

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

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

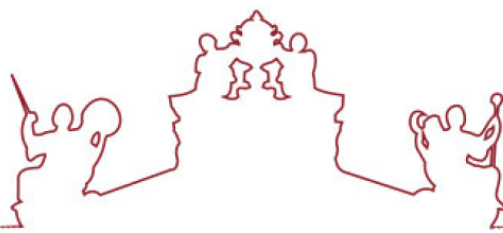
Relatório de Estágio

Mindfulness no controlo da dor durante o trabalho de parto

Susana Isabel do Vale Martins Soeiro Delgado

Orientador(es) | Maria da Luz Ferreira Barros

Évora 2022



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

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

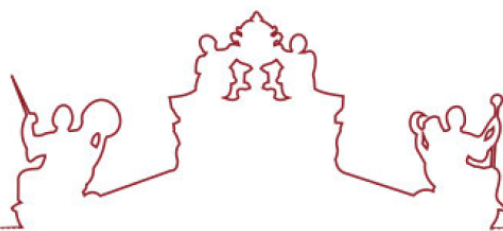
Relatório de Estágio

Mindfulness no controlo da dor durante o trabalho de parto

Susana Isabel do Vale Martins Soeiro Delgado

Orientador(es) | Maria da Luz Ferreira Barros

Évora 2022



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

Presidente | A. Frias (Universidade de Évora)

Vogais | Maria Otília Brites Zangão (Universidade de Évora) (Arguente)
Maria da Luz Ferreira Barros (Universidade de Évora) (Orientador)

“O parto é algo que acontece entre as orelhas”, me repetia Max o velho adágio das parteiras. Não o procure entre as fibras uterinas, nas protuberâncias ósseas, nas contrações ou nas variações dos hormônios. Ele se encerra nos pequenos grãos de areia de nossos sonhos, na bruma de palavras dispersas de um passado distante. Ele se refugia nos sussurros de uma menina, na curiosidade infundável que ela carrega e no seu olhar insaciável. O parto e seus mistérios se escondem ao olhar superficial, à análise tímida e ao investigador amedrontado. Para entender o que o comanda, é preciso penetrar nos abismos obscuros da alma de uma mulher, lá onde se abrigam seus sonhos, seus desejos, suas fantasias e suas tristezas. Quanto mais profundamente mergulharmos, mais nebulosa será nossa jornada. Entretanto, apenas assim poderemos encontrar essa semente. É provável que, apenas uma suposição, a chave para essa questão esteja mesmo ligada a essa fissura aberrante da ordem natural, a qual chamamos amor. E talvez, ou mera suposição, para entender o que acontece entre as orelhas de uma mulher, somente se soubermos como encontrar esta chave.

Rick Jones, 2012 (Capítulo 3, Página 69)

AGRADECIMENTOS

Neste percurso de aprendizagem longo, sinuoso, entre estradas apertadas, vales e montanhas, muitas foram as pessoas que me acolheram, me apoiaram, me orientaram e fizeram parte de uma “claque” a não esquecer. Assim, é de todo relevante e pertinente agradecer:

À **professora doutora Maria da Luz** por toda a colaboração, disponibilidade, orientação e momentos de aprendizagem e reflexão proporcionados que me ajudaram a crescer enquanto Enfermeira Especialista de Saúde Materna e Obstétrica.

Aos meus filhos, minha fonte de inspiração, que me ajudam a acreditar no impossível e a lutar pelo improvável.

Ao André, meu companheiro nos desafios da vida que me deu sempre força para continuar.

À **minha mãe**, o meu pilar de sobriedade que muito colaborou na gestão dos meus afazeres para poder ser possível concretizar este projeto.

À **minha irmã Margarida**, sobrinha e cunhado por estarem sempre presentes quando precisei deles.

À **enfermeira Paula Carrilho** pela forma acolhedora e gentil com que me recebeu e me despertou a curiosidade pelo *Mindfulness*.

Ao enfermeiro Sérgio Carinhas por me mostrar o lado apaixonante e desafiador de um trabalho de parto.

À **enfermeira Paula Oliveira** por ajudar a encontrar o meu caminho nesta aventura que é a obstetrícia.

À **enfermeira Manuela Tavares** pela forma simpática e humana como me recebeu no seu serviço e como me motivou para continuar a minha caminhada.

À **enfermeira Hermínia Barradas** por me ter recebido no seu serviço que me proporcionou inúmeras experiências de aprendizagem.

À **enfermeira Telma Marques e ao Jorge Silva** pela colaboração no tratamento de dados.

Ao Nuno Esculcas sempre incansável e paciente.

À **enfermeira Constança** e a todo o serviço da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados e Unidade de Cuidados na Comunidade de Ponte de Sor por me terem proporcionado o tempo e as condições para que este meu projeto se realizasse.

RESUMO

TÍTULO: “Mindfulness no controlo da dor durante o trabalho de parto”

Introdução. O Mestrado corrente implica um processo de aquisição de competências baseado num *curriculum* que integra o desenvolvimento teórico-prático devidamente supervisionado e a prática baseada na evidência. **Objetivo.** Documentar as experiências vivenciadas nos campos clínicos ilustrando as mesmas com as atividades desenvolvidas no âmbito do *Mindfulness*. **Metodologia.** Descrição dos contextos clínicos e experiências enfatizando a temática do *Mindfulness* e sua aplicação prática. Planeamento e adoção de estratégias de aprendizagem como reflexões críticas, relatos de experiência e revisão narrativa do tema. **Resultados.** Verificou-se um desenvolvimento gradual de competências, motivando para a aprendizagem e obtendo sempre *feedback* positivo. Aplicaram-se técnicas de *Mindfulness* no controlo da dor durante o trabalho parto reconhecendo os seus benefícios. **Conclusões.** A prática baseada na evidência e a reflexão crítica permitiram a aquisição de competências para uma prática clínica de qualidade. O *Mindfulness*, durante o trabalho de parto apresentou benefícios irrefutáveis para uma experiência de parto positiva.

Descritores (DeCS). *Ansiedade; Dor; Medo; Mindfulness; Trabalho de Parto*

ABSTRACT

TITLE: “Mindfulness in pain management during labour”

Introduction. The current graduation involves a process of acquiring skills based on a curriculum that integrates properly supervised theoretical-practical development and evidence-based practice. **Objective.** To document the experiences lived in clinical fields, illustrating them with the activities developed in the scope of *Mindfulness*. **Methodology.** Description of clinical contexts and experiences emphasizing the theme of Mindfