia-se com a presente introdução, seguindo-se a análise de contexto, metodologia, execução, análise reflexiva sobre o processo de aquisição de competências, conclusões e referências bibliográficas. Para a realização deste relatório foi aplicado o novo acordo ortográfico, respeitando as recomendações da circular 4/2011 da UÉ e redigido tendo por base as normas *American Psychological Association* (APA, 2010).

1. ANÁLISE DO CONTEXTO

O presente documento enquadra a experiência clínica ocorrida nos campos de cuidados a grávidas e puérperas no HESE-EPE e no Hospital Garcia de Orta (HGO). Também respeita aos CSP na Unidade de Saúde Familiar Alcaldes (USF Alcaldes) em Montemor o Novo. A sequência das experiências clínicas decorreu conforme figuras abaixo, correspondendo ao 1º e 2º semestres.

Primeiro semestre:

Tempo Curricular	Período	6 semanas 17 de set. a 26 out. 2018	6 semanas 29 out. a 7 dez. 2018	6 semanas 10 dez a 1 fev. 2019 Interrupção- 24 dez. a 6 jan. 2019
1º Semestre	Campo clínico	HESE-EPE Bloco de Partos	USF Alcaldes	HESE-EPE Gravidas Patologias & Ginecologia

Figura 1 Sequência dos Campos de Estágio no 1º Semestre

Segundo semestre:

Tempo Curricular	Período	6 semanas 11 de fev, a 24 mar.	4 Semanas 25 de mar. a 28 abr. Interrupção- 15 a 22 de abril	8 semanas 29 de abr. a 28 de jun.- interrupção – 25 de maio a 1 de jun.
2º Semestre	Campo clínico	HESE Puerpério – Internamento	HGO Bloco de Partos	HESE Bloco de Partos

Figura 2 Sequência dos Campos de Estágio no 2º Semestre

1.1. CARATERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE REALIZAÇÃO DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

Hospital Espírito Santo de Évora

O Hospital de Évora passou por diversas evoluções e designações, adquirindo definitivamente o nome de Hospital do Espírito Santo de Évora em 1996. Este hospital

tem uma existência de mais de quinhentos anos a servir a população do Alentejo. No ano de 2007 é denominado HESE-EPE. No ano seguinte, 2008, foi classificado como Hospital Central. Encontra-se integrado na Rede do Serviço Nacional de Saúde da Região Alentejo, tendo área de influência de primeira linha, abrangendo uma população de 150 mil pessoas referentes ao Distrito de Évora.

Serve um total de 14 Concelhos (figura 3), correspondendo à área do Alentejo Central (HESE, 2019). Compreende em segunda linha, um total de 33 concelhos que incluem 15 do Distrito de Portalegre, 13 do Baixo Alentejo e 5 do Alentejo Litoral, assistindo assim cerca de 440 mil pessoas, referente a toda a região do Alentejo.



Figura 3 Concelho de Évora

Como missão fundamental expressa em documento próprio, o HESE-EPE, assegura a prestação de cuidados de saúde diferenciados, adequados e em tempo útil, garantindo um elevado desempenho técnico, científico. Empenha-se numa eficaz e eficiente gestão dos recursos e humanização. Por outro lado, promove o desenvolvimento profissional dos seus colaboradores. Visa também o respeito pela dignidade e direitos dos cidadãos, a excelência técnica, a cultura de uma melhor gestão. Esforça-se pelo respeito pelas normas ambientais, no sentido da menor pegada ecológica, promove a qualidade, a ética, a integridade e transparência, a motivação e o trabalho em equipa (HESE, 2019). Acompanha as tendências populacionais no que respeita aos cuidados materno-infantis. No enquadramento do ensino clínico realizado no HESE-EPE, foi possível observar que nesta região Alentejo, os nascimentos têm uma ligeira subida, mas considerando a área geográfica, mantêm a tendência de depressão comparativamente a outras regiões do país (figura 4), conforme dados extraídos do Instituto Nacional de Estatística (INE) (i.e., https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0008877&contexto=bd&selTab=tab2).

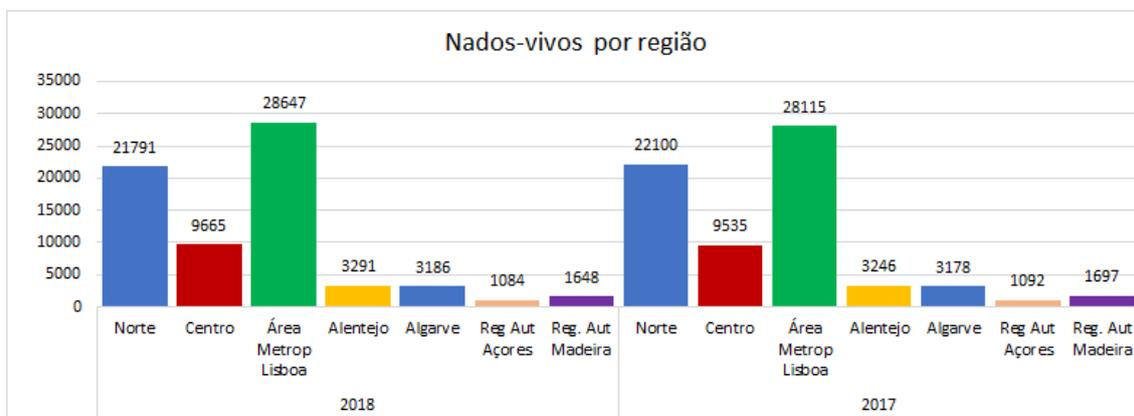


Figura 4 Nados-vivos por região

Hospital Garcia de Orta

Considerando agora o HGO, esta instituição iniciou a sua atividade em 1991. Em 2003 como consequência do seu desenvolvimento e grau de diferenciação passou a Hospital central, o único à data, na margem sul do Tejo. Deixou de pertencer ao Setor Público Administrativo e passou para o Setor Empresarial do Estado. No ano de 2006 é denominado EPE, estatuto que mantém até hoje, com a designação de HGO-EPE (HGO, 2019).

O HGO-EPE abrange uma população estimada em 350 mil habitantes, dos concelhos de Almada (figura 5) e Seixal (figura 6). Nas áreas de especialidade de Neonatologia e Neurocirurgia, estende-se também à Península de Setúbal. Possui ainda várias especialidades e Serviços de referência dando apoio a outros

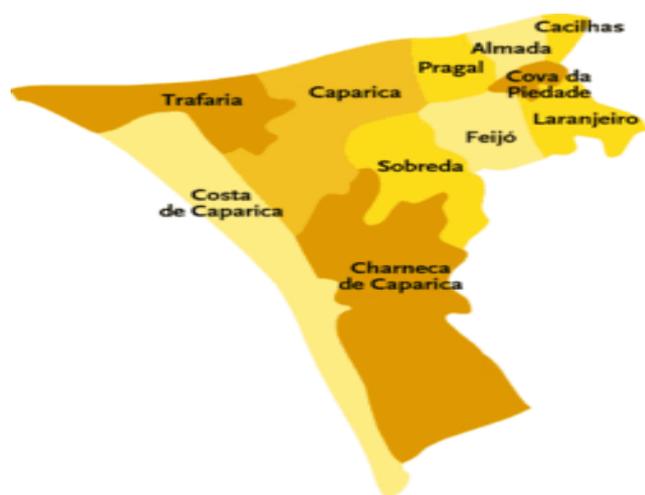


Figura 5 Concelho de Almada

hospitais, como Pediatria, Obstetrícia, Cirurgia Vascular, Cardiologia, Hematologia, Endocrinologia, Medicina Nuclear, Reumatologia, Ortopedia, Neurorradiologia, Nefrologia, entre outros (HGO, 2019).



Figura 6 Concelho do Seixal

Em 2007, entrou em funcionamento o Centro de Desenvolvimento da Criança, sendo o único existente na zona Sul do País. Destina-se a crianças e jovens residentes na área de influência do hospital com patologias neurológicas e do desenvolvimento. O HGO-EPE tem como missão prestar cuidados de saúde diferenciados à população dos concelhos de Almada, Seixal e Sesimbra, desenvolver atividades de investigação e formação, pré e pós-graduada, de profissionais de saúde, assim como atividades de ensino em colaboração protocolada com entidades públicas e privadas. Os valores do hospital passam por colocar o doente/utente no centro do universo da prestação dos cuidados de saúde, equidade no acesso e na prestação dos cuidados de saúde, promoção da saúde e da qualidade, conservação do património e proteção do meio ambiente e eficiência na utilização dos recursos (HGO, 2019).

Centro de Saúde de Montemor-o-Novo – USF Alcaides

No que se refere ao ensino clínico de CSP, decorreu no Centro de Saúde de Montemor-o-Novo – USF Alcaides. A unidade, integrada no Agrupamento de Centros de Saúde do Alentejo Central, iniciou a sua atividade em 2011. A mudança de instalações ocorreu no dia 20 de março de 2015. A USF Alcaides tem como área de atuação uma freguesia urbana, Nossa Sra. do Bispo/Sra. Da vila e quatro freguesias rurais (i.e., Escoural, Foros de Vale Figueira, Lavre e Ciborro). Tem inscritos 9048 utentes.

A USF Alcoides tem como missão atender em tempo útil, com eficiência e qualidade, garantindo a acessibilidade e a continuidade dos cuidados à população da sua área geográfica de influência. Os principais valores, defendem o compromisso de uma equipa competente, dinâmica, rigorosa e inovadora. Interage com a comunidade, na convicção de que, ao investimento pessoal e profissional, corresponderá a excelência de serviços.

1.2. CARACTERIZAÇÃO DOS RECURSOS MATERIAIS E HUMANOS

A experiência clínica ocorre, para obtenção de competências, em contexto de aprendizagem definidos pela universidade de Évora, que são suficientemente ricos para o desenvolvimento do estudante. Nestes contextos a mestranda identificou recursos materiais e humanos naturalmente diferentes, que passa a descrever.

1.2.1. Caracterização dos Recursos Materiais

Hospital Espírito Santo de Évora

O SOG do HESE-EPE, encontra-se no 3º piso do edifício do Espírito Santo e a sua sala de admissões, tem caráter de serviço de urgência. Em termos físicos, o serviço está dividido em duas alas. A entrada, no pequeno hall, encontra-se o gabinete de apoio às urgências, onde são observadas as utentes de obstetrícia/ginecologia e realizadas as admissões de grávidas. O serviço tem capacidade para internamento de seis mulheres grávidas em situação patológica ou então puérperas que os recém-nascidos se encontrem internados no Serviço de Neonatologia. Oito camas ou unidades de utente destinam-se a mulheres em situação ginecológica. A secção de puerpério, conta com capacidade para 17 puérperas e seus recém-nascidos. Destas, oito camas e oito berços encontram-se reservados a partos distócicos por cesariana e as restantes, para partos eutócicos ou distócicos por ventosa. No seguimento dos recursos materiais o serviço oferece ainda o Rastreo Auditivo Neonatal Universal (RANU) ao recém-nascido, conforme orientação

universal para Portugal (i.e., Norma 018/2015 de 11 de dezembro 2015, atualizada a 14/07/2017 da DGS). No extremo Norte do serviço, fica o BP, com capacidade para seis mulheres em trabalho de parto (TP) e uma sala de parto. Um recurso a sublinhar é a existência do Bloco Operatório Materno-Infantil com sala de partos propriamente dita. Contígua a esta sala, encontra-se outra dependência para prestação de cuidados imediatos ao RN e reanimação. Existe também uma porta de acesso direto ao Serviço de Neonatologia, quando ocorre a necessidade de transferência do RN por instabilidade hemodinâmica.

Para o puerpério imediato, estão reservadas três camas e três berços que também são utilizadas pelas grávidas que recorrem ao serviço de urgência e ficam em observação por algumas horas ou a realizar cardiocotografia (CTG). O serviço cumpre as orientações legais (i.e., Despacho N. 20729/2008 de 7 de agosto), relativamente à identificação e segurança dos recém-nascidos, contando com sistema automático de segurança (i.e., portas automáticas e pulseiras anti-rapto) e segurança permanente para controlo das entradas das visitas ao serviço. Além disso, no seguimento da mesma orientação legal, todas as mães e recém-nascidos tem alojamento conjunto (i.e., *rooming-in*) e os profissionais de saúde estão identificados. Cumprindo também as orientações da portaria legal (i.e., n. 1370/2008 de 2 de dezembro), oferece aos utentes, a possibilidade de registo de nascimento a partir do projeto nacional “Nascer Cidadão”.

O serviço dispõe de sala de Diagnóstico Pré-Natal. Além disso, em extensão e conexão com o edifício do Patrocínio, oferece um gabinete de registo cardiocotográfico. Tal corrobora a DGS que recomenda que as grávidas, entre as 36 e as 40 semanas, devem ter acesso a consulta no hospital onde se prevê que venha a ocorrer o parto (DGS, 2015). Desenvolve atualmente um projeto de preparação para o parto, com participação dos Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica (EESMO), cumprindo a visita às instalações da maternidade do HESE-EPE, conforme orientações da Direção Geral de Saúde (DGS) no seu ponto “Preparação para o parto e para a parentalidade” (DGS, 2015).

As instalações de gestão de serviço, administrativas, de armazenamento, de stock de material hospitalar (i.e., sistema de gestão Integrado e-Kabam) e sanitárias respeitam os protocolos e orientações hospitalares. Do serviço faz parte ainda uma dependência,

anteriormente denominada “Cantinho da Amamentação”, que, contudo, se encontra desativado por falta de recursos humanos.

O serviço conta ainda com recursos materiais de assistência à parturiente e puérpera, nomeadamente cardiotocógrafo ligado a uma central, bomba e seringa infusora e um *dinamap* por cada unidade individual de utente. Da unidade faz parte ainda um cadeirão destinado ao acompanhante da grávida/parturiente. Nas salas destinadas a fase de dilatação do TP, as camas são elétricas e permitem a realização do parto, facto pelo qual aí se encontra o material necessário para realização dos procedimentos necessários à vigilância do TP e do período expulsivo, caso se justifique. O serviço dispõe de um sistema de rádio integrado audível nas salas de dilatação.

As zonas de sujos e limpos estão delimitadas no serviço e em cada unidade de utente, cumprindo-se as orientações de higiene hospitalar HESE-EPE.

Hospital Garcia de Orta

No primeiro piso do HGO-EPE encontra-se o Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica (SUOG) e o BP. O SUOG realiza a triagem de enfermagem e todo o processo de admissão da mulher. Possui uma sala para avaliação do bem-estar materno-fetal e/ou de realização de exames complementares.

O BP é constituído por uma sala de dilatação, constituída por três camas, cada uma equipada com um cardiotocógrafo ligado a uma central, uma bomba e uma seringa infusora, um *dinamap* e um cadeirão destinado ao acompanhante da grávida/parturiente. Dispõe ainda de 4 boxes individuais, sendo compostas por uma marquesa, um cardiotocógrafo com a possibilidade de telemetria (monitorização cardiotocografia por *wireless*), um *dinamap*, uma bomba infusora e todo o material necessário à realização de um parto vaginal. As dimensões destes quartos são adequadas e favoráveis para a deambulação, liberdade de movimentos e mudança de posturas. As paredes estão pintadas com cores vivas, motivos florais, lenços para suspensão vertical, para apoio no TP e período expulsivo.

Este serviço dispõe também de duas salas operatórias compostas por todo o material necessário à realização de intervenções cirúrgicas, principalmente cesarianas. Dispõe ainda de um quarto com duas camas destinado ao recobro das mulheres. Neste serviço, o puerpério imediato é realizado no corredor, até a díade ser transferida para a enfermaria.

O serviço cumpre as orientações legais (i.e., Despacho N. 20729/2008 de 7 de agosto), relativamente à identificação e segurança dos recém-nascidos, contando com sistema automático de segurança (portas automáticas e pulseiras anti-rapto). No seguimento da mesma orientação legal, todas as mães e RN tem alojamento conjunto (i.e., *rooming-in*) e os profissionais de saúde estão identificados. O serviço possui um corredor de circulação periférica, dando acesso às boxes individuais, utilizado pelos acompanhantes/pessoa significativa à parturiente

A USF Alcoides situa-se no rés do chão do Centro de Saúde de Montemor-o-Novo. É composta por diversas dependências: 1) sala grande à qual se dá o nome de sala de tratamentos, 2) 10 gabinetes, com ligação pareada. Cada gabinete é utilizado por um médico/a e um/a enfermeiro/a. Um dos gabinetes está especialmente preparado para as atividades/assistência no planeamento familiar, nomeadamente consulta, rastreio do cancro do colo do útero e ensino individualizado, dispondo de todo o material para tal. Uma das dependências é a farmácia, onde se encontra toda a medicação utilizada nesta USF. De salientar que o serviço dispõe ainda de sala de espera com espaços distintos (i.e., planeamento familiar, saúde materna e infantil e a outro reservado às restantes consultas), dando acesso aos secretários clínicos.

Em termos funcionais, além dos cuidados prestado à população pertencente a este centro de saúde, existe um espaço destinado às grávidas e puérperas denominado Oficina “Mamã e Papá”. A Oficina, tem como objetivo ajudar o casal a preparar-se para o parto e parentalidade de forma a experienciem a gravidez de uma forma positiva, a vivenciarem o momento do parto com menos ansiedade, aumentando a confiança nas suas capacidades e competências para cuidar do bebé. Este curso normalmente inicia-se a partir das 28 semanas de gestação e é realizado por duas EESMO, uma fisioterapeuta, uma psicóloga clínica, uma nutricionista e uma higienista oral. No pós-parto são também

desenvolvidas sessões de partilha e aconselhamento, destinadas ao casal e ao recém-nascido. O exercício de enfermagem na área da Saúde Materna e Obstétrica rege-se por objetivos e orienta-se pelas normas da DGS na vigilância do ciclo gravídico-puerperal.

1.2.2. Caraterização dos recursos humanos

No que concerne aos recursos humanos a equipa multidisciplinar do HESE-EPE é constituída por oito médicos especialistas de Obstetrícia/Ginecologia, duas internistas, 23 enfermeiros especialistas em Saúde Materna e Obstetrícia (EESMO), seis enfermeiros generalistas, 12 assistentes operacionais, três administrativas, um pediatra, um anestesista e um segurança. Sempre que se verifique necessário, pode ser requerida a presença de outros profissionais, tais como: psicólogos e assistentes sociais. Os horários dos profissionais respeitam as regras de funcionamento em rotatividade ou de forma fixa. Para assegurar a urgência obstétrica e ginecológica existem, médicos especialistas de Obstetrícia/Ginecologia externos que realizam escalas de 24 horas. Normalmente, estão presentes três médicos especialistas de Obstetrícia e Ginecologia no decorrer destas escalas.

No que respeita aos enfermeiros, o método de trabalho assenta no método individual, subordinado à classificação de doentes, com as necessárias adaptações, geridos pela enfermeira chefe, de acordo com a disponibilidade diária dos profissionais. Segundo (Costa, 2004), este método baseia-se na prestação de cuidados de enfermagem de forma holística ao utente/utentes que lhe são atribuídos durante o seu turno de trabalho, prestando todos os cuidados de enfermagem necessários. Em cada turno de 8 horas estão distribuídos para o internamento, sempre que possível três enfermeiros no turno da manhã, dois enfermeiros no turno da tarde e dois enfermeiros no turno da noite, não existindo critérios de número de EESMO e generalistas em cada turno. No BP encontram-se sempre distribuídos dois EESMO.

Apenas a prestação de cuidados imediatos ao RN é da responsabilidade do EESMO, que é distribuído pela enfermeira chefe do Serviço de obstetrícia no BP. A

restante organização e prestação de cuidados às utentes encontra-se a cargo dos enfermeiros do Bloco Operatório.

Relativamente ao HGO, a equipa multidisciplinar é composta por 30 médicos, dividida entre especialistas de Obstetrícia/ginecologia e internistas. Nas escalas de 24 horas no mínimo estão presentes dois médicos especialistas de Obstetrícia/Ginecologia e dois ou três internos, cada um de seu ano da especialidade. A equipa de enfermagem é constituída por 45 enfermeiros que são distribuídos entre o SUOG e o bloco de partos. Normalmente, são distribuídos para o SUOG um EESMO e um enfermeiro generalista e para o bloco de partos quatro EESMO's e um enfermeiro generalista, quinze assistentes operacionais, duas administrativas, um pediatra e um anestesista. Os horários dos profissionais respeitam as regras de funcionamento em rotatividade ou de forma fixa.

No que respeita aos enfermeiros, o método de trabalho assenta no método individual (Costa, 2004), sendo a distribuição realizada no início de cada turno pela chefe de equipa.

A equipa multidisciplinar da USF Alcaldes é composta por cinco médicos, cinco enfermeiros e cinco secretários clínicos. Todos estes profissionais são agrupados por equipas nucleares (i.e., médico/ enfermeiro/secretário clínico). Cada equipa é responsável pela execução dos seguintes programas: a) de saúde infantil e juvenil; b) de planeamento familiar; c) de saúde materna; d) de prevenção de doença oncológica; e) de vigilância de diabéticos; f) de vigilância de hipertensos; g) de visitação domiciliária; h) de vacinação i) de cuidados em doença aguda. É também importante salientar que além destes profissionais, a USF tem como colaboradores diretos, um nutricionista, uma psicóloga clínica, um técnico de serviço social, um dentista, uma higienista oral, uma unidade de apoio à gestão, uma unidade de saúde pública, e uma unidade de cuidados continuados.

Os profissionais têm horário definido e afixado na entrada do gabinete, onde constam consultas programadas de várias áreas de atuação, consultas do dia, consultas de doença aguda/inter-substituição.

1.3. FUNDAMENTAÇÃO DA ESCOLHA DA TEMÁTICA - REVISÃO DA LITERATURA

No casal, a parentalidade, surge como a evolução do par, ou seja, a díade afetivo-sexual que se transforma em tríade. Para cada elemento do par, os novos papéis, constituem desafios para a vida. Em termos legais, o vínculo jurídico entre o adulto/progenitor e o menor/filho à sua responsabilidade, atribui responsabilidades, que se materializam no desenvolvimento saudável da criança. A parentalidade é uma figura reconhecida nos cuidados de enfermagem, já que está inscrita na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). Está conceptualizada como a responsabilização por outrem, a criança. Corresponde aos comportamentos desenvolvidos pelo adulto, que tendo à guarda a criança, realiza cuidados físicos, emocionais, promove bem-estar, em favor do desenvolvimento infanto-juvenil (Bradley, Pennar, & Lida, 2015). O conceito reporta-se também à incorporação do recém-nascido (RN) na família (Ordem dos Enfermeiros, 2011). Identificam-se assim, duas figuras principais nesta relação assimétrica: o cuidador/parental *versus* o beneficiário/criança. É sobre as figuras parentais, que se debruça a temática do atual relatório. Os EESMO convivem, interagem e atuam diariamente com estas figuras; são os seus “clientes” quotidianos. Tal justifica o interesse em aprofundar conhecimentos e simultaneamente são o tema, orientando-o particularmente para a figura paterna.

As figuras e os papéis parentais têm sofrido transformações. Abrem-se possibilidades a casais homo ou heterossexuais ou a decisões monoparentais de progeneritura. Embora possa existir alguma resistência social quanto à relação sexo-género da figura parental, ou por monoparentalidade, legalmente são reconhecidos aos pais/mães adotantes as mesmas medidas e privilégios que aos de descendência natural (i.e., Lei n.º 7/2001, de 11 de maio; Lei n.º 143/2015 de 8 de setembro). À semelhança de outros países Europeus, constata-se em Portugal o caminho para maior liberalização de costumes.

A provisão da subsistência, o amor materno e paterno, são marcantes para o bem-estar da criança. Durante o desenvolvimento, a aceitação da criança por ambos é importante, contudo a rejeição pela figura paterna parece ter efeitos mais negativos (Khaleque & Rohner, 2012); (Bradley, Pennar, & Lida, 2015). Os estudos recaem habitualmente sobre a figura materna, por se considerar fundamental para o desenvolvimento da criança, deixando os pais sob algum vazio na pesquisa. Entendiam



mesmo alguns estudos que os pais não tinham competências/aptidão/habilidades para cuidar dos filhos, por comparação com as mulheres, definidas como geneticamente dotadas para tal (Thompson, 2002). Embora a figura paterna fosse valorizada, pelo que podia representar na subsistência da unidade materno-fetal durante a gravidez, após o nascimento da criança, perdia relevância. Após o parto, este valor de subsistência baixava, sobre-elevando-se o valor da mãe enquanto nutriz da criança (Bradley, Pennar, & Lida, 2015).

Atualmente os papéis parentais, de ambas as figuras, concorrem para objetivos mais aproximados. As mulheres contribuem mais efetivamente para o rendimento do agregado, ao homem solicita-se a sua colaboração e desempenho nas atividades domésticas e cuidados com os filhos (Oliveira & Brito, 2009). Atualmente, no casal, é importante esclarecer se durante o ciclo gravídico-puerperal, a figura paterna, compreende a responsabilidade do seu papel e contribui de forma eficaz para o bem-estar da unidade materno-fetal. Ao acompanhar a mulher/mãe, na realização de alguns exames ou consultas, o homem/pai contacta precocemente com o feto. Torna-se evidente a vida in-utero, impossível de observar através do olhar simples e comum do ventre materno. Os batimentos cardíofetais e o som, revelam a vida no registo ecográfico. Tais recursos da saúde, levam o casal a aproximar-se, a partilhar os momentos e/ou as expectativas onde ocorrem tantas mudanças (Petito, Candido, Ribeiro, & Petito, 2015). São boas oportunidades para a consciencialização do homem, ou seja, concretiza-se o movimento de “tornar-se pai”.

Em Portugal é permitido desde há 33 anos, a presença de acompanhante da parturiente (i.e., Lei n.º 14/85, de 6 de julho). Mais recentemente em 2014, sublinhou-se este direito (i.e., Lei n.º 15/2014 de 21 de março). Na maioria das vezes o acompanhante escolhido pela mulher é o pai do RN. Este direito pode ser exercido nas 24h do dia/noite em que decorra o trabalho de parto (TP), não sendo o acompanhante submetido a regulamentos hospitalares de visitas ou outros condicionamentos. A proteção legal à figura paterna melhorou. Além da mãe, o pai pode acompanhar a criança sem penalização laboral (i.e., Lei nº 120/2015 de 1 setembro). A licença parental inicial é agora de 120 ou

150 dias consecutivos, com outros acréscimos de acordo com o calendário que o casal estabeleça.

Comprovam alguns estudos que a presença do parceiro sexual/marido/companheiro durante o TP se associa a menor ansiedade materna. Recomendam mesmo a presença desta figura (Salehi, Fahami, & Beigi, 2016). Também durante o puerpério e ainda mesmo em meio hospitalar, o contacto precoce com o pai faz emergir o *bonding*, como ligação inestimável para o resto da vida (Mendonça, et al., 2016). A tolerância à dor e as exigências psicofisiológicas do TP são atenuadas com a presença do pai. Há vantagens reconhecidas na diminuição do tempo de TP, volume de analgésicos, uterotónicos, procedimentos para desencadeamento do TP, parto instrumental (i.e., fórceps, ventosa) (Gungor & Beji, 2007; Shahshahan, Mehrabian, & Mashoori, 2014). Acresce ainda, com particular importância para a mulher, a redução da sensação de dor, os casos de cesariana ou o tempo de internamento puerperal. Por outro lado, em termos emocionais, melhora o humor da mulher, crescendo na satisfação com a experiência de nascimento (Petito, Cândido, Ribeiro, & Petito, 2015).

Falou-se até aqui do pai, no âmbito da díade. Mas como percebe o próprio pai as suas competências, habilidades, receios, hesitações face aos cuidados necessários à criança recém-nascida? O puerpério materno, é para o pai um período de incertezas (Kuo, et al., 2012). O nascimento da criança acarreta modificações dos hábitos pessoais, do sono, do tempo para si, em favor do tempo para cuidar o RN e de redução do tempo para o casal (Oliveira & Brito, 2009).

A preparação ou encenação da paternidade raramente acontece na infância dos homens (Finco, 2003) e durante a gravidez, esta figura não tem percepção física do bebé. De facto, o seu organismo não sente mudanças físicas da gestação. Excetuam-se aqui os parceiros sexuais que vivem o Síndrome de Couvade (Holditch-Davis, Black, Harris, Sandelowski, & Edwards, 1994); (Wilson, 1977). Apeiam-se da paternidade, sem antecipar na imaginação ou exercitar qualquer cuidado a RN. As tarefas cuidativas serão maioritariamente desconhecidas. É importante perceber que face à falta de preparação, ou sentimentos de não-competência, alguns pais se afastam dos filhos não assumindo

tarefas, não integrando papéis. Porventura, algumas vezes, são as mães que os excluem, pela impaciência de tutoriar o companheiro, quando ensaia cuidados à criança.

Dada a importância de ambas as figuras parentais e porque a interação do EESMO se dirige ao casal, nomeadamente no atingir das metas formativas/profissionais preconizadas pela ordem dos enfermeiros, justifica-se um estudo sobre as competências paternas. A temática possui também interesse, dado que é emergente, no contexto socioprofissional da mestranda, concorrendo assim para o desenvolvimento pessoal e profissional.

2. METODOLOGIA

No atual documento, a metodologia, diz respeito ao processo de aprendizagem como mestranda, no âmbito da descrição das experiências clínicas nas vertentes dos CSP e Cuidados de Saúde Diferenciados (CSD), mas também, da metodologia aplicada, sobre a temática estudada, ou seja, na vertente de investigação, conforme declarado no projeto que se encontra no Apêndice A. De facto, responde-se aos objetivos definidos no Plano de Estudos da Universidade, mas também, aos objetivos pessoais, formulados pela mestranda no projeto, conforme seu maior interesse.

2.1. OBJETIVOS DO ESTÁGIO E DA TEMÁTICA

2.1.1. Objetivos do estágio

A formação no atual plano de estudos supõe orientações de várias proveniências (i.e., Diretrizes Europeias para a formação de Parteira, orientações do International Council of Midwives, International Confederation of Midwives, Ordem dos Enfermeiros), no sentido de uma formação sólida, para prestação de cuidados de excelência. Assim, seguindo a linha orientado do plano de estudos, apresentam-se os

objetivos formais/educacionais e também aqueles que despertando interesse na mestranda, levaram a investigação de uma temática em particular.

Os objetivos indicam as metas que pretendemos alcançar no final, esclarecem o que é pretendido com a pesquisa, assim, de acordo com o plano de estudos, é esperado que se atinjam os principais objetivos curriculares:

- Cuidar a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional;
- Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal;
- Cuidar a mulher inserida na família e comunidade no âmbito da saúde sexual e reprodutiva;
- Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante os vários estádios do trabalho de parto em situações de saúde/desvios de saúde;
- Cuidar a mulher inserida na família e comunidade no período puerperal em situação de saúde/desvios de saúde
- Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal;
- Cuidar a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica:
- Cuidar a mulher inserida na família e comunidade demonstrando responsabilidade ético-deontológica e empenho na melhoria da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais;
- Demonstrar uma aquisição de conhecimentos conducente a uma proposta de projeto de intervenção, considerando as vertentes de teórico-práticas e a Prática Baseada na Evidência;
- Defender através de um relatório apresentado em provas públicas, a sua atuação no decorrer do estágio.

Para maior desenvolvimento, definira-se também objetivos pessoais através de um projeto submetido aos necessários órgãos da Universidade de Évora (Apêndice A). São metas ou intenções que a mestranda, no sentido da construção da identidade profissional desenvolve com particular interesse. De facto, além do currículo escolar, perfilha o atingir

das competências definidas pela ordem, existem áreas menos exploradas que contribuem para o desenvolvimento do EESMO:

- Cuidar mulher/casal no período pré-concepcional;
- Cuidar a mulher/casal Período pré-natal;
- Cuidar a mulher/casal no trabalho de parto;
- Cuidar a mulher/casal período peri-natal;
- Cuidar a mulher/casal período pós-concepcional;
- Identificar/esclarecer as dúvidas dos pais quanto aos cuidados no decorrer da sua prestação de cuidados ao RN.

2.1.2. Objetivos da temática

A parentalidade é porventura o desejo major do casal e simultaneamente um dos maiores desafios do par. No âmbito dos cuidados de enfermagem, a parentalidade está conceptualizada como a responsabilização por outrem, sobre a criança. Na perspetiva da Enfermagem, corresponde à atuação do adulto, que promove cuidados físicos, emocionais em favor da criança, incorporada na família (OE, 2014). As figuras e os papéis parentais têm sofrido transformações. Os estudos recaem essencialmente sobre os comportamentos das mães, deixando os pais sob algum vazio. Entendem alguns estudos que os pais não têm competências/aptidão/habilidades para cuidar dos filhos, relativamente às mães geneticamente dotadas para tal (Thompson, 2002). A figura paterna após o nascimento da criança, perdia relevância, centrando-se os cuidados sobre a mulher e a criança. Atualmente os papéis parentais masculinos versus femininos, concorrem para objetivos mais próximos. No sentido de sublinhar a parentalidade no masculino e enquadrando-se a temática numa oportunidade de desenvolvimento local, desenhou-se um projeto, na vertente de investigação, delineando-se como objetivo geral:

Descrever as competências identificadas/enunciadas/reconhecidas pelos pais para cuidar do seu filho recém-nascido.

E como objetivos específicos:

- Identificar os domínios mais relevantes/carentes dos cuidados;

-
- Definir os tópicos fundamentais de programa para os pais.

2.2. ABORDAGEM METODOLÓGICA

Na vertente do ensino clínico, aplicou-se de maneira global, a metodologia de observação participante (Estrela, 1990), já que, sob supervisão de EESMOs e orientação pedagógica de docente, ocorreram: a) estratégias de observação, b) estratégias de interação (cuidados às utentes; comunicação; consultas, ensinados...), c) abordagem teórico-prática de situações clínicas (jornais de aprendizagem; estudo de caso), d) entrosamento na gestão de cuidados (construção de protocolos), e) estratégias de integração/disseminação de conhecimento (apresentação de matérias em coloquio).

Como refere (Estrela, 1990), a observação participante ocorre, quando o observador, participa na vida, nos fenómenos, nos cuidados (...) do grupo por ele estudado. Na metodologia, a orientação foi fundamental. De facto, conforme alguns autores (Schön, 1991); (Vieira, 1993), a formação neste mestrado, sustentou-se, na clínica, na figura do(s) supervisor, que foi orientador, conselheiro, companheiro, facilitador da integração. Ajudou a compreender a realidade dos cuidados, inicialmente desconhecida, em alguns momentos produzindo forte impacto sobre a mestranda. Na verdade, a metodologia de observação participante também foi o móbil para a vertente de investigação, já que foi no campo clínico que se encontraram os recursos/unidades de análise para dar consecução ao estudo.

2.2.1. Vertente do estágio

No decorrer dos EC foram desenvolvidas estratégias e consequentes atividades, que procuraram dar resposta aos objetivos traçados no projeto, constituindo o desenvolvimento do processo metodológico. A procura de novos conhecimentos e habilidades que facilitem os cuidados de enfermagem devem ser uma constante nas práticas profissionais dos enfermeiros, uma vez que lhes proporciona uma maior

autonomia e desenvolvimento de competências relevantes para atividades futuras. Neste contexto, foram desenvolvidas várias metodologias descritas de seguida:

- Estratégias de observação

Nos primeiros dias no campo clínico, optou-se pela observação da supervisora de modo a realizar um enquadramento no campo clínico através do conhecimento dos espaços e dos pares, exceto nos campos de Ginecologia, grávidas patológicas e puerpério. As várias supervisoras concordaram com esta proposta inicial colocada pela mestranda; as exceções dizem respeito à maior familiaridade da mestranda, já que exerce a profissão nesse espaço. A ação estratégica mencionada conduziu ao conhecimento do método de trabalho no serviço e aos recursos materiais e humanos.

- Estratégias de treino na clínica

Nos vários campos de estágio, houve oportunidade de experimentar diferentes metodologias no treino. Sublinha-se no atual relatório, a importância que teve para a aprendizagem no âmbito da assistência da parturiente, a aplicação de uma metodologia intervencionista versus a metodologia expectante. A metodologia intervencionista, associada à postura profissional de *hands-on*, é a mais clássica. Foi possível adquirir competência com esta metodologia, numa perspetiva de aprendizagem, que sublinha as competências técnicas-instrumentais. Tal ocorreu sobretudo nos EC em contexto de sala de partos e em instituições mais convencionais. A metodologia expectante, associada a postura profissional maioritariamente *hand-off*, ofereceu contributos inovadores para a aprendizagem da mestranda. Esta metodologia de aprendizagem ocorreu em ambiente clínico de hospital central, em contexto de sala de partos que implementam novas abordagens ao parto, seguindo orientações de diferentes organizações. Foi possível observar, colaborar e assistir parturientes com esta metodologia, abrindo-se novas perspetivas para exercício futuro (FAME, 2011; Oladapo, et al., 2018).

- Estratégias de reflexão clínica:



Uma vez que o pensamento reflexivo se inicia com um estado de dúvida, perplexidade e dificuldade, dando origem a um processo mental, ocorre um ato de pesquisa para dar resposta à dúvida (Peixoto & Peixoto, 2016). Durante todos os EC foram realizadas reuniões intercalares e finais, o que permitiu que o *feedback* dado pelos supervisores incentivasse a mestrandas, a melhorar através da reflexão dos cuidados prestados. Desenvolveram-se também várias reflexões sobre experiências, casos e temáticas, observadas e que despertaram o interesse para maior aprofundamento de conhecimentos. De seguida são referidos todas os “Jornais de Aprendizagem” realizados no decorrer dos ensinamentos clínicos (Apêndice B).

Temas:

1. Implante contraceutivo;
2. Vacina tosse convulsa;
3. Rastreio cancro do colo do útero;
4. Prolapso da bexiga;
5. Relaxamento- Aula de preparação para o parto;
6. Doença inflamatória pélvica (DIP);
7. Cerclage;
8. Rotura prematura de membranas;
9. Herpes genital;
10. Teratoma do ovário;
11. Aleitamento materno;
12. Banho do RN;
13. Vacina Engerix B;
14. Atonia uterina;
15. Classificação do traçado da FCF;
16. Tratocile;
17. Pré-eclâmpsia e eclâmpsia;
18. Terceiro estágio do trabalho de parto- Dequitação;

-
19. Diabetes gestacional;
 20. Serologias na gravidez I, II, III;
 21. Episiotomia e episiorrafia.

- Estratégias de Estudo de Caso

A estratégia de estudo de caso, proposta pelos orientadores, foi um instrumento de desenvolvimento. De facto, a possibilidade de estudar um caso real, resguardado das necessárias cautelas éticas e com respeito pelas utentes, revelou ser um bom instrumento, corroborando alguns autores (Bonney, 2015). Nesta experiência, foi possível aumentar competências, existindo perceção de ganhos em aprendizagens (Apêndice C). Exercitou-se a taxonomia CIPE conforme os recursos materiais oferecidos no campo de estágio. O estudo de caso, encontra-se na hierarquia da evidência científica, no nível de base. É, porém, o nível de evidência mais concreto com o qual o estudante contacta (Pereira & Veiga, 2014) e a partir do qual melhor entrosamento tem com os seus conhecimentos.

- Outros Contributos para o desenvolvimento

No decorrer do estágio, como forma de aprendizagem não anteriormente planeada no projeto, mas constituindo uma oportunidade de desenvolvimento para a mestranda, a colaboração na realização de protocolos (Apêndice D), levou à utilização de estratégias de desenvolvimento. De facto, a construção destes protocolos exigiu a recolha de informação atualizada em bases de dados, reunião com supervisores e orientadores no sentido da construção dos documentos. Além desta construção, a mestranda teve ainda oportunidade de os apresentar publicamente à equipa. A realização de protocolos, que representam as *guidelines* locais, para determinados cuidados, são importantes instrumentos do exercício profissional, já que levam a equipa a respeitar procedimentos comuns, em favor da utente/cliente.

2.2.2. Vertente da temática

Apoiando-se no projeto acadêmico submetido, desenvolveu-se o estudo empírico. Após definido o tema e os objetivos de investigação, foi realizada uma pesquisa bibliográfica que serviu de base para a construção e argumentação sobre a temática, assim como para a formulação dos instrumentos de recolha de dados. O instrumento para recolha de dados foi elaborado, dividindo-se em três secções: a) dados demográficos, b) dados sobre parentalidade e c) versão do “Fathers’ Involvement in Infant Care” (FIICQ) (Kuruçırak & Kulakaçb, 2014). O intuito era descrever as competências identificadas/enunciadas/reconhecidas pelos pais para cuidar do seu filho recém-nascido (Apêndice E). Nos procedimentos metodológicos inclui-se o pedido de permissão à autora original da “Fathers’ Involvement in Infant Care” (FIICQ), (Kuruçırak & Kulakaçb, 2014). (Apêndice F). Constituiu-se assim, uma pesquisa transversal, de caráter quantitativo.

A aplicação do instrumento aos pais decorreu entre setembro de 2018 e julho de 2019. Aos pais, através de um pedido o consentimento informado (Apêndice E), foi pedida a colaboração. Existiu um acompanhamento contínuo, através da disponibilidade da mestranda, estando em presença de disponibilidade, aquando do seu preenchimento, para eventual apoio. A adesão foi muitíssimo elevada, dado que, todos os pais recrutados concordaram em participar. Apenas três dos questionários foi eliminado por estar incompleto.

Antes da recolha de dados, o projeto seguiu o processo académico junto da comissão de Ética para a Investigação nas áreas de Saúde Humana e Bem-estar da UÉ (Anexo A). Um processo semelhante, com impressos próprios, foi desenvolvido junto do conselho de Administração do HESE, EPE (Anexo B). Assegurou-se assim o cumprimento dos princípios éticos e legais que regem os procedimentos de dados.

Os resultados foram tratados e analisados estatisticamente através do *software IBM® SPSS® (Statistics Package for the Social Sciences)*, versão 24. A totalidade dos dados está no Apêndice G. No presente texto apresentam-se os mais relevantes para ilustra o discurso.

De forma a desenvolver competências de disseminação da informação foi possível apresentar os resultados preliminares da pesquisa realizada em base de dados e que se

deseja num futuro, chegar a revisão. Assim, utilizando a equação booleana: Father or fatherhood AND expectations AND newborns or neonates or infants foi possível obter 372 estudos. Com o auxílio do software, fez-se o 1º rastreio através do título e abstract. Selecionaram-se os textos com amostra masculina, retiraram-se os repetidos. Introduziu-se o texto completo, limitado a 10 anos, atingiram-se 20 resultados. Maior perícia na equação booleana permitirá apurar resultados fiáveis. Os resultados foram, então, apresentados no V Colóquio Luso-Brasileiro sobre saúde, educação e representações sociais (CLBSERS). (Apêndice H)

2.3. POPULAÇÃO-ALVO DO ESTÁGIO E DA TEMÁTICA

A população alvo refere-se ao conjunto de sujeitos que satisfaz os critérios de seleção definidos previamente e que permitem fazer generalizações dos resultados (Fortin, 2009). Neste item é definida a população de mulheres assistidas nos contextos clínicos de aprendizagem, ou seja, a população-alvo do estágio. Também se apresenta a população-alvo, das figuras paternas em estudo.

2.3.1. População-alvo do estágio

Espaços hospitalares do HESE-EPE e HGO e da USF Alcides. A população de mulheres que recorre ao SOG do HESE-EPE, são sobretudo de origem caucasiana, nacionalidade Portuguesa e provenientes dos diversos concelhos do Distrito de Évora. Verifica-se pequena afluência de mulheres oriundas de outros países (i.e., Brasil, Ucrânia). No caso do HGO são sobretudo de origem caucasiana. Contudo, a representação africana de 2ª ou 3ª geração é significativa (i.e., Cabo Verde, Angola, Guiné-Bissau, Moçambique), comparativamente a proveniência de países de Leste ou Latino-americana. Considerando a Grande Lisboa e Alentejo, locais de implantação dos campos de estágio HGO, HESE-EPE e USF-Alcides, através dos dados disponibilizados pelo (PORDATA,

2019), no que concerne, à média de idades da mãe ao nascimento do primeiro filho, é possível observar que de 2010 até 2016 a idade média da mãe tem vindo a aumentar. No último ano, situa-se nos 30,5 anos na área metropolitana de Lisboa e nos 29,6 anos no Alentejo (figura 5).

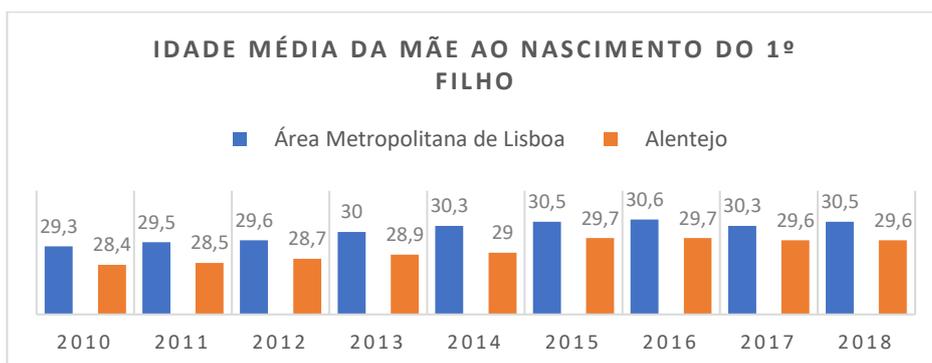


Figura 5 Idade média da mãe ao nascimento do 1º filho

No caso das mulheres assistidas pela mestranda em Bloco de Partos, a média de idades situou-se nos 29,4 anos. Tal resultado, embora noutro indicador, é próximo à média de idades das mães observado nos dados do país (PORDATA, 2019).

Como é possível observar nos dados disponibilizados pelo (PORDATA, 2019) e apresentados na figura 6, nos últimos anos tem-se verificado uma diminuição dos níveis de natalidade. Apesar de se observar um ligeiro aumento do número de partos em 2016 e 2017 no município de Almada. O mesmo não se verificou no município de Évora, onde existiu um ligeiro aumento do número de partos em 2016 e logo depois em 2017, um ligeiro decréscimo.

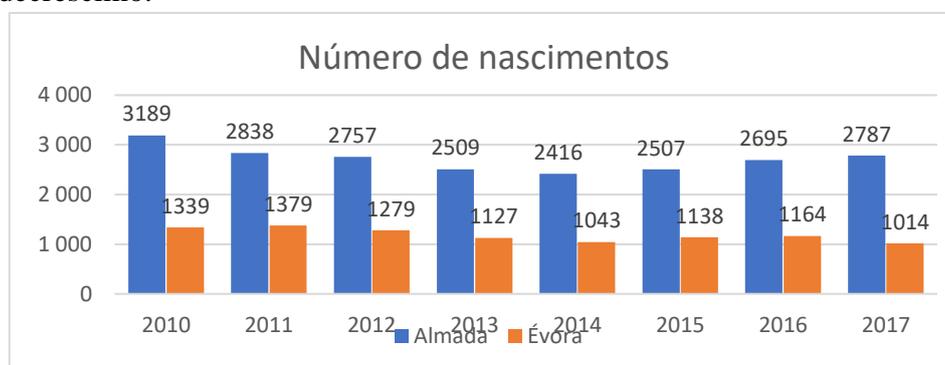


Figura 6 Número de nascimentos

No caso das mulheres assistidas pela mestranda em Bloco de Partos, a paridade situou-se em média em 2 filhos.

No entanto segundo o serviço nacional de saúde, o número de nascimentos em Portugal em 2019, atingiu o valor mais elevado dos últimos sete anos, no primeiro trimestre. Neste período foram rastreados 21,348 recém-nascidos no Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA), o que significa que foram rastreadas mais 984 crianças face ao mesmo período do ano anterior (Serviço Nacional de Saúde, 2019).

2.3.2. População-alvo da temática

Para a realização deste estudo a população-alvo é constituída pelos pais que frequentam o Serviço de Obstetrícia do Hospital de Évora. Em consonância com o número de itens da variável principal “Fathers’ Involvement in Infant Care” (FIICQ) (Kuruçirak & Kulakaçb, 2014), calculou-se o tamanho da amostra, seguindo-se o critério de (Bryant & Yarnold, 1995), (a amostra deve ser pelo menos cinco vezes o número de variáveis) Embora os mesmos autores e (Gorsuch, 1983), consideram que a análise deve basear-se no mínimo de 100 observações. Assim estimou-se recolher dados em 120 pais. Dado que três questionários estavam incompletos, atingiu-se uma amostra de 117 homens.

Apresentação da amostra. A idade dos participantes varia entre os 23 anos aos 48 anos, com moda aos 36 anos e média 34.52 (DP=5.35) (figura 7).

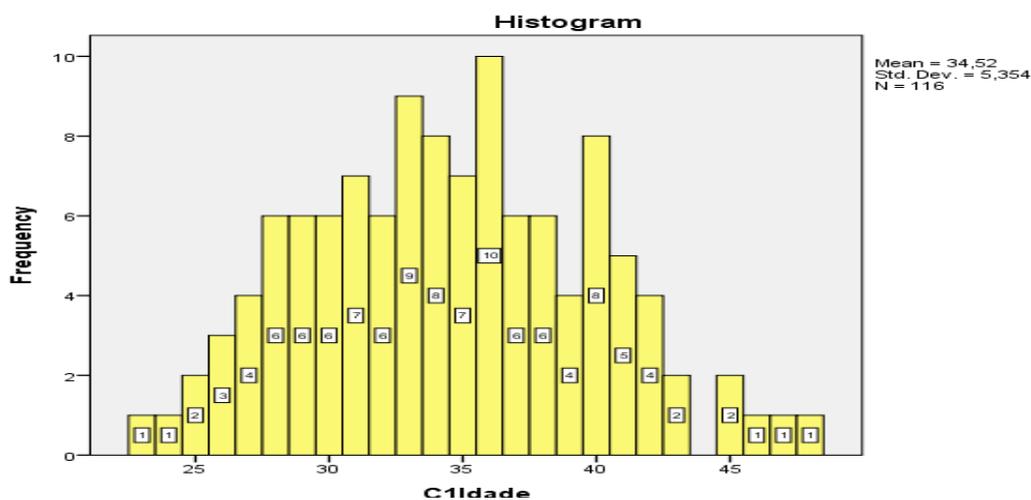


Figura 7 Idade dos participantes

A maioria dos participantes 66,7% (n=78), são casados ou vivem em união de facto, seguindo-se 29,1% (n=34), que referem o seu estado civil como solteiros e por último, apenas 4,3% (n=5), dos participantes refere que se encontram divorciados. Relativamente à nacionalidade, Portugal é o País mais representado, perfazendo 94,8% (n=110), da amostra. No que se refere às habilitações literárias, são 38,6% (n=44), os homens possuem como escolaridade o 12º ano e 31,6% (n=36), possuem o 9º ano de escolaridade. Por outro lado 27,2% (n=31), têm formação superior, subdividindo-se em 14,9% (n=17), com licenciatura e 12,3% (n=14), com mestrado. Destacando-se ainda a pequena percentagem de 2,6% (n=3), que possui o 1º ciclo do ensino básico.

No que concerne ao número de filhos (figura 6), constata-se que para mais de metade dos participantes (n=66; 56,4%) este é o seu primeiro filho, seguido de 30,8% (n=36), que é o segundo, para 9,4% (n=11) este filho é o terceiro e apenas 3,5% dos participantes este filho era o 4 ou 5 filho.

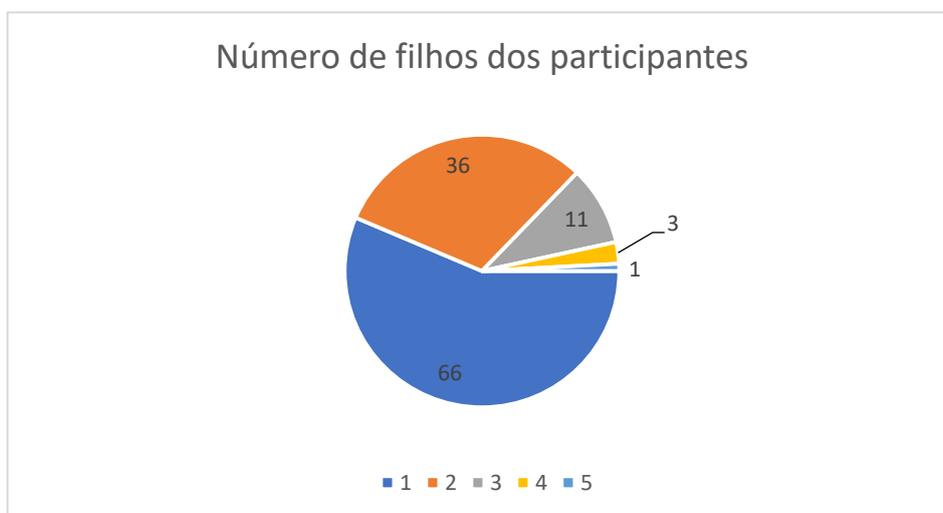


Figura 8 Número de filhos dos participantes

Ainda neste seguimento contactamos que para em 91,2% (n=103), não tem filhos de outras uniões enquanto que 8,8% (n=10) o referem.

Relativamente ao tempo de vivência do casal, tal decorre em média desde há 5,87 anos, numa amplitude de 1 mês a 20 anos. A variável apresenta Moda de 2 anos e Mediana de 4,5 anos (figura 9).

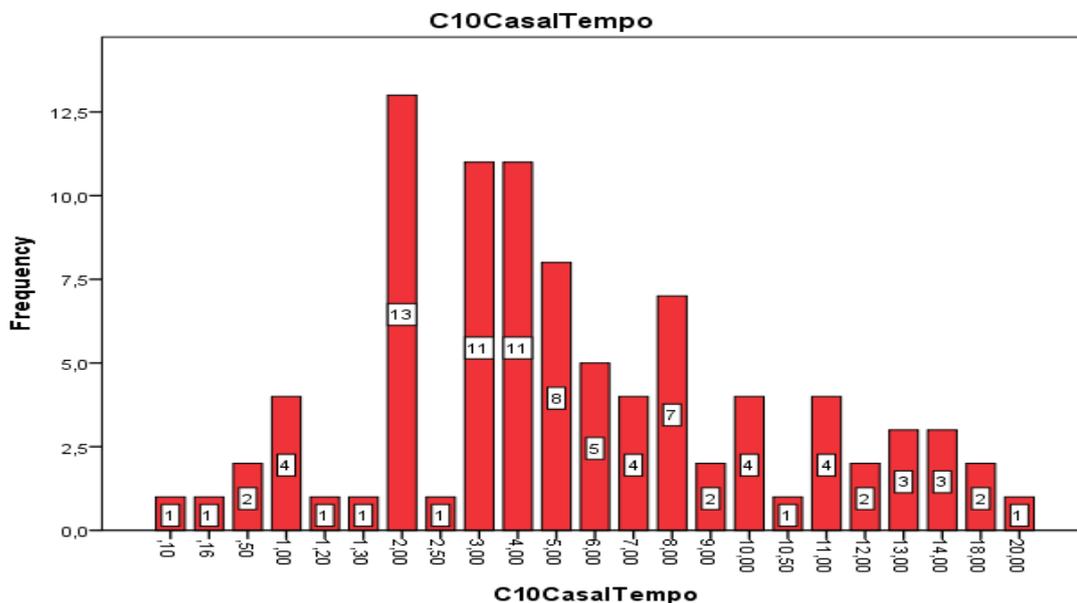


Figura 9 Tempo de vivência do casal

A grande maioria dos participantes, num total de 95,7% encontram-se empregados, sendo que apenas 2,6% se encontra desempregado e 1,7% em emprego temporário.

2.4. ANALISE DE DADOS

Tendo-se caracterizado a amostra dos participantes, segue-se agora a análise de dados relativamente à variável explicada, o Envolvimento dos Pais nos Cuidados à Criança (i.e., Fathers' Involvement in Infant Care" - FIICQ), conforme autor consultado (Kuruçırak & Kulakaçb, 2014). O instrumento foi solicitado obtendo-se a permissão para aplicação no estudo atual (Apêndice F). De forma resumida, através das figuras 10,11,12 e 13 apresenta-se a representação percentual nos itens da escala, organizada nas três dimensões (i.e., dimensão cuidados físicos, dimensão de desenvolvimento e saúde e dimensão tempo de brincar). Na dimensão “cuidados físicos” considerou-se também a situação de pais pela primeira vez.

Competências reconhecidas pela figura paterna, antes da saída do hospital

Dimensão Cuidados Físicos – Todos os Pais	Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Quase sempre	Sempre
1. Mudar a fralda do RN	5,1	2,6	27,4	22,2	42,7
2. Ajudar ♀ a mudar a fralda do RN	0,9	0,9	27,6	23,3	47,4
3. Mudar a roupa do RN.	-	1,7	30,8	29,9	37,6
4. Preparar a alimentação do RN	5,3	6,1	34,2	28,9	25,4
5. Ajudar ♀ preparar-se p ^a amamentar (ou biberão)	3,4	5,2	26,7	31,9	32,8
6. Alimentar o RN com leite extraído da esposa (ou biberão)	5,2	1,7	36,2	28,4	28,4
7. Ajudar ♀ a amamentar o bebê (ou a dar o biberão)	4,3	0,9	27	33,9	33,9
8. Ajudar a ♀ a mudar a roupa do RN.	-	-	23,9	32,5	43,6
9. Ajudar a ♀ a dar banho no RNê.	0,9	4,4	18,4	32,5	43,9
10. Ajudar o RN a arrotar.	0,9	0,9	25,6	31,6	41
11. Dar banho ao RN	3,5	2,7	23,9	30,1	39,8
12. Colocar o RN a dormir	0,9	1,7	27,4	29,1	41
13. Atender o RN quando chora à noite.	1,7	-	25	33,6	39,7

Figura 10 Dimensão Cuidados Físicos – Todos os Pais

Dimensão Cuidados Físicos Pais pela 1 ^a vez	Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Quase sempre	Sempre
1. Mudar a fralda do RN	4,5	3	27,3	28,8	36,4
2. Ajudar ♀ a mudar a fralda do RN	-	-	27,7	26,2	46,2
3. Mudar a roupa do RN.	-	1,5	31,8	30,3	36,4
4. Preparar a alimentação do RN	7,8	6,3	32,8	28,1	25
5. Ajudar ♀ preparar-se p ^a amamentar (ou biberão)	4,6	6,2	20	33,8	35,4
6. Alimentar o RN com leite extraído da esposa (ou biberão)	6,2	3,1	21,5	38,5	30,8
7. Ajudar ♀ a amamentar o bebê (ou a dar o biberão)	4,7	1,6	17,2	40,6	35,9
8. Ajudar a ♀ a mudar a roupa do RN.	-	-	16,7	37,9	45,5
9. Ajudar a ♀ a dar banho no RNê.	1,6	3,2	9,5	36,5	49,2
10. Ajudar o RN a arrotar.		1,5	21,2	36,4	40,9
11. Dar banho ao RN	1,6	3,2	19	36,5	39,7
12. Colocar o RN a dormir	-	1,5	15,2	40,9	42,4
13. Atender ao RNê quando chora à noite.	3,1	-	15,4	41,5	40

Figura 11 Dimensão Cuidados Físicos Pais pela 1^a vez

Dimensão de Desenvolvimento & Saúde	Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Quase sempre	Sempre
14. Ir com ♀ à vacinação do bebê.	1,7	3,4	6,9	23,3	64,7
15. Levar o bebê à vacinação	1,7	2,6	6,9	27,6	61,2
16. Entreter o bebê	-	-	11,1	33,3	55,6
17. Falar com o bebê	-	-	7,8	24,3	67,8
18. Observar o desenvolvimento do bebê	-	-	4,3	12,1	83,6
19. Cuidar do bebê se ficar doente	0,9	-	14,8	24,3	60
20. Ajudar ♀ a cuidar do bebê se adoecer.	0,9	-	9,5	19,8	69,8
21. Agir imediatamente se o bebê começar a chorar	-	-	15,5	36,2	48,3
22. Acompanhar ♀ quando sair com o bebê	-	-	6	33,6	60,3

Figura 12 Dimensão de Desenvolvimento & Saúde

Dimensão Tempo de Brincar	Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Quase sempre	Sempre
23. Ir passear com o bebê	-	0,9	4,2	31,9	62,1
24. Acompanhar ♀ quando brincar com o bebê	-	-	6,9	31	62,1
25. Ajudar ♀ a acalmar o bebê se ele chorar	-	0,9	7,7	39,3	52,1
26. Fazer por passar tempo com o bebê	-	-	3,5	26,1	70,4
27. Acalmar o bebê quando ele chorar	-	-	6,8	35,9	57,3
28. Brincar com o bebê	-	-	3,4	25,6	70,9

Figura 13 Dimensão Tempo de Brincar

3. EXECUÇÃO

Execução, termo de origem latina com significado de realização, conclusão de regras ou ato, transporta a ideia de algo que se cumpriu. A partir desta ideia se expõe o desenvolvimento do percurso de estágio e as experiências clínicas para atingir as competências especializadas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia.

3.1. DESENVOLVIMENTO DO PERCURSO DE REALIZAÇÃO DO ESTÁGIO PARA AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS

O termo competência é definido como um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes, ou seja, conjunto de capacidades humanas (Fleury & Fleury, 2001). Pode também ser definida como a aptidão e qualidade na capacidade de resolução de problemas, execução de atividades e avaliação de algo ou alguém (Dicionário infopédia da língua Portuguesa, 2003-2019). Assim, a competência do enfermeiro assegura que este possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza em contexto de prática clínica que lhe permite ponderar as necessidades de saúde do grupo alvo e atuar em todos os contextos. Uma vez que todas as pessoas possuem quadros de valores, crenças e desejos, na tomada de decisão, o enfermeiro identifica as necessidades de cuidados de enfermagem, identificando o problema, definindo a intervenção de enfermagem adequada de forma a evitar riscos, detetar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais (Ordem dos Enfermeiros, 2012).

Assim, o estágio de natureza profissional assegurou a aquisição de competência para aliar os conhecimentos teóricos aos conhecimentos práticos de modo a assegurar a aquisição de conhecimentos, aptidões e atitudes necessárias às intervenções autónomas e interdependentes, na área da enfermagem de saúde materna e obstétrica.

De seguida são expostos os campos clínicos e o número de semanas em que cada um decorreu, tal como o supervisor e docente responsável.

Campo clínico	Unidade de Saúde	Serviço	Nº de semanas & Intervalo de tempo	Supervisor	Docente
Cuidados de Saúde Primários	Centro de Saúde de Montemor o Novo	USF Alcaides	6 semanas- 29 de outubro a 7 de dezembro 2018	Enf. Paula Bilro	Professora Margarida Sim-Sim
Grávidas Patológicas/Ginecologia	HESE-EPE	Obstetrícia e ginecologia	6 semanas- 10 dez a 1 fevereiro de 2019 Interrupção- 24 dez a 6 jan.	Enf. Maria Jesus	
Bloco de Partos	HESE-EPE	Obstetrícia e ginecologia	6 semanas- 17 de set a 26 out 2018	Enf. Maria Celeste Lopes	
	HGO-EPE	Obstetrícia e ginecologia	4 semanas- 25 de março a 28 de Abril- interrupção- 15 a 22 de abril	Enf. Joana Pereira	
Puérperas	HESE-EPE	Obstetrícia e ginecologia	6 semanas- 11 de fevereiro a 24 de março	Enf. Maria Celeste Lopes	

Figura 14 Campos clínicos

A formação ao nível de mestrado concerne uma fração curricular realizada em meio real. No decorrer dos vários EC, sob supervisão, existiram diversas oportunidades de aprendizagens. De seguida são apresentadas as experiências clínicas que foram desenvolvidas no decorrer do ano de estágio:

1-Vigilância e prestação de cuidados à grávida <ul style="list-style-type: none"> Exames pré-natais 	340
2- Vigilância e prestação de cuidados à parturiente <ul style="list-style-type: none"> Partos eutócicos..... 	40

<ul style="list-style-type: none"> • Participação ativa em partos pélvicos..... • Participação ativa em partos gemelares..... • Participação ativa noutros partos..... • Episiotomia..... • Episiotomia/ Perineorrafia..... 	25 14 22
3- Vigilância e prestação de cuidados a mulheres em situação de risco <ul style="list-style-type: none"> • Gravidez..... • Trabalho de parto..... • Puerpério..... 	65 15 30
4- Vigilância e prestação de cuidados a puérperas saudáveis	333
5- Vigilância e prestação de cuidados a RN saudáveis	276
6- Vigilância e prestação de cuidados a RN de risco	27
7- Vigilância e prestação de cuidados a mulheres com afeções ginecológicas.	135

Figura 15 Experiências Clínicas

O resumo acima, sintetiza e quantifica as experiências clínicas. Existiram, porém, inúmeros momentos de aprendizagem, que sendo curricularmente ocultos, deixam na mestranda outros saberes. São experiências sobretudo do domínio comunicacional, onde através da postura observada no(s) supervisores, se inicia a emergência da identidade ou perfil profissional pessoal. Outros saberes, que sustentam estes, obtiveram-se nas experiências, não contábeis, do contacto com autores/instituições, que defendem novas correntes, menos instrumentalizadas, na assistência à mulher em fase gravídico- puerperal.

3.2. RECURSOS MATERIAIS E HUMANOS

No decorrer dos EC, contou-se com a perícia ou *expertise* das supervisoras, que ofereceram o seu tempo e experiência nesta área clínica, assim com a orientação pedagógica. Além destes orientadores, os diversos elementos das equipas, nos vários serviços ofereciam oportunidades para desenvolvimento de competências especializadas.

Em todas as experiências, se utilizaram os recursos pedagógicos, materializados nas folhas de registo, disponibilizados pela escola.

Considerando os recursos físicos, que simultaneamente servem a função de gestão de cuidados, o SOG do HESE-EPE e o HGO- EPE dispõem de sistema informático para os registos referentes às grávidas, parturientes puérperas e RNs, designado por sistema informático ALERT®. Baseia-se na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). A CIPE® é um instrumento que facilita a comunicação entre enfermeiros, pois padroniza os cuidados prestados aos doentes, sendo posteriormente utilizados para planeamento e gestão dos cuidados de enfermagem (Ordem dos enfermeiros & Conselho Internacional de Enfermeiros, 2009). É utilizado pelos profissionais diferenciados, médicos, enfermeiros e técnicos de análises. Também o Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica do HGO-HPE, o utiliza para realizar a triagem, segundo a Triagem de Manchester. Esta triagem atribui uma cor que define a prioridade consoante a queixa e a situação clínica da mulher.

Tanto no BP como na USF Alcoides é utilizado o sistema informático SClínico®, que foi desenvolvido pela EPE. Permite a partilha de informação, suportando o acompanhamento do paciente, desde a admissão, até à alta. Integra informação sobre horas e locais de atendimento, especialidades, profissionais envolvidos, atos prescritos e realizados. Ou seja, é possível seguir o histórico de episódios de internamentos durante a gravidez atual ou anteriores e o registo da anamnese aquando da admissão e registo relativos à vigilância do TP, parto e puerpério imediato.

Outros recursos materiais, na vertente da investigação, reportaram-se por exemplo, às necessidades com que a mestranda se deparou, na iniciação à revisão sistemática. De facto, houve que escolher, com o apoio da docente, um software *free* para exercitar. De isso se dá conta no apêndice I, aquando do *screening*, para a seleção de textos no software *Rayyan Qatar Computer Research Institute (Rayyan-QCRI)* (Ouzzani, Hammady, Fedorowicz, & Elmagarmid, 2019).

4. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

A aquisição de competências é um processo alimentado pelos conhecimentos e retro-alimentado pela reflexão. A reflexão, é reconhecida como fundamental no ensino de *midwives* (Persson, Kvist, & Ekelin, 2018) o desenvolvimento profissional, através da aquisição de competências, enquadra-se na Teoria de Transição de Meleis (Meleis, 2007). Cresce a capacidade de observar para aprender, de auto-observar-se para maior desenvolvimento pessoal. Foi através da observação de outros (i.e., busca de autores para discussão de resultados da investigação) e através da auto-exame e crítica (i.e., discussão dos objetivos), que se concretizou a análise reflexiva que se apresenta nas seguintes secções.

4.1. DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Tendo apresentado em secção a caracterização dos participantes na vertente de investigação, discute-se na secção atual os resultados. Busca-se assim, identificar aproximação a estudos anteriores.

Média de idade dos pais (34,5 anos), com moda de 36 anos e a média de idade dos pais pela primeira vez e com moda 34 anos, sugerem ser algo elevadas, evidenciando o adiamento da paternidade. Tal concorre para os dados de outros estudos Portugueses, sobre o papel do pai, que encontram uma média de idades semelhante (Monteiro, Torres, Veríssimo, Costa, & Freitas, 2015). O adiamento da parentalidade, é na verdade um fenómeno atual, sujeito à conturbação social que implica o desemprego, o trabalho precário e assim, os filhos mais tardios no casamento.

O estado civil dos participantes que predomina é o casado/união de fato, com 66,7% face aos 34% de solteiros. Os resultados contrariam um pouco as estatísticas nacionais, já que no ano de 2018, o número de nados vivos fora do casamento atingiu 55,9%. Estes resultados estão em crescendo em Portugal, atingindo números muito

elevados se os compararmos a um passado recente, nos anos 90, onde a taxa de nados-vivos fora do casamento apresentava uma taxa de 14,7% (PORDATA, 2019). O tempo de vivência do casal, numa amplitude entre um mês e 20 anos, confirma também o adiamento do nascimento dos filhos. Nos participantes, o tempo médio da conjugalidade de cerca de 6 anos, significa porventura, uma moratória para a definição do equilíbrio de sustentabilidade da família. Por outro lado, o planeamento da gravidez (n=97; 82,9%) sugere casal, define as suas melhores opções para as responsabilidades e encargos que um novo filho trás.

A grande maioria dos participantes com nível do 12ºano (n=14;38,6%) e 9º ano (n=36;31,6%), mostra a tendência crescente para o cumprimento da escolaridade obrigatória no nosso país. De fato, a legislação Portuguesa, de 1993 que definia 9 anos de ensino básico (i.e., Decreto-Lei N. 301/93 de 31 de agosto), levou mais tarde, à exigência de 12 anos de escolaridade ou 18 anos de idade. (i.e., Decreto de lei N. 176/2012 de 2 de agosto) 12 anos de escolaridade.

As mulheres/companheiras dos participantes, tiveram maioritariamente a experiência de parto normal (n=67; 57,3%). Porém se contabilizar os partos distócicos seja por fórceps/ventosas ou cesariana vemos que se aproximam quase da metade dos casos. Os partos por fórceps/ventosa tem um lugar na clínica, justificado pela dificuldade na expulsão. Contudo é necessário o treino do técnico de saúde, pelos riscos e falhas da extração fetal. Os riscos colocam-se para a mãe e o feto, dado a variedade de traumas possíveis. De acordo com a revisão sistemática, devem ser ponderados os riscos potenciais (O'Mahony, Hofmeyr, & Menon, 2010). Por outro lado, a taxa de cesariana nas esposas ou companheira dos participantes (n=37; 31,6%) excede em muito as recomendações da OMS. Na verdade, desde 1985 a taxa ideal de cesárea situa-se entre os 10 e os 15% (WHO, 2015). As cesarianas, são resoluções de urgência. Porém, as intervenções para reduzir o seu número devem ser objeto de estudos, rigorosos dado que avaliações de revisões sistemáticas identificam a falta de investigação nesta matéria (Chen, et al., 2018).

A realização dos partos eutócicos por enfermeiros (n=63;79,9%) evidencia neste estudo o papel do EESMO. A assistência e acompanhamento contínuo trabalho de parto

é um aspeto fundamental, reconhecido em vários estudos. Alguns aspetos positivos como o parto espontâneo, menos casos de depressão, apgar mais elevado, interação mãe-criança facilitada, entre outros, sugerem ser mais frequentes com acompanhamento contínuo (Bohren, Hofmeyr, Sakala, Fukuzawa, & Cuthbert, 2017). O acompanhamento do marido no decorrer do TP, sugere ser um fator positivo na experiência das mulheres.

Considerando agora a relação pai-criança, constatou-se que a maioria dos pais teve a oportunidade de pegar ao colo os seus filhos recém-nascidos. A interação pai-filho e o *bonding* que se desencadeia, criam ligações indeléveis para o resto da vida. Práticas simples das EESMO como proporcionar ao pai o corte do cordão sugerem um envolvimento emocional crescente após o parto comparativamente aqueles que não tiveram essa oportunidade, conforme o demonstra um estudo português (Brandão & Figueiredo, 2012). A atitude dos enfermeiros na comunicação com os pais sobre o bebé, reduzindo o stress sugere ser facilitadora do vínculo. Tal observa-se em particular nos enquadramentos em que o nascimento exige recursos a serviços de maior especialização (Neonatologia), emergindo com maior acuidade o sentimento de paternidade (Guillaume, et al., 2013).

O instrumento do envolvimento do pai nos cuidados à criança, nas dimensões a) cuidados físicos, b) desenvolvimento em saúde e c) tempo de brincar, evidenciou uma tendência para alguma reserva nos cuidados físicos (i.e., maior percentagem de respostas nas categorias nunca, quase sempre e alguma vezes) comparativamente às dimensões b) e c). Contudo, os participantes sugerem estar muito disponíveis e sentir-se competentes para realizar ou colaborar nesses cuidados físicos de higiene, tais como, mudar a fralda e ajudar a dar o banho, dar o banho. Outros cuidados como colocar a dormir e consolar o bebé à noite são representativos convergindo para alguns estudos (Silva, Gabriel, Cherer, & Piccinini, 2017), onde se reconhece o emergir da colaboração paterna e o aumento de envolvimento por razões da atividade laboral da mulher. Ainda que a esposa/companheira do participante possa encontrar-se em licença de maternidade, a atual cultura social evidencia a partilha dos papéis parentais. Também outros contributos enriquecem esta postura nomeadamente as várias leis que foram surgindo ao longo dos anos, nas quais, a última (i.e., Lei nº 90/2019 de 4 de Setembro), onde no seu artigo 43.º determina o gozo

obrigatório de licença parental de 20 dias úteis, seguidos ou interpolados, nas seis semanas seguintes ao nascimento da criança, cinco dos quais, gozados de modo consecutivo imediatamente a seguir a este. Ainda na dimensão cuidados físicos, apesar da manifesta disponibilidade, nos cuidados que envolvem a alimentação do recém-nascido, o pai parece manifestar menor competência, (i.e., preparar a alimentação do RN, ajudar a mulher a amamentar, alimentar o RN com leite extraído da esposa). O fato pode dever-se a algum nível de desconhecimento e de falta de experiência em conviver com mulheres aleitantes. Mostram alguns estudos que este desconhecimento conduz a maior influência sobre o desmame precoce (Piazzalunga & Lamounier, 2012). Será necessário, então, que os próprios EESMO fomentem junto dos pais, o aleitamento materno, dado que sendo eles as figuras mais próximas da mulher aleitante também lhe podem transmitir confiança e apoio para vencer as dificuldades (Mannion, Hobbs, McDonald, & Tough, 2013).

Em relação à dimensão de cuidados de saúde, a representação da disponibilidade quase sempre e sempre é sobretudo evidenciada nas matérias que sugerem o acompanhamento às consultas de vigilância de saúde de rotina (i.e., observar o desenvolvimento, ir à vacinação). Contudo, a disponibilidade (i.e., agir imediatamente se o bebe começar a chorar) embora elevada, é mais baixa na categoria sempre. Tal informa receio de agir ou dificuldade perante a surpresa do choro, configurando as características tradicionais do cuidado paterno (Silva, Gabriel, Cherer, & Piccinini, 2017). Cuidar do bebê, ou ajudar a cuidar do bebê, embora se complementem não tem o mesmo significado. O puerpério trás habitualmente sintomas de exaustão para o casal que devem ser valorizados, a esse propósito o National Health Service, criou para os seus utentes um guia sobre o relacionamento do casal após o nascimento da criança (NHS, 2019).

Na análise das dimensões da variável principal “Envolvimento do pai” destaca-se a dimensão lúdica com frequências sobretudo representativas nas categorias quase sempre e sempre, em itens de passeio, acompanhar na brincadeira, brincar, passar tempo com o bebê. Tal mostra a disponibilidade masculina para as atividades de exterior, atividade de maior movimento e de maior expressão de energia e que podem trazer de imediato bem-estar e satisfação da díada pai-filho. Os resultados concorrem para um padrão

convencional que reflete a figura paterna como marcadamente lúdica na interação versus uma figura materna que interage no cuidado e na educação (Silva, Gabriel, Cherer, & Piccinini, 2017).

Através dos resultados obtidos é possível identificar quais os domínios mais carentes nos cuidados ao RN, no entanto para definir tópicos para o programa de pais seria necessário aprofundar conhecimentos, o que implica por exemplo a aplicação de uma escala complementar à anteriormente aplicada.

4.2. PROCESSO DE MOBILIZAÇÃO E AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS E DE INVESTIGAÇÃO

Na saúde sexual e reprodutiva e nos cuidados durante o ciclo gravídico-puerperal, as competências dos EESMO, são abrangentes. Estão declaradas em documentos próprios, mas também existem de forma oculta, nas interações cuidativas e no legado cultural da relação entre o cuidador/a versus a beneficiária (i.e., mulher/família).

No que se refere às competências do EESMO, estas dizem respeito ao Cuidar a mulher inserida na família e comunidade nas seguintes áreas:

- Planeamento familiar e pré-concepcional (assistir a mulher a vivenciar processos de saúde/doença no âmbito da sexualidade, do planeamento familiar e do período pré-concepcional);
- Gravidez (assistir a mulher a vivenciar processos de saúde/doença durante o período pré-natal);
- Parto (assistir a mulher a vivenciar processos de saúde/doença durante o trabalho de parto e parto);
- Puerpério (assistir a mulher a vivenciar processos de saúde/doença durante o período pós-natal);
- Climatério (assistir a mulher a vivenciar processos de saúde/doença durante o período peri-menopáusicos);

-
- Ginecologia (assistir a mulher a vivenciar processos de saúde e doença ginecológica) (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Segundo o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica, o enfermeiro assume no seu exercício profissional várias intervenções. São a) intervenções autónomas nas situações de baixo risco, entendidas como aquelas envolvidas nos processos fisiológicos e processos do ciclo reprodutivo da mulher e b) intervenções interdependentes. Estas últimas, nas situações de médio e alto risco, entendidas como aquelas envolvidas em processos patológicos e processos de vida disfuncionais (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Tendo por base os objetivos definidos no projeto, é importante refletir sobre as atividades que foram desenvolvidas durante os ensinamentos clínicos. De facto, a essência da aprendizagem, está na integração que a mestranda conseguiu realizar na atual formação.

4.2.1. Objetivo 1: Cuidar mulher/casal no período pré-concepcional

Embora os cuidados pré-concepcionais tenham como alvo preferencial as mulheres que desejam engravidar, devem abranger todas as mulheres em idade fértil. De facto, é útil prepara-se para a gravidez, o que significa, maior segurança em saúde para a mulher/família. As utentes desta área de cuidados pré-concepcionais em geral tem sobretudo interesse sobre a utilização de métodos contraceptivos e dos seus planos no que concerne a uma futura gravidez, de forma a identificar riscos, iniciar intervenções apropriadas e ainda acentuar a importância das gravidezes planeadas (Barradas, et al., 2015).

As consultas de planeamento familiar devem também assegurar outras atividades de promoção da saúde tais como informação e aconselhamento sexual, prevenção e diagnóstico precoce das IST, do cancro do colo do útero e da mama, e no puerpério (DGS, 2008). Ao longo do EC em CSP foi possível realizar algumas consultas de planeamento familiar, tendo a oportunidade de aconselhar sobre os métodos anticoncepcionais. No campo clínico o método contraceptivo mais solicitado foi a Contraceção Oral Combinada

(COC). Na experiência com implantes contraceptivos houve oportunidade de colocar um e retirar outro.

Realizou-se também o rastreio do cancro do colo do útero a 12 utentes. As utentes tinham idades compreendidas entre 20-50 anos. Tanto quanto foi possível observar, estavam sensibilizadas para a vigilância de saúde. Tal é recomendação da DGS (i.e., Norma 018/2012; Diagnóstico e Estadiamento do Cancro Invasivo do Colo do Útero).

4.2.2. Objetivo 2: Cuidar a mulher/casal Período pré-natal

A gravidez é um processo natural da vida da mulher que se inicia aquando da concepção, se estende por um período de cerca de 40 a 41s+6d semanas e termina com o parto (i.e., Recommendation number 579, November 2013; Committee Opinion; The American College of Obstetricians and Gynecologists Committee on Obstetric Practice). É um período que comporta alterações profundas no que respeita às mudanças físicas e emocionais vivenciadas de forma distinta por cada mulher (Coutinho, et al., 2014).

A assistência pré-natal caracteriza-se na identificação, tratamento e controlo de patologias; prevenção de complicações na gestação e parto; assegurar a boa saúde materna; promoção do bom desenvolvimento fetal; redução dos índices de morbilidade materna e fetal e preparação do casal para o exercício da parentalidade (Rodrigues, Nascimento, & Araújo, 2011).

No decorrer do estágio de natureza profissional foi possível realizar a vigilância pré-natal, fornecendo à grávida/casal informação/aconselhamento baseada na evidência. Importante referir que uma das questões mais colocadas pelas grávidas se relacionava com a próxima consulta, sendo necessário ter em conta a recomendação da DGS sobre a periodicidade das consultas (i.e., 1º consulta antes das 12 semanas; a cada 4-6semanas até às 30 semanas; a cada 2-3 semanas entre as 30 e as 36 semanas; a cada 1-2 semanas após as 36 semanas até ao parto). No mínimo, devem ser realizadas seis consultas. De salientar que as grávidas entre as 36-40 semanas devem ter uma consulta peri-parto no hospital de referência (Barradas, et al., 2015).

Em cada consulta registou-se no Boletim de Saúde da Grávida (BSG) e no programa informático (processo clínico), os dados antropométricos (i.e., evolução do IMC), exame sumário de urina com fita-reagente, pressão arterial (i.e., sentada, braço direito apoiado), sinais ou sintomas de desvio à gravidez normal ou inadequação a gravidez que possam afetar a mãe e o feto. No que concerne à avaliação fetal, realizou-se a observação da frequência cardíaca fetal com Doppler a partir das 11 semanas, dos movimentos fetais (i.e., após a 20^a semana) e altura do fundo do útero (i.e., após a 24^a semana). Outros dados de extrema importância no decorrer da consulta relacionam-se com a administração de Imunoglobulina anti-D às grávidas Rh- às 28 semanas e com a administração da dose de vacina combinada contra a tosse convulsa, o tétano e a difteria, em doses reduzidas (Tdpa), a realizar-se entre as 20-36 semanas de gestação, idealmente até às 32 (i.e., Norma 002/2016 da DGS).

Relativamente à avaliação antropométrica, a avaliação regeu-se pelas orientações da DGS, utilizando-se a respetiva tabela. Apesar de alguns casos de obesidade, não foi dominante nas mulheres observadas.

Com particular investimento, atuou-se de maneira personalizada nas várias interações. De facto, cada mulher vive a gravidez de forma única, irrepetível. É necessário assim, corresponder ao esclarecimento das necessidades/dúvidas da grávida/casal, além de realizar, de maneira personalizada, as educações para a saúde, adequada ao contexto socioeconómico, instrução literária e naturalmente à idade gestacional que essa mulher/casal está a viver.

Foi também possível no decorrer do estágio em CSP assistir/participar nos cursos de preparação para o parto e parentalidade e no curso de pós-parto denominado Oficina “Mãe e Papá”. Estes cursos, têm como metas ajudar o casal a preparar-se para o parto e parentalidade, experienciando a gravidez de forma positiva, a vivenciar o momento do parto com menor ansiedade. O resultado ótimo será aumentar a auto-confiança para cuidar do bebé. Os cursos normalmente iniciam-se a partir das 28 semanas de gestação; são ministrados por duas EESMO, uma fisioterapeuta, uma psicóloga clínica, uma nutricionista e uma higienista oral. A participação acentuou o interesse nesta temática, considerando nomeadamente a figura paterna. De facto, as formações dirigidas ao casal,

preparam para o parto e parentalidade, diminuindo a ansiedade, minorando o descontrole em situações inesperadas e facilitando a tomada de decisões (Frias, 2011). Organizações nacionais e internacionais (Lopes, et al., 2016) recomendam a oferta ao público destas formações.

No campo clínico da USF-Alcaides, a oferta do curso, inclui componente prática com padrão de exercícios que reflete orientações da DGS (i.e., Recomendação N.º 2/2012; Preparação para o nascimento). A pessoa significativa para a grávida, é contemplada nas sessões teóricas e práticas (DGS, 2015). Tal tem particular interesse, já que a vertente de investigação do atual Relatório se dirige para o papel paterno. Neste seguimento, tive a oportunidade de realizar uma aula de preparação para o parto/parentalidade, intitulada “Relaxamento- Aula de preparação para o parto” com supervisão clínica.

Durante o EC em contexto de bloco de partos, também foi possível realizar atividades para atingir este objetivo com as grávidas que recorreram ao Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica (SUOG) por sinais de alarme na gravidez ou por indicação médica para avaliação do bem-estar fetal.

Situações inusitadas no enquadramento deste Objetivo

Em contexto de EC na USF-Alcaides, no decorrer da consulta de Saúde Materna, uma grávida de 40 semanas recorreu à consulta com queixas. No momento revelava contractilidade regular, dolorosa (i.e., não confunde com contrações de Braxton-Hicks) e bolsa íntegra. Face ao quadro, foi realizado cervicometria, apresentando colo apagado, com 5cm de dilatação, ou seja, de acordo com a OMS, estava iniciada a Fase ativa do TP (WHO, 2018).

4.2.3. Objetivo 3: Cuidar a mulher/casal no trabalho de parto

A gravidez acarreta transformações, quer a nível físico, quer a nível psicoafectivo. Também a nível emocional existe uma grande ambivalência de sentimentos, uma vez que existe a felicidade de ser mãe, mas também a apreensão relacionada com as dúvidas e

receios inerentes a esta nova condição. Assim o EESMO tem um papel fundamental na assistência e no apoio, com resultados diretos na forma como a mulher encara e desenvolve o seu TP (Barradas, et al., 2015). O TP pode ser definido como o conjunto de fenómenos, que conduzem à extinção cervical, à dilatação do colo uterino, à progressão fetal no canal de parto e à sua expulsão para o exterior. O TP tem quatro estádios: 1) apagamento ou extinção e dilatação do colo; 2) período expulsivo; 3) dequitação; 4) puerpério imediato. Este último é também chamado período de Greenberg (i.e., primeira hora pós-parto, quando ocorrem os fenómenos de miotamponagem, trombotamponagem e Contração) (Néné, Marques, & Batista, 2016).

No decorrer dos EC em contexto de sala de partos, foi possível realizar a admissão a diversas grávidas, realizando entrevista para recolha de dados para elaboração do plano de cuidados da mesma. No momento da admissão é também consultado o BSG onde se encontram 1) antecedentes pessoais, ginecológicos e obstétricos, 2) intercorrências da gravidez e 3) valores analíticos. Aquando da admissão, realizou-se o CTG para avaliar a frequência cardíaca fetal. Também se avalia a contractilidade uterina, realiza-se recolha de sangue para análise laboratorial e serologias, caso não se conheçam valores ou os mesmos se encontrem desatualizados. A grávida fica com acesso venoso para soroterapia. Através da Lei nº 15/2014 de 21 de março, reconhece o direito de acompanhamento, durante todas as fases do TP, por pessoa significativa. A informação era disponibilizada à grávida permitindo a presença do companheiro/pessoa significativa para si.

Habitualmente, as admissões ocorreram durante o 1º estágio do TP ou para indução do trabalho de parto (ITP). Convencionalmente, a fase latente era definida como o apagamento e o início da dilatação entre os 0 e os 4 cm de dilatação, seguindo-se a fase ativa dos 4 cm até aos 10 cm (Néné, Marques, & Batista, 2016). Numa forma mais atualizada, segundo as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS), a fase latente tem limite superior até aos 5 cm de dilatação, considerando-se a fase ativa dos 5 cm aos 10cm. A mesma organização cita que o toque vaginal não deve ser realizado por rotina e que no primeiro estágio do trabalho de parto deve ser com pelo menos 4 horas de intervalo (WHO, 2018)

A avaliação da cervicometria, na vigilância da progressão do TP, suscitou inicialmente algumas dúvidas. Com o objetivo de verificar a apresentação fetal, posição e variedade, a apagamemnto e dilatação do colo uterino, assim como a integridade das membranas e a variedade fetal, é um procedimento de grande perícia. É evasivo, algo desconfortável (Coad & Dunstall, 2011). Sempre se pedia a autorização da parturiente, mantendo a sua privacidade. Resultante da contração, a mulher sente dor no segmento inferior do útero, estando envolvidos, nesta percepção os segmentos espinhais de T10 a L3, responsáveis pela inervação uterina e do colo do útero. Posteriormente, esta dor intensifica-se e estende-se até à região infraumbilical, lombar e sagrada (Néné, Marques, & Batista, 2016). Era importante informar a mulher, esclarecê-la sobre as vantagens e complicações da analgesia. As principais complicações relacionam-se com a possibilidade da sua eficácia não ser completa, eventuais lombalgias, cefaleias, punção acidental de um vaso sanguíneo, parestesias e aumento de partos instrumentais. No HGO além da analgesia epidural, quando a parturiente era admitida em fase de dilatação avançada (sete-oito centímetros), o anestesista optava por realizar uma sequencial, pois permite a fácil administração de fármacos, com um rápido início de ação (Néné, Marques, & Batista, 2016). Caso a mulher opte por não realizar analgesia epidural ou a avaliação da cervicometria não seja exequível à realização do procedimento, é informada que existem outras opções farmacológicas, tais como a administração de analgésicos e/ou opiáceos. No HGO, observámos e participámos na aplicação de medidas não farmacológicas para atenuar a dor e o desconforto, tais como, deambulação, bola de nascimento, o duche morno, a massagem e outros de ocupação da mente como distração, música, jogos. Uma vez que que o cardiotocógrafo tem a possibilidade de telemetria (monitorização cardiotocografia por *wireless*), a mulher tem mais possibilidades de deambulação e assumir a posição vertical.

Participou-se na assistência a amniotomia. Para realizar esta técnica, a apresentação fetal deve estar insinuada, evitar-se a saída rápida de líquido e na ausência ou final da contração (Néné, Marques, & Batista, 2016). A amniotomia é realizada quando existe, por exemplo, traçado cardíaco fetal com padrões anormais da frequência cardíaca e colocação de elétrodo de escalpe fetal. Nas situações de rotura prematura de membranas

ou durante o primeiro estágio do TP, foi necessário observar as características do líquido amniótico (cor, quantidade e consistência), especialmente a presença de mecónio e a hora em que ocorreu.

Chamado de período expulsivo, o segundo estágio, inicia-se com a dilatação completa e termina com a expulsão do feto. Ao longo deste período foi frequente as parturientes referirem o reflexo de Ferguson, isto é, a necessidade de fazer força de forma reflexa (Coad & Dunstall, 2011). Intensifica-se com a progressão da descida do feto, comprimindo os nervos sacrais e obturadores. Quando submetidas a analgesia epidural, algumas parturientes não sentiam este reflexo, implicando da parte, uma atuação, encorajamento e ensino para os esforços expulsivos. Existindo contratilidade uterina regular, esforços expulsivos maternos adequados e constatação de bem-estar fetal e materno, a duração máxima deste período deve ser de 2 horas na nulípara e de 1 hora na múltipara. Porém, com analgesia epidural em curso, estes máximos devem ser acrescidos de 1 hora (i.e., Norma 001/2015 de 19 de janeiro de 2015 da DGS). Portanto, nesta fase a parturiente mantinha monitorização contínua de modo a despistar sinais de alerta como desacelerações tardias e de recuperação lenta e as bradicardias mantidas (Néné, Marques, & Batista, 2016).

Para a assistência no parto, houve que lidar com equipamento e material, correspondendo ao atual enquadramento do parto hospitalar (i.e., bata, touca, máscara, sapatos e luvas esterilizadas), além dos campos estéreis. Neste modelo de cuidados a técnica asséptica cirúrgica é a orientação. O material e recursos para a receção do RN, estavam também assegurados.

Na assistência durante o período expulsivo, a integridade do períneo era uma preocupação, através da manobra de Ritgen. Nem sempre se conseguiu evitar a episiotomia, nem obter períneos intactos. Compreendeu-se, porém, que a episiotomia é uma prática a evitar, seguindo as orientações de saúde (WHO, 1996); (WHO, 2018). Quando necessário realizava-se a medio-lateral. Dirigia-se particular atenção à identificação de circulares. Exteriorizado o móbil fetal, estando com bons reflexos, privilegiava-se o contacto pele-a-pele, a amamentação precoce. A clampagem/secção do cordão umbilical era adiada até deixar de pulsar (WHO, 1996); (WHO, 2018). Sempre

que possível, o/a acompanhante era incluído neste momento emocionante do nascimento, solicitando-se o corte do cordão (Nogueira & Ferreira, 2012). A hora do nascimento registava-se mentalmente.

A dequitação, foi outro tipo de cuidados em que se desenvolveram competências. Observaram-se os dois mecanismos, de Schultze e de Duncan. Na expulsão, convertiam-se as membranas em cordão retorcido, mais resistente, para evitar a fragmentação, ou seja, aplicando-se a manobra de Jacob Dublin (Coad & Dunstall, 2011). A verificação do globo de segurança de Pinard era um cuidado fundamental, bem como a observação cuidadosa da placenta para confirmar a integridade corio-âmnios e cotilédones completos. Seguia-se a revisão do canal de parto, para a deteção de rasgaduras, ou lesões. Caso se colocasse a necessidade de perineorrafia, identificava-se o vértice das lesões para iniciar a sutura. Caso a parturiente não tivesse analgesia via epidural era necessário proceder à anestesia do períneo através da infiltração de lidocaína 2%. A episiorrafia era efetuada por planos. Treinou-se sutura simples, contínua, Donnatis, intradérmica. As principais complicações neste estágio passam por retenção da placenta, dequitação incompleta, atonia uterina, inversão uterina e traumatismo do canal de parto (Néné, Marques, & Batista, 2016).

Antes da transferência para a sala de puerpério imediato, eram avaliados os sinais vitais registada toda a informação relativa ao parto e nascimento do RN.

Situações inusitadas no enquadramento deste Objetivo

No decorrer do EC no BP, foi-nos comunicado que se encontrava na urgência geral uma mulher que referia que não sabia que estava grávida e que tinha recorrido aos CSP no dia anterior por cólicas, tendo sido medicada para infeção urinária. Como a sintomatologia se manteve recorreu ao serviço de urgência onde foi observada, realizou colheita de sangue para análise e fez Rx onde se verificou que a utente se encontrava grávida. Quando chegou ao SUOG, foi observada encontrando-se em período expulsivo. A grávida tinha 20 anos, referia que não sabia que estava grávida, a mãe encontrava-se perplexa com toda a situação, quase nem tendo reação a tudo o que estava a acontecer.

4.2.4. Objetivo 4: Cuidar a mulher/casal período peri-natal

O puerpério compreendo o período de recuperação física e psicológica da mãe que começa imediatamente a seguir ao nascimento do RN e se prolonga por 6 semanas pós-parto. Sendo um momento tão marcante para a díade/tríade, é importante avaliar o estado de saúde da mulher e do recém-nascido (DGS, 2015). Este período pode ser dividido em três períodos: 1) puerpério imediato que compreende as primeiras duas horas após o parto, 2) puerpério precoce que vai até ao final da primeira semana e 3) puerpério tardio que vai até ao final da sexta semana (Barradas, et al., 2015).

A puérpera e o RN permaneciam no bloco de partos/puerpério imediato por duas horas, pois durante este período há maior possibilidade de ocorrerem grandes hemorragias. Era também o momento ideal para verificar a presença ou não do desejo de amamentar. Era realizada tentativa de adaptação à mama, ensinamentos sobre a posição do RN, presença do reflexo de sucção e deglutição, horário e frequência das mamadas e sinais de boa pega (DGS, 2015). No caso de o parto ser distócico por cesariana, era dada a possibilidade ao pai/acompanhante permanecer junto do/a recém-nascido/a, durante o recobro e até que a mãe seja transferida para o internamento, desde que tal não coloque em risco o/a recém-nascido/a, nem o funcionamento normal do serviço (i.e., despacho n.º5344- A/2016).

Cerca de duas horas após o parto a puérpera e RN são admitidos na enfermaria. O tempo de internamento para um parto eutócico é normalmente 48 horas, enquanto que num parto distócico por cesariana o tempo de internamento é de 72 horas. Prestaram-se cuidados no primeiro levante da puérpera, que ocorria 4 a 6 horas após o parto no caso de um parto eutócico e 8 a 12 horas num parto distócico por cesariana (i.e., protocolo do serviço). No primeiro levante da puérpera qualquer queixa deve ser considerada. As mulheres cesariadas eram desglaliadas e mantidas a soroterapia até micção espontânea. Existem fatores que predispõem a diminuição da vontade de urinar nas horas seguintes ao parto, tais como: traumatismos provocados pelo parto, aumento da capacidade vesical e a anestesia. É assim de extrema importância a vigilância e estimulação da eliminação

vesical, uma vez que existe um aumento da diurese, que pode levar à distensão da bexiga o que pode provocar hemorragia (Néné, Marques, & Batista, 2016). Realizaram-se ensinamentos sobre higiene perineal, prevenindo infecções.

Outro aspecto bastante importante no decorrer do EC em contexto de puerpério passava avaliação dos lóquios, quantidade, cor e cheiro. Nas primeiras horas após o parto, observaram-se fluxos intensos, semelhantes ao fluxo menstrual abundante, com cor vermelho vivo (i.e., lóquios hemáticos). Após as 24 horas existe uma diminuição gradual da quantidade de lóquios, com alteração da cor, passando rosados três a quatro dias após o parto (i.e., sero-hemáticos), progredindo para acastanhados (i.e., lóquios serosos) (Barradas, et al., 2015).

Na avaliação do períneo, era possível verificar exemplos da evolução; nos primeiros dias, edemaciado especialmente na região da episiorrafia ou da sutura perineal. A inspeção do períneo tem como objetivo a pesquisa de sinais inflamatórios, presença de hematoma ou de hemorroidal. O processo de cicatrização é semelhante ao de uma ferida cirúrgica, no entanto para que a cicatrização ocorra sem incidentes é necessário que a puérpera mantenha uma higiene cuidada, com mudança frequente do penso higiénico. No decorrer do EC foi possível verificar que a queixa mais comunicada se relacionava com a dor e com o desconforto da perineorrafia. Realizou-se nos casos justificáveis, terapêutica tópica fria, já que é eficaz de alívio da dor perineal (i.e., Parecer n.º 23/2011; OE). Segundo protocolo do SOG do HESE-EPE, eram também administrados de forma intercalar analgesia por via oral (i.e., Paracetamol e Metamizol magnésio). No caso das cesarianas executou-se o penso operatório diariamente, identificando-se a presença/ausência de sinais de infeção. Aquando da alta, no caso do material de sutura de agrafos, a puérpera era informada dos recursos e dos tempos de retirada do material cirúrgico.

Relativamente ao trânsito intestinal, a regularização da tonicidade intestinal nos dias subsequentes ao parto pode ser influenciada pelo jejum durante o TP, parto e puerpério imediato, desidratação, hipersensibilidade perineal e hemorroidas (Néné, Marques, & Batista, 2016). As puérperas assistidas foram incentivadas a deambular, a realizar hidratação oral e a ingerir alimentos ricos em fibras. Na véspera da alta, se ainda



não se tivesse verificado a regularização do trânsito intestinal, oferecia-se laxante oral, prescrito em SOS.

No que se refere ao RN, é importante salientar que este já nasce com um conjunto de competências sensoriais e comportamentais que lhe permite uma interação ativa. Intencionalmente é capaz de focar objetos, preferencialmente o rosto humano. Em relação à audição, tem preferência pela voz humana, especialmente pela dos pais, pois a auscultação da voz materna intrauterina prepara-o para reconhecer e interagir com a mãe desde o primeiro momento. O olfato é fortemente apurado, conseguindo distinguir o cheiro da mãe com poucas semanas de vida. Consegue distinguir os odores agradáveis dos desagradáveis, sendo atraído por odores doces, como o leite materno. Tem também a capacidade de conseguir distinguir três dos quatro sabores básicos: doce, amargo e azedo, no entanto, apenas o leite materno lhe agrada (doce). O toque é bastante importante. Um toque suave tem um efeito calmante e relaxante, já um toque mais forte e rápido desencadeia, com frequência irregularidade da respiração, alteração da coloração da pele, movimentos bruscos e descoordenados. Sempre que o bebê se encontra desperto, os pais devem conversar com ele num tom de voz suave e tocá-lo com serenidade (Néné, Marques, & Batista, 2016).

Relativamente aos cuidados de higiene e conforto, todos os dias no período da manhã, eram realizados ensinamentos/supervisão. No decorrer do EC, uma vez que o pai tem a possibilidade de entrar no serviço a partir das 9 horas, houve oportunidade de realizar ensinamentos, incentivar e supervisionar os cuidados ao RN pelo pai, indo ao encontro da temática estudada. O banho deve apenas ser dado 24 horas após o nascimento, no entanto se isso não for possível, deve esperar-se no mínimo seis horas (WHO, 2018). Relativamente aos cuidados ao coto umbilical, era realizado o ensino aos pais, segundo protocolo do serviço, informando os mesmos que a desidratação do cordão umbilical leva à sua mumificação e queda entre a primeira e a segunda semana.

O bem-estar do RN foi uma matéria de interesse, nomeadamente os processos circulatórios, nomeadamente a elevada concentração de eritrócitos. Entre o segundo e o quarto dia de vida, pode existir o que se chama icterícia fisiológica que consiste na alteração da coloração normal da pele nos recém-nascidos. Esta ocorre pela imaturidade

do fígado e por existir uma reabsorção da bilirrubina pelo intestino dificultam a eliminação. Inicialmente esta deposição do pigmento é visível nas escleróticas e face, depois tronco e abdômem e por fim nos braços e pernas. O tratamento utilizado era a fototerapia. Os ensinamentos à mãe consistiam na correta colocação do RN em segurança, alternando entre o decúbito ventral e dorsal, despidos permanecendo com a fralda. A mãe era também informada da importância de aumentar as mamadas, de forma a aumentar o volume ingerido e o aporte calórico, resultando na eliminação da bilirrubina nas fezes e urina. Como efeito secundário pode aparecer exantema eritematoso, fezes moles e hipertermia (Quintas & Ramires, 2013).

4.2.5. Objetivo 5: Cuidar a mulher/casal período pós-concepcional

O momento de revisão puerperal, é ideal para voltar a falar sobre planejamento familiar, na medida em que a mulher deve ser aconselhada e orientada na escolha de um método anticoncepcional para prevenir uma nova gravidez (Parreira, Silva, & Miranzi, 2010). No decorrer do EC no contexto de CSP, as consultas de saúde materna eram realizadas em articulação e complementaridade com as consultas de saúde infantil. Quando a puérpera se deslocava ao centro de saúde, ou no decorrer da visita domiciliar, para realização do diagnóstico precoce, também podia ser observado ou questionado o aleitamento materno. Neste caso a intervenção passava por observar sinais de uma boa pega, validar os cuidados com as mamas e mamilos, capacitar para a resolução de dificuldades durante a amamentação e dar resposta a todas as dúvidas colocadas pela puérpera (DGS, 2015).

Foi possível assistir e participar em duas aulas de pós-parto. Desenvolveram-se sessões de partilha e aconselhamento destinadas ao casal e recém-nascido com vista à promoção da vinculação entre mãe/pai/ bebé (i.e., Parecer N.º 04/2016; Sessão e tempos de duração dos cursos de preparação para o nascimento e curso de recuperação pós parto).

4.2.6. Objetivo 6: Identificar/esclarecer as dúvidas dos pais quanto aos cuidados no decorrer da sua prestação de cuidados RN



De forma a identificar as dúvidas dos pais quanto aos cuidados ao RN foi elaborado um instrumento para recolha de dados. Organizou-se em três secções: a) dados demográficos, b) dados sobre parentalidade e c) versão do “Fathers’ Involvement in Infant Care” (FIICQ) (Kuruçırak & Kulakaçb, 2014). (Apêndice E)

A aplicação do instrumento aos pais decorreu entre setembro de 2018 e julho de 2019. Aos pais, foi pedida a colaboração. A mestrande esteve presente, mostrou disponibilidade, aquando do seu preenchimento, para esclarecimento de dúvidas. Atualmente, é necessário atender e acolher não só a grávida, parturiente e ou /puérpera, mas também o seu marido/companheiro, garantindo a oportunidade de partilhar sentimentos, vivências e ajudando-se na construção das entidades maternas e paternas (Oliveira & Brito, 2009).

No que se refere ao objetivo esclarecer os pais no decorrer da sua prestação de cuidados ao RN, ao longo do EC no contexto de puerpério, foi possível realizar os ensinamentos sobre os cuidados de higiene e conforto ao RN a vários pais. Na medida em que atualmente no SOG do HESE-EPE, os pais têm a possibilidade de entrar no serviço a partir das 9 horas da manhã, segundo (Oliveira & Brito, 2009), a ajuda paterna nos cuidados à criança em primeiro lugar transmite segurança à mulher, além de proporcionar uma interação precoce e mais intensa entre pai-bebé, favorecendo o crescimento saudável da criança. Pode afirmar-se que a vinculação RN-pai, foi uma preocupação no exercício clínico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para obtenção do grau de Mestre na área da Saúde Materna e Obstetrícia foi necessário desenvolver competências aos vários níveis. Os conhecimentos e competências adquiridas na componente teórica deram a sustentação para a intervenção junto da mulher/família em TP, parto, pós-parto e nos cuidados ao RN. Houve que realizar esforço intelectual, para associar a bagagem teórica, aos casos reais. Para demonstrar a aquisição de competências específicas do EESMO e investigação em enfermagem surge o presente relatório de estágio. De facto, o documento revela o percurso nos ensinamentos clínicos, refletindo criticamente sobre as práticas, utilizando a investigação e procurando aplicar a evidência científica.

No que respeita à temática, as ideias conclusivas, remetem para a figura paterna que atinge uma representação evidente na gestação. No meio sociofamiliar, os participantes atuais parecem rejeitar as ideias de estudos anteriores. Capacitam-se estes pais e investem, para os cuidados à criança. Os pais são um elemento cada vez mais participativo no período gravídico puerperal. Assim, nas atribuições do EESMO torna-se necessário identificar os domínios que são mais relevantes/carentes dos cuidados nos pais com os quais interage. Vários estudos revelam que um maior envolvimento paterno nos cuidados ao RN pode ter benefícios em termos de saúde da tríade, no exercício da paternidade e para uma relação conjugal saudável. É objetivo continuar a trabalhar no sentido de desenvolvimento desta temática. Como forma de continuação, no momento em que foi pedida autorização para utilização da escala (Kuruçırak & Kulakaç, 2014) houve aproximação com a autora original para realização de estudo conjunto comparativo.

Algumas limitações se colocaram na vertente clínica. Considere-se a sobrecarga que a posição de trabalhador-estudante acarreta, com pesados horários. O aprofundamento dos conhecimentos fica assim limitado ao pouco tempo livre para tal. Ainda na clínica, ocupar campos de estágio com abordagens menos convencionais/intervencionistas, se trouxe maior desenvolvimento, gerou por



controvérsia, a noção de que mais tempo seria preciso para maior aquisição. Na vertente de investigação, a principal limitação acontece pelo tipo de amostra possível e também pela abordagem dos dados apenas com estatística descritiva. Será necessário em tempo futuro analisar os dados numa outra perspetiva. Ainda na investigação, a necessidade de maior aquisição de competências para a realização de investigação secundária.

Em síntese, através da vertente clínica e da vertente de investigação, investiu-se seriamente na área da Saúde Materna e Obstétrica. Porém não se extingue aqui o processo de aprendizagem, que se deseja continuo ao longo da vida. O atual mestrado, se por um lado satisfaz a avidez de conhecimento em alguns temas, abriu horizontes para o desenvolvimento futuro de outros e eventualmente para outro nível académico da formação em enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- APA. (2010). *American Psychological Association*. Obtido de APA Style. Publication Manual: <http://www.apastyle.org/index.aspx>
- Barradas, A., Torgal, A. L., Gaudêncio, A. P., Prates, A., Madruga, C., Clara, E., . . . Varela, V. (2015). *EESMO- Livro de bolso Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica/parteiras*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Bohren, M., Hofmeyr, G., Sakala, C., Fukuzawa, R., & Cuthbert, A. (2017). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
- Bonney, k. (2015). Case study teaching method improves student performance and perceptions of learning gains. *Journal of Microbiolog & Biology Education*, 16(1), 21-28.
- Bradley, R., Pennar, A., & Lida, M. (2015). Ebb and Flow in Parent-Child Interactions: Shifts from Early through Middle Childhood. *Parenting, science and practice*, 15(4), 295-320.
- Brandão, S., & Figueiredo, B. (2012). Envolvimento emocional dos pais com o recém-nascido: impacto da experiência de corte do cordão umbilical. *Journal of Advanced Nursing*. Obtido em 20 de 09 de 2019, de <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2012.05978.x>
- Bryant, F., & Yarnold, P. (1995). Principal-components analysis and exploratory and confirmatory factor analysis. In L. G. Grimm & P. R. Yarnold (Eds.). *Reading and understanding multivariate statistics*, 99-136.
- Chen, I., Opiyo, N., Tavender, E., Mortazhejri, S., Rader, T., Petkovic, J., . . . Betran, A. (2018). Non-clinical interventions for reducing unnecessary caesarean section. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. doi:10.1002/14651858.CD005528.pub3
- Coad, J., & Dunstall, M. (2011). *Anatomy and Physiology for Midwives* (3 ed.). Edinburgh: Elsevier.
- Costa, J. (2004). Métodos de prestação de cuidados. *Millenium*.

-
- Coutinho, E. d., Silva, C. B., Chaves, C. M., Nelas, P. A., Parreira, V. B., Amaral, M. O., & Duarte, J. C. (2014). Gravidez e parto: O que muda no estilo de vida das mulheres que se tornam mães. *Rev Esc Enferm USP*, 48, 17-24.
- DGS. (2008). *Saúde Reprodutiva e Planeamento familiar*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- DGS. (2015). *Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco*. (D. G. Saúde, Ed.) Lisboa: DGS.
- Dicionário infopédia da língua Portuguesa. (2003-2019). Competência in Dicionário infopédia da língua Portuguesa. Porto: Porto Editora. Obtido em 14 de 09 de 2019, de www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/competência
- Estrela, A. (1990). Teoria e Prática de Observação de Classes. Uma estratégia de formação de professores. *Instituto Nacional de Investigação Científica*.
- FAME. (2011). Iniciativa parto normal. Guia para madres y padres. *Federación de Asociaciones de Matronas de España*.
- Finco, D. (2003). Relações de gênero nas brincadeiras de meninos e meninas na educação infantil. *Pro-Posições*, 14(3).
- Fleury, M. T., & Fleury, A. (2001). Construindo o conceito de competência. *Rev. adm. contemp*, 5.
- Frias, A. (2011). Preparação Psicoprofilática e a Perceção da Experiência do Nascimento. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 409-416.
- Fortin, M. (2009). *O processo de investigação: da conceção à realização* (5 ed.). Loures: Lusociência- Edições Técnicas e Científicas.
- Gorsuch, R. (1983). *Factor analysis* (2nd ed. ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Guillaume, S., Michelin, N., Amrani, E., Benier, B., Durrmeyer, X., Lescure, S., & Caeymaex, L. (2013). Expectativas dos pais em relação à equipe no processo de vínculo precoce com seus bebês prematuros no ambiente de terapia intensiva: um estudo multicêntrico qualitativo com 60 pais. *BMC Pediatrics*. Obtido de <https://doi.org/10.1186/1471-2431-13-18>
- Gungor, I., & Beji, N. (2007). Effects of fathers' attendance to labor and delivery on the experience of childbirth in Turkey. *West J Nurs Res*, 29(2), 213-231.

-
- HESE. (10 de 08 de 2019). *Hospital Espírito Santo de Évora-EPE*. Obtido de HESE: <https://www.hevora.min-saude.pt/>
- HGO, E. (10 de 08 de 2019). *Hospital Gracia de Orta*. Obtido de Hospital Garcia de Orta, EPE: www.hgo.pt/Inicio.aspx
- Holditch-Davis, D., Black, B., Harris, B., Sandelowski, M., & Edwards, L. (1994). Sandelowski, M., & Edwards, L. (1994). Beyond couvade: pregnancy symptoms in couples with a history of infertility. *Health Care Women Int*, 15(6), 537-548.
- Khaleque, A., & Rohner, R. (2012). Transnational relations between perceived parental acceptance and personality dispositions of children and adults: a meta-analytic review. *Pers Soc Psychol Rev*, 16(2), 103-115.
- Kuo, C., Chuang, H., Lee, S., Liao, W., Chang, L., & Lee, M. (2012). Parenting confidence and needs for parents of newborns in taiwan. *Iranian journal of pediatrics*, 22(2), 177-184.
- Kuruçırak, Ş., & Kulakaç, Ö. (2014). The experiences and involvements of fathers during 4-12 months of their children's lives: a mixed method study/Yaşamın 4-12 aylık döneminde babaların bebek bakımına katılımları ve deneyimleri: bir karma yöntem araştırması. *Turkish Journal of Public Health*, 12(2), 113-126.
- Lopes, S., Nove, A., Ten Hoope-Bender, P., Bernis, L., Bokosi, M., Moyo, N., & Homer, C. (2016). A descriptive analysis of midwifery education, regulation and association in 73 countries: the baseline for a post-2015 pathway. *Human Resources For Health*, 14(1), 37-37.
- Mannion, C., Hobbs, A., McDonald, S., & Tough, S. (2013). Percepções maternas do apoio do parceiro durante a amamentação. *Revista Internacional de Aleitamento Materno*, 8(1).
- Meleis, A. (2007). *Theoretical nursing: development e progress* (4 ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Mendonça, F., Nations, M., Sampaio, L., Coutinho, G., Menezes, G., Nascimento, J., & Leite, E. (2016). Cuidados prestados pelo pai ao recém-nascido no alojamento conjunto do Hospital Gonzaguinha de Messejana. Em C. A.-I. Saúde (Ed.), 5º

Congresso Ibero-Americano em Investigação Quantitativa, 2, pp. 1570- 1578.
Lisboa.

- Monteiro, L., Torres, N., Verrisimo, M., Costa, I., & Freitas, M. (2015). Análise factorial confirmatória do questionário "O papel do Pai" numa amostra de pais e mãe portugueses. *Análise Psicológica*, XXXIII, 113-120.
- Néné, M., Marques, R., & Batista, M. (2016). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Lisboa: Lidel.
- NHS. (2019). Relationships after having a baby. *National Health Service*. Obtido de <https://www.nhs.uk/conditions/pregnancy-and-baby/relationships-after-a-baby/>
- Nogueira, J., & Ferreira, M. (2012). O envolvimento do pai na gravidez/parto e a ligação emocional com o bebé. *Revista de Enfermagem Referência*, 8, 57-66. doi:<https://dx.doi.org/10.12707/RIII1214>
- Oladapo, O., Tuncalp, O., Bonet, M., Lawrie, T., Portela, A., Downe, S., & Gulmezoglu, A. (2018). WHO model of intrapartum care for a positive childbirth experience: transforming care of women and babies for improved health and wellbeing. *Bjog*, 125(8), 918-922.
- Oliveira, E., & Brito, R. (2009). Ações de cuidado desempenhadas pelo pai no puerpério. *Escola Anna Nery*, 13(3).
- O'Mahony, F., Hofmeyr, G. J., & Menon, V. (2010). *Choice of instruments for assisted vaginal delivery*. doi:10.1002/14651858.CD005455.pub2
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). Regulamento das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica. *Ordem dos Enfermeiros*, 1-8.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). Classificação Internacional para a prática de enfermagem. 212.
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). Regulamento do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais. *Divulgar*.
- Ordem dos enfermeiros, & Conselho Internacional de Enfermeiros. (2009). Programa da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. *Linhas de orientação para a elaboração de catálogos CIPE®*.

-
- Ouzzani, M., Hammady, H., Fedorowicz, Z., & Elmagarmid, A. (2019). *Rayyan*. Obtido de Rayyan — a web and mobile app for systematic reviews: <https://rayyan.qcri.org/welcome>
- Parreira, B., Silva, S., & Miranzi, M. (2010). Métodos anticoncepcionais: orientações recebidas por puérperas no pré-natal e puerpério. *Ciência e Cuidados de Saúde*, 9(2), 262-268.
- Peixoto, N., & Peixoto, T. (2016). Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(11), 121-131.
- Pereira, C., & Veiga, N. (2014). Educação para a saúde baseada em evidências. *Millenium*, 46, 107-136.
- Persson, E., Kvist, L., & Ekelin, M. (2018). Midwifery students' experiences of learning through the use of written reflections – An interview study . *Elsevier: Nurse Education in Practice* , 73-78.
- Petito, A., Candido, A., Ribeiro, L., & Petito, G. (2015). A importância da participação do pai no ciclo gravídico puerperal: uma revisão bibliográfica. *Refacer: Revista Eletrónica da Faculdade de CereS*, 4(1).
- Petito, A., Candido, A., Ribeiro, L., & Petito, G. (2015). A importância da participação do pai no ciclo gravídico puerperal: uma revisão bibliográfica. *Refacer - Revista Eletrónica da Faculdade de Ceres*, 41(1).
- Piazzalunga, C., & Lamounier, J. (2012). O contexto atual do pai na amamentação: uma abordagem qualitativ. *Rev Med Minas Gerais*, 21(2), 133-141. Obtido de file:///C:/Users/olga_/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/v21n2a02.pdf
- PORDATA. (14 de 06 de 2019). *Nados vivos fora do casamento, com coabitação e sem coabitação dos pais (%)*. Obtido em 20 de 09 de 2019, de PORDATA: [https://www.pordata.pt/Portugal/Nados+vivos+fora+do+casamento++com+coabita%c3%a7%c3%a3o+e+sem+coabita%c3%a7%c3%a3o+dos+pais+\(percentage+m\)+-620](https://www.pordata.pt/Portugal/Nados+vivos+fora+do+casamento++com+coabita%c3%a7%c3%a3o+e+sem+coabita%c3%a7%c3%a3o+dos+pais+(percentage+m)+-620)
- Quintas, C., & Ramires, A. (2013). Consensos: Icterícia Neonatal. *Sociedade Portuguesa de Neonatologia*.

-
- Rodrigues, E. M., Nascimento, R. G., & Araújo, A. (2011). Protocolo na assistência pré-natal: ações, facilidades e dificuldades dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família. *Rev Esc Enferm USP*, 45(5), 1041- 1047.
- Salehi, A., Fahami, F., & Beigi, M. (2016). The effect of presence of trained husbands beside their wives during childbirth on women's anxiety. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, 21(6).
- Schön, D. (1991). Educating the reflective practitioner. *Jossey-Bass*,.
- Shahshahan, Z., Mehrabian, F., & Mashoori, S. (2014). Effect of the presence of support person and routine intervention for women during childbirth in Isfahan, Iran: A randomized controlled trial. *Advanced biomedical research*, 3, 155-155.
- Silva, M., Gabriel, M., Cherer, E., & Piccinini, C. (2017). Os conceitos de envolvimento e experiência nos estudos sobre paternidade. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 116-132. Obtido de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672017000300009&lng=pt&tlng=pt
- Thompson, A. (2002). *Role of father's love in child. Development deserves more attention*. Obtido de Advance on the Web: Advance on the Web. <http://advance.uconn.edu/2002/020211/020211p1.htm>
- Vieira, F. (1993). *Supervisão: Uma Prática Reflexiva de Formação de Professores*. Rio Tinto: Edições Asa.
- WHO. (1996). Care in Normal Birth: a practical guide. *Department of Reproductive Health & Research*.
- WHO. (Abril de 2015). *WHO Sexual and reproductive health*. Obtido de WHO statement on caesarean section rates: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/cs-statement/en/
- WHO. (2018). *WHO recommendations intrapartum care for a positive childbirth experience*. Geneva: World Health Organization.
- Wilson, L. (1977). The couvade syndrome. *Am Fam Physician*, 15(5), 157-160.



APÊNDICES

Apêndice A: Projeto

 Serviços Académicos	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: 2018 / 2019
1. DELIBERAÇÃO DO CONSELHO CIENTÍFICO DA ESCOLA	2. PARECER DO DIRETOR DE CURSO	
(A ser emitido apenas em GesDOC)	(A ser emitido apenas em GesDOC)	
3. IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDANTE		
Nome Completo: <u>Olga Cristina Nobre Bugalho</u>		
Número: <u>39728</u> Ciclo de Estudos: <input type="checkbox"/> 3.º Ciclo <input checked="" type="checkbox"/> 2.º Ciclo <input type="checkbox"/> Mestrado Integrado		
Curso: <u>Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica</u>		
Especialidade/Plano Alternativo: <u>Saúde Materna e Obstétrica</u>		
4. CONTACTOS DO ESTUDANTE		
Telef.: <u>937131443</u> E-mail: <u>olga_bugalho@hotmail.com</u>		
5. PROPOSTA		
<input checked="" type="checkbox"/> Entrega de 1.º Projeto <input type="checkbox"/> Entrega de Projeto Reformulado <input type="checkbox"/> Entrega de 2.º Projeto por Reingresso		
<input type="checkbox"/> Proposta de Alteração de Projeto		
Neste caso, assinala os quadros deste formulário em que propõe alterações (Só deve preencher os respetivos quadros)		
<input type="checkbox"/> 6. <input type="checkbox"/> 7. <input type="checkbox"/> 8. <input type="checkbox"/> 9. <input type="checkbox"/> 10. <input type="checkbox"/> 11. <input type="checkbox"/> 12. <input type="checkbox"/> 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)		8. LÍNGUA DE REDAÇÃO
<small>APENAS NO CASO DE PROGRAMA DE DOUTORAMENTO:</small>		<input checked="" type="checkbox"/> Português <input type="checkbox"/> Inglês
<input type="checkbox"/> Tese Formato da Tese: <input type="checkbox"/> Dissertação sobre o tema de investigação		<input type="checkbox"/> Espanhol <input type="checkbox"/> Francês
<input type="checkbox"/> Compilação de artigos publicados		<input type="checkbox"/> Outra: _____
<input type="checkbox"/> Obra ou conjunto de obras, ou realizações, com carácter inovador (no domínio das artes)		
<small>PARA MESTRADO OU MESTRADO INTEGRADO:</small>		
<input type="checkbox"/> Dissertação <input checked="" type="checkbox"/> Estágio <input type="checkbox"/> Trabalho de Projeto		
9. TÍTULO DO TRABALHO		
Título (na língua de redação): A parentalidade no masculino:perspetivas do pai face aos cuidados ao recém-nascido.		
Título em Inglês: Male Parentality: Father's perspective regarding newborn care		

10. ORIENTAÇÃO (Anexar declaração(ões) de aceitação)

Nome: Maria Margarida Fialho Santana Sim-Sim
Universidade/Instituição: Universidade de Évora/ Escola Superior de Enfermagem São João de Deus
N.º Identificação Civil: 08487663 - 8ZY6 Tipo de Identificação: BI CC Passaporte Outro: _____
Telef.: 936171517 E-mail: msimsim@uevora.pt ID ORCID: 0000-0002-0028-2664

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): _____
Consulte a lista de Áreas FOS em: <http://www.dgeec.mec.pt/np4/28>
Palavras-chave (5 palavras, separadas por ';'): Pai; Recém-nascido; Perspetivas; Competências; Cuidados

12. DOMÍNIO A INVESTIGAR/TEMA

Competências parentais

13. RESUMO, PLANO E CRONOGRAMA [Se necessário submeter como anexo a este impresso]

Em anexo

14. DOCUMENTOS ANEXOS

- 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: _____

15. DECLARAÇÃO DO ESTUDANTE

Nos termos do Regulamento Académico da Universidade de Évora (RAUÉ) 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.) procederéi 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.

Apêndice B: Jornais de aprendizagem



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SÃO JOÃO DE DEUS

Jornal de Aprendizagem

Reflexão Semanal de Experiências do/a Mestrando/a

Mestrando/a: Olga Bugalho

Orientadora Pedagógica: Margarida Sim-Sim (PhD)

Évora

2018

Cronograma Plano

Período	6 semanas 17/set - 26/out 2018						6 semanas 29/out - 7/dez 2018						6 semanas 10 dez a 01 de fevereiro de 2019 (interrupção - 24 dez a 6 jan)					
Semanas de estágio	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
Jornal Aprendizagem																		
Estudante	Bloco de partos						Centro de Saúde						Gravidas/Ginecologia					

1ª semana de cada campo clínico não redige Jornal de Aprendizagem

	Semana	Supervisor/a Clínico/a
Bloco de Partos	2ª	Enfermeira Maria Celeste Lopes
	3ª	Enfermeira Maria Celeste Lopes
	4ª	Enfermeira Maria Celeste Lopes
	5ª	Enfermeira Maria Celeste Lopes
	6ª	Enfermeira Maria Celeste Lopes
Centro de Saúde	2ª	Enfermeira Paula Bilro
	3ª	Enfermeira Paula Bilro
	4ª	Enfermeira Paula Bilro
	5ª	Enfermeira Paula Bilro
	6ª	Enfermeira Paula Bilro
Gravidas Ginecologia	2ª	Enfermeira Maria Jesus Santos
	3ª	Enfermeira Maria Jesus Santos
	4ª	Enfermeira Maria Jesus Santos
	5ª	Enfermeira Maria Jesus Santos
	6ª	Enfermeira Maria Jesus Santos

2º ano 2º semestre

Período	11 de fevereiro a 28 de abril de 2019 (interrupção - 15 a 22 de abril) 6 semanas - Puerpério; 4 semanas - Bloco de Partos										8 semanas 29 de abril a 28 de junho de 2019 (interrupção - 25 de maio a 1 de junho)							
Semanas de estágio	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8
Jornal de Aprendizagem																		
Estudante	Bloco de partos					Puerpério					Bloco de Partos							

1ª semana de cada campo clínico não redige Jornal de Aprendizagem

	Semana	Supervisor/a Clínico/a
Bloco partos	2ª	Enfermeira Joana Barracha
	3ª	Enfermeira Joana Barracha
	4ª	Enfermeira Joana Barracha
Puerpério	6ª	Enfermeira Maria Celeste Lopes
	7ª	Enfermeira Maria Celeste Lopes
	8ª	Enfermeira Maria Celeste Lopes
	9ª	Enfermeira Maria Celeste Lopes

	10 ^a	Enfermeira Maria Celeste Lopes
Bloco de partos	2 ^a	Enfermeira Lucília Palma
	3 ^a	Enfermeira Lucília Palma
	4 ^a	Enfermeira Lucília Palma
	5 ^a	Enfermeira Lucília Palma
	6 ^a	Enfermeira Lucília Palma
	7 ^a	Enfermeira Lucília Palma
	8 ^a	Enfermeira Lucília Palma

Jornal de Aprendizagem-1

Instrumento de registo semanal para Estudantes da UEESESJD

Nome: Olga Cristina Nobre Bugalho

Data: de 05/11 /2018 a 09 /11 /2018

Campo clínico: USF Alcoides

Local: Montemor o novo

Semana: 2^a

Editorial

Tema: Implante contraceutivo

O implante contraceutivo trata-se de pequeno tubo de plástico (bastonete de vinil-acetato de etileno), com cerca de 40 mm de comprimento por 2mm de largura que contém 68mg de etonogestrel. O progestativo é libertado lentamente e de forma continua durante 3 anos e funcionada de três modos:

- Impedindo a ovulação;
- Fazendo com que muco do colo do útero se espesse, o que dificulta a passagem dos espermatozoides para o útero;
- Diminuindo a espessura do revestimento do útero, o que torna difícil que um óvulo fertilizado aí se fixe (Braga & Vieira, 2015).

A sua principal vantagem é ser de utilização prática e de longa duração, evita ter que tomar a contraceção oral todos os dias, Não interfere com a relação sexual, nem com a amamentação, melhora a dismenorreia. Pode ser utilizado pelas mulheres que não podem tomar, ou que têm muitos efeitos secundários quando tomam, pilulas contendo estrogénios e não diminui a massa óssea.

No entanto, também apresenta desvantagens, tais como, verificarem-se irregularidades do ciclo menstrual que podem variar entre “spotting” e amenorreia. Essas alterações são mais comuns no primeiro ano e não têm consequências negativas na saúde da mulher. Em algumas mulheres podem ocorrer um ligeiro aumento de peso. Podem também ocorrer algumas alterações da pele (cloasma), cefaleias, náuseas e variações de humor. Podem aparecer quistos benignos dos ovários, que geralmente não exigem tratamento.

É ainda importante referir que o implante contraceutivo pode ser retirado em qualquer momento independentemente do motivo apresentado. E deve ser realizada uma consulta três meses após a inserção e consultas anuais ou de 6 em 6 meses, de acordo com a necessidade da utente e a disponibilidade do serviço (DGS, 2008).

Atividades Semanais

Esta semana assisti pela segunda vez a uma sessão de pós-parto e foi bastante interessante, pois muitas das puérperas que lá se encontravam tinham passado pelo serviço de obstetrícia e todas me reconheceram e quiseram mostrar os seus bebés já com alguns meses. Essa sessão era a última para todos e o tema que foi debatido nessa

sessão foi o regresso ao trabalho. Todos referiram que ia ser bastante difícil reiniciar as funções profissionais, pois passaram bastante tempo com os seus bebés e para algumas era a primeira vez que os iam deixar ao cuidado de outras pessoas. Nesta sessão também foi possível contar a minha experiência, uma vez que também passei por esta situação, não há muito tempo.

Observei também a remoção de um implante contraceptivo. Já tinha observado este procedimento algumas vezes enquanto aluna da licenciatura e agora enquanto profissional, no entanto, este implante foi bastante difícil de remover pois tinha bastantes aderências, o que dificultou todo o processo.

Relativamente a segunda semana o que ainda me deixa bastante insegura é o programa informático. É a primeira vez que tenho contacto com ele e não é um programa que seja intuitivo. Para conseguir registar os meus parâmetros são necessários vários passos que ainda tenho dificuldade em assimilar.

Aquisição de Competências

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

Fontes de Pesquisa (max 8)

- Braga, G. C., & Vieira, C. S. (2015). Anticoncepcionais reversíveis de longa duração: Implante Liberador de Etonogestrel (Implanon®). *FEMINA*, 43, 7-14.
- DGS. (2008). Saúde Reprodutiva/ Planeamento Familiar. Em *Contraceção Hormonal- Implante* (pp. 28-30). Lisboa.

Jornal de Aprendizagem-2

Instrumento de registo semanal para Estudantes da UEESESJD

Nome: Olga Cristina Nobre Bugalho

Data: de 12 /11 /2018 a 16 /11 /2018

Campo clínico: USF Alcoides

Local: Montemor o novo

Semana: 3ª

Editorial

Tema: Vacina da tosse convulsa

A tosse convulsa é uma doença altamente contagiosa que pode ser fatal. Verificando-se mais grave em bebés com menos de 6 meses. Muitos bebés são hospitalizados com complicações como pneumonia e danos cerebrais.

A principal característica da tosse convulsa são os ataques longos de tosse e falta de ar tornando-se difícil respirar. O som de “grito” é causado pela dificuldade em respirar entre os ataques de tosse, podendo ficar azul devido à falta de ar ou vomitar após o ataque de tosse. Trata-se de uma doença causada pela bactéria Bordetella pertussis em que o ser humano é o seu único reservatório. É uma doença com elevado índice de contágio, sendo transmitida pelas secreções respiratórias (Ferreira, et al., 2016).

A Vacina da tosse convulsa estimula o sistema imunitário a produzir elevados níveis de anticorpos contra a bactéria da tosse convulsa. Esses anticorpos também passarão para o bebé útero e protege-lo durante os primeiros meses de vida. Esta vacinação deverá ocorrer entre as 20 e as 36 semanas. De acordo com a DGS recomenda-se a vacinação durante a gravidez com uma dose de vacina combinada contra a tosse convulsa, o tétano e a difteria, em doses reduzidas (Tdpa), a realizar-se entre as 20 e as 36 semanas de gestação, idealmente até às 32 semanas. Esta vacinação deve acontecer após a ecografia morfológica (DGS, 2016).

Atividades Semanais

No decorrer desta 3ª semana tive a oportunidade de realizar três consultas de saúde materna. No decorrer da consulta, como referido anteriormente o que sinto mais dificuldade é o programa informático. Em relação às consultas, é realizado o teste de combur para detetar alterações dos parâmetros da urina, posteriormente é avaliada a tensão arterial, avaliação do peso para obtermos o IMC e no final procede-se à auscultação dos batimentos fetais. Em duas destas consultas foi também possível administrar a vacina da tosse convulsa. Foi a primeira vez que administrei esta vacina, como tinha algumas dúvidas em relação à mesma decidi realizar este meu jornal de aprendizagem com o tema da vacina da tosse convulsa. Tive também a oportunidade de realizar a primeira consulta de planeamento familiar a uma utente de 18 anos que vinha na companhia da mãe. Esta consulta tinha como objetivo começar um método

contracetivo. Tive oportunidade de lhe explicar quais os métodos contracetivos disponíveis, indicando quais as vantagens e desvantagens de cada método.

Aquisição de Competências

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

Fontes de Pesquisa (max 8)

- DGS. (2016). *Orientação da direção geral de saúde*. Lisboa.
- Ferreira, I., Pinto, D., Lavrador, V., Fernandes, A., Reis, M. G., Guedes, M., & Marques, L. (2016). Internamento por tosse convulsa – casuística de 10 anos de um hospital de nível III. *NASCER E CRESCER revista de pediatria do centro hospitalar do porto*, 205-210.

Jornal de Aprendizagem-3

Instrumento de registo semanal para Estudantes da UEESESJD

Nome: Olga Cristina Nobre Bugalho

Data: de 19 / 11 / 2018 a 23 / 11 / 2018

Campo clínico: USF Alcaides

Local: Montemor o novo

Semana: 4ª

Editorial

Tema: Rastreio do cancro do colo do útero

O rastreio do cancro permite que a doença seja detetada ainda em fase subclínica e tem como objetivo reduzir a mortalidade através de um diagnóstico cada vez mais precoce da doença e das lesões precursoras.

De acordo com a World Health Organization, o cancro do colo do útero é a terceira neoplasia mais frequente na mulher a nível mundial com uma incidência de 7,9% em 2012, correspondente a 527.624 novos casos. Está associado a elevada morbidade e mortalidade a nível mundial, ocupando igualmente o terceiro lugar nas causas de morte por cancro no sexo feminino, tendo-se registado 265.672 óbitos no mesmo ano, que corresponde a uma mortalidade de 7,5% (Regado, Matos, Barbosa, Cadavez, Faria, & Araújo, 2014).

O grupo etário alvo para a realização deste rastreio é entre os 20-24 anos e entre os 60-64 anos. Este rastreio é realizado através de uma citologia meio líquido com teste de HPV em todas as citologias anómalas. O rastreio deverá ser aplicado 2 a 3 anos após o início da vida sexual e depois a cada 3 anos após de 2 citologias anuais consecutivas normais (NORTE, 2009).

O período preferencial para a realização da colheita é a que se segue a um período menstrual e antes de atingir o pico ovulatório, ou seja na primeira fase do ciclo. No entanto este pode ser realizado em qualquer altura ou oportunidade, sempre que se verifique dificuldade em programar uma data de consulta ou de acordo com a conveniência da mulher. Não devem ser utilizados lubrificantes no espéculo, se necessário apenas soro fisiológico. Utilizar um escovilhão que permita a recolha simultânea do exocolo e do endocolo.

Atividades Semanais

Esta semana foram realizadas 7 consultas de planeamento familiar, sendo 4 RCCU. Realizaram-se também duas aulas de preparação para o parto esta semana, tendo assistido e participado ativamente nas questões colocadas pelas grávidas. Confesso que gosto muito das aulas pela relação que se estabelece com a grávida.

Foi também esta semana que realizei a minha primeira visita domiciliária. Já tinha tido contacto com a puérpera no serviço de obstetrícia e este foi um bebé muito difícil de adaptar à mama e apesar de todas as tentativas da equipa, o recém-nascido saiu do serviço apenas a realizar leite artificial. Esta puérpera foi ter connosco ao centro de

saúde para realizar o teste de diagnóstico precoce e foi feita nova tentativa de adaptação à mama, desta vez com mamilos de silicone. Ao fim de muito insistir o recém-nascido começou a mamar, apresentando bons reflexos de sucção e deglutição. Fiz os ensinamentos relativamente aos mamilos de silicone e realizei também os ensinamentos no sentido de o colocar à mama sem mamilos e de deixar o LAD. No dia da visita domiciliária fiquei bastante satisfeita, pois o recém-nascido apenas se encontrava a realizar LM sem a utilização de mamilos de silicone.

Aquisição de Competências

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

Fontes de Pesquisa (max 8)

- NORTE, A. (2009). *Manual de procedimentos do rastreio do cancro do colo do útero- Unidade de cuidados de saúde primários*. Porto: ARS Norte.
- Regado, B., Matos, C., Barbosa, C., Cadavez, H., Faria, I., & Araújo, S. (2014). Estudo PRECIT - Prevalência de citologia cervical atualizada e fatores associados em enfermeiras e médicas da ULS Alto Minho. *Rev Port Med Geral*.

Jornal de Aprendizagem-4

Instrumento de registo semanal para Estudantes da UEESESJD

Nome: Olga Cristina Nobre Bugalho

Data: de 26 / 11 / 2018 a 30 / 11 / 2018

Campo clínico: USF Alcaides

Local: Montemor o novo:

Semana: 5ª

Editorial

Tema: Prolapso da bexiga

O prolapso é uma herniação dos órgãos pélvicos através da vagina. Este problema afeta as mulheres no seu quotidiano, sexualidade e atividade física (Horst & Silva, 2016).

Quando existe prolapso dos órgãos pélvicos (vagina e órgãos adjacentes, uretra, bexiga, reto, intestino), estes saem da sua normal posição por fraqueza ou flacidez dos tecidos de suporte da região pélvica. O que se verifica nestes casos é a protusão destes órgãos empurrando a parede da vagina, causando “tumefação”. Ou seja, existe um estiramento dos músculos e ligamentos com inserção nos ossos da bacia, deixando os prolapsos acontecer. Relativamente ao prolapso da bexiga (cistocele), este ocorre quando a parede anterior da vagina perde a capacidade de sustentação (Candoso, 2010).

Os prolapsos em estágios iniciais, podem não apresentar incómodos. Já os sintomas de pressão, abaulamento ou sensação de “bola na vagina”, geralmente são característicos de prolapsos em graus mais avançado (Horst & Silva, 2016).

O principal objetivo do tratamento é o alívio dos sintomas, sendo que deve ser sempre um tratamento individualizado. Em relação às mulheres com prolapsos assintomáticos, não é recomendado o tratamento. Nestes casos as mulheres devem ser incentivadas e motivadas para a prática dos exercícios de kegel, contrações voluntárias dos músculos do pavimento pélvico com o objetivo de os reforçar e evitar que a situação se agrave (Fialho, Fonseca, Camlllato, & Cangussu, 2013).

Tanto o tratamento conservador quanto o cirúrgico deve ser oferecido. Para as mulheres que estão excluídas do tratamento cirúrgico, que pretendam adiar a cirurgia ou enquanto aguardam pela marcação da mesma, podem utilizar os pessários que são dispositivos que se inserem intra-vaginalmente e que recolocam os órgãos pélvicos no seu lugar anatómico, atuando como um suporte da área pélvica (Candoso, 2010).

Este último é indicado para aquelas mulheres sintomáticas que não desejam ou cujo tratamento conservador não foi bem-sucedido (Horst & Silva, 2016).

Atividades Semanais

No decorrer desta semana tive a oportunidade de realizar o teste de diagnóstico precoce a um recém-nascido, que decorreu sem intercorrências. Pode também avaliar a adaptação do recém-nascido à mama e realizar alguns ensinamentos que considere pertinentes com supervisão da enfermeira Paula. Houve ainda três consultas de

planeamento familiar em que foram realizados dois rastreios do cancro do colo do útero em que ambos foram realizados por mim com supervisão da enfermeira Paula. Por fim, uma consulta de saúde materna diferente do habitual, no decorrer da consulta a grávida se encontrava com uma idade gestacional de 40S e que tinha um índice obstétrico de 2002, e que referia que desde as 5h que sentia “a barriga a ficar dura”, foi possível realizar toque vaginal, apresentando colo em apagamento com 4cm de dilatação. BAI ao toque. Foi dado conhecimento à DR. Marta e foi feito o encaminhamento da grávida para o serviço de obstetrícia e ginecologia do hospital de Évora com os bombeiros.

Aquisição de Competências

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

Fontes de Pesquisa (max 8)

- Candoso, B. (2010). Prolapso dos órgãos pélvicos. *Maternidade Júlio Dinis-Porto*.
- Fialho, A. L., Fonseca, A. M., Camllato, W. S., & Cangussu, R. d. (2013). Análise dos recursos para reabilitação da musculatura do assoalho pélvico em mulheres com prolapso e incontinência urinária. *Fisioter*, 90-96.
- Horst, W., & Silva, J. C. (2016). Prolapsos de órgãos pélvicos: Revisando a literatura. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, 91-101.

Jornal de Aprendizagem-5

Instrumento de registo semanal para Estudantes da UEESESJD

Nome: Olga Cristina Nobre Bugalho

Data: de 3 /12 /2018 a 7 /12 /2018

Campo clínico: USF Alcaides

Local: Montemor o novo

Semana: 6ª

Editorial

Tema: Relaxamento- Aula de preparação para o parto

A técnica de relaxamento consiste em comprimir os vários grupos de músculos, sentindo a tensão e depois descomprimindo para sentir o relaxamento. Este relaxamento permite diminuir a fadiga e a tensão emocional. Reduz-se, desta forma, a contração muscular e a dor provocada por tal, desviando a atenção do local doloroso, numa atitude de descontração e acalmia. A intenção é que durante o trabalho de parto exista o mínimo de tensão dos músculos que não intervêm no processo contraindo-se apenas os músculos necessários (Frias & Franco, 2008).

Esta técnica é algo que se vai desenvolvendo em termos de habilidade, o que leva a um maior grau de relaxamento à medida que a mesma se vai repetindo (Couto, 2002).

É importante que as grávidas saibam relaxar para dominarem a tensão física e a ansiedade de forma a lidar com as situações causadoras de ansiedade. Conseguindo dominar as tensões e conseguindo relaxar, conseguirão ter uma melhor saúde física e psicológica e consequentemente melhor qualidade de vida para ela e para o bebé. (Figueiredo, 2002).

Exercício realizado com as grávidas:

Antes de mais e reforço que se sentirem algum desconforto em algum momento sintam-se à vontade para saltar algum movimento. O movimento de contração deve ser o máximo que conseguirem e o de descontração subitamente.

Agora vou-vos pedir que fiquem o mais confortáveis possível... Caso se sintam à vontade encerrem os olhos (se não, podem mantê-los abertos), tomem consciência da superfície que esta debaixo de vós...deixem que o vosso corpo se ajuste a ela...reparem como o apoia... tenham atenção aos pontos de contato entre vocês e a superfície onde se encontram: a cabeça... ombros ...coluna ...ancas... calcanhares... cotovelos... antebraços e mãos sintam o corpo a afundar-se na superfície sobre a qual está deitado... e a tornar-se mais pesado à medida que a tensão se desvanece... inspirem fundo e, à medida que expiram o ar, sintam o transportar para fora todas as tensões...inspirem novamente e expirem, depois deixem que a respiração estabilize a um ritmo suave. Enquanto fazem os passos lembrem-se sempre de continuar a respirar.

1º Agora contraíam os músculos da testa levantando as sobrancelhas o máximo que conseguirem, continuem assim com a testa contraída por 5...4...3...2...1... e

subitamente deixe relaxar, sentindo toda a tensão ir embora, façam uma pausa de 10 segundos (contar em silêncio).

2º Agora sorriam de orelha a orelha tensionando a boca e bochechas, segurem essa posição por 5...4...3...2...1... e soltem sentindo a tensão que se vai embora... Mais uma pausa por 10 segundos, não se esqueça de continuar a respirar (contar em silêncio).

3º Agora contraíam os músculos dos olhos fechando-os com a maior força que conseguirem, segurem por 5...4...3...2...1... e soltem... pausa novamente por mais 10 segundos (contar em silêncio).

4º Agora gentilmente puxem a cabeça para trás como se estivessem a olhar para o teto, segurem essa contração por 5...4...3...2...1...relaxando o musculo... pausa novamente por 10 segundos (contar em silêncio).

5º Agora sintam o peso da cabeça e pescoço a afundar, inspire e expire calmamente, deixem ir embora todo o stress, inspire e expire

6º Agora de forma contraída fechem as mãos como se estivessem a apertar uma bola e segurem-na por 5...4...3...2...1... e soltem... pausa novamente por 10 segundos (contar em silêncio). Inspire e expire.

7º Agora levem a mão esquerda até ao ombro e sintam a tensão de contrair o bicep, mantenha essa contração por 5...4...3...2...1... e solte totalmente, pausa novamente por 10 segundos (contar em silêncio).

8º Agora levem a mão direita até ao ombro sintam a tensão de contrair o musculo, mantenha essa contração por 5...4...3...2...1... e solte totalmente, pausa novamente por 10 segundos (contar em silêncio).

9º Agora vão estender e contrair o braço esquerdo, deixando totalmente reto e sentindo o tricep, segurem por 5...4...3...2...1...e solte... pause por 10 segundos

10º Agora vão estender e contrair o braço direito, deixando totalmente reto e sentindo o tricep, segurem por 5...4...3...2...1...e solte... pause por 10 segundos

11º Agora contraíam os ombros levantando-os como se tentassem tocar com estes nas orelhas... segurem-nos contraídos por 5...4...3...2...1... e rapidamente relaxem... sentido como estavam pesados (10 segundos)

12º Tensionem a parte superior das costas puxando os ombros para trás como se os pudessem encostar atrás da coluna... mantenham-nos contraídos por 5...4...3...2...1... e relaxe... 10 segundos

12º Quero que sintam como relaxada livre de tensão e stress e descontraída esta a parte superior do vosso corpo... mergulhem nessa sensação por alguns segundos e relaxe... Estão a ir muito bem...

13º Agora contraíam as nádegas... segurem por 5...4...3...2...1... e soltem sentindo a descontração... pause por 10 segundos... não esqueça de continuar respirando...

14º Contraíam as suas pernas pressionando os joelhos um contra o outro como se estivessem a segurar uma moeda entre eles... mantenham-nas contraídas por 5...4...3...2...1... e soltem... libertando a tensão acumulada... pause novamente por 10 segundos

15º Agora curve os pés levando os dedos na sua direção e sintam a contração dos músculos... segurem a contração por 5...4...3...2...1... e relaxem sentindo o peso das pernas a diminuir...pause por 10 segundos

16° Agora façam os pés se curvarem no sentido oposto, sentindo a contração nos gémeos segurando por 5...4...3...2...1... e relaxe... pause de novo por 10 segundos
17° Agora para finalizar... imagine uma onda de relaxamento lentamente espalhando-se pelo seu corpo... começando na cabeça e descendo devagar até a ponta dos pés... sinta por alguns instantes o peso do corpo relaxado e afundado... inspire e expire lentamente... inspire e lentamente... gradualmente quando quiserem vão abrindo os olhos...

Atividades Semanais

Nesta última semana, foi possível verificar a minha evolução em relação ao programa informático. Já consegui realizar todos os registos sozinha, adicionar programas quando era a primeira consulta do recém-nascido para poder efetuar todos os registos necessários, o que me deixou bastante contente, pois durante todo o decorrer do estágio, esta foi a parte onde tive mais dificuldades.

Nesta semana última semana realizei três testes de diagnóstico precoce a recém-nascidos e uma das mães encontrava-se muito ansiosa em relação à amamentação e aos cuidados ao recém-nascido. Realizei todos os ensinamentos que achei pertinente, principalmente em relação à amamentação e fico contente de tanto a mãe como o pai terem saído mais calmos e confiantes da consulta. Realizei também três consultas de planeamento familiar, onde realizei dois procedimentos RCCU com supervisão da Enfermeira Paula.

E por fim participei ativamente na aula de preparação para o parto, realizando a aula de relaxamento que se encontra neste jornal de aprendizagem. Esta foi das atividades que mais gostei de realizar e que mais satisfação me deu preparar.

Aquisição de Competências

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

Fontes de Pesquisa (max 8)

- Couto, G. R. (Janeiro de 2002). *PREPARAÇÃO PARA O PARTO*. Porto.
- Figueiredo, L. D. (2002). *Relaxamento: uma proposta de intervenção com gestantes hipertensas*. Ribeirão Preto.
- Frias, A., & Franco, V. (2008). A PREPARAÇÃO PSICOPROFILÁTICA PARA O PARTO E O NASCIMENTO DO BEBÉ: ESTUDO COMPARATIVO. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 47-54.

Jornal de Aprendizagem-6

Instrumento de registo semanal para Estudantes da UEESESJD

Nome: Olga Cristina Nobre Bugalho

Data: de 17/12 /2018 a 23 /12 /2018

Campo clínico: Grávidas patológicas e ginecologia

Local: HESE-EPE

Semana: 2ª

Editorial

Tema: Doença Inflamatória pélvica (DIP)

A doença inflamatória pélvica (DIP) é uma infeção da parte superior do aparelho reprodutor feminino que pode atingir estruturas do trato genital superior, como útero, trompas, ovários e estruturas anexas, provocando endometrite, salpingite, ooforite, abscesso tubo-ovariano e peritonite (Romanelli, et al., 2013).

Esta infeção ocorre devido ao aumento de microrganismos, sendo a maioria dos casos sexualmente transmissíveis, tem como agentes causais mais frequentes a Chlamydia e a Neisseria gonorhoeae. Podem também estar outras bactérias envolvidas como bactérias endógenas da flora vaginal, quer aeróbias quer anaeróbias, bem como micoplasmas do trato genital (Costa, Nicoletti, Pires, & Ferrão, 2016).

A DIP pode apresentar-se assintomática, subclínica, até a infeção aguda com risco de vida. Os principais sintomas são a dor abdominal baixa ou pélvica, sendo difusa e bilateral, pode existir corrimento vaginal do tipo purulento com ou sem cheiro, febre, náuseas e vómitos, dor durante e após a relação sexual, dor durante ou logo após a menstruação é particularmente sugestivo de DIP. Pode também observarem-se sintomas de uretrite, como disúria (Batista, 2011).

Os principais objetivos do tratamento são a eliminação da infeção e a prevenção das sequelas a longo prazo, tais como, infertilidade, gravidez ectópica e dor pélvica crónica (Batista, 2011).

Atividades Semanais

Esta segunda semana tive a oportunidade de ficar com uma grávida patológica gemelar que ficou internada para vigilância do bem-estar fetal, uma vez que o gémeo do sexo feminino apresentava bastantes malformações. Deve permanecer internada até que seja realizado o feticídio que deve acontecer quando completar as 32 semanas. Como tal tem prescrito CTG 1x dia e vigilância dos movimentos fetais. Foi necessário realizar manobras de Leopold para colocação do CTG e vigilância de sinais/sintomas de comprometimento do bem-estar materno-fetal. Realizei também a admissão de três mulheres em ginecologia para serem submetidas a histerectomia total. Realizando a avaliação inicial de enfermagem e apreciação inicial das atividades de vida, realizando também o plano de cuidados e as monitorizações conforme protocolo do serviço. Como

as utentes iriam ser submetidas a cirurgia no período da tarde, foi também necessário realizar colheita de sangue para tipagem e reserva de 2UCE para o bloco operatório. Foram posteriormente feitos os ensinamentos e medicação pré-operatória.

Encontrava-se ainda no serviço uma utente com diagnóstico de aborto retido que tinha iniciado o protocolo de serviço com misoprostol e que se encontrava bastante queixosa e não tinha prescrito medicação em SOS, sendo necessário dar conhecimentos aos médicos de serviço. No decorrer da semana também fiquei responsável por uma utente que se encontrava internada com o diagnóstico de DIP e que se encontrava bastante triste pois já se encontrava internada à duas semanas, sentia a falta do filho, pelo que foi necessário também prestar algum apoio emocional.

Aquisição de Competências

- Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério;
- Cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica;
- Cuida o grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade;

Fontes de Pesquisa (max 8)

- Batista, M. S. (2011). *Doença inflamatória pélvica aguda: do diagnóstico ao tratamento*.
- Costa, J. V., Nicoletti, R., Pires, D. V., & Ferrão, R. e. (2016). Doença Inflamatória Pélvica. *Revista eletrónica*.
- Romanelli, R. M., Lima, S. S., Viotti, L. V., Clemente, W. T., Aguiar, R. A., & Fialho, A. L. (2013). Abordagem atual da doença inflamatória pélvica. *Rev Med Minas Gerais*, 347-355.

Jornal de Aprendizagem-7

Instrumento de registo semanal para Estudantes da UEESESJD

Nome: Olga Cristina Nobre Bugalho

Data: de 07/01 /2019 a 13 /01 /2018

Campo clínico: Grávidas patológicas e ginecologia

Local: HESE-EPE

Semana: 3^a

Editorial

Tema: Cerclage

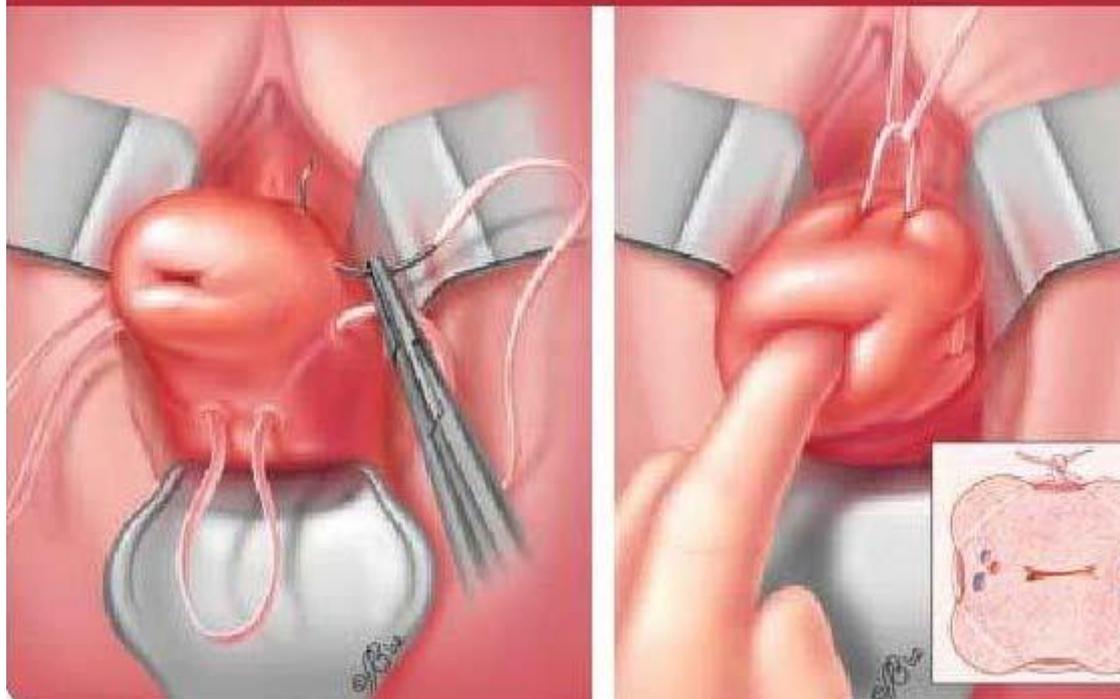
A insuficiência isto-cervical é caracterizada por fraqueza congênita ou adquirida junto do orifício interno cervical e do segmento inferior. Existe dilatação indolor do colo uterino, sem que exista trabalho de parto ou contrações, podendo ocorrer protusão ou rutura das membranas fetais e parto pré-termo, abortamento ou perda fetal que ocorre no segundo trimestre ou no início do terceiro trimestre.

Existe a ICC primária e a secundária. Relativamente à primeira esta é um distúrbio congénito relacionado a anormalidades uterinas, além de exposição ao dietiestilbestrol durante a vida intrauterina materna. No que concerne à secundária pode ser resultado de sequela de trauma na região isto-cervical que tem como principal causa dilatações intempestivas do colo, aplicação de fórceps em colos que não se encontram dilatados. Também podem não ser evidentes defeitos no istmo antes da gravidez e tornarem-se evidentes somente após a gravidez, causado pela pressão intrauterina (Gomes, et al., 2012).

Assim, para se realizar o diagnóstico de ICC o diagnóstico baseia-se principalmente na história clínica. Este pode ser realizado antes ou durante a gestação. A utilização da ultra-sonografia, particularmente dos transdutores transvaginais, foi considerada uma mais valia nestas situações, uma vez que permitiu avaliar com muita precisão as medidas e formas do colo uterino durante a gravidez, permitindo chegar à conclusão que a cérvix uterina tem diferentes comprimentos e que quanto menor for o colo, maior é o risco de prematuridade (Mattar, 2006).

O tratamento pode ser conservador, ou seja, repouso na cama, hidratação e administração de progesterona, anti-inflamatórios e antibióticos. Ou pode ser feita uma cerclagem de Shirodkar ou de McDonald durante a gravidez. A primeira consiste em enroscar a fásia lata materna na submucosa do colo, a nível anterior e posterior e atada. Em relação à segunda, neste momento a mais utilizada, um fio não absorvível pode ser colocado em redor do colo uterino por baixo da mucosa para apertar o orifício interno.

FIGURE 2. McDonald cerclage



Atividades Semanais

No decorrer desta semana tive a oportunidade de ir assistir a uma cerclage. Além de observar todo o procedimento o Drº Fernando também foi explicando todos os passos executados.

Fiquei também esta semana responsável por uma grávida patológica de 25s + 2d, que veio transferida do hospital de Beja por REBA. Apresentava perda de líquido amniótico rosado. Ficou com soro em curso e iniciou maturação pulmonar como prescrito. Ficou também com CTG prescrito 3xD.

Encontrava-se também uma utente no serviço com diagnóstico de DIP que teve indicação de ficar em jejum para possível ida ao bloco, o que se verificou. A utente regressou do bloco, não com diagnóstico de DIP, mas com diagnóstico de torção do ovário.

Esta semana foi também realizado um turno na sala de partos. Confesso que ir para a sala de partos ainda me deixa bastante ansiosa. Foi necessário realizar a admissão de três grávidas para cesariana eletiva, o que inclui a avaliação inicial de enfermagem e apreciação inicial das atividades de vida, realizando também o plano de cuidados e as monitorizações conforme protocolo do serviço. Um aspeto bastante importante aquando da admissão é saber se a grávida tem análises atualizadas e se tem pesquisa para strept B Positivo e qual o grupo de sangue, uma vez que quando se verifica serem Rh⁻ devem as mesmas ser identificadas, para que na altura do parto seja colhido sangue do cordão para tipagem do recém-nascidos e eventual administração de imunoglobulina à mãe.

Aquisição de Competências

- Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal (monotorização do trabalho de abortamento).
- Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério.
- Cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica
- Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto.

Fontes de Pesquisa (max 8)

- Gomes, A. L., Gomes, D. C., Carlos, I. I., Figueiredo, N. O., Antunes, T., & Amorim, C. (2012). Incompetência istmo-cervical:atualização. *Rev Med Minas Gerais*, 5, 67-70.
- Mattar, R. (2006). A cerclagem para prevenção da prematuridade: para quem indicar? *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, 28.
- Rozas, A., & Neto, L. F. (2003). Incompetência Cervical- Conceito, diagnóstico e conduta. *Rev. Fac Ciênc. Méd. Sorocaba*, 5, 1-9.

Jornal de Aprendizagem-8

Instrumento de registo semanal para Estudantes da UEESESJD

Nome: Olga Cristina Nobre Bugalho

Data: de 14/01/2019 a 20/01/2019

Campo clínico: Grávidas patológicas e ginecologia

Local: HESE-EPE

Semana: 4^a

Editorial

Tema: Rotura prematura de membranas

Seja qual for o tempo de gestação diz-se que estamos perante uma situação de rotura prematura de membranas (RPM) quando esta ocorre antes do início do trabalho de parto. Quando a gravidez se encontra perto do termo, é geralmente, seguida pelo desencadeamento do parto (Pierre, Bastos, Oquendo, & Júnior, 2003).

As membranas ovulares têm como função proteger o feto das infeções ascendentes a partir da vagina. Juntamente com o líquido amniótico tem como função amortecer os traumatismos do abdómen materno que poderiam lesar o feto e impedem o colapso do cordão umbilical, asseguram que o feto se desenvolve harmoniosamente, evitando contracturas e deformações anatómicas.

O diagnóstico deverá incidir nos seguintes pontos, de modo, a ter um diagnóstico concreto da RPM, nas grávidas que referem um corrimento aquoso abundante ou uma súbita perda de líquido vaginal:

- Momento em que se iniciou a perda;
- Quantidade de líquido perdido;
- Cor, consistência e odor do fluxo.

Com estas respostas será possível fazer o diagnóstico diferencial entre uma verdadeira perda de líquido amniótico (LA) ou as seguintes situações:

- Expulsão do rolhão mucoso;
- Fluxo vaginal anormal da gravidez;
- Leucorreia infecciosa;
- Incontinência urinária.

Pode ocorrer também rotura alta das membranas, sendo que a perda de LA é localizada acima do segmento inferior do útero (Graça, 2009). Chama-se período de latência ao intervalo entre a rutura das membranas e o início do trabalho de parto. Quanto mais longo for este período, maior o risco infeccioso materno, fetal e neonatal.

Assim, a conduta em relação a esta situação depende da idade gestacional, pois a RPM é considerada uma das três maiores causas de morbidade e mortalidade perinatal associada à prematuridade (Patriota, Guerra, & Souza, 2014).

Atividades Semanais

Nesta 4ª semana a grávida com diagnóstico de REBA, realizou uma ecografia onde se verificou que havia um aumento de líquido amniótico e que o feto se encontrava a desenvolver dentro dos parâmetros para a idade gestacional. Toda esta informação deixou a grávida muito confusa e ansiosa uma vez que na semana anterior lhe tinham comunicado que se encontrava com pouco líquido amniótico e que o melhor seria realizar uma IMG. Foi-lhe prestada toda a informação pelo médico, sendo que a senhora decidiu preencher o pedido para a comissão de ética. Com toda esta nova informação e apesar de confusa a grávida ficou contente. Continuou a ter prescrito CTG 1xD que não apresentava alterações. No entanto no final da semana esta senhora teve um descolamento de placenta, tendo realizado cesariana de urgência, no entanto o bebé acabou por nascer com um baixo índice de apgar, tendo sido feita reanimação, no entanto algumas horas mais tarde faleceu. Foi bastante difícil toda esta situação e principalmente dar apoio a esta senhora.

Foram também durante esta semana admitidas no serviço para histerectomia três utentes e uma para anexectomia, tendo realizado a admissão de duas senhoras procedendo a sua admissão de acordo com os protocolos do serviço.

Regressou também ao serviço a grávida patológica gemelar que tinha sido transferida para o MAC, onde realizou o feticídio. Neste momento encontra-se internada por hidrâmnios e alterações da fluxometria. Deve continuar a realizar CTG 3xdia para vigilância do bem-estar fetal.

Aquisição de Competências

- Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal;
- Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério.

Fontes de Pesquisa (max 8)

- Graça, L. M. (2009). *Medicina Materno Fetal*.
- Patriota, A. F., Guerra, G. V., & Souza, A. R. (2014). Ruptura prematura das membranas antes da 35ª semana: resultados perinatais. *Rev Bras Ginecol Obste*, 297- 302.
- Pierre, A. M., Bastos, G. Z., Oquendo, R., & Júnior, C. A. (2003). Repercussões Maternas e Perinatais da Ruptura Prematura das Membranas até a 26ª Semana Gestacional. *RBGO*, 109-114.

Jornal de Aprendizagem-9

Instrumento de registo semanal para Estudantes da UEESESJD

Nome: Olga Cristina Nobre Bugalho

Data: de 21/01/2019 a 27/01/2019

Campo clínico: Grávidas patológicas e Ginecologia

Local: HESE-EPE

Semana: 5ª

Editorial

Tema: Herpes genital

A herpes é uma infeção, sujeita a recidivas, causada por dois vírus da família *Herpesviridae* (herpes simples tipos 1 e 2) e pode afetar boca, lábios, órgãos genitais e áreas próximas. As formas de manifestação divergem de indivíduo para indivíduo. As lesões do herpes genital e oral são decorrentes de infeção pelo vírus herpes simples. O vírus herpes simples tipo 1 é o agente etiológico principal das lesões vesiculares da região oro-facial, enquanto o vírus herpes simples 2 é a causa principal das lesões na região genital (Fonseca, 1999); (Geller, et al., 2012).

O período de incubação varia de 1 a 26 dias após o contágio, tendo uma média de 7 dias (Geller, et al., 2012). A transmissão ocorre predominantemente pelo contato sexual (inclusive oro-genital), podendo também ser transmitido da mãe para o filho durante o parto. O contato com lesões ulceradas ou vesiculadas é a via mais comum, mas a transmissão também pode ocorrer através do paciente assintomático. As manifestações do herpes simples dependem das características do vírus, da imunidade do hospedeiro e da predisposição genética da pessoa (Penello, et al., 2010). Pode-se dividir o tipo de manifestação clínica em primária e recorrente. A maioria dos primeiros episódios de infeção genital por o vírus tipo 1 é primária, pois as recorrências são incomuns. O quadro clássico de primoinfeção herpética é frequentemente precedido por febre, cefaleia, mialgias e adinamia. Aparecem precocemente durante o curso da doença e, geralmente, desaparecem antes da cura das lesões. Posteriormente, há formação de vesículas na região genital, eritematosas, ulceração e reepitelização, durando todo o quadro cerca de 2 ou 3 semanas. As vesiculações ulceram-se e libertam um exsudado amarelado, formando lesões dolorosas. O quadro pode ser acompanhado de sintomas gerais: febre, mal-estar e adenopatia (Geller, et al., 2012); (Penello, et al., 2010).

O método de prevenção mais seguro para evitar a infeção pelo vírus do herpes genital é abster-se do contato sexual ou ter relações com pessoas que não estejam infetadas. A ulceração pode acontecer nas áreas genitais dos homens e da mulher não cobertas pelo preservativo, assim o uso correto do preservativo só é eficaz se reduzir o risco de transmissão do herpes genital quando envolve toda a área infetada. (Geller, et al., 2012). As infeções pelos vírus herpes simples 1 e 2 representam as doenças

sexualmente transmissíveis mais comuns a nível mundial. A prevalência de infeção pelo vírus tipo (HSV) 1 é de 60% a 80% na população mundial. A tendência atual é a de esta prevalência de HSV-1 superar a de HSV-2 (Azambuja, Bercini, & Furlanetto, 2004).

O herpes genital é uma infeção comum e ascendente, tanto em países industrializados como naqueles em desenvolvimento. A grande maioria dos casos é causada pelo HSV-2, embora a prevalência do HSV-1 encontre-se em ascensão, principalmente na população jovem e devido à prática de sexo oral. Segundo a Organização Mundial de Saúde a menor prevalência ocorreu no Oeste Europeu, com prevalência de 18% entre mulheres e 13% nos homens, enquanto na África Subsaariana, maior prevalência mundial, houve aproximadamente 70% de casos de HSV nas mulheres 55% entre os homens. Acredita-se que a maior prevalência no sexo feminino deve-se a diferenças anatómicas entre o sexo, favorecendo a infeção feminina (Penello, et al., 2010).

Atividades Semanais

Mantém-se no serviço a grávida patológica gemelar que realizou o feticídio ao feto feminino na MAC e uma grávida que veio transferida de Portalegre com diagnóstico de colo curto. Estas grávidas têm prescrição de CTG 1x T para vigilância do bem-estar fetal. Tenho realizado as manobras de leopolde e colocado o CTG em curso. Esta semana admiti no serviço de ginecologia, uma puérpera que tinha realizado uma cesariana à cerca de dois meses e que deu entrada com bastantes algias abdominais. Ficou internada para observação. Após ecografia foi possível concluir que a utente tinha um teratoma. Foi necessário preparar a senhora para ir ao bloco operatório. Um aspeto muito importante e que foi valorizado por toda a equipa, relaciona-se com o facto da senhora se encontrar a amamentar, pelo que foi necessário realizar ensinamentos com a bomba extratora de leite e com a conservação do mesmo, para que o bebé continuasse a ingerir o leite materno.

No decorrer desta semana também foi admitida no serviço uma utente com 20 anos com o diagnóstico de herpes genital exuberante, que se encontrava a realizar retenção urinária. Foi necessário algaliar enquanto a utente realizava o tratamento às lesões, uma vez que lhe causavam bastante dor.

Concluo esta semana muito satisfeita, uma vez que tive vários casos diferentes do que normalmente se encontra no serviço, o que proporcionou vários momentos de aprendizagens diferentes.

Aquisição de Competências

- Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional;
- Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal;
- Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal;

Fontes de Pesquisa (max 8)

- Azambuja, Bercini, & Furlanetto. (2004). Herpes Simples: revisão literatura. 43-46.

- 
-
- Fonseca. (1999). Clínica e Tratamento de Infecções Pelos Virus da Herpes Simplex tipo 1 e 2. *Simposio: Virulogia médica II*.
 - Geller, Neto, Ribeiro, Oliveira, Naliato, Abreu, & Schechtman. (2012). Herpes Simples: Actualização clínica; Epidemiologia; terapêutica. *DST - J bras Doenças Sex Transm*, 260-266.
 - Penello, Campos, Simão, Gonçalves, Souza, Salles, & Pellegrini. (2010). Herpes Genital . *DST - J bras Doenças Sex Transm 2010*.

Jornal de Aprendizagem-10

Instrumento de registo semanal para Estudantes da UEESESJD

Nome: Olga Cristina Nobre Bugalho

Data: de 28/01 /2019 a 03 /02 /2019

Campo clínico: Grávidas patológicas e ginecologia Local: HESE-EPE

Semana: 6^a

Editorial

Tema: Teratoma do ovário

Os teratomas podem ser divididos em teratomas maduros e imaturos, respetivamente, benignos e malignos (Oliveira, Guedes, & Batista, 2018).

O teratoma do ovário deriva das três camadas germinativas (ectoderme, mesoderme e endoderme), podendo apresentar pele, cabelo, dentes, glândulas sebáceas, pele e tecidos dos vários órgãos, incluindo vias urinárias, sistema gastrointestinal, sistema nervoso e pulmões (Vilaverde, Scigliano, Sousa, & Reis, 2016).

Normalmente este tipo de tumor é assintomático. No entanto, quando os sintomas estão presentes incluem dor abdominal, massa palpável na região pélvica ou sangramento uterino anormal. Quando esta está presente, ela geralmente é constante (Barbosa, Soares, Lacerda, & Reis, 2019).

O tratamento do teratoma maduro consiste na remoção cirúrgica da lesão, tendo como objetivo preservar o ovário. A cirurgia pode ser feita por laparotomia ou por laparoscopia. No que se regere ao teratoma imaturo (malignos grau I) que se encontram restritos no ovário, a cirurgia é o nico tratamento necessário. No caso em que o tumor é mais agressivo e já há invasão para além dos ovários, é realizado o tratamento cirúrgico e pode também ser indicado realizar quimioterapia.

Atividades Semanais

Nesta última semana de estágio tive a oportunidade de continuar a acompanhar a grávida patológica que realizou o feticídio na MAC e a grávida com diagnóstico de colo curto que veio transferida de Portalegre. Fiquei também responsável por mais duas grávidas com uma idade gestacional de 29S que ficaram internadas por hemorragia do 3º trimestre. Nestas duas grávidas foi necessário vigiar as perdas hemáticas vaginais e realizar CTG para vigilância do bem-estar fetal. No decorrer desta semana recorreu à urgência uma grávida com 36S+6d por diminuição dos movimentos fetais. Ficou internada no serviço com o diagnóstico de feto morto. Foi-lhe possibilitado, por ser uma situação muito delicada, a permanência do companheiro no serviço. Por indicação médica iniciou esquema de misoprostrol. No início da noite fez a 3º toma de misoprostrol e não referia dor ou contrações. Cerca das 3h teve rutura espontânea da bolsa amniótica (REBA). Às 5h encontrava-se bastante queixosa, pelo que foi feito

toque vaginal, encontrando-se com 8 cm de dilatação. Neste momento foi transferida da enfermaria para a sala de partos. Como o serviço se encontrava calmo, pedi às colegas que se encontravam na sala de partos para assistir ao parto, uma vez que apesar de toda a situação, iria ser um parto pélvico. Assim, tive a oportunidade de assistir pela primeira vez a um parto pélvico.

Fiz a admissão de duas senhoras para realizarem histerectomia vaginal e admiti também uma senhora com o diagnóstico de aborto em evolução.

Foi também transferida da unidade de AVC, uma utente que deu entrada naquele serviço com diagnóstico de AVC, que referia não saber que estava grávida, que ao final de dois dias de internamento pariu um feto morto. Ficou no serviço para observação e monitorização da tensão arterial, uma vez que tinha diagnóstico de eclampsia. Foi também necessário dar conhecimento ao médico de serviço que a utente não se encontrava a realizar medicação para inibir a produção de leite.

Aquisição de Competências

- Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério;
- Cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica;
- Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal;
- Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto;
- Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal.

Fontes de Pesquisa (max 8)

- Barbosa, C. d., Soares, A. A., Lacerda, A. A., & Reis, A. A. (2019). Teratoma cístico ovariano maduro bilateral. *Revista Médica de Minas Gerais*, 13.
- Oliveira, A. B., Guedes, C. R., & Batista, C. S. (2018). TERATOMA IMATURO OVARIANO EM JOVEM DE 12 ANOS. *Relatos Casos*, 4(3).
- Vilaverde, F., Scigliano, H., Sousa, M. R., & Reis, A. (2016). Teratoma Maduro do Ovário Bilateral: Uma Causa Rara de Dor Abdominal. *Medicina Interna- REVISTA DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE MEDICINA INTERNA*, 23(4), 53-54.

Jornal de Aprendizagem-11

Instrumento de registo semanal para Estudantes da UESESJD

Nome: Olga Cristina Nobre Bugalho

Data: de 18 /02 /2019 a 24 /02 /2019

Campo clínico: Puerpério

Local: HESE- EPE

Semana: 2ª

Editorial

Tema: Aleitamento materno

O leite materno possui a composição nutricional perfeitamente ajustada às necessidades do bebé, uma vez que é um alimento vivo, completo e natural.

Ao longo do tempo, este sofre alterações na sua composição de modo a adaptar-se às crescentes necessidades do bebé. O leite materno é inimitável, uma vez que além dos nutrientes possui outras substâncias com capacidade imunomoduladora e também centenas de espécies de bactérias benéficas (DGS, 2014).

Segundo a OMS o aleitamento exclusivo deve manter-se até aos 6 meses de vida, sendo que ajuda a estabelecer uma estreita relação entre a mãe e o bebé. Este contacto leva a que o bebé se sinta mais seguro e amado, sendo de extrema importância para a sua saúde, o seu crescimento e desenvolvimento.

Existem três fatores a ter em consideração para que a amamentação tenha sucesso e decorra sem intercorrências: o desejo e a decisão de amamentar, o estabelecimento da lactação e o suporte à amamentação.

É de extrema importância que a amamentação seja iniciada logo após o nascimento durante a primeira hora de vida, pois favorece a produção de leite materno (DGS, 2014).

Quando a bebé mama, são transmitidos impulsos sensoriais do mamilo para o cérebro. Como resposta a este estímulo, a parte anterior da hipófise na base do cérebro segrega prolactina que vai através do sangue para a mama, fazendo com que as células secretoras produzam leite.

A prolactina permanece no sangue cerca de 30 minutos após a mamada, o que faz com que a mama produza leite para a mamada seguinte. Nesta mamada o bebé ingere o leite que já se encontra na mama. Uma vez que existe maior produção de prolactina à noite é especialmente importante amamentar durante a noite. Por outro lado, a parte posterior da hipófise na base do cérebro segrega ocitocina que vai através do sangue até a mama e produz a contração das células musculares em torno dos alvéolos, o que faz com que o leite existente nos alvéolos flua através dos ductos até ao mamilo. A ocitocina ajuda também o útero a contrair, o que ajuda reduzir as perdas de sangue ajudando na involução uterina (Levy & Bértolo, 2012).

As principais vantagens do aleitamento materno para o bebé passam por:

- Prevenir infeções gastrointestinais, respiratórias e urinárias;

- Tem um efeito protetor sobre as alergias, especialmente para as proteínas do leite de vaca;
- Faz com que os bebês tenham melhor adaptação aos alimentos.

No que se refere às vantagens para a mãe estas passam por:

- Facilita a involução uterina mais precoce;
- Está associado a menor probabilidade de ter cancro da mama entre outros;
- Permite à mãe sentir um prazer único de amamentar (Levy & Bértolo, 2012).

Atividades Semanais

Esta segunda semana de estágio tive a oportunidade de assistir a uma amiodrenagem realizada a uma grávida patológica que se encontra no serviço. Foi realizada uma punção com uma fina agulha que é guiada por ultrassom através do abdómen materno até a bolsa amniótica, retirando o excesso de líquido. Nesta punção foi retirado 940cc de líquido amniótico.

Realizei também dois turnos na sala de partos. O primeiro foi uma tarde e apenas se encontrava na sala de partos uma grávida com 41s+1d a realizar indução do trabalho de parto com misoprostol segundo protocolo.

O segundo turno foi uma manhã onde foi necessário realizar a admissão de duas grávidas para cesariana eletiva. Ainda sinto alguma dificuldade em relação às serologias, portanto peço sempre para a minha perceptora confirmar comigo se encontra tudo atualizado e negativo.

Fiquei responsável também por várias puérperas e recém-nascidos, tendo a oportunidade de realizar o primeiro banho do recém-nascido e realizar os respetivos ensinamentos, retirando todas as dúvidas colocadas pelos pais. Um assunto que continua a levantar muitas questões no puerpério refere-se à amamentação, pelo que também foram respondidas todas as questões relacionadas com o tema, realizando os ensinamentos que se mostraram necessários.

Aquisição de Competências

- Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto;
- Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal.

Fontes de Pesquisa (max 8)

- DGS, “O leite materno é um alimento vivo!,” *Divisão de Saúde Sexual, reprodutiva, infantil e Juvenil*, 2014.
- L. Levy e H. Bértolo, *Manual de aleitamento materno*, 2012.

Jornal de Aprendizagem-12

Instrumento de registo semanal para Estudantes da UEESESJD

Nome: Olga Cristina Nobre Bugalho

Data: de 25/02 /2019 a 03 /03 /2019

Campo clínico: Puerpério

Local: HESE- EPE

Semana: 3^a

Editorial

Tema: Banho do RN

É necessário ter em atenção a pele do recém-nascido, uma vez que com o nascimento o recém-nascido sofre uma transição súbita do ambiente líquido do útero para uma atmosfera seca em que existem variações de temperatura e de humidade, e repleta de microrganismo, sendo a pele forçada a reforçar a sua função de barreira. Tem ainda como função realizar proteção mecânica, termorregulação e prevenir a perda insensível de fluidos corporais (Machado, 2014).

A pele do recém-nascido é fina, sensível, frágil, com um pH tendencialmente neutro, o que significa que o seu efeito protetor é mais reduzido contra os microorganismos do que a pele do adulto (Machado, 2014). O principal objetivo do banho é remover resíduos da pele e reduzir a colonização da mesma (Ruschel, Pedrini, & Chollopetz da Cunha, 2018). Por tudo o que foi referido anteriormente, o banho do RN deve ser dado apenas 24 horas após o nascimento, mas se por alguma razão, isso não for possível, A OMS recomenda que sejam esperadas no mínimo 6 horas (Saúde, 2018).

Assim, o tipo de banho eleito é o de imersão, quando exequível, dado que provoca menos perda de calor e menos flutuação dos sinais vitais. A temperatura ideal é de 37°C e com duração inferior a 5 minutos. No recém-nascido de termo deverá ser utilizada água potável ou água com substância aditiva (óleo ou gel) sem fragâncias ou conservantes. O couro cabeludo deve ser limpo da mesma forma que o resto do corpo. Procedimento do banho do recém-nascido:

- Retirar as roupas do RN.
- Verificar a temperatura da água (36/37°C), com a zona interna do pulso ou cotovelo;
- Imergir o recém-nascido, posicionando-o sentado (segurá-lo firmemente pelo braço apoiando-o no antebraço);
- Lavar a face e os olhos do RN, da parte mais limpa para a parte mais suja, com a água sem qualquer tipo de produto de higiene;
- Lavar a cabeça com água e sabonete neutro, sem parabenos ou cheiros, (segurando a cabeça, apoiando-a na mão e protegendo os ouvidos com os dedos polegar e médio);
- Aplicar óleo de amêndoas doces na água para hidratação da pele do RN;

- Limpar os membros superiores e as partes anteriores do tronco, com movimentos circulares, a limpeza inicia-se da parte proximal para a distal; não esquecer as dobras como as axilas, pescoço, regiões inguinais, etc.;
- Retirar o recém-nascido da banheira, posicionando-o em local seguro para secar a pele do mesmo;
- Secar o recém-nascido em sentido céfalo-caudal;
- Realizar a limpeza do coto umbilical com álcool a 70°C.
- Vestir o recém-nascido.

Atividades Semanais

No decorrer desta semana tive a oportunidade de executar o primeiro banho a recém-nascido e explicar todo o procedimento aos pais. Foi também uma semana em que consegui que os pais estivessem presentes na altura do banho, tendo a oportunidade de incentivar os mesmos a realizar o banho do recém-nascido, uma vez que também é um objetivo do trabalho que se encontra a ser desenvolvido.

Fiquei também responsável por uma puérpera de etnia cigana que teve o seu filho no dia 1 às 18:13h e que no dia 2 após a observação pelo pediatra de serviço pediu alta contra parecer médico. Nestas situações é explicado à mãe quais os riscos que corre e também que para ter alta tem que assinar o termo de responsabilidade. É dado conhecimento ao pediatra e obstetra de serviço e fornecido o termo de responsabilidade que fica anexo ao processo tanto da mãe como do recém-nascido.

Uma das puérperas por quem fiquei responsável tinha diabetes induzida pela gravidez e também nestes casos é necessário seguir o protocolo do serviço que consiste em realizar três aferições inferiores a 120 mg/dl, em jejum e 1 hora após as principais refeições. No caso de existir uma aferição superior a 120mg/dl, a puérpera deve reiniciar as aferições.

Aquisição de Competências

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

Fontes de Pesquisa (max 8)

- Machado, J. R. (2014). *O banho e os cuidados com a pele do recém-nascido- Uma revisão integrativa da literatura*. Porto.
- Ruschel, L. M., Pedrini, D. B., & Chollopetz da Cunha, M. L. (2018). Hipotermia e banho do recém-nascido nas primeiras horas de vida. *1Rev Gaúcha Enferm*, 39(20170263), 1-7.
- Saúde, O. M. (15 de Fevereiro de 2018). ONU News. *OMS lança orientações para experiência positiva na hora do parto normal*.

Jornal de Aprendizagem-13

Instrumento de registo semanal para Estudantes da UEESESJD

Nome: Olga Cristina Nobre Bugalho

Data: de 11 /03 /2019 a 17 /03 /2019

Campo clínico: Puerpério

Local: HESE- EPE

Semana: 5^a

Editorial

Tema: Vacina Engerix B

O VHB é o vírus que causa a hepatite B. A hepatite B é uma infeção viral que provoca inflamação aguda do fígado. Pode evoluir para infeção crónica e sem tratamento pode originar o desenvolvimento de nódulos fibrosos no fígado (cirrose) ou cancro (carcinoma hepatocelular) (Néné, Marques, & Batista, 2016). A estratégia utilizada para controlar a doença consiste na introdução da vacinação para todas as crianças ao nascimento (Ferreira & Silveira, 2006). Ainda na maternidade é realizada a primeira dose da vacina contra hepatite B-VHB. A segunda e terceira doses são administradas, 1 mês após a dose anterior e seis meses após a dose anterior respetivamente (Freitas & Calé, 2016).

Segundo o plano nacional de vacinação, o local anatómico onde deve ser administrada é na coxa direita. Se no momento da alta o recém-nascido não se encontrar com 2,000g, deve-se aguardar até atingir este peso, passando o esquema a ser de 0, 2 e 6 meses de vida (Freitas & Calé, 2016). Assim, é importante no dia da alta hospitalar, explicar aos pais a importância da vacinação, reforçando que esta é a forma mais eficaz de prevenir doenças.

As reações às vacinas são geralmente ligeiras, como febre, inchaço e vermelhidão locais. No caso da VHB pode ter efeitos locais como dor, rubor, enduração e edema e efeitos sistémicos como febre irritabilidade, sonolência, diminuição do apetite, vômitos, diarreia, que habitualmente desaparecem ao fim de 48-72 horas (Ferreira & Silveira, 2006).

Atividades Semanais

No decorrer desta semana, foi realizada uma biopsia das vilosidades coriônicas. Como o procedimento iria ser realizado no serviço pedi para assistir. Este procedimento é uma técnica de diagnóstico pré-natal em que é extraída uma pequena amostra de tecido placentar (Vilosidades coriônicas). Como o feto e a placenta tem origem na mesma célula, partilham o mesmo material genético, é possível avaliar o cariotipo fetal e assim identificar as alterações cromossómicas como trissomia 21, 13 e 18.

Encontrava-se no serviço uma puérpera com um recém-nascido que apresentava lábio leporino. Ao dialogar com a mesma, foi possível perceber que era uma situação que a incomodava um pouco, pelo que foi necessário também dar algum apoio a esta puérpera. Sendo a fissura pequena, foi possível colocar o recém-nascido à mama sem

dificuldade, apresentado bons reflexos de sucção e deglutição, o que também deixou a mãe menos ansiosa. No dia da alta do hospital os recém-nascidos são vacinados com a vacina da Engerix B, sendo realizado o ensino aos pais, para que serve, quando será administrada novamente e as reações que podem surgir.

Aquisição de Competências

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

Fontes de Pesquisa (max 8)

- Ferreira, C. T., & Silveira, T. R. (2006). Prevenção das hepatites virais através de imunização. *J. Pediatrico*, 82(3).
- Freitas, G., & Calé, M. E. (2016). *Plano Nacional de Vacinação 2017*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Néné, M., Marques, R., & Batista, M. A. (2016). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Lisboa: LIDEL.

Jornal de Aprendizagem-14

Instrumento de registo semanal para Estudantes da UEESESJD

Nome: Olga Cristina Nobre Bugalho

Data: de 18 /03 /2019 a 24 /03 /2019

Campo clínico: Puerpério

Local: HESE- EPE

Semana: 6^a

Editorial

Tema: Atonia uterina

A atonia uterina é a incapacidade do miométrio se contrair ou de permanecer contraído após a expulsão da placenta, permitindo assim, que as perdas sanguíneas continuem a partir dos vasos arteriais e venosos do local de implantação. Esta é a principal causa de hemorragia pós-parto (Graça, 2005). Para que seja realizado o diagnóstico de uma atonia uterina, é necessário realizar a palpação do útero, verificando a existência de um útero grande, geralmente com o fundo acima da linha do umbigo e de consistência mole, após o esvaziamento vesical (Periard, et al., 2011).

Ao ser identificado a existência de uma atonia uterina, o primeiro passo a realizar será a massagem firme do fundo do uterino através da parede abdominal. No mesmo momento deve ser preparada uma perfusão ocitócica (20 a 30 UI de ocitocina diluída em 1 litro de soro fisiológico ou lactato de Ringer a correr rapidamente. Os uterotônicos, agem estimulando o segmento superior do útero a contrair-se de forma rítmica. Nestes casos não se deve realizar a administração de ocitocina endovenosa direta, pois pode levar a hipotensão súbita e profunda, compromisso cardíaco e mesmo à morte (Graça, 2005). Caso não exista deve ser colocado um acesso venoso de grande calibre, iniciar a infusão de cristaloides. Deve-se também realizar colheita de sangue para reserva de hemoderivados e para hemograma completo com contagem de plaquetas, coagulação e dosagem de fibrinogênio (Periard, et al., 2011).

Se a hemorragia persistir e o útero mantiver a dificuldade em contrair, deve-se ser explorada manualmente e/ou por curetagem, de forma a excluir a presença de restos placentários (Graça, 2005).

Atividades Semanais

No decorrer desta semana, cerca da hora de almoço, o marido de uma puérpera chamou pois não se estava a sentir bem. Apesar de não me encontrar na sala de partos, fui com as colegas observar o que se passava. Nesse momento a senhora sentido sensação de lipotimia e encontrava-se bastante pálida, referindo estar com perdas de sangue. Ao observar a puérpera verificou-se que a mesma se encontrava com perda sanguínea vaginal abundante e que o globo de segurança de pinard não se encontrava bem contraído. Iniciou-se massagem para ajudar a contração uterina e foi feita colheita de sangue para hemograma completo. Foi contactado o médico de serviço que observou

a puérpera e deu indicação para colocar novamente uma perfusão de ocitocina em curso. Com todas estas medidas, foi possível reverter a atonia uterina.

No puerpério encontrava-se uma puérpera que referia que o maior sonho dela é conseguir amamentar o filho, uma vez que não teria conseguido amamentar os outros dois filhos mais velhos. A puérpera apresentava mamilos invertidos, o que dificultava a pega do recém-nascido, apesar do mesmo ter bons reflexos de sucção e deglutição. Confesso que passei muito tempo com esta puérpera e que foram realizadas muitas tentativas de adaptação à mama, até que finalmente o recém-nascido começou a conseguir adaptar-se a mama, fazendo uma boa pega e conseguindo mamar. No entanto a puérpera sozinha não o conseguia adaptar à mama, pelo que pedia sempre a nossa colaboração. Ao final do segundo dia a puérpera apresentava mama cheia pelo que lhe foram realizados ensinamentos para realizar esvaziamento manual, que a puérpera não conseguiu realizar, pedindo ajuda. Também não foi possível conseguirmos realizar drenagem manual, pelo que lhe foi proposto realizar a drenagem com bomba extratora de leite que também não foi eficaz. Quando cheguei ao pé da senhora, esta referiu que apesar de querer muito amamentar, não aguentava a dores nas mamas. Foi informada das opções e optou por realizar inibição láctea. Foi comunicado ao médico de serviço e iniciou medicação.

Aquisição de Competências

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

Fontes de Pesquisa (max 8)

- Graça, L. M. (2005). *Medicina Materno-fetal*. Lisboa: Lidel.
- Periard, A. M., Rezende, B. M., Segundo, E. V., Cosso, F. M., Lopes, J. R., França, M. d., Junior, M. D. (2011). Atonia uterina er hemorragia pós-parto. *Rev Med Minas Gerais*, 21, 22- 26.

Jornal de Aprendizagem-15

Instrumento de registo semanal para Estudantes da UEESESJD

Nome: Olga Cristina Nobre Bugalho

Data: 01 /04 /2019 a 07 /04 /2019

Campo clínico: Bloco de partos

Local: HGO

Semana: 2ª

Editorial

Tema: Classificação do traçado da FCF

A base da monitorização cardiotocográfica, é a interpretação dos registos gráficos da FCF e das contrações uterinas. Para realizar a descrição completa do traçado cardiotocográfico, utiliza-se as contrações uterinas a FCF basal, a variabilidade, acelerações e desacelerações. Esta é realizada num período de 10 minutos e realizada a média para 30 minutos. Nesta avaliação a ocorrência de até 5 contrações a cada 10 minutos é considerada normal, já quando ocorrem 5 contrações em 10 minutos é considerada taquissístolia, juntamente com a existência ou não de desacelerações da frequência cardíaca fetal. (Graça, 2005)

Considera-se que existe uma boa variabilidade quando o feto nas últimas 8 a 10 semanas de gestação apresenta uma variabilidade da FCF compreendida entre 5 e as 25 ppm. A variabilidade pode ser dividida em variabilidade aumentada ou diminuída. No primeiro caso, a amplitude das oscilações excede as 25ppm e no segundo caso a amplitude é inferior a 5ppm. Quando o feto apresenta variabilidade reduzida pode esta variabilidade estar relacionada com os períodos de inatividade ou repouso, nos casos em que o feto ainda se encontra longe do termo da gestação esta variabilidade reduzida resulta da imaturidade parassimpática. (Graça, 2005; Néné, Marques, & Batista, 2016)

No que se refere às acelerações, estas são súbitas transitórias da FCF que podem ser ocasionadas pela movimentação fetal e pela contratilidade uterina. Estas são uma resposta ao estímulo e ao stress. Em relação às desacelerações, estas são quedas temporárias da FCF que se subdividem em tardia, precoce ou variável, dependendo do mecanismo fisiopatológico que esta subjacente. Nas desacelerações precoces o início e término coincidem com as contrações que as desencadeiam, ou seja, o seu vértice coincide com o pico da contração. Normalmente está associado ao trabalho de parto adiantado, onde existe uma compressão do pólo cefálico. Esta situação não necessita de medidas terapêuticas. As desacelerações precoces, iniciam-se e terminam tardiamente em relação ao ciclo contrátil (desfasamento entre o início da contração e o da desaceleração) A etiologia é sempre hipoxia fetal, resultante da diminuição do fluxo uteroplacentário, durante as contrações. A desaceleração variável é a mais frequentemente. São irregulares em forma e amplitude e iniciam-se e terminam de

maneira rude. Não se repetem em todas as contrações. Normalmente são causadas por compressão do cordão umbilical.

Na realização do CTG também é necessário ter em atenção a posição da grávida. A posição recomendada é a posição semifowler, pois assegura uma oxigenação adequada da grávida e do feto. São também recomendadas a posição de sentada e o decúbito lateral esquerdo (Néné, Marques, & Batista, 2016).

Atividades Semanais

Depois da primeira semana, em que foram realizados 2 turnos, um na urgência obstétrica do HGO e outro no bloco de partos. Esta segunda semana teve como principal objetivo perceber as rotinas do serviço e qual o método de trabalho, bem como conseguir identificar o lugar de todo o material necessário para o trabalho de parto e parto.

Após a passagem de turno, a chefe de equipa distribuiu às grávidas pelos elementos da equipa, tendo ficado responsável por uma grávida que se encontrava com dilatação completa. Após conversa breve com a Enf. Joana, apresentamo-nos à parturiente e observamos a grávida, verificando que se encontrava com dilatação completa. Neste momento iniciou esforços expulsivos. Foi necessário preparar todo o material para o parto, no entanto ainda me sinto um pouco perdida quanto à localização de algum material pelo que foi necessário pedir a colaboração da minha perceptora. Na realização deste parto, não foi necessário realizar episiotomia. Foi promovido o contacto pele a pele, tendo o recém-nascido permanecido junto da mãe. Após a dequitação, pesquisou-se a presença do globo de Pinard para descartar sinais de hemorragia, e verificou-se a integridade do canal de parto e períneo. Apresentava uma laceração de grau I que foi suturada.

No outro turno realizado nesta semana, fiquei responsável por duas grávidas. Uma com dilatação completa e outra que apresentava colo fino com 3cm de dilatação, BAI a tufar e apresentação alta.

Tal como tinha ocorrido no turno anterior, foi necessário preparar todo o material, no entanto, os esforços expulsivos realizados pela parturiente não eram suficientes e existindo períodos de desacelerações. Foram chamados os obstetras de serviço, tendo sido realizada uma ventosa. Como não realizei o parto, pedi para receber o RN, prestando os cuidados imediatos ao recém-nascido.

A admissão de grávidas é realizada na urgência obstétrica, pelo que após este período, a colega vem transferir a grávida sendo necessário colocar um acesso venoso e monitorizar. Muitas das vezes era colocada monitorização sem fios de modo a permitir a mobilização da parturiente. Esta grávida encontrava-se com 4 cm de dilatação, apresentação apoiada e BAI.

Foi possível pela primeira vez utilizar o partograma, registando a evolução do trabalho de parto.

Após o parto é necessário registar toda a informação no sistema informático, no entanto ainda preciso de ajuda por não conhecer o programa informático utilizado nesta instituição.

Aquisição de Competências

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

-
- Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal;
 - Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério.

Fontes de Pesquisa (max 8)

- Graça, L. (2005). *Medicina Materno-Fetal* (3 ed.). Lisboa: Lidel.
- Néné, M., Marques, R., & Batista, M. (2016). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Lisboa: Lidel.

Jornal de Aprendizagem-16

Instrumento de registo semanal para Estudantes da UEESESJD

Nome: Olga Cristina Nobre Bugalho

Data: 04 /03 /2019 a 10 /03 /2019

Campo clínico: Bloco de partos

Local: HGO

Semana: 3^a

Editorial

Tema: Tratocile

Uma vez que a prematuridade constitui uma das maiores causas de morbilidade e mortalidade neonatal é importante tentar atrasar o parto prematuro. As complicações que se observam nos recém-nascidos com menos de 34 semanas são distúrbios respiratórios, infecciosos e neurológicos (Cabari, Bittar, Gomes, & Zugaib, 2008). O tratocile tem como objetivo bloquear a hormona natural ocitocina que provoca as contrações uterinas, sendo utilizado para diminuir a frequência e a intensidade das contrações uterinas para tentar retardar o parto prematuro. Se deste modo, conseguir adiar o parto por pelo menos 48 horas, torna-se possível a realização de corticoterapia reduzindo o risco de complicações neonatais, tais como a síndrome de desconforto respiratório (SDR), a hemorragia cerebral e a morte neonatal (Bittar & Zugaib, 2009).

Tratocile está indicado para atrasar o parto prematuro iminente em mulheres grávidas adultas com:

- Contrações uterinas regulares com, pelo menos, 30 segundos de duração com frequência de ≥ 4 cada 30 minutos;
- Uma dilatação vertical de 1 a 3 cm (0 a 3 para as nulíparas) e um apagamento de $\geq 50\%$;
- Uma idade gestacional de 24 a 33 semanas completas;
- Uma frequência cardíaca fetal normal (Pharmaceuticals, 2014).

Modo de administração

O tratocile é administrado por via intravenosa em três passos sucessivas:

- O primeiro passo consiste na administração inicial de bólus intravenoso (0,9 ml injeção IV durante 1 minuto);
- Passado 1 minuto realiza-se o 2º passo que consiste numa perfusão contínua de 300 microgramas/minuto durante 3 horas, ou seja: 2 frascos de 5ml diluídos para 100ml;
- Depois das 3 horas inicia-se o 3º passo. Apesar de conseguir inibir a contratilidade uterina, a grávida ainda corre o risco de ter novos episódios de ameaça parto pré-termo.

Tratamento segundo protocolo do HESE:

- Tocólise;
- Maturação pulmonar fetal;
- Progesterona;
- Profilaxia antibiótica.

Atividades Semanais

Com o início da segunda semana, tive oportunidade de realizar várias cervicometrias através do índice de Bidhop, foi realizada a apreciação do apagamento, dilatação, consistência e posição do colo uterino e identificação/posição do plano ou grau de descida da apresentação. Apesar de já conseguir realizar a cervicometria de forma correta, por vezes ainda sinto dificuldade na identificação dos vários parâmetros, pelo que a minha perceptora me tem ajudado bastante proporcionando-me vários momentos de aprendizagem. Também nesta semana foi possível realizar a admissão de algumas grávidas em trabalho de parto e acompanhar todo o trabalho de parto realizando posteriormente o parto.

Fiquei responsável por uma parturiente que se encontrava com 5 cm de dilatação e que tinha realizado analgesia epidural às 5:10h por se encontrar bastante queixosa. Esta grávida tinha dado entrada dia 4 com REBA de LAC, iniciou indução do trabalho de parto dia 6 e dia 7, sendo transferida para o bloco de partos dia 8. A grávida já se encontrava a realizar antibioterapia, no entanto, esta apresentava 37,8°C pelo que foi necessário dar conhecimento aos médicos de serviço, sendo necessário realizar colheita de sangue. Durante o turno acompanhei esta parturiente, no entanto os médicos de serviço decidiram realizar cesarina por não progressão do trabalho de parto, tendo a oportunidade de receber o recém-nascido prestando-lhe os cuidados imediatos. Tive também a oportunidade de realizar o puerpério imediato, registar toda a informação no sistema informático que já consigo perceber melhor e realizar a transferência às colegas do serviço do puerpério.

Aquisição de Competências

- Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal;
- Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal;

Fontes de Pesquisa (max 8)

- Bittar, R. E., & Zugaib, M. (2009). Tratamento do trabalho de parto prematuro. *Rev Bras Ginecol Obstet.*, 31(8), 415-22.
- CabarI, F. R., Bittar, R. E., Gomes, C. M., & Zugaib, M. (2008). O atosibano como agente tocolítico: uma nova proposta de esquema terapêutico. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet*, 30(2).
- Pharmaceuticals, F. (2014). *Tractocile*.

Jornal de Aprendizagem-17

Instrumento de registo semanal para Estudantes da UEESESJD

Nome: Olga Cristina Nobre Bugalho

Data: 04 /03 /2019 a 10 /03 /2019

Campo clínico: Bloco de partos

Local: HGO

Semana: 4^a

Editorial

Tema: Pré-eclâmpsia e eclâmpsia

A hipertensão é a complicação médica mais comum da gravidez. A incidência varia de 2 a 8% das gestantes, encontrando-se entre as principais causas de morte materna e com elevada taxa de morbidade e mortalidade perinatal no mundo, oscilando entre 5 e 20% (Reis, et al., 2010).

A hipertensão gestacional é um termo não específico que substitui o termo hipertensão induzida pela gravidez, regredindo após o parto num período de tempo que não excede o puerpério. A hipertensão crónica e a gestacional podem ocorrer independentemente ou simultaneamente. Assim, entende-se por hipertensão gestacional, o aparecimento de hipertensão sem proteinúria após 20 semanas de gravidez, regredindo após o parto num período de tempo que não excede o puerpério. No entanto, quando a hipertensão se desenvolve após 20 semanas de gestação numa mulher previamente normotensa e é acompanhado por proteinúria define-se como pré-eclâmpsia. No entanto estes critérios foram recentemente alterados pelos colégios da Especialidade americano e canadiano, deixando a proteinúria de ser componente obrigatória para o diagnóstico. Reviram os critérios de gravidade da pré-eclâmpsia, sendo suficiente para o diagnóstico a presença de HTA e trombocitopenia <100000 ou transaminases $>2xN$ ou creatinina $>1,1$ mg/dl ou dupla de valor anterior ou alterações visuais ou do sistema nervoso central (SNC) como cefaleias ou edema pulmonar. (Néné, Marques, & Batista, 2016) A hipertensão é assim definida como uma TA sistólica superior a 140 mm Hg ou diastólica superior a 90 mm Hg. Relativamente à proteinúria esta é definida como uma concentração superior a 30 mg/dl numa amostra ou mais de urina em pelo menos duas amostras aleatórias com intervalos de pelo menos 6 horas. Numa amostra de 24 horas de urina a proteinúria é definida como uma concentração superior ou igual a 300 mg/24horas. Devido às discrepâncias verificadas entre os dois resultados, esta última é preferível para o diagnóstico (Lowdermilk, 2008).

A hipertensão crónica é aquela que existe previamente à gestação. Nem sempre a grávida tem este diagnóstico, portanto deve ser dada especial atenção aos valores de tensão arterial no primeiro trimestre de gravidez. Sabe-se que existe uma componente genética conhecida, isto é, constituem fatores de risco antecedentes pessoais ou familiares de pré-eclâmpsia. Outros fatores de risco são a nuliparidade, a gravidez gemelar, a idade materna avançada (por apresentar outros fatores de risco), doenças

preexistentes com potencial vasculopatia (diabetes mellitus, doença renal, lúpus eritematoso, síndrome antifosfolípídica, hipertensão crónica e obesidade (Néné, Marques, & Batista, 2016).

Relativamente à fisiopatologia, pode-se afirmar que a pré-eclâmpsia tem origem na inadequada invasão do trofoblasto e má-formação na implantação das arteríolas espirais, com conseqüente insuficiência placentária, que pode interferir no desenvolvimento fetal. Porém, nem todas as mulheres com insuficiência placentária desenvolvem pré-eclâmpsia, que parece relacionar-se ao grau de resposta inflamatória materna e às variações na formação dos leitos capilares (Orcy, et al., 2007).

No entanto, os fatores imunológicos podem assumir um importante papel no desenvolvimento de pré-eclâmpsia. A presença da placenta ou do feto, proteína estranha, pode ser compreendida pelo sistema imunológico da mãe como um antigénio, o que pode desencadear uma resposta imunológica anormal.

No caso de HTA grave ou pré-eclâmpsia, pode ser necessário recorrer ao internamento de modo a realizar uma vigilância continuada, controlando os valores da TA, realizar o registo da diurese e proteinúria ocasional, bem como avaliar a presença de sinais e sintomas de agravamento da HTA. Também deve ser realizada vigilância analítica materna para controlo evolutivo, além de cardiotocografia e ecografia para avaliar o crescimento biofísico fetal. No decorrer do parto não deve se deve suspender a medicação anti hipertensora ou o sulfato de magnésio. Já no puerpério, a vigilância materna deve manter-se, pois apesar de uma melhora dos valores tensionais frequentemente observados nas primeiras 24 a 48 horas, estes podem voltar a subir entre o terceiro e o sexto dia, pelo que mesmo após a alta hospitalar a puérpera deve realizar autovigilância da TA e estar informada dos sinais de alarme para poder recorrer à urgência casa a TA tenha valores mais elevados ou manifeste algum sinal de alerta (Néné, Marques, & Batista, 2016).

Atividades Semanais

No decorrer desta semana, tivemos uma grávida que apresentava valores tensionais elevados. Foi realizada a sua admissão pois encontrava-se em trabalho de parto. Segundo protocolo do serviço deve ser realizada uma avaliação frequente da tensão arterial. Foi observada pelos médicos de serviço e como mantinha os valores tensionais elevados, foi dada indicação para começar protocolo de sulfato de magnésio. O sulfato de magnésio é utilizado para prevenção e controle das crises convulsivas resultante da hipertensão, sendo utilizado com a vantagem de diminuir a resistência vascular periférica sem alterar o fluxo sanguíneo uterino. Tive a oportunidade de acompanhar este trabalho de parto e de realizar o parto. Este foi um momento de grande ansiedade, tanto para a grávida como para mim. No entanto, considero que estes momentos apesar da ansiedade e nervosismo me ajudam bastante a passar da parte teórica para a parte prática. Considero que este foi um dos momentos onde adquirir mais conhecimentos. Muito também tenho a agradecer à minha perceptora por todos os momentos de aprendizagem, que foram bastantes, pelo incentivo à pesquisa de situações que desconhecia, o que me ajudou a perceber e que me ajudaram a conhecer outras formas de trabalhar e outras situações não tão frequentes no hospital onde trabalho.

Aquisição de Competências

- Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal;
- Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal;

Fontes de Pesquisa (max 8)

- Lowdermilk, D. P. (2008). *Enfermagem na maternidade*. Loures: Lusodidata.
- Néné, M., Marques, R., & Batista, M. A. (2016). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Lisboa: LIDEL.
- Orcy, R. B., Pedrini, R., Piccinini, P., Schroeder, S., Martins-Costa, S. H., Ramos, J. G., Corleta, H. v. (2007). DIAGNÓSTICO, FATORES DE RISCO E PATOGÊNESE DA PRÉ-ECLÂMPSIA. *Rev HCPA*, 27(3), 43-46.
- Reis, Z. S., Lage, E. M., Teixeira, P. G., Porto, L. B., Guedes, L. R., Oliveira, É. C., & Cabral, A. C. (2010). Pré-eclâmpsia precoce e tardia: uma classificação mais adequada para o prognóstico materno e perinatal? . *Rev Bras Ginecol Obstet.*, 32(12), 584-90.

Jornal de Aprendizagem-18

Instrumento de registo semanal para Estudantes da UESESJD

Nome: Olga Cristina Nobre Bugalho

Data: de 06/05/2019 a 12/05 /2019

Campo clínico: Bloco de partos

Local: HESE

Semana: 2ª

Editorial

Tema: Terceiro estágio do trabalho de parto- Dequitação

O período designado por dequitação compreende o intervalo entre a expulsão do feto até à expulsão da placenta. A separação da placenta resulta das contrações e da diminuição súbita das dimensões uterinas, levando a uma redução da área de implementação da placenta, a qual sofre espessamento. Como resultado a tensão resultante provoca rutura das vilosidades levando a um hematoma retroplacentar, que leva a separação da placenta do seu local de inserção (Begley CM, Gyte GML, Devane D, McGuire W, Weeks A, 2019).

Existem dois mecanismos de dequitação, o mecanismo de Schultze e o mecanismo de Duncan. No primeiro caso, a separação ocorre na zona mais central da placenta, formando um hematoma que só é expulso após a exteriorização da placenta. Este processo ocorre em 75% dos casos e é caracterizado pela inversão da placenta sobre si, levando a que a saía em primeiro lugar a superfície fetal brilhante e posteriormente à expulsão o sangramento. No segundo caso, a separação ocorre na periferia, pelo que a hemorragia resultante, se exterioriza antes da placenta ser visível na vulva. Neste caso, o processo ocorre em 25% dos casos e é caracterizado pela descida lateral da placenta, sendo primeiro exterioriza-se a superfície materna, acompanhada de discreto e contínuo sangramento. Normalmente a placenta separa-se do revestimento basal cinco a 7 minutos após a expulsão do feto. No entanto, este tempo é variável e é importante que se respeite o tempo fisiológico. Caso o descolamento não ocorra neste período de tempo, é necessário adquirir uma atitude expectante, podendo aguardar 45 minutos a 1 hora, se as perdas de sangue não forem excessivas (Graça, 2005).

A manobra de Brandt-Andrews que consiste na tração cuidada do cordão, com uma mão, e com a outra aplicar pressão sobre o útero, acima da sínfise púbica, empurrando a placenta para baixo deve ser efetuada após os sinais de dequitação que são eles, contração uterina, mudança da forma discoide do útero para ovoide, à medida que a placenta se desloca para o segmento inferior, saída súbita de sangue à vulva, descida do cordão ou aumento aparente do cordão, à medida que a placenta desce para o introito vaginal e aumento de volume vaginal observável (Néné, Marques, & Batista, 2016). Assim que a placenta atravessa a vulva, esta deve ser apoiada e rodada sobre si própria para converter as membranas em um cordão retorcido de forma a facilitar

a saída completa das membranas, manobra de Jacob Dublin. Após a expulsão da placenta, deve-se verificar que a hemorragia diminuiu e que o globo de segurança de Pinard se encontra bem formando. Deve também ser realizada uma observação cuidadosa da placenta e membranas de modo a confirmar que as membranas não se encontram fragmentadas e que os cotilédones se encontram completos (Lara, et al.). É ainda de extrema importância proceder-se à administração de oxitocina profilática conforme protocolo e observar cuidadosamente o períneo e o canal de parto para identificar lacerações existentes.

Atividades Semanais

O regresso ao serviço onde comecei esta etapa de estágios foi muito bom. Neste momento sinto-me integrada e saber a localização do material e a forma de trabalhar, é muito mais fácil, pois sinto-me muito mais segura na prestação de cuidados às grávidas.

No decorrer desta semana, fiquei responsável por uma grávida cujo o índice obstétrico era 0020 em que a primeira gravidez tinha ocorrido há 3 anos, tendo uma morte fetal às 35S e a segunda gravidez tinha ocorrido há 2 anos resultando também uma morte fetal às 30 semanas. Esta senhora encontrava-se na gravidez atual com 39S+4d e bastante ansiosa, tanto pelo seu índice obstétrico, como pela chegada deste recém-nascido. Com esta senhora foi necessário mais diálogo, tentando esclarecer todas as dúvidas e também tentando que se mantivesse calma.

Aquisição de Competências

- Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal;
- Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto;
- Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal;

Fontes de Pesquisa (max 8)

- Begley CM, Gyte GML, Devane D, McGuire W, Weeks A. (2019). Delivering the placenta in the third stage of labour. *Cochrane*.
- Graça, L. M. (2005). *Medicina Materno-fetal 1*. Lisboa: Lidel.
- Lara, J. M., Días, L. R., Gómez, R. P., Martinez, M. R., Marim, S. P., Gutiérrez, C. R., . . . Días, D. R. (s.d.). *Manual básico de Obstetricia y Ginecologia*. Madrid: Instituto Nacional de Gestión Económica y Recursos Humanos-Servicio de recursos documentales y apoyo institucional Alcalá.
- Néné, M., Marques, R., & Batista, M. A. (2016). *Enfermagem de saúde Materna e Obstétrica*. Lisboa: Libel.

Jornal de Aprendizagem-19

Instrumento de registo semanal para Estudantes da UEESESJD

Nome: Olga Cristina Nobre Bugalho

Data: de 13/05/2019 a 19/05/2019

Campo clínico: Bloco de partos

Local: HESE

Semana: 3ª

Editorial

Tema: Diabetes gestacional

A diabetes gestacional é considerada qualquer grau de intolerância à glicose, ou o aparecimento de níveis mais elevados de glicose no sangue, cujo início ou deteção ocorre na gravidez, podendo ou não persistir após o parto. Isto é quando a glicose que se encontra na corrente sanguínea não consegue ser removida eficientemente para dentro das células musculares que utilizam como combustível, é necessário produzir mais insulina, no entanto as hormonas produzidas durante a gravidez (hormona de crescimento e latogénio placentário humano), tornam o organismo mais resistente aos efeitos da insulina, bloqueando parcialmente a sua ação (Oliveira, Bezerra, Veras, Bezerra, & Filho, 2009), (Almeida & Ruas, 2017).

A OMS, em 2013, inseriu a definição de diabetes gestacional, por esta apresentar valores de glicémia intermédios entre os níveis considerados normais na gravidez e os valores que excedem os limites diagnosticados para a população em geral. A principal diferença entre diabetes gestacional e diabetes na gravidez prende-se com o facto de apesar de serem ambas diagnosticadas na gravidez em curso, a segunda pode refletir a existência de uma diabetes não diagnosticada antes da gravidez o que implica uma maior vigilância de malformações fetais, de complicações microvasculares da diabetes, de maior necessidade de vigilância e terapêutica farmacológica durante o período da gravidez (Almeida & Ruas, 2017).

Hora	Hiperglicemia na gravidez		
	Normal	Diabetes Gestacional	Diabetes na gravidez
Glicémia plasmática mg/dl (mmol/l)			
0	<92 (5,1)	92-125 (5,1 – 6,9)	≥ 126 (7,0)
1	< 180 (10,0)	≥ 180 (10,0)	-
2	< 153 (8,5)	153 – 199 (8,3 – 10,9)	≥ 200 (11,0)

Fonte: (Almeida & Ruas, 2017)

O diagnóstico da diabetes gestacional é baseado nos resultados do estudo Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcome (HAPO) e também baseados com os

critérios da Associação Internacional dos grupos de Estudos da Diabetes e Gravidez (IADPSG) que demonstra existir uma relação direta entre os valores da glicémia materna e as morbidades maternas, fetais e neonatais.

Assim, deve ser pedida a todas as grávidas uma glicémia plasmática em jejum e se o valor for igual ou superior a 92 mg/dl, mas inferior a 126 mg/dl é feito o diagnóstico de diabetes gestacional, não sendo necessário realizar a prova de tolerância à glucose às 24/28 semanas de gestação.

No caso da glicémia em jejum inferior a 92mg/dl, a grávida deve repetir a prova de tolerância à glucose entre as 24 e 28 semanas com sobrecarga de 75 g de glucose. Esta prova deve ser realizada após um jejum de pelo menos e não superior a 14 horas, sendo realizada uma colheita às 0 horas, 1 hora e 2 horas, mantendo-se a grávida em repouso. No caso de valores de glicémia plasmática em jejum iguais ou superiores a 126mg/dl ou com valor ocasional de 126 mg/dl, ou com um valor de hemoglobina A1c (HbA1c) igual ou superior a 6,5 devem ser tratadas e seguidas como as que têm diabetes pré-gestacional.

Na altura do parto, as grávidas cujo o controlo da diabetes gestacional foi realizado com dieta e exercício, e sem evidência de complicações, o parto pode ocorrer entre as 40 e 41 semanas de gestação. No caso das grávidas que realizam insulina, o parto deve ser induzido às 39 semanas (Néné, Marques, & Batista, *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*, 2016).

Deve ser considerada uma cesariana eletiva quando existe uma discrepância importante entre o perímetro abdominal e perímetro cefálico, um perímetro abdominal superior ao percentil 95 ou uma estimativa ponderal fetal superior a 4500 g, no termo (Almeida & Ruas, 2017).

Atividades Semanais

Aquisição de Competências

- Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal;
- Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto;
- Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal;

Fontes de Pesquisa (max 8)

- Almeida, M. d., & Ruas, L. (2017). Consenso "Diabetes Gestacional": Atualização 2017. *Revista Portuguesa de Diabetes*, 12(1), 24-38.
- Néné, M., Marques, R., & Batista, M. A. (2016). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Lisboa: Lidel.
- Oliveira, M. I., Bezerra, M. G., Veras, M. A., Bezerra, J. P., & Filho, J. G. (2009). Perfil de mães e recém-nascidos na presença do diabetes mellitus gestacional. *Rev. Rene. Fortaleza*, 28-36.

Jornal de Aprendizagem-20- I

Instrumento de registo semanal para Estudantes da UEESESJD

Nome: Olga Cristina Nobre Bugalho

Data: de 20/05/2019 a 24/05/2019

Campo clínico: Bloco de partos

Local: HESE

Semana: 4ª

Editorial

Tema: Serologias na gravidez

O grupo TORCH (Toxoplasmose; Outras: *chlamydia trachomatis*, gonorreia, sífilis e varicela; Rebéola; Citomegalovírus e Herpes *simples*). Este grupo representa um grupo de infeções perinatais de etiologia parasitária, viral e bacteriana que podem resultar em anomalias severas ou mesmo à morte fetal (Néné, Marques, & Batista, 2016).

A toxoplasmose é transferida através da ingestão de oócitos (geralmente através das fezes de gatos) ou carne mal cozida contendo quistos de *toxoplasma gondii* ou em locais onde possam existir fezes de felinos. A doença não se transfere de pessoa para pessoa. Assim, a infeção pode ocorrer por dois mecanismos, através da migração transplacentária durante a parasitémia materna, como consequência de infeção aguda durante a gravidez ou por via transplacentária ou transamniótica, a partir de quistos de toxoplasma acantonados no endométrio numa infeção latente pré-concepcional (Direção-Geral da saúde: Divisão de Saúde Materna, 2000). Se esta infeção ocorrer no início da gestação, a probabilidade de transmissão ao feto é menos frequente, mas a doença no recém-nascido é mais grave. Por outro lado, quando a infeção materna se verifica no último trimestre, a transmissão ao feto é mais frequente, mas a doença do recém-nascido é quase sempre subclínica. A infeção é muitas vezes assintomática (90%) e nos restantes pode apresentar sintomas como uma síndrome gripal.

Quando existe o diagnóstico de toxoplasmose na gravidez a grávida deve iniciar profilaxia da infeção fetal até se ter o resultado da PCR com espiramicina. Se a PCR for negativa deve manter-se a profilaxia até ao nascimento. No entanto se o resultado para a PCR for positivo devem ser dado ao casal duas opções: Ou mantém a gravidez e realiza-se tratamento com uma combinação de pirimetamina, sulfadiazina e ácido folínico até às 34-35 semanas de gravidez, estando os pais informados que muitas crianças desenvolvem problemas residuais sérios como atraso mental, convulsões e cegueira, ou podem optar pela interrupção terapêutica da gravidez (Néné, Marques, & Batista, 2016).

No subgrupo outras encontramos a Chlamydia Trachomatis, a gonorreia, a sífilis e a varicela. Em relação à Chlamydia Trachomatis, é uma bactéria que se transmite sexualmente, sendo assintomática em 70 a 80% das mulheres, na maioria dos casos com leucorreia inespecífica ou com uma leucorreia purulenta, uretrite e endometrite, podendo resultar em doença inflamatória pélvica, gravidez ectópica e infertilidade. Durante a gravidez a infeção pode provocar rutura prematura de

membranas, corioamnionite, restrição do crescimento fetal e parto prematuro, no puerpério, infecção puerperal e ainda é causa de infecção do recém-nascido, podendo a transmissão ocorrer no parto. Se a infecção não for tratada e ocorrer rutura prematura de membranas, existe 18-74% de possibilidade de transmissão da infecção para o recém-nascido (Néné, Marques, & Batista, 2016).

A infecção no recém-nascido pode manifestar-se por conjuntivite entre o 5º e o 14º dia e por pneumonia ou infecção nasofaríngea, menos frequente, entre o 4º e a 11ª semana de vida (Direção-Geral da saúde: Divisão de Saúde Materna, 2000).

Na presença de uma infecção por *Chlamydia Trachomatis* o tratamento recomendado é realizado com azitromicina ou amoxicilina (ou eritromicina nos casos de alergia á penicilina). Deve ser realizado também tratamento ao parceiro sexual e passado 3 semanas de tratamento deve ser confirmada a cura.

No caso da gonorreia, a infecção também ocorre através da transmissão sexual. É uma infecção assintomática ou tem sintomas inespecíficos como leucorreia purulenta e disúria em que o período de incubação é de dois a sete dias (Néné, Marques, & Batista, 2016). A infecção localiza-se inicialmente ao nível do colo do útero podendo progredir por via ascendente, sendo causa de endometrite, salpingite, doença inflamatória pélvica, infertilidade e gravidez ectópica. Enquanto que na gravidez pode dar origem a aborto séptico, rutura prematura de membranas, restrição do crescimento fetal e parto prematuro (Direção-Geral da saúde: Divisão de Saúde Materna, 2000).

A infecção no recém-nascido manifesta-se habitualmente na primeira semana de vida por conjuntivite purulenta aguda, que na ausência de tratamento, é causa importante de cegueira, otite externa e vulvovaginite ou com uma gonococémia (quando dentro de artrite infecciosa, com ou sem lesões cutâneas). Na presença de uma infecção por gonorreia o tratamento recomendado é realizado com ceftriaxona ou cefixima ou cefalosporina mais azitromicina. Deve ser realizado também tratamento ao parceiro sexual e passado 3 semanas de tratamento deve ser confirmada a cura. No caso do exsudado ocular, por ser altamente contagioso, devem ser adquiridas medidas de isolamento (Néné, Marques, & Batista, 2016).

A sífilis é uma infecção de transmissão em que o período de incubação é entre 10 dias a 10 semanas. A sífilis pode ser dividida em três estádios: primário, secundário e terciário. No caso do estágio primário, ocorre o desenvolvimento de lesões nos genitais externos ou colo do útero- úlcera dura, com adenopatias e indolor, que regride passadas duas a seis semanas. No estágio secundário ocorre a disseminação do agente, com rash cutâneo generalizado- palma das mãos e palma dos pés, adenopatias e condilomas genitais planos. Estas lesões regridem espontaneamente, entrando num período de latência sem manifestações clínicas passadas duas a seis semanas. Quando não se realiza tratamento, a doença chega ao estágio terciário onde um terço será afetado por lesões cutâneas destrutivas, com afeção do sistema cardiovascular, nervoso central e musculoesquelético que apresenta morbidade e mortalidade elevada (Néné, Marques, & Batista, 2016).

O VDRL apresenta resultados reativos 4-6 semanas após a infecção ou 1-3 semanas após o aparecimento da lesão primária. Se o valor para VDRL for negativo, deve ser realizada prova serológica treponémica mais específica: TPHA/NHA. Se os resultados destes testes derem resultado positivo deve ser iniciado tratamento, pois

confirma-se a infecção.; se o VDRL for reativo e o TPHA/NHA negativo, passadas quatro semanas devem ser repetidas as análises e se os resultados da titulação quadruplicarem deve iniciar-se o tratamento. Com o tratamento é possível ocorrer febre, cefaleias, mialgias, rash e hipotensão (reação de jarish-Herxheimer entre 2 a 24 horas após a administração da penicilina que como consequência pode causar contratilidade uterina e diminuição dos movimentos fetais (Néné, Marques, & Batista, 2016).

CONTINUAÇÃO NO PRÓXIMO JORNAL DE APRENDIZAGEM

Atividades Semanais

Esta foi uma semana bastante calma, no decorrer da semana apenas tivemos no último dia 4 cesarianas (duas eletivas e 2 por CTG não tranquilizador). Tive a oportunidade de realizar as duas admissões às grávidas, realizando as perguntas necessárias para preenchimento do processo de enfermagem, tendo o cuidado de observar as últimas análises, verificando as serologias e as taxas de coagulação, necessárias para realização da cesariana, passando a informação quando se encontrava alguma análise em falta. Tive também a oportunidade de puncionar e algaliar estas duas grávidas. Para receber o recém-nascido, foi também necessário preparar todo o material e verificar o seu devido funcionamento. Recebi os recém-nascidos e prestei os cuidados imediatos ao recém-nascido em colaboração com a pediatra de serviço que também esta presente na cesariana.

Aquisição de Competências

- Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal;
- Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto;
- Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal;

Fontes de Pesquisa (max 8)

- M. Néné, R. Marques e M. A. Batista, Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, Lisboa: LIDEL, 2016.
- I. e. d. A. Direção-Geral da saúde: Divisão de Saúde Materna, Saúde Reprodutiva- Doenças Infecciosa e Gravidez, Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2000.

Jornal de Aprendizagem-20- II

Instrumento de registo semanal para Estudantes da UEESESJD

Nome: Olga Cristina Nobre Bugalho

Data: 02/06/2019 a 09/06/2019

Campo clínico: Bloco de partos

Local: HESE

Semana: 5^a

Editorial

Tema: Serologias na gravidez

CONTINUAÇÃO DO JORNAL DE APRENDIZAGEM ANTERIOR

O vírus **varicela** zóster pertence ao grupo do herpes vírus, podendo manifestar-se de duas formas diferentes: a varicela e o herpes zóster ou zona.

No primeiro caso, a varicela é uma infeção primária, após o qual o vírus permanece latente nos gânglios nervosos sensitivos, podendo sofrer reativações ocasionais que se manifestam por herpes zóster. A varicela é uma doença infantil, aguda e muito contagiosa, que leva a uma imunidade duradoura. O contágio é realizado por contato direto entre indivíduos, através de secreções respiratórias ou lesões cutâneas vesiculares, sendo que a transmissão pode ocorrer desde dois dias antes da erupção até à cicatrização das lesões cutâneas. Este tem um período de incubação entre 10-21 dias (Direção-Geral da saúde: Divisão de Saúde Materna, 2000).

No caso de a grávida ter contacto com varicela e ser não imune, deve ser avaliado o seu estado imunitário através da pesquisa de imunoglobulinas e iniciar tratamento o mais precocemente possível ou então até 96 horas após o contágio e antes das 20 semanas de gestação. O tratamento consiste na administração de imunoglobulina específica do vírus varicela zóster e informar do aparecimento de exantema. Se existir a necessidade de internamento da grávida com varicela, este deve ser feito num quarto de pressão negativa e no puerpério recomenda-se a alta o mais precoce possível. No caso da puérpera e o recém-nascido se encontrarem com lesões cutâneas devem ser adotadas medidas de isolamento, permanecendo juntos. No caso da puérpera apresentar lesões e o recém-nascido não, esta deve ficar em isolamento e o recém-nascido também, mas separado da mãe, devendo também ser colocado num quarto de pressão negativa, uma vez que ao utilizar a incubadora como medida de isolamento, o sistema de ventilação dispersa o vírus pelo ambiente (Néné, Marques, & Batista, 2016).

A rubéola é uma infeção viral em que o único reservatório do vírus é o homem. A transmissão da rubéola acontece pelo contato direto com secreções nasofaríngeas de pessoas infetadas. O período de incubação do vírus é de 14-21 dias. E a transmissão pode ocorrer uma semana antes ou uma semana depois do aparecimento do rash cutâneo. Em 50 – 70% dos casos a rubéola manifesta-se por febre ligeira, linfadenopatia

(particularmente pós-auricular e occipital), artrite transitória e erupção máculo-papular típica.

No início e no fim da gestação, existe maior probabilidade de ocorrer infecção fetal.

A síndrome de rubéola congênita, podem ser divididas em:

- transitórias: Hepatosplenomegália; icterícia, anemia hemolítica, entre outras, que podem persistir para além de 6 meses;
- permanentes: surdez, cardiopatias, defeitos oculares e encefalopatia com atraso mental e défice motor;
- tardias: endocrinopatias (diabetes, doença tiroideia, deficiência da hormona do crescimento) e certas anomalias vasculares resultando em arteriosclerose, hipertensão sistémica e panencefalite progressiva.

O principal meio de prevenção é a vacinação, sendo eficaz em 97% dos casos.

No puerpério se a mulher não imune à rubéola, deve ser administrada a vacina, uma vez que não tem interferência no leite materno.

O citomegalovírus é um vírus que pertence à família dos herpes vírus em que a transmissão ocorre por contato com fluidos corporais contaminados, tais como urina, fezes, secreções respiratórias, vaginais e leite. Esta transmissão pode ocorrer por via sexual ou vertical (transplacentária e amamentação). Tem um período de incubação de 20-60 dias e uma duração de dois a seis semanas, no entanto após a infecção primária, sintomática ou assintomática, o vírus permanece indefinidamente nos tecidos do hospedeiro, ou seja, a infecção permanece latente. A sintomatologia que o indivíduo apresenta passa por um quadro inespecífico de febre prolongada, fadiga, astenia, mialgia, cefaleia e esplenomegália. Se existir dúvida quanto à infecção fetal, deve ser realizado doseamento da PCR no líquido amniótico entre as 20 e as 22 semanas de gestação que é quando o feto começa a produzir urina em quantidade suficiente para excretar o CMV e pelo menos cinco a sete semanas pós-infecção.

No que se refere ao herpes simplex, este também é um vírus da família dos vírus. Este pode ser dividido em dois subtipos HS1 e HS2. O primeiro é o principal agente causal do herpes labial enquanto o segundo é o principal agente causal do herpes genital. O período de incubação da infecção é de cerca de uma semana, apresentando como sintomatologia a ocorrência de lesões que se iniciam como pápulas e evoluem para vesículas, pústulas e finalmente úlceras, sendo acompanhadas de dor e prurido. As recorrências da infecção são frequentes, ficando o vírus latente no indivíduo após infecção primária (Direção-Geral da saúde: Divisão de Saúde Materna, 2000).

Se a grávida apresentar uma primoinfecção ou lesões genitais no momento do parto, o parto por cesariana está indicado, uma vez que a transmissão vertical ocorre intraparto em 85% dos casos (Direção-Geral da saúde: Divisão de Saúde Materna, 2000). E tem como maior complicação o herpes neonatal que pode ser dividida em três tipos de gravidade crescente:

- infecção da pele, olhos e boca (45% dos casos);
- infecção do sistema nervoso central, com ou sem afeção da pele, olhos e boca (39% dos casos);
- infecção sistémica, envolvendo múltiplos órgãos (35% dos casos).

Quando a infecção é intrauterina a mortalidade é muito elevada e os que sobrevivem a doenças como microcefalia; hidranencefalia muito grave com microcefalia; hidranencefalia; coriorretinite; microftalmia.

Atividades Semanais

Esta semana, durante o turno da manhã, chegou ao serviço uma puérpera acompanhada pelo Inem, que o trabalho de parto foi bastante rápido não dando tempo de ser transferida para o hospital, ocorrendo o parto no domicílio. A puérpera foi levada para a sala de partos, uma vez que ainda não tinha dequitado e o recém-nascido foi observado e prestados os cuidados imediatos ao mesmo. Como já tinha passado bastante tempo do parto, foi chamado o Drº Fernando Fernandes que ao observar a grávida deu indicação para preparar a mesma para o bloco operatório. Como fui eu que a recebi e preparei para o bloco, também fui eu que a fui transferir ao bloco operatório.

No decorrer desta semana, tivemos também várias admissões. Confesso que a parte da admissão é muito importante para mim, pois desta forma, estabelece-se o primeiro contacto com a grávida permitindo que se comece a estabelecer uma relação de confiança.

Aquisição de Competências

- Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal;
- Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto;
- Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal;

Fontes de Pesquisa (max 8)

- Almeida, A., Agro, J., & Ferreira, L. (sd). Estreptococos β Hemolítico do grupo B- Protocolo de rastreio e Prevenção de doença perinatal. *Consenso em neonatologia*, 191- 197.
- Direção-Geral da saúde: Divisão de Saúde Materna, I. e. (2000). *Saúde Reprodutiva- Doenças Infecionosa e Gravidez*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Néné, M., Marques, R., & Batista, M. A. (2016). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Lisboa: LIDEL.

Jornal de Aprendizagem-20- III

Instrumento de registo semanal para Estudantes da UEESESJD

Nome: Olga Cristina Nobre Bugalho

Data: de 10/06/2019 a 16/06/2019

Campo clínico: Bloco de partos

Local: HESE

Semana: 6^a

Editorial

Tema: Serologias na gravidez

CONTINUAÇÃO DO JORNAL DE APRENDIZAGEM ANTERIOR

No que se refere às serologias na gravidez além do grupo TORCH, também é ainda importante verificar a hepatite B, o vírus da imunodeficiência Humana e o Estreptococos do Grupo B.

Relativamente à hepatite B, esta é uma doença infecciosa que provoca irritação ou inflamação do fígado provocado pelo vírus da hepatite B - VHB. O ser humano é o único reservatório do vírus HBV, este tem um período de incubação que pode ir de 50 a 160 dias, embora a média seja de 60 dias. A infeção por hepatite B pode ser assintomática ou a pessoa pode sentir-se doente por alguns dias ou semanas. Existem pessoas que tem a capacidade de combater a doença e os sintomas costumam desaparecer em algumas semanas ou meses, mas as pessoas que não demonstram essa capacidade irão desenvolver hepatite crónica. As pessoas com hepatite crónica muitas vezes nem se apercebem que são portadores, por apresentarem poucos ou nenhuns sintomas. Os principais sintomas da hepatite B aguda são: náuseas, vômitos, mal-estar, hipertermia, astenia, anorexia, dores abdominais, urina escura, fezes claras e icterícia. No caso da hepatite B crónica, a sintomatologia passa por: Icterícia, aumento do baço, ascite, distúrbios na atenção e comportamento (encefalopatia hepática) e sinais de insuficiência hepática crónica (Direção-Geral da saúde: Divisão de Saúde Materna, 2000).

A vacina da hepatite B é a melhor forma de prevenção. Segundo o plano nacional de vacinação esta deve ser administrada ao nascimento, dois meses e seis meses. Muitas mulheres em idade fértil já se encontram imunizadas, no entanto se a infeção ocorrer durante a gravidez pode existir aumento da incidência de aborto e de partos pré-termos na fase aguda da doença. A prevenção dos recém-nascidos, filhos de mães com hepatite B, passa por ser administrada imunoglobulina específica e iniciar o esquema de vacinação nas primeiras 12 horas de vida.

O vírus da imunodeficiência humana (VIH) pode transmitir-se por via vertical, isto é, de mãe para filho durante a gravidez, via transplacentária, na altura do parto ou após o mesmo e ainda no puerpério através do leite materno (Néné, Marques, & Batista, 2016). Para realizar o diagnóstico é feita pesquisa pela deteção de anticorpos VIH 1 e

VIH 2, presentes no soro cerca de 3 meses após a inoculação. Como existe depressão do sistema imunitário dos indivíduos infetados, leva ao surgimento de infeções oportunistas e a alguns tipos de neoplasias. A grávida com VIH deve iniciar TARV a partir da 14^a semana, se a grávida se encontrar sem tratamento e assintomática, ou deve iniciar mais precocemente caso apresente um quadro clínico mais avançado. No caso de já se encontrar a realizar a medicação esta deve ser mantida. No trabalho de parto, devem iniciar Zidovudina (AZT) via endovenosa ou via oral, segundo protocolo. No recém-nascido deve ser administrada, durante quatro semanas, solução oral de AZT ou Nevirapina (Direção-Geral da saúde: Divisão de Saúde Materna, 2000).

No que se refere ao aleitamento materno, este é aconselhado pelo menos até aos seis meses, em países subdesenvolvidos desde que a mãe e o recém-nascido cumpram os ARV, pois deste modo o risco de transmissão é muito reduzido.

O estreptococo do grupo B é uma bactéria que habita o trato gastrointestinal e secundariamente o aparelho geniturinário, sendo assintomática. Esta bactéria pode provocar infeção do trato urinário, amnionite e bacteriemia na mulher grávida. No recém-nascido esta bactéria pode ser responsável por infeções. Se a infeção ocorrer na primeira semana, esta é designada por infeção precoce, a maioria dos casos (77%), se a infeção ocorrer após a primeira semana de vida e até aos primeiros meses esta é designada por infeção tardia (Almeida, Agro, & Ferreira, sd). No primeiro caso, o recém-nascido apresenta dificuldade respiratória e apneia ou outros sinais de sépsis nas primeiras 24h-48h de vida, podendo levar posteriormente a pneumonia, septicemia ou, menos frequentemente meningite. Assim, é de extrema importância proceder-se à recolha de exsudado a partir de esfregaço do terço inferior da vagina e do introito (sem recurso a um espéculo), realizando também colheita de exsudado rectal usando a mesma zaragatoa ou duas. Esta colheita deve ser realizada às grávidas entre as 35 e as 37 semanas de gestação, tendo em atenção que o intervalo máximo entre a colheita do exsudado e o parto deverá ser de cinco semanas. Assim, no caso da gestante em qualquer fase da gestação, que apresenta estreptococos grupo B positivo, ou que numa gestação anterior o recém-nascido apresente infeção precoce, deverão ser sempre submetidas a antibioterapia endovenosa intraparto, não sendo necessário realizar colheita de exsudado. Já no caso de uma cesariana eletiva, também deve ser realizada a colheita de exsudado, uma vez que a rutura das membranas ou o parto podem ocorrer antes da data prevista da cesariana. Se rutura de membranas igual ou superior a 18 horas e febre intraparto igual ou superior a 38 graus, nas gestações de termo em que o exsudado seja desconhecido deve ser realizada antibioterapia profilática endovenosa (Néné, Marques, & Batista, Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, 2016).

Atividades Semanais

No decorrer desta semana, tive a possibilidade de acompanhar o trabalho de parto de várias parturientes, o que é de extrema importância e nos permitem adquirir bastantes conhecimentos. Num dia desta semana, tínhamos na sala de partos uma grávida que se encontrava com paragem de progressão do trabalho de parto e após ser observada pelos médicos de serviço, foi dada indicação para se preparar para cesarina. Como já se encontrava puncionada, foi só colocar soro em curso e procedeu-se à algaliação. A colega que estava connosco é que desceu para o bloco operatório com a

parturiente, uma vez que ainda se encontravam no serviço, uma grávida que foi observada pelo médico de serviço e que segundo ele apresentava dilatação completa e outra grávida que se encontrava com 4cm de dilatação. Foi contactado o anestesista de serviço para eventual analgesia epidural. Após falar com a anestesista preparei o material para realização de epidural, posicionei a grávida enquanto dei apoio à realização da mesma e tentei que a grávida mantivesse a mesma posição, transferindo-lhe confiança e calma.

Neste momento a grávida que se encontrava com dilatação completa, encontrava-se bastante queixosa, teve REBA de LTM e percebeu-se neste momento que se encontrava com 8cm de dilatação quando começou a registar desacelerações, sendo uma bastante difícil de reverter. Fiquei a tentar reverter a situação enquanto a minha perceptora ligou aos médicos de serviço que se encontravam no bloco operatório com uma cesariana. Prontamente os médicos de serviço, chegaram, observaram a grávida e decidiram realizar cesariana. Foi colocado soro em curso, algaliada e transferida para o bloco operatório. Confesso que toda esta situação me deixou bastante nervosa, mas consegui manter a calma e transmitir tranquilidade à parturiente.

Realizei ainda o parto da grávida que se encontrava connosco, tendo nascido um recém-nascido do sexo masculino com 4kg e um índice de apgar de 10/10.

Aquisição de Competências

- Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal;
- Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto;
- Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal;

Fontes de Pesquisa (max 8)

- Almeida, A., Agro, J., & Ferreira, L. (sd). Estreptococos β Hemolítico do grupo B- Protocolo de rastreio e Prevenção de doença perinatal. *Consenso em neonatologia*, 191- 197.
- Direção-Geral da saúde: Divisão de Saúde Materna, I. e. (2000). *Saúde Reprodutiva- Doenças Infecionasa e Gravidez*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Néné, M., Marques, R., & Batista, M. A. (2016). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Lisboa: Lidel.

Jornal de Aprendizagem-21

Instrumento de registo semanal para Estudantes da UEESESJD

Nome: Olga Cristina Nobre Bugalho

Data: de 17/06/2019 a 23/06/2019

Campo clínico: Bloco de partos

Local: HESE

Semana: 7ª

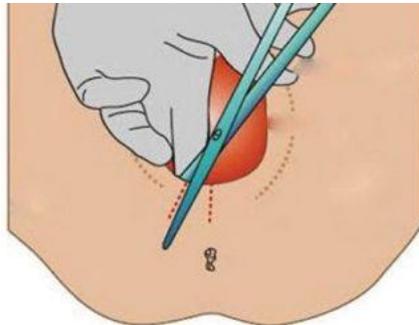
Editorial

Tema: Episiotomia e episiorrafia

A episiotomia tem como principal objetivo aumentar a abertura vaginal, para facilitar a saída do feto através de uma incisão no períneo com o objetivo de evitar traumas perineais. Apesar de não existir evidência científica que a episiotomia diminua a frequência de lesões perineais, incontinência urinária ou futuros prolapso vaginais, em certos locais pode ser utilizada de forma rotineira. No entanto, a episiotomia pode ser considerada uma laceração de grau II (Lésico, Torcato, & Carreira, 2014). As lacerações podem ser classificadas de grau I, II, III e IV. As lacerações de grau I, envolvem a fúrcula, pele do períneo e mucosa vaginal; as de grau II, as estruturas anteriores, com envolvimento da fáscia e músculos do diafragma urogenital; as de grau III, as estruturas anteriores e a mucosa retal e as de grau IV, as estruturas anteriores e o esfíncter retal (Néné, Marques, & Batista, 2016). As lacerações de grau III e IV são consideradas as mais graves e podem ser causadas espontaneamente ou por realização de episiotomia (Lésico, Torcato, & Carreira, 2014).

Prevenir lacerações não é fácil porque não depende apenas de técnicas de manipulação perineal, mas também de uma série de fatores como a posição de nascimento, as características tecidulares das mulheres e o controlo no período expulsivo (Lésico, Torcato, & Carreira, 2014).

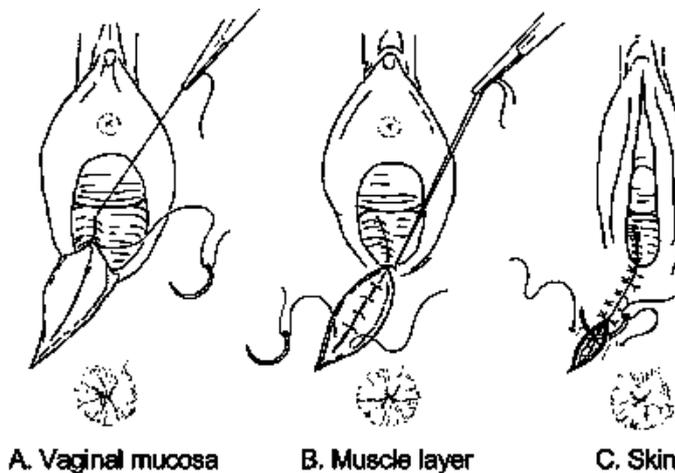
Quando necessário realizar episiotomia, esta deve ser realizada durante a contração, com o períneo distendido, esperando o momento do coroamento, pois quando realizada com muita antecedência aumenta o tempo de hemorragia. Esta deve ser realizada partindo da fúrcula, tendo extensão suficiente para aliviar a resistência perineal. A episiotomia é realizada inserindo o dedo indicador e médio entre a apresentação e a parede vaginal, colocando a tesoura entre os mesmos de modo a proteger o feto (Néné, Marques, & Batista, 2016).



Fonte:

mamaeatrapalhada.com.br/episiotomia-o-que-e-e-como-foi/

Após a dequitação é necessário verificar a integridade do canal de parto e em caso de episiotomia, ou de laceração, proceder à sua sutura. Caso a parturiente não esteja sob o efeito de analgesia epidural, deve-se anestésiar a área com anestésico local, depois deve ser realizada a episiotomia por planos respeitando a anatomia, iniciando com uma sutura contínua da mucosa vaginal (1º plano), cerca de um 1cm acima do vértice da incisão, garantindo assim a hemóstase; posteriormente proceder ao encerramento das fibras musculares seccionadas (2ª plano) utilizando pontos separados e nó duplo; e no final proceder ao encerramento da pele com pontos tipo Donatis, intradérmica ou simples tendo em atenção para que os bordos não fiquem sobrepostos e sem demasiada contenção (Néné, Marques, & Batista, 2016).



Fonte: <http://enfermagemposparto.blogspot.com/2014/09/o-que-e-episiotomia.html>

Atividades Semanais

No decorrer desta semana, tive a oportunidade de realizar três partos, tendo sido necessário realizar duas episiotomias e respectiva episiotomia. Confesso que no início

dos estágios, as episiorrafias era onde sentia mais dificuldade, pois era difícil identificar os planos e depois porque tinha sempre receio da possibilidade de ocorrência de um hematoma. Agora com o final do estágio, já me sinto com confiança para realizar a episiorrafia, conseguindo identificar os planos e realizar a sutura respeitando a anatomia da mulher. Também nesta semana ocorrerem 4 cesariana eletivas, tendo a possibilidade de receber e prestar os cuidados imediatos ao recém-nascido. Nestes casos, encontra-se no bloco também a pediatra que observa o recém-nascido. Quando necessário é realizada aspiração de secreções oro e nasofaríngeas, realizada a secagem da pele, clampagem do cordão, administração da vitamina K, pesagem e prevenção da manutenção da temperatura corporal.

Sendo este o último jornal de aprendizagem quero aproveitar para agradecer não só à enfermeira Lucília que me supervisionou neste estágio, como também às restantes enfermeiras (Maria Jesus Santos, Maria Celeste Lopes, Joana Pereira e Paula Bilro) que me ajudaram a concluir este percurso com sucesso, transmitindo-me confiança e incentivando-me a fazer mais e melhor. E também muito obrigada à professora Margarida por todo o apoio e incentivo a continuar.

Aquisição de Competências

- Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal;
- Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto;
- Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal;

Fontes de Pesquisa (max 8)

Lésico, A., Torcato, L., & Carreira, T. (2014). Episiotomia/Episiorrafia e suas implicações na vida da mulher - Um olhar, uma perspetiva. *REVISTA DA UIIPS*, 172-184.

Néné, M., Marques, R., & Batista, M. A. (2016). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Lisboa: Lidel.

Apêndice C: Estudo de caso

Retenção urinária devido a herpes genital

RESUMO

Enquadramento: A herpes é uma infecção, sujeita a recidivas, causada por dois vírus da família *Herpesviridae* (herpes simples tipos 1 e 2) e pode afetar boca, lábios, órgãos genitais e áreas próximas. **Métodos:** estudo de caso sobre herpes genital, com internamento hospitalar. Colheram-se dados sociodemográficos e clínicos. Solicitou-se consentimento. Utilizou-se a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). **Resultados:** a avaliação inicial concretizou-se em quatro diagnósticos. 1) Dor atual devido a lesão por herpes; 2) Infecção relacionada com a algaliação; 3) ansiedade devido a situação clínica e internamento; 4) Lesão atual devido a herpes genital. **Conclusão:** O caso chama a atenção pois sendo o herpes uma doença sexualmente transmissível ainda existe um grande estigma social, sendo necessário aconselhar e educar e estar atento aos aspetos psicossociais da infecção e aos sentimentos vivenciados.

Palavras Chave: Herpes genital; Retenção urinária; Diagnósticos de enfermagem

INTRODUÇÃO

A herpes é uma infecção, sujeita a recidivas, causada por dois vírus da família *Herpesviridae* (herpes simples tipos 1 e 2) e pode afetar boca, lábios, órgãos genitais e áreas próximas. As formas de manifestação divergem de indivíduo para indivíduo. As lesões do herpes genital e oral são decorrentes de infecção pelo vírus herpes simples. O vírus herpes simples tipo 1 é o agente etiológico principal das lesões vesiculares da região oro-facial, enquanto o vírus herpes simples 2 é a causa principal das lesões na região genital (Fonseca, 1999); (Geller, et al., 2012).

O período de incubação varia de 1 a 26 dias após o contágio, tendo uma média de 7 dias (Geller, et al., 2012). A transmissão ocorre predominantemente pelo contato sexual (inclusive oro-genital), podendo também ser transmitido da mãe para o filho durante o parto. O contato com lesões ulceradas ou vesiculadas é a via mais comum, mas a transmissão também pode ocorrer através do paciente assintomático. As manifestações

do herpes simples dependem das características do vírus, da imunidade do hospedeiro e da predisposição genética da pessoa (Penello, et al., 2010).

Pode-se dividir o tipo de manifestação clínica em primária e recorrente. A maioria dos primeiros episódios de infecção genital por o vírus tipo 1 é primária, pois a recorrência é incomum. O quadro clássico de primoinfecção herpética é frequentemente precedido por febre, cefaleia, mialgias e adinamia. Aparecem precocemente durante o curso da doença e, geralmente, desaparecem antes da cura das lesões. Posteriormente, há formação de vesículas na região genital, eritematosas, ulceração e reepitelização, durando todo o quadro cerca de 2 ou 3 semanas. As vesiculações ulceram-se e libertam um exsudado amarelado, formando lesões dolorosas. O quadro pode ser acompanhado de sintomas gerais: febre, mal-estar e adenopatia (Geller, et al., 2012); (Penello, et al., 2010).

O método de prevenção mais seguro para evitar a infecção pelo vírus do herpes genital, é abster-se do contato sexual ou ter relações com pessoas que não estejam infetadas. A ulceração pode acontecer nas áreas genitais do homem e da mulher não cobertas pelo preservativo, assim o uso correto do preservativo só é eficaz se reduzir o risco de transmissão do herpes genital quando envolve toda a área infetada (Geller, et al., 2012).

As infecções pelos vírus herpes simples 1 e 2 representam as doenças sexualmente transmissíveis mais comuns a nível mundial. A prevalência de infecção pelo vírus tipo (HSV) 1 é de 60% a 80% na população mundial. A tendência atual é a de esta prevalência de HSV-1 superar a de HSV-2 (Azambuja, Bercini, & Furlanetto, 2004).

O herpes genital é uma infecção comum e ascendente, tanto em países industrializados como naqueles em desenvolvimento. A grande maioria dos casos é causada pelo HSV-2, embora a prevalência do HSV-1 encontre-se em ascensão, principalmente na população jovem e devido à prática de sexo oral.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) a menor prevalência ocorreu no Oeste Europeu, com prevalência de 18% entre mulheres e 13% nos homens, enquanto na África Subsaariana, maior prevalência mundial, houve aproximadamente 70% de casos de HSV nas mulheres 55% entre os homens. Acredita-se que a maior prevalência no sexo feminino deve-se a diferenças anatômicas entre o sexo, favorecendo a infecção feminina (Penello, et al., 2010)

Os enfermeiros utilizam classificações diagnósticas da Classificação Internacional para a prática de enfermagem (CIPE), para facilitar a comunicação aos enfermeiros e a documentação padronizada dos cuidados prestados ao doente. Os diagnósticos CIPE facilitam a recolha e análise de dados de Enfermagem entre a população, serviços de cuidados de saúde, idiomas e regiões geográficas, sendo que estes dados podem sustentar a tomada de decisão, melhorando assim a segurança e a qualidade dos cuidados para os doentes e as famílias.

Assim, utilizando a taxonomia CIPE, o objetivo do atual estudo de caso é descrever a avaliação inicial e a proposta de intervenções de Enfermagem a uma jovem que enfrenta uma situação internamento por retenção urinário como consequência do herpes.

MÉTODOS

Estudo descritivo, qualitativo, realizado de acordo com modelo de autor para caso clínico ou caso informal. Este estudo resulta da assistência direta de enfermagem, em ambiente académico de aprendizagem, para conhecimento aprofundado das necessidades, problemas e condições de saúde/doença da dñade, no sentido de desvendar estratégias para os problemas.

O atual estudo desenvolveu-se em hospital central do Sul de Portugal. Este caso foi importante para os atuais autores, uma vez que não é uma situação que seja comum nesta unidade hospitalar.

Os dados foram recolhidos aquando do internamento da utente no serviço de ginecologia e no decorrer da prestação de cuidados de enfermagem.

Foi utilizada a taxonomia CIPE, após a recolha de dados e respetivo julgamento clínico, traçando-se as intervenções de enfermagem.

Para proteger a identidade da utente e assegurar a confidencialidade da utente, como recomenda o artigo 106º do Código Deontológico (i.e., Estatuto da ordem dos enfermeiros; Lei 156/2015 de 16 de setembro), foi utilizado um nome fictício. Assim a utente foi designada por Maria. Foi então solicitado o consentimento, sendo dada uma detalhada explicação sobre a finalidade do estudo, mas apenas no formato verbal.

RESULTADOS

Dados da Maria: A utente recorreu ao serviço de urgência por dor, edema da vulva e corrimento mais acentuado desde à 2 dias. Foi encaminhada ao serviço de urgência de ginecologia e foi decidido pelo médico de serviço o seu internamento em ginecologia, por retenção urinária devido às lesões. Aquando da admissão no serviço de ginecologia a utente encontrava ansiosa, consciente e orientada. Apresentava calor, rubor e edema da região perineal. Por indicação médica foi algaliada. Foi realizada colheita de sangue para análise e colheita de urina para urocultura e enviada ao laboratório. Foi puncionado acesso venoso e iniciou medicação analgésica.

Diagnóstico de enfermagem: Dor atual devido a lesões por herpes

	Ação	Cliente	Foco	Juízo	Localização	Recursos	Tempo
Diagnósticos de enfermagem			Dor	Atual			
Intervenções de enfermagem	Avaliar		dor		Região vulvar	Instrumento de avaliação	Momento ou intervalo de tempo
	Administrar		dor			Medicação	Momento ou intervalo de tempo
	Registar		dor				

Resultados de enfermagem			Dor	Ausente			
---------------------------------	--	--	-----	---------	--	--	--

Diagnóstico de enfermagem: Infecção relacionada com a algaliação

	Ação	Cliente	Foco	Juízo	Localização	Recursos	Tempo
Diagnósticos de enfermagem			Infecção	Risco			
Intervenções de enfermagem	Avaliar		Temperatura		Ouvido		Momento ou intervalo de tempo
	Instruir		Sinais de infecção		Componente do sistema urinário		
Resultados de enfermagem			Infecção	Nenhum			

Diagnóstico de enfermagem: Ansiedade devido a situação clínica e internamento

	Ação	Cliente	Foco	Juízo	Localização	Recursos	Tempo

Diagnósticos de enfermagem			Ansiedade	Atual			
Intervenções de enfermagem	Escuta		Apoio emocional				Momento ou intervalo de tempo
	Diálogo		Apoio emocional				Momento ou intervalo de tempo
Resultados de enfermagem			Ansiedade	Diminuída			

Diagnóstico de enfermagem: Lesão atual devido ao herpes genital

	Ação	Cliente	Foco	Juízo	Localização	Recursos	Tempo
Diagnósticos de enfermagem			Lesões	Atual			
Intervenções de enfermagem	Avaliar		Lesão		Região vulvar		
	Aplicar		Lesão		Região vulvar	Creme	Frequência

	Registrar						
Resultados de enfermagem			Lesões	Melhorado			

DISCUSSÃO

Diagnóstico de enfermagem: Dor atual devido a lesões por herpes

Uma das principais queixas relatadas pela Maria era a dor. Pode-se definir a Dor como sendo uma experiência multidimensional desagradável, que envolve tanto a componente sensorial como a componente emocional da pessoa que sofre. É também um sintoma que acompanha a generalidade das situações patológicas que requerem cuidados de saúde (Janeiro, 2017).

Através da circular normativa N° 09/DGCG de 14/06/2003, a DGS instituiu a “Dor como o 5º Sinal Vital”.

Assim esta norma considera como norma de boa prática o registo sistemático da intensidade da dor, utilizando uma escala validada internacionalmente para mensuração da intensidade da mesma e realizando o seu registo em espaço próprio (DGS, 2003).

Diagnóstico de enfermagem: Infecção relacionada com a algaliação

A Maria ficou internada por retenção urinária relacionada com a dor causada pelas lesões quando tinha micção. A sepsis por gram-negativos, pode ocorrer durante, imediatamente ou subsequentemente após a inserção da algália, sendo as vias urinárias a porta de entrada mais frequente nos doentes hospitalizados.

A algaliação pode ser dividida em:

- Algaliação de curta duração com um período que pode durar 7 e 10 dias;
- Algaliação de média duração quando dura até cerca de 28 a 30 dias;
- Algaliação de longa duração quando dura mais de 28-30 dias.

Sendo a infeção urinária a infeção nasocomial mais comum, representando cerca de 40% do total de infeções, é necessário que sejam cumpridos todos os pressupostos de prevenção na prática de algaliação, manutenção e remoção da algália (Pina, et al., 2004).

Diagnóstico de enfermagem: Lesão atual devido ao herpes genital

Dependendo se é uma infeção primária ou uma infeção recorrente, assim é o aspeto das lesões. Na infeção primária a vulva apresenta-se eritematosa e edemaciada, com vesículas agrupadas, evoluindo para pústulas e úlceras de base eritematosa. Já na infeção recorrente as lesões são menos exuberantes, com ligeiro edema e unilaterais (Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2012).

No caso em concreto, a prescrição médica passou pela aplicação tópica de Aciclovir creme. Este tem como indicação o uso externo sobre os genitais, no entanto não é indicado para utilização sobre membranas mucosas, como a vagina. Foi também necessário realizar ensino no que se refere à aplicação do mesmo, uma vez que quando existem vesículas e existe contacto com a pele infetada pode existir contaminação de outras partes do corpo, sendo recomendado que no seguimento de casa aplicação seja realizada a higiene das mãos (Infarmed, 2017)

Diagnóstico de enfermagem: Ansiedade devido a situação clínica e internamento

Devido à sua situação clínica, a utente encontra-se ansiosa e preocupada. A doença acarreta sofrimento emocional e diminuição da qualidade de vida (Rosário, 2018). É necessário prestar todos os esclarecimentos necessários e também estar presente para escutar as suas preocupações na medida em que se encontra com uma infeção primária do herpes genital e é a primeira vez que se encontra internada. O diálogo e a escuta ativa são uma estratégia de comunicação essencial para a compreensão do outro, pois demonstra interesse e respeito pela situação vivenciada pela pessoa (Mesquita & Carvalho, 2014)

Conclusão

A Maria apresenta ulceração genital que resultou na retenção urinária derivado à dor. Para dar resposta a esta situação foram apresentadas intervenções de enfermagem com base

nos diagnósticos CIPE. Presentemente o herpes genital é a causa mais frequente de ulceração genital. De facto, após a infeção primária, de forma latente, o vírus permanece nos gânglios dorsais da região sagrada. Pode apresentar reativações periódicas que vão dar origem a episódios recorrentes (DGS, 2000). Os diagnósticos reportam-se a atual situação, uma vez que não existe cura, o tratamento tem como objetivo atenuar as queixas e sintomatologia presente. Existem medicamentos para atenuar e diminuir o tempo da doença e prevenir as erupções. Quando assintomáticos, a medicação diária pode reduzir o risco de transmissão ao parceiro sexual. É importante aconselhar e educar os utentes. Estar atento aos aspetos psicossociais da infeção e aos sentimentos vivenciados pelo utente. É também de extrema importância, informar sobre a possibilidade de recorrência, como ocorre a transmissão e que nesses períodos deve evitar ter relações sexuais. Deve também ser orientado no sentido de informar o seu atual ou futuro parceiro, já que mesmo utilizando preservativo, as lesões podem encontra-se presentes na região genital não coberta. Assim, este método apenas pode reduzir o risco de transmissão do herpes genital. (Penello, et al., 2010)

Já que não se obteve consentimento informado na forma escrita, os procedimentos metodológicos na abordagem à participante são uma limitação. Sendo considerada uma fragilidade ética do estudo.

REFERÊNCIAS

- Azambuja, Bercini, & Furlanetto. (2004). Herpes Simples: revisão literatura. 43-46.
- DGS. (2000). Saúde Reprodutiva: Doenças Infecciosas e Gravidez. *DGS*, 48.
- DGS. (2003). *A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor*. Lisboa.
- Fonseca. (1999). Clínica e Tratamento de Infecções Pelos Virus da Herpes Simplex tipo 1 e 2. *Simposio: Virulogia médica II*.
- Geller, Neto, Ribeiro, Oliveira, Naliato, Abreu, & Schechtman. (2012). Herpes Simples: Actualização clínica; Epidemiologia; terapêutica. *DST - J bras Doenças Sex Transm*, 260-266.

-
- Infarmed. (2017). Aciclovir 50 mg/g creme. *Infarmed: Bula do medicamento*.
 - Janeiro, I. M. (2017). *Fisiologia da Dor*. Lisboa: Universidade Lusófona de humanidades e tecnologias.
 - Mesquita, A., & Carvalho, E. (2014). A Escuta Terapêutica como estratégia de intervenção em saúde: uma revisão integrativa. *Rev Esc Enferm USP*, 48(6), 1127-36.
 - Penello, A., Campos, B., Simão, M., Gonçalves, M., Souza, P., Salles, R., & Pellegrin, E. (2010). Herpes Genital. *DST - J bras Doenças Sex Transm 2010*, 22(2), 64-72.
 - Pina, E., Silva, M. G., Abecassis, M. B., Quintino, R., Rebelo, M., Carvoeira, M. d., & Couto, F. B. (2004). Recomendações para a prevenção da infeção do trato urinário- Algiação de curta duração. *Ministério da Saúde- Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge*, 1-19.
 - Rosário, M. (2018). Ansiedade, Depressão e Espiritualidade no Doente Idoso em Contexto de Internamento. *FMUC*.
 - Sociedade Portuguesa de Ginecologia. (2012). Revisão dos Consensos em Infeções Vulvovaginais. *Sociedade Portuguesa de Ginecologia*, 50.

Apêndice D: Protocolos

	Norma Curetagem	Versão: I	A rever:
---	--------------------	-----------	----------

OBJETIVO: Uniformizar procedimentos de atuação da equipa de enfermagem em situações de curetagem.

DESTINATÁRIOS: Equipa de enfermagem do serviço de obstetria/ginecologia

DIPLOMAS LEGAIS QUE SUPOORTAM A NORMA / PROCEDIMENTO: Revisão bibliográfica.



<p>1. DESCRIÇÃO DA NORMA:</p> <p>1.1 Definição: A curetagem de aspiração consiste num procedimento de sucção a vácuo do conteúdo uterino. (Rothrock, 2008)</p> <p>1.2 Descrição: A sucção comprovou ser um método seguro e eficaz para a interrupção precoce da gravidez, situações de mola hidatiforme e para o uso em abortos espontâneos retidos e incompletos. As vantagens deste procedimento consistem na menor dilatação do colo, menor dano ao útero, menor perda sanguínea e menos risco infeccioso. (Rothrock, 2008)</p> <p>1.3 Procedimento</p> <p>Pré-Operatório:</p> <ul style="list-style-type: none"> Realizar pausa alimentar de 6 horas; Realizar higiene com cloro-hexidina; Canalizar acesso gy periférico; Colocar soro dextrosado em curso em vpp; Prestar apoio emocional através do diálogo e da escuta activa; Esclarecer a utente nas suas dúvidas; Realizar registos de Enfermagem; Acompanhar a utente ao Bloco Operatório. <p>Pós-Operatório:</p> <ul style="list-style-type: none"> Avaliar parâmetros vitais à chegada e realizar o seu registo; Manter soroterapia em curso em vpp; Vigiar perdas sanguíneas vaginais; Manter pausa alimentar de pelo menos 2 horas; Realizar o primeiro levante, acompanhada por Equipa de Enfermagem após 4/6 do procedimento cirúrgico; Prestar apoio emocional através do diálogo e da escuta activa; Esclarecer a utente nas suas dúvidas. <p>2. SIGLAS E ABREVIATURAS</p> <p>EESMO – Enfermeira Especialista Saúde Materna e Obstetria ENE – Enfermeira EV - endovenoso VPP – veia periférica permeável</p> <p>3. REFERÊNCIAS</p> <p>Rothrock, J. C. (2008). <i>Cuidados de Enfermagem ao Paciente Cirúrgico</i>. Lisboa: Lusodidacta.</p>

Elaborado: Enf.ª Ana Alabaça; Enf.ª Carla Santanita; EESMO Maria Parreira; EESMO Sara Marrafa e Enf.ª Olga Bugalho	Data ____/____/____	Aprovado	Data ____/____/____	Pág. 1/3
---	------------------------	----------	------------------------	-------------

 Hospital Espírito Santo E.P.E.	Norma <u>Neuroprotecção fetal</u>	Versão: I	A rever:
--	--------------------------------------	-----------	----------

OBJETIVO: Uniformizar procedimentos de actuação da equipa de enfermagem relativamente a abordagem referente à neuroprotecção fetal

DESTINATÁRIOS: Equipa de enfermagem do serviço de obstetrícia/ginecologia

DIPLOMAS LEGAIS QUE SUPOORTAM A NORMA / PROCEDIMENTO: Revisão bibliográfica



• DESCRIÇÃO

A administração materna do Sulfato de Magnésio (MgSO₄) tem por objectivo reduzir o risco de paralisia cerebral no recém-nascido em todas as gestações em risco de parto pré-termo antes da 32ª semana.

A adesão a este protocolo obriga à escolha cuidadosa das grávidas, não devendo ser administrado se:

- Gravidez com \geq 32 semanas;
- Existência de anomalia morfológica do feto incompatível com a vida;
- Evidência de pré-eclâmpsia grave – a grávida deve já estar sob terapêutica com MgSO₄.

Contraindicação materna: miastenia gravis e insuficiência renal.

Deve ser administrado a grávidas com idade gestacional compreendidas entre as 24 semanas e 32 semanas se:

- Existir evidência clínica de trabalho de parto pré-termo (modificações cervicais e contractilidade) e em que seja previsível que o parto ocorra nas 12h seguintes;
- RPM-PT;
- Existir evidência de Incompetência Cérvico-Ístmica e em que seja previsível que o parto ocorra nas 12h seguintes;
- Indicação médica ou obstétrica para interrupção da gravidez.

Elaborado:	Data	Aprovado	Data	Pág.
Enf.ª Ana Alabaça; Enf.ª Carla <u>Santanita</u> ; Enf.ª Maria Parreira; Enf.ª Olga Bugalho; Enf.ª Sara Marrafa	2019/01/16		___/___/___	1/3

• **ADMINISTRAÇÃO DE MgSO4**

- **Dose de carga:** 6g de MgSO4 EV durante 30 min (diluir 3 ampolas de MgSO4 a 20% - cada ampola de 10ml de MgSO4 a 20% contém 2g de Mg2+ em 100ml de soro fisiológico e administrar a um ritmo de infusão de 300ml/h).
- **Dose de manutenção:** MgSO4 EV a 2g/h (diluir 5 ampolas de MgSO4 a 20% em 500cc Dextrose 5% a ritmo de infusão de 100ml/h) até ao parto ou até 12h de administração.
- **Perfusão com MgSO4 pressupõem:**
 - Monitorização da diurese (algaliação);
 - Monitorização da magnesiémia 2/2h;
 - Avaliação do reflexo patelar;
 - Utilização obrigatória de bomba infusora.

• **NOTA:**

- Níveis séricos MgSO4 mg/dl mmol/L;
- Perda de reflexos tendinosos 9-12 4.0-5.0;
- Paragem respiratória 12-18 5.0-8.0;
- Em caso de toxicidade a MgSO4 utilizar Gluconato de Cálcio a 10% - 10ml EV durante 3 min.

Se após 12h não tiver ocorrido o parto deverá ser suspensa a administração de MgSO4. Se após este período, a parturiente apresentar os mesmos critérios acima referidos e que levaram à administração de MgSO4 e se a interrupção da sua administração tiver ocorrido há:

• **Menos de 6 horas**

Iniciar perfusão de manutenção de MgSO4 como acima descrito

• **Mais de 6 horas**

Iniciar administração de MgSO4 com dose carga e manutenção como acima descrito

Elaborado:	Data	Aprovado	Data	Pág.
Enf.ª Ana Alabaça; Enf.ª Carla <u>Santanita</u> ; Enf.ª Maria Parreira; Enf.ª Olga Bugalho; Enf.ª Sara Marrafa	2019/01/16		___/___/___	2/3

	Norma <u>Neuroproteção fetal</u>	Versão: I	A rever:
---	-------------------------------------	-----------	----------

- o Em caso de tocólise – o que é previsível nos casos de parto pré-termo eminente de forma a dar tempo de atuação aos corticosteroides – optar pelo atosiban ou indometacina como preconizado em parto pré-termo. A utilização de nifedipina deve ser evitada aquando da utilização de MgSO4. (Clode, 2012)

- **SIGLAS E ABREVIATURAS**

HESE - Hospital Espírito Santo Évora

MgSO4- Sulfato de Magnésio

- **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- o Clode, N. (2012). Normas de atuação na urgência de obstetrícia e ginecologia do Hospital de Santa Maria. Lisboa.
- o Reeves, S., Gibbs, R., & Clark, S. (2011). Magnesium for fetal neuroprotection. Am J Obstet Gyneco, pp. 204-202.

Elaborado: Enf.ª Ana Alabaça; Enf.ª Carla <u>Santanita</u> ; Enf.ª Maria Parreira; Enf.ª Olga Bugalho; Enf.ª Sara Marrafa	Data 2019/01/16	Aprovado	Data ___/___/___	Pág. 3/3
--	--------------------	----------	---------------------	-------------

Apêndice E: Questionário aplicado à população Alvo

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estimado Senhor

Sou Olga Cristina Nobre Bugalho, apresento-me como enfermeira no Hospital de Évora e estudante do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da Universidade de Évora. No âmbito deste curso estou a desenvolver um trabalho que tem como objetivo:

- Descrever as competências que os pais identificam/enunciam/reconhecem como necessárias para cuidar o seu filho recém-nascido

Assim, através deste documento, convido-o a participar, dado que os resultados obtidos, poderão trazer informações importantes para melhorar o apoio aos pais, no que diz respeito aos cuidados com o recém-nascido. Não haverá quaisquer riscos na sua participação. Todas as informações serão tratadas de forma a guardar sigilo, confidencialidade, protegendo a sua identidade. A sua participação não tem compensação financeira, sendo de carácter voluntário. Caso não tenha interesse em participar, isso não acarreta nenhum prejuízo. Está livre de desistir a qualquer momento, sem que isso o prejudique. Garanto a confidencialidade dos dados, pois em nenhum momento será referido o seu nome ou qualquer dado que o possa identificar. O trabalho é orientado pela Prof^a. Margarida Sim-Sim (OE 34070) da Universidade de Évora. Caso concorde em participar, assine por favor no seguimento da declaração.

Declaração de Consentimento:

Declaro que compreendi as intenções deste estudo. Permito o uso dos meus dados para a realização do estudo e disponho-me voluntariamente a participar. Assim assino este consentimento

Evora....., de de

Mestranda

Participante

Olga Bugalho (Lic. OE 78382)

Rubrica

Este consentimento é apresentado em duplicado, ficando um exemplar com a participante e outro com a mestranda

PARTE I- CARACTERIZAÇÃO SÓCIODEMOGRÁFICA

1. Idade _____ anos

2. O seu Estado Civil:

1. Solteiro.

2. Casado/união facto

3. Divorciado

3. Qual a sua origem

1. Portugal

2. Brasil

3. Cabo Verde

4. Angola

5. Moçambique

6. Europa de Leste

7. Outros

4. A sua Escolaridade

0. Instrução primária

1. Completou o 9º Ano

2. Completou o 12º Ano

3. Bacharelato ou Licenciatura

4. Mestrado

5. Doutoramento

5. Profissão _____

6. Nº filhos ____ (inclua último)

7. Há filhos de outra união

1. Sim

2. Não

8. Ordem do último filho:

1º	2º	3º	4º	5º ou mais

9. Religião

0. Não professa

1. Católico

2. Protestante

3. Induismo

4. Muçulmano

5. Outro

10. Agregado familiar:

1. vive com a mãe do bebé

Se sim, há quanto tempo _____

2. vive noutra local

11. Condição laboral

1. Empregado

2. Desempregado

3. Emprego temporário

PARTE II - EXERCÍCIO DA PARENTALIDADE

12. A gravidez foi planeada

1. Sim

2. Não

13. Gravidez teve complicações

1. Sim

2. Não

14. Sexo do bebé

1. Masculino

2. Feminino

15. Tipo de parto

1. Normal

2. Ferros/ventosa

3. Cesariana

16. Parto foi assistido por:

1. Enfermeiro

2. Médico

17. Acompanhou a esposa durante o parto

1. Não

2. Sim

Se sim, quanto tempo _____ horas

18. Na 1ª hora de vida do seu bebé, pegou-lhe ao colo

1. Sim

2. Não

Data de nascimento do bebé

_____/_____/_____

PARTE III - Por favor responda à seguinte grelha de questões. Com que frequência se sente com competências para realizar os cuidados ao seu filho(a) que abaixo se indicam (Kuruçirak & Kulakaçb, 2014)

	Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Quase sempre	Sempre
1. Mudar a fralda do bebê	1	2	3	4	5
2. Ajudar a esposa a mudar a fralda do bebê	1	2	3	4	5
3. Mudar a roupa do bebê.	1	2	3	4	5
4. Preparar a refeição do bebê	1	2	3	4	5
5. Ajudar a esposa a preparar a refeição do bebê	1	2	3	4	5
6. Alimentar o bebê	1	2	3	4	5
7. Ajudar a esposa a alimentar o bebê	1	2	3	4	5
8. Ajudar a esposa a mudar a roupa do bebê.	1	2	3	4	5
9. Ajudar a esposa ao dar banho no bebê.	1	2	3	4	5
10. Ajudar o bebê a arrotar.	1	2	3	4	5
11. Dar banho ao bebê	1	2	3	4	5
12. Colocar o bebê a dormir	1	2	3	4	5
13. Atender ao bebê quando ele chora à noite.	1	2	3	4	5
14. Ir com a esposa à vacinação do bebê.	1	2	3	4	5
15. Levar o bebê à vacinação	1	2	3	4	5
16. Entreter o bebê	1	2	3	4	5
17. Falar com o bebê	1	2	3	4	5
18. Observar o crescimento e desenvolvimento do bebê	1	2	3	4	5
19. Cuidar do bebê se fica doente	1	2	3	4	5
20. Ajudar a esposa a cuidar do bebê quando adoecer.	1	2	3	4	5
21. Agir imediatamente quando o bebê começa a chorar	1	2	3	4	5
22. Acompanhar a esposa quando sai com o bebê	1	2	3	4	5
23. Ir passear com o bebê	1	2	3	4	5
24. Acompanhar a esposa quando brinca com o bebê	1	2	3	4	5
25. Ajudar a esposa a acalmar o bebê quando ele chora	1	2	3	4	5
26. Fazer por passar tempo com o bebê	1	2	3	4	5
27. Acalmar o bebê quando ele chora	1	2	3	4	5
28. Brincar com o bebê	1	2	3	4	5

Muito obrigada

Apêndice F: Pedido de autorizaçaõ aos autores originais da escala

Kimden: Margarida Sim-Sim [msimsim@uevora.pt]

Gõnderildi: 09 Ağustos 2019 Cuma 11:42

Kime: Ozen Kulakac

Bilgi: Olga Bugalho

Konu: Permission Please

Dr. Şirin KURUÇIRAK, RN, Clinical Nurse

Dr. Özen KULAKAÇ, Associate professor

Dear Authors

I'm introducing myself as Nursing Professor at the University of Evora, Portugal. In my activities I have a master student who is studing the role of the father in newborn care.

Doing some research, I found your article:

Kuruçırak, Ş , Kulakaç, Ö . (2014). The experiences and involvements of fathers during 4-12 months of their children's lives: a mixed method study/Yaşamın 4-12 aylık döneminde babaların bebek bakımına katılımları ve deneyimleri: bir karma yöntem araştırması. Turkish Journal of Public Health, 12 (2), 113-126. DOI: 10.20518/thsd.24549

So, with this e-mail, I would like to ask your permission to apply your scale

Fathers Involvement in Child Care. If I have your permission, and you think possible, I would like to ask you to send us your instrument.

Of course, we will cite you as the authors

Thank you very much for your attention

Ozen Kulakac <kozen@akdeniz.edu.tr> escreveu no dia quinta, 15/08/2019 à(s) 14:31:

Dear Margarida,

Sorry for being late to answer your e-mail. The **Fathers Involvement in Child Care Questionnaire is in Turkish. Do you still interested in with the Questionnaire. If you interested in with, I will Send you the Turkish version of it.**

Kind Regards

Gönderildi: 16 Ağustos 2019 Cuma 12:10

Kime: Ozen Kulakac

Konu: Re: Permission Please

Dr. Şirin KURUÇIRAK, RN, Clinical Nurse

Dr. Özen KULAKAÇ, Associate professor

Dear Authors

I received your e-mail and I thank you a lot

We have your instrument, in English version, and we will translate to Portuguese. We would like to thank you your permission to apply it in Portuguese

If you have the Turkish version and is possible to send us, I will appreciate. We have sometimes Turkish Nursing students here, in our university, in Doctoral exchange programmes and it can be nice to have your paper

Another idea, is if you want to do a study with us. We have a questionnaire, with your scale, for Portuguese fathers, and it can be interestinga, if you have the same questionnaire in Turkish. Perhaps you like the idea and we can do a study together, comparing Portuguese and Turkish fathers. Here we are 2 persons (me and my master midwifery student);

Thank you very much . If you want, I can send you our questionnaire in English, which has also your instrument

Dear Margarida,

I'm interested in gender issues and of course fatherhood and motherhood. So it would be nice to study with you and your student. I'm looking forward to working with you- to plan and put into practice as soon as possible. Thank you for your kind invitation to work together. On Monday I will sent you the Turkish version of the scale. I do not need the English version of the questionnaire. I get it now.

Dear Margarida, I came to Portugal twice. I stayed in Lisbon, I love Sintra, Belem cake and home made wines and bread. So receiving mail from you revived my good memories. Thank you very much.

With my sincere love and respect- En içten sevgi ve saygılarımla.

Note: Please send me the mails from my gmail adress ozenkulakac@gmail.com . I changed the institution and I only check out time to time this mail adress. Thank you again.

Prof. Dr. Özen KULAKAÇ

Ondokuz Mayıs Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Fakültesi

Hemşirelik Bölümü

Kurupelit Kampüsü, 55139

Atakum / SAMSUN / TÜRKİYE

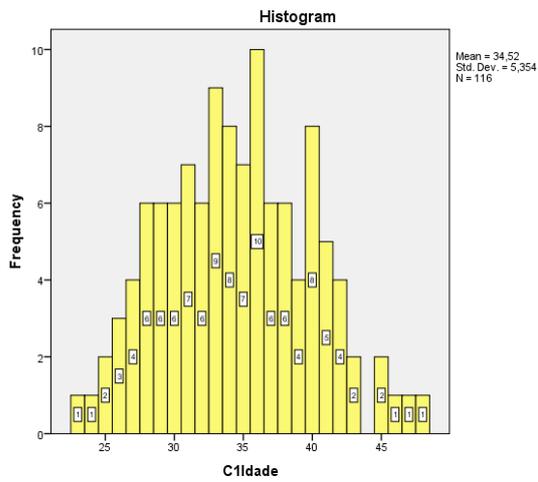
E-Posta: ozenkulakac@omu.edu.tr

E-Posta: ozenkulakac@gmail.com

Apêndice G: Tratamento estatístico dos dados

V1: Variável Idade dos Pais:

Dos 116 participantes que responderam à questão, a idade apresenta uma amplitude entre 23 e 48 anos, com média 34.52 (SD=5.35), moda 36 e mediana 34



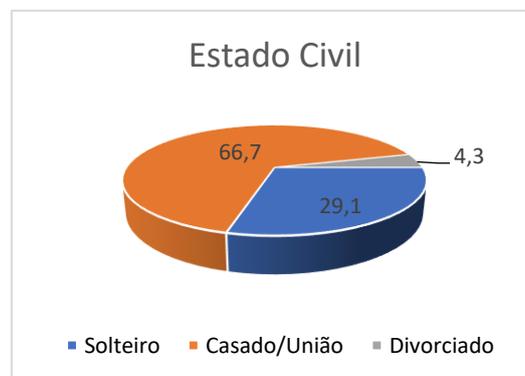
Histograma

Statistics		
C1idade		
N	Valid	116
	Missing	1
Mean		34,52
Median		34,00
Mode		36
Std. Deviation		5,354
Minimum		23
Maximum		48

V2: Variável Estado Civil:

A maioria dos participantes é casado ou vive em união de facto (n=78; 66.7%), seguindo-se os que se declaram solteiros (n=34; 29,1%) e por fim os divorciados (n=5; 4.3%)

	Frequency	Valid Percent
Solteiro	34	29,1
Casado/União	78	66,7
Divorciado	5	4,3
Total	117	100,0



V3: Variável nacionalidade:

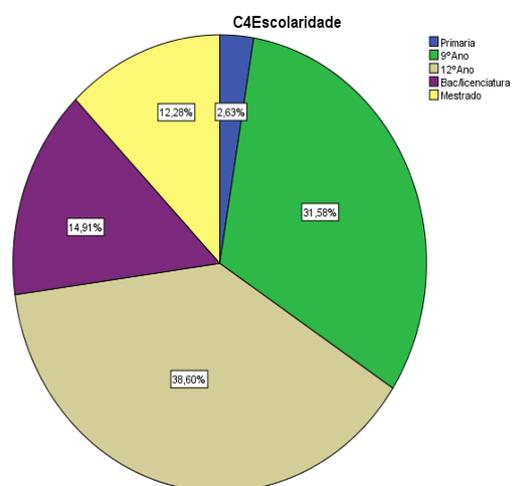
Dos 116 respondentes à questão, a grande maioria é de nacionalidade portuguesa (n=110; 94.8%). Figuram ainda 2 brasileiros (1.7%), dois de origem não explicitada (1.7%), um de Angola e um dos países de Leste

	Frequency	Valid Percent
Portugal	110	94,8
Brasil	2	1,7
Angola	1	,9
Europa de Leste	1	,9
Outros	2	1,7
Total	116	100,0
Missing	1	
Total	117	

V4: Variável escolaridade

A maioria dos participantes apresenta como escolaridade o 12º ano e 9º ano (n=44; 38,6%) e (n=36; 31,6%) respectivamente. 17 (14,9%) referem ter como escolaridade licenciatura e 14 (12,3%) mestrado.

	Frequency	Valid Percent
Primaria	3	2,6
9ºAno	36	31,6
12ºAno	44	38,6
Bac/licenciatura	17	14,9
Mestrado	14	12,3
Total	114	100,0
Missing	3	
Total	117	

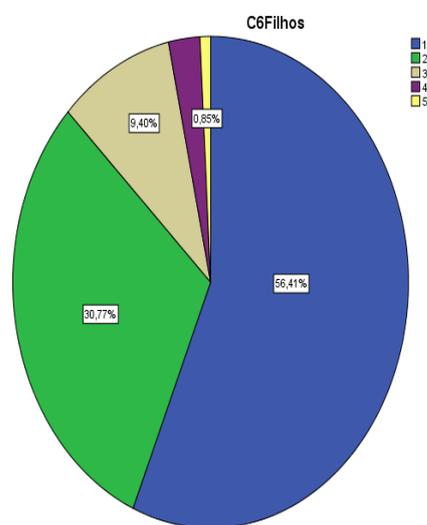


V6: Variável número de filhos dos participantes

Mais de metade dos participantes refere que o recém-nascido atual é o seu 1º filho (n=66; 56.4%)

Para cerca de 30.8% (n=36), a criança que agora nasceu é o seu 2º filho.

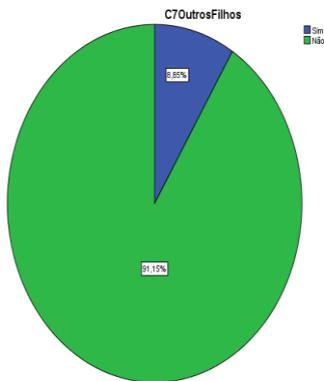
	Frequency	Valid Percent
1	66	56,4
2	36	30,8
3	11	9,4
4	3	2,6
5	1	,9
Total	117	100,0



V7: Variável Filhos de outra união matrimonial

A maior parte dos participantes não tem filhos de outras uniões (n=103; 91.2%), enquanto 10 (8.8%) o referem e quatro não se manifestam

	Frequency	Valid Percent
Sim	10	8,8
Não	103	91,2
Total	113	100,0
Missing	4	
Total	117	



V10: Agregado Familiar

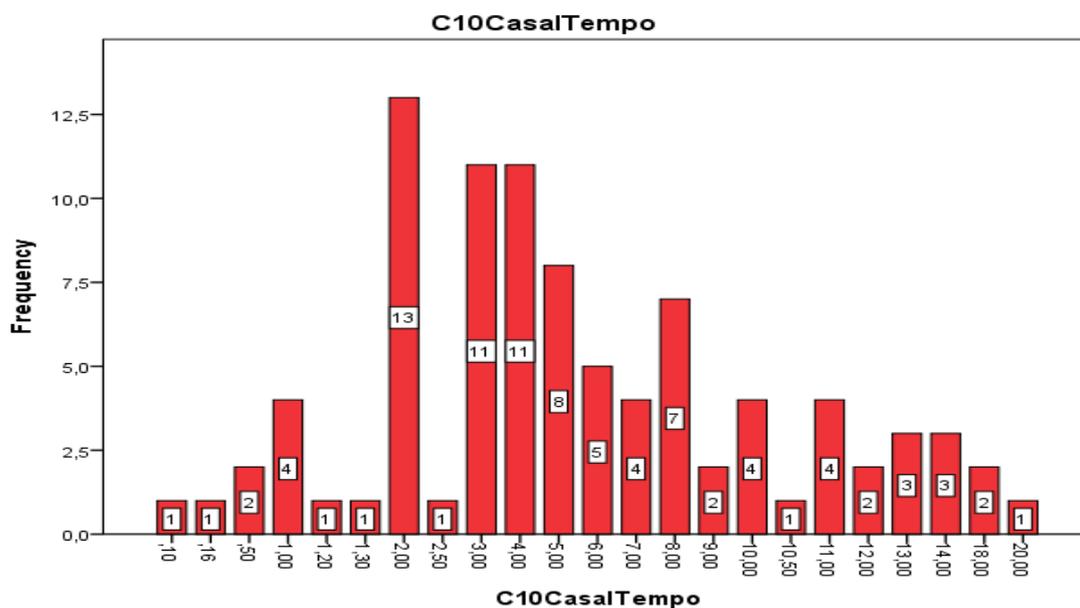
A maioria dos participantes (n=111; 94,9%) afirma que vivem em casal.

	Frequency	Valid Percent
Casal	111	94,9
Não	6	5,1
Total	117	100,0

V10.1: Tempo de vivência do Casal

Dos 92 participantes que declaram o tempo de vivência em casal, tal decorre em média desde há 5.87 anos (SD=4.41), numa amplitude de 1 mês a 20 anos. A variável apresenta Moda de 2 anos e Mediana de 4,5 anos

Statistics		
C10CasalTempo		
N	Valid	92
	Missing	0
Mean		5,8778
Median		4,5000
Mode		2,00
Std. Deviation		4,41485
Minimum		,10
Maximum		20,00



V11: Condição Laboral

A maioria dos participantes afirma estar empregado (n=111; 95,7%) e apenas 3 (2,6%) refere que se encontra no desemprego e 2 (1,7%) encontra-se num emprego temporário

	Frequency	Valid Percent
Empregado	111	95,7
Desempregado	3	2,6
Emprego temporário	2	1,7
Total	116	100,0
Missing	1	
Total	117	

V12: Planeamento da gravidez

A maioria dos participantes (n= 97; 82,9%) refere que a gravidez foi planeada.

	Frequency	Valid Percent
Sim	97	82,9
Não	20	17,1
Total	117	100,0

V13: Complicações da gravidez

Verifica-se que a maioria dos participantes (n=91; 78,4%) refere que a gravidez não teve complicações, enquanto (n= 25; 21,6%) o referem.

	Frequency	Valid Percent
Sim	25	21,6
Não	91	78,4
Total	116	100,0
Missing	1	
Total	117	

V14: Sexo do RN

Relativamente ao sexo do RN, verifica-se que nasceram mais RN do sexo feminino (n=61; 52,1%) apesar do valor não ser significativo em relação aos RN do sexo masculino (n=56; 47,9%).

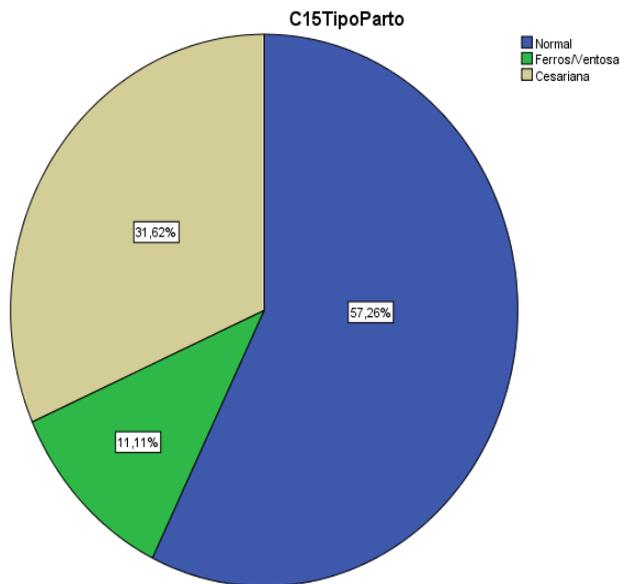
	Frequency	Valid Percent
Masculino	56	47,9
Feminino	61	52,1
Total	117	100,0

V15: Tipo de parto

De acordo com as respostas dos participantes, a maioria dos partos ocorreu normalmente (n=67; 57.3%), embora 13 (11.1%) com aplicação de ventosa.

Destaque-se que 37 partos (31.6%) ocorreram via cesariana

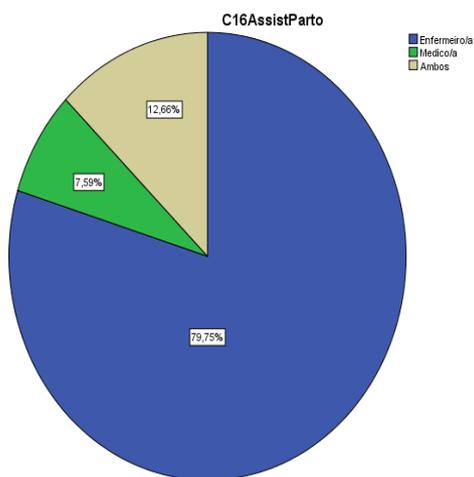
	Frequenc y	Valid Percent
Normal	67	57,3
Ferros/Ventosa	13	11,1
Cesariana	37	31,6
Total	117	100,0



V16: Realização do parto

Considerando a subamostra dos partos por via baixa, a maioria (n=63; 79.7%) foi realizado por EESMO

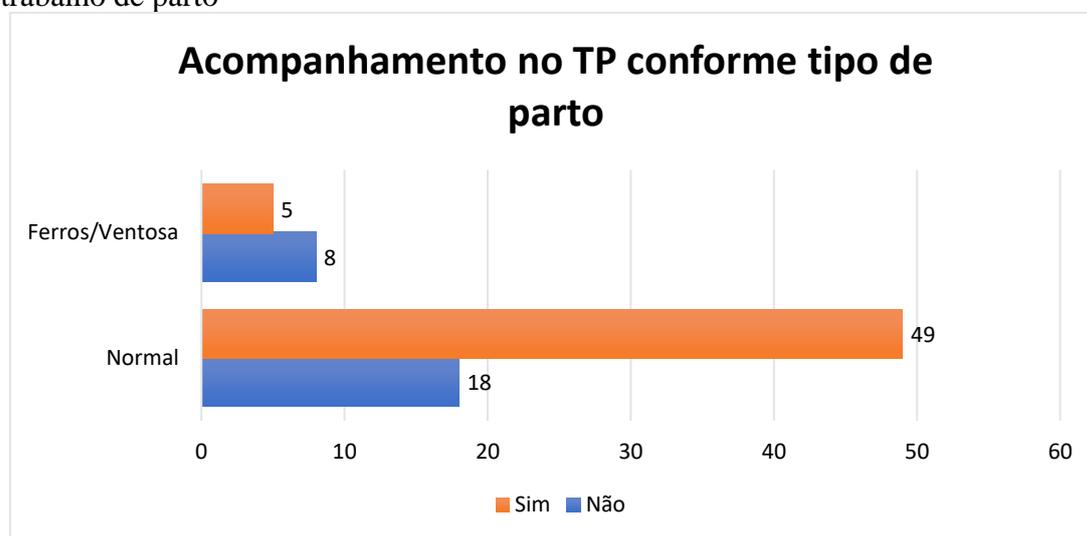
	Frequency	Valid Percent
Enfermeiro/a	63	79,7
Medico/a	6	7,6
Ambos	10	12,7
Total	79	100,0
Missing	1	
Total	80	



**V17:
Acompanhamento
da esposa durante
o trabalho de parto**

Na circunstância de trabalho de parto normal (n=67) a maior parte dos participantes (n=49) acompanhou as suas esposas durante o trabalho de parto

		C17AcompanhaParto		Total
		Não	Sim	
C15TipoParto	Normal	18	49	67
	Ferros/Ventosa	8	5	13
Total		26	54	80



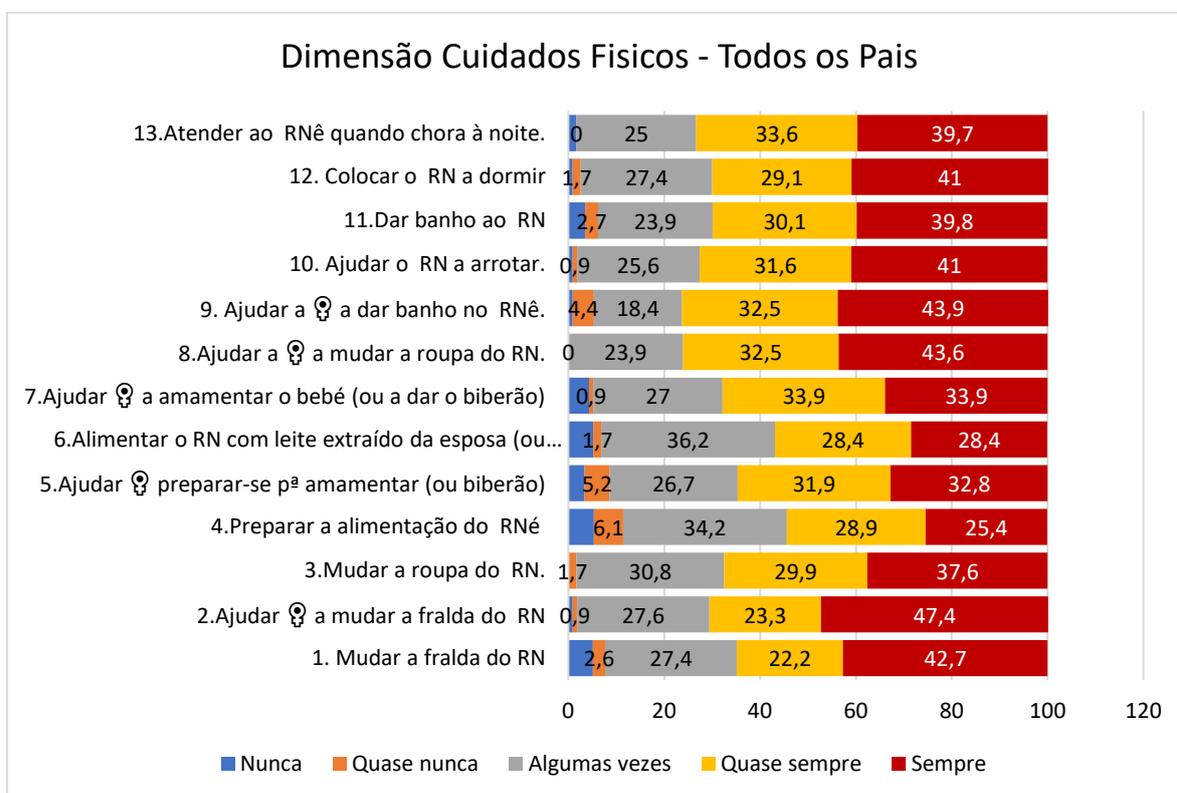
V18: Pegar ao colo

A maioria dos participantes pegou no filho ao colo quando nasceu (n=95; 82,6%) e apenas 20 (17,4%) não o fizeram

	Frequency	Valid Percent
Sim	95	82,6
Não	20	17,4
Total	115	100,0
Missing	2	
Total	117	

Competências reconhecidas pela figura paterna, antes da saída do hospital
 Todos os pais, nos itens da dimensão “Cuidados Físicos”

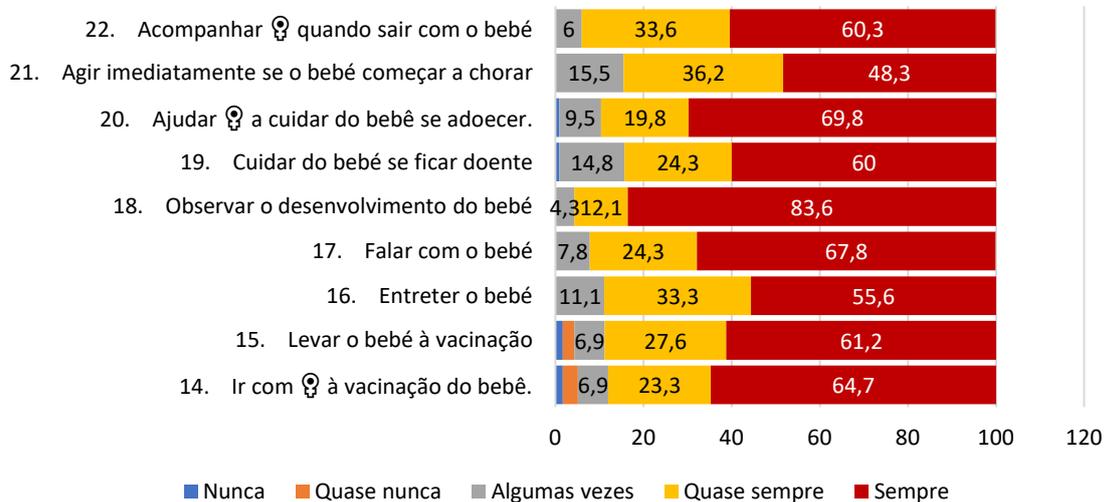
Dimensão Cuidados Físicos – Todos os Pais	Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Quase sempre	Sempre
1. Mudar a fralda do RN	5,1	2,6	27,4	22,2	42,7
2. Ajudar ♀ a mudar a fralda do RN	0,9	0,9	27,6	23,3	47,4
3. Mudar a roupa do RN.		1,7	30,8	29,9	37,6
4. Preparar a alimentação do RN	5,3	6,1	34,2	28,9	25,4
5. Ajudar ♀ preparar-se p ^a amamentar (ou biberão)	3,4	5,2	26,7	31,9	32,8
6. Alimentar o RN com leite extraído da esposa (ou biberão)	5,2	1,7	36,2	28,4	28,4
7. Ajudar ♀ a amamentar o bebê (ou a dar o biberão)	4,3	0,9	27	33,9	33,9
8. Ajudar a ♀ a mudar a roupa do RN.			23,9	32,5	43,6
9. Ajudar a ♀ a dar banho no RNê.	0,9	4,4	18,4	32,5	43,9
10. Ajudar o RN a arrotar.	0,9	0,9	25,6	31,6	41
11. Dar banho ao RN	3,5	2,7	23,9	30,1	39,8
12. Colocar o RN a dormir	0,9	1,7	27,4	29,1	41
13. Atender ao RNê quando chora à noite.	1,7		25	33,6	39,7



Dimensão Cuidados Físicos Pais pela 1ª vez	Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Quase sempre	Sempre
1. Mudar a fralda do RN	4,5	3	27,3	28,8	36,4
2. Ajudar ♀ a mudar a fralda do RN			27,7	26,2	46,2
3. Mudar a roupa do RN.		1,5	31,8	30,3	36,4
4. Preparar a alimentação do RN	7,8	6,3	32,8	28,1	25
5. Ajudar ♀ preparar-se pª amamentar (ou biberão)	4,6	6,2	20	33,8	35,4
6. Alimentar o RN com leite extraído da esposa (ou biberão)	6,2	3,1	21,5	38,5	30,8
7. Ajudar ♀ a amamentar o bebê (ou a dar o biberão)	4,7	1,6	17,2	40,6	35,9
8. Ajudar a ♀ a mudar a roupa do RN.			16,7	37,9	45,5
9. Ajudar a ♀ a dar banho no RNê.	1,6	3,2	9,5	36,5	49,2
10. Ajudar o RN a arrotar.		1,5	21,2	36,4	40,9
11. Dar banho ao RN	1,6	3,2	19	36,5	39,7
12. Colocar o RN a dormir		1,5	15,2	40,9	42,4
13. Atender ao RNê quando chora à noite.	3,1		15,4	41,5	40

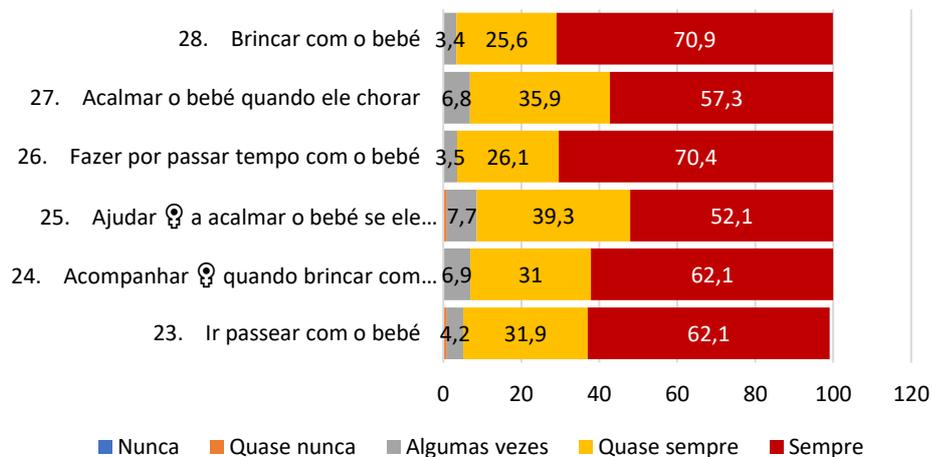
Dimensão de Desenvolvimento & Saúde	Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Quase sempre	Sempre
14. Ir com ♀ à vacinação do bebê.	1,7	3,4	6,9	23,3	64,7
15. Levar o bebê à vacinação	1,7	2,6	6,9	27,6	61,2
16. Entretê-lo o bebê			11,1	33,3	55,6
17. Falar com o bebê			7,8	24,3	67,8
18. Observar o desenvolvimento do bebê			4,3	12,1	83,6
19. Cuidar do bebê se ficar doente	0,9		14,8	24,3	60
20. Ajudar ♀ a cuidar do bebê se adoecer.	0,9		9,5	19,8	69,8
21. Agir imediatamente se o bebê começar a chorar			15,5	36,2	48,3
22. Acompanhar ♀ quando sair com o bebê			6	33,6	60,3

Dimensão de Desenvolvimento e Saúde



Dimensão Tempo de Brincar	Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Quase sempre	Sempre
23. Ir passear com o bebê	0	0,9	4,2	31,9	62,1
24. Acompanhar ♀ quando brincar com o bebê	0	0	6,9	31	62,1
25. Ajudar ♀ a acalmar o bebê se ele chorar	0	0,9	7,7	39,3	52,1
26. Fazer por passar tempo com o bebê	0	0	3,5	26,1	70,4
27. Acalmar o bebê quando ele chorar	0	0	6,8	35,9	57,3
28. Brincar com o bebê	0	0	3,4	25,6	70,9

Dimensão Tempo de Brincar



Apêndice H: Apresentação no V Congresso Luso-Brasileiro

Expetativas paternas face aos cuidados ao recém-nascido.
Projeto para Síntese de Investigação quantitativa
Olga Bugalho¹; Margarida Sim-Sim, M.¹
¹Universidade de Evora

Introdução

Ao longo dos tempos tem-se observado que tanto o papel dos homens como das mulheres têm sofrido alterações na função familiar. Tornar-se pai, significa construir e desempenhar um papel numa família, assumindo das maiores responsabilidades na vida (1). O período pós-parto é reconhecido como uma fase stressante face às expetativas de desempenho do pai (2). Quando se trata de um primeiro filho surgem muitas dúvidas e questões. A ansiedade e a insegurança dos pais pode ser muito elevada².

O papel do enfermeiro, enquanto técnico de saúde e fazendo parte de uma equipa multidisciplinar passa por uma intervenção educacional junto das figuras parentais

Objetivo

Agregar para análise a investigação empírica sobre as expetativas das figuras paternas nas seis semanas após o nascimento do 1º filho.

INTRODUÇÃO



Expetativas paternas face aos cuidados ao recém-nascido.
Projeto para Síntese de Investigação quantitativa
Olga Bugalho¹; Margarida Sim-Sim, M.¹
¹Universidade de Evora

Método

Estudo secundário. Síntese de investigação, definida como a metodologia que integra as investigações empíricas quantitativas para generalização de resultados (3). Processo em 6 estádios: 1) definição do problema/questão, 2) recolha de evidência, 3) avaliação da correspondência entre métodos e implementação, 4) análise/integração da evidencia individual dos estudos, 5) interpretação da evidência cumulativa e 6) apresentação da síntese do método e resultados (3).

Passo 1. Questão de investigação. Que competências identificam, enunciam, reconhecem os pais como necessárias para cuidar o recém-nascido?

Passo 2. Recolha de evidência. Organização através de critérios a) cônjuges de mulheres no 3º trimestre de gravidez ou pais de recém-nascido até 6 semanas pós-parto; b) 1º filho do casal, sem filhos anteriores, c) equação booleana definida

METODO

Diapositiv
Prima Ctrl



Expetativas paternas face aos cuidados ao recém-nascido. Projeto para Síntese de Investigação quantitativa

Olga Bugalho¹; Margarida Sim-Sim, M.¹
¹Universidade de Evora

As fontes para pesquisa repostam-se às Bases de Dados da Editora EBSCO (figura 1)

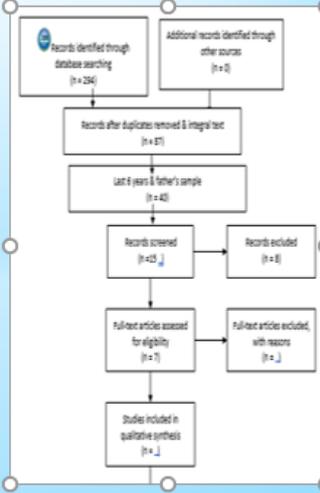
1. **CINAHL@Complete**
2. **MEDLINE Complete**
3. **Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive**
4. **MedicLatina**

Figura 1 – Bases de dados da Editora Ebsco

Equação booleana: (Father or fatherhood) AND expectations AND (newborns or neonates or infants) (figura 1)



Figura 1 – Equação booleana



```

graph TD
    A[Records identified through database searching (n = 294)] --> B[Records after duplicates removed & integrity test (n = 87)]
    C[Additional records identified through other sources (n = 0)] --> B
    B --> D[Last 6 years & father's sample (n = 42)]
    D --> E[Records screened (n = 42)]
    E --> F[Records excluded (n = 8)]
    E --> G[Full-text articles assessed for eligibility (n = 34)]
    G --> H[Full-text articles excluded, with reasons (n = 2)]
    G --> I[Studies included in qualitative synthesis (n = 32)]
    
```

Após a aplicação de critérios, retirada de repetidos, exclusão de estudos qualitativos, redundou em 7 estudos para análise

RESULTADOS

Expetativas paternas face aos cuidados ao recém-nascido. Projeto para Síntese de Investigação quantitativa

Olga Bugalho¹; Margarida Sim-Sim, M.¹
¹Universidade de Evora

Discussão

Os resultados encontrados nos diversos estudos sugerem que o relacionamento entre pais e filhos começa durante a gravidez. Esta é uma das formas de preparar-se para a parentalidade, para o nascimento do filho. Foi possível concluir que a qualidade de vida dos pais possui níveis significativamente semelhantes em ambas as figuras parentais. No entanto os pais descrevem sintomas físicos e cognitivos da fadiga tendo um impacto importante no funcionamento diário e bem-estar.

Referências

1. Solberg B, Glavin K. From Man to Father: Norwegian First-Time Fathers' Experience of the Transition to Fatherhood. *Health Science Journal*. 2018;12(3):1-7.
2. Shorey S, Ang L, Goh ECL. Lived experiences of Asian fathers during the early postpartum period: Insights from qualitative inquiry. *Midwifery*. 2018;60:30-5.
3. Cooper H, Hedges L. Research synthesis as a scientific process. *The Hand of Res Synthesis and Meta-Analysis*. 2nd ed. London: Russell Sage Foundation; 2009. p. 3-16.

Conclusões

Como conclusão preliminares pode concluir que sabe-se menos sobre as experiências dos pais, uma vez que os estudos existente dão mais atenção ao cuidado materno.

No entanto, intervenções que ajudam os pais a identificar e a encarar o seu papel com os filhos têm a capacidade de apoiar o relacionamento precoce entre pai e bebê, para que exista um relacionamento duradouro entre pai e filho.

DISCUSSÃO



V COLÓQUIO LUSO-BRASILEIRO

28/30 novembro 2018

CERTIFICADO

SOBRE SAÚDE,
EDUCAÇÃO E
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS (CLBSERS)

Évora - Portugal

X FÓRUM INTERNACIONAL DE SAÚDE, ENVELHECIMENTO E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS (FISERS)

Certifica-se que o trabalho intitulado "EXPETATIVAS PATERNAS FACE AOS CUIDADOS AO RECÉM-NASCIDO. PROJETO PARA SÍNTESE DE INVESTIGAÇÃO QUANTITATIVA" realizado Olga Bugalho; Margarida Sim-Sim foi apresentado como **POSTER** no V Colóquio Luso Brasileiro sobre Saúde Educação e Representações Sociais e X Fórum Internacional de Saúde, Envelhecimento e Representações Sociais, promovido pela Universidade de Évora, pela Universidade Federal da Paraíba e pela Rede Internacional de Pesquisa Sobre Representações Sociais em Saúde (RIPRES), por **Olga Bugalho** que decorrerem nos dias 28, 29 e 30 de novembro de 2018, na Universidade de Évora, em Portugal.

Pela Comissão Científica

(Felismina Mendes)

Apêndice I: Screening, para a seleção de textos no software Rayyan Qatar Computer Research Institute (Rayyan-QCRI) (Ouzzani, Hammady, Fedorowicz, & Elmagarmid, 2019)

The screenshot displays the Rayyan-QCRI search interface. The search query is: **father or fatherhood or men or paternal or fathering** AND **expectations or perceptions or attitudes** AND **infant care or newborn care**. The search results show 1 of 415 results. The first result is titled **FATHERHOOD: DISCOURSES OF MEN WHO EXPERIENCE A CLOSER AND PARTICIPATIVE RELATIONSHIP IN THE CHILDREN CARE**. The authors listed are Rocha Cameiro, Liana Maria; Lima da Silva, Kelanne; Souza Pinto, Agnes Caroline; de Araujo Silva, Adna; da Costa Pinheiro, Patrícia Neyva; Cunha Vieira, Neiva Francenely. The journal is *Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE*, Sep2012; 6(9): 2177-2182. 6p. (Journal Article - research, tables/charts) ISSN: 1981-8963, Database: CINAHL Plus with Full Text. The subjects are **Fathers** Psychosocial Factors; **Fatherhood**; **Infant Care**; **Father-Infant Relations**; **Paternal Attitudes**; **Infant** 1-23 months; **Male**.

Equação booleana: father or fatherhood or men or paternal or fathering) AND (expectations or perceptions or attitudes) AND (infant care or newborn care)

Resultando em 415 resultados.

Selecionando só o gênero masculino, ficaram 158 resultados.

Retirando os repetidos, resultaram 131 artigos.

Existiam 4 duplicados

2019-10-10: Father **Blind ON**

Showing 2 to 9 of 98 unique entries

Date	Rating	Title	Authors
2009-01-01	Olga Diseases	Assuring the integrity of the family: being the father of a very low birth w...	Lee, T.; Lin, H.; Huang, T.;...
2010-01-01	Olga not OECD	A community-based participatory research approach to explore communi...	Foster, J.; Burgos, Lic M. A....
2009-01-01	Olga	A comparison of father-infant interaction between primary and non-primary care g...	Lewis, S. N.; West, A. F.; St...
2013-01-01	Olga not population	African-American Grandmothers: Rationale for the Support They Give...	Sumo, Jen'nea
2017-01-01	Olga not OECD	A mixed methods assessment of barriers to maternal, newborn and child...	Lawry, Lynn; Canteli, Covad...
2015-01-01	Olga	A narrative review of fathers' involvement during labour and birth and their influe...	Longworth, Mary K.; Furber,...
2014-01-01	Olga	A new model of father support to promote breastfeeding	Sherriff, Nigel; Panton, Chris...
2017-01-01	Olga not population	A qualitative study: Mothers of late preterm infants relate their exper...	Premji, Shahirose S.; Currie,...

No articles selected, use your mouse or keyboard to select articles from the above table.

Depois de ler o título e fazer a seleção, foram selecionados 20. A leitura integral dos textos permitiu eleger 7, dos quais emergiram os significados.



ANEXOS

Anexo A: Parecer da Comissão de Ética para a Investigação nas Áreas de Saúde Humana e Bem-estar da Universidade de Évora



Documento 1 8 1 7 1

**Comissão de Ética para a Investigação Científica
nas Áreas de Saúde Humana e Bem-Estar
Universidade de Évora**

A Comissão de Ética para a Investigação Científica nas Áreas da Saúde Humana e do Bem-Estar vem deste modo informar que os seus membros,

Prof.^o Doutora Maria de Fátima Jorge,
Prof.^o Doutora Sandra Leandro
e Prof. Doutor Manuel Fernandes,

deliberaram dar

Parecer Positivo

para a realização do Projeto:

"A parentalidade no masculino: perspetivas do pai face aos cuidados ao recém-nascido." pela investigadora **Olga Cristina Nobre Bugalho** (Mestranda) sob a supervisão da Prof.^o Doutora Maria Margarida Filhalho Santana Sim-Sim (responsável académica).

Universidade de Évora, 12 de Dezembro de 2018

O Presidente da Comissão de Ética

(Professor Doutor Jorge Quina Ribeiro de Araújo)

Anexo B: Consentimento do Concelho de Administração do Hospital Espírito Santo de Évora, Entidade Pública Empresarial para aplicação dos questionários à população alvo.

Remete: Olga Cristina Nobre Bugalho,
Escola Superior de Enfermagem São João de Deus,
Universidade de Évora
Largo do Senhor da Pobreza. 8000-711 Évora
olga_bugalho@hotmail.com

Pau Coimbra Etc
Luísa Brissas



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SAO JOAO DE DEUS

Nade aqin
Alcaimw a Ete
Isabel Pita
8/2/2019
AD C-A.
Luísa Brissas
Isabel Pita
Diretora Clínica

05-02-2019
José Chora
Exmo. Senhor Presidente
do Conselho de Administração do
Hospital do Espírito Santo de Évora - EPE

Assunto: Pedido de permissão para aplicação de questionário de opinião a utentes do Hospital do Espírito Santo de Évora – EPE no serviço de Obstetrícia

Olga Cristina Nobre Bugalho, enfermeira, mestranda em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, na Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora, a realizar estágio curricular, vem por este meio solicitar a V^a Ex^a permissão, para aplicar um instrumento de recolha de dados junto das utentes de obstetrícia, no sentido da realização de um estudo. Tal estudo, constitui uma das vertentes do Relatório de Mestrado, conforme o Plano de Estudos da Universidade de Évora.

Com este estudo pretende-se atingir o seguinte objetivo:

- Descrever as competências identificadas/enunciadas/reconhecidas pela figura parental do sexo masculino para cuidar do seu filho.

Solicita-se a permissão para recrutamento de pais-participantes **no serviço de obstetrícia**. A obtenção de dados sob a forma de questionário é composta por a) caracterização sociodemográfica, b) exercício da parentalidade, c) escala "Fathers' Involvement in Infant Care" (FIICQ) (Kuruçırak & Kulakaçb, 2014). Em caso de parecer positivo de V^a Ex^a, será solicitado aos vários participantes o seu consentimento, conforme instrumentos que se anexam. Garante-se a confidencialidade dos dados, não se referindo em momento algum o nome ou qualquer dado que possa identificar os participantes. Os dados serão anonimizados. No evoluir do estudo, os dados estão disponíveis para ser apresentados à equipa na forma de comunicação sustentada por power-point. O estudo está sob a orientação da Prof^a. Margarida Sim-Sim da Universidade de Évora.

Desta forma, solicito a autorização de V^a EX^a, supondo atingir 100 participantes.

Junto envio a fundamentação científica do projeto assim como a planificação do mesmo. Encontro-me à disposição de V^a Excelência para qualquer contacto ou esclarecimento (telemóvel 967131443).

Pede deferimento

Lisboa, 1 de fevereiro de 2019

Orientadora Pedagógica

A Mestranda

Margarida Sim-Sim
Margarida Sim-Sim
(PhD; OE 34070)

Olga Bugalho
Olga Bugalho (Lic. OE 78382)

Ato n.º *09*, em *20/02/2019*

O Conselho de Administração

Maria Filomena Mendes
Presidente

Francisco Chalça
Vogal

Luís Cavaco
Vogal

Maria Elisa Brissas
Enfermeira Diretora

Isabel Pita
Diretora Clínica

HESE-EPE	
RECEBIDO	Em N.º <i>050219</i>
RESPONDIDO	N.º <i>267</i>
	Em N.º <i>11</i>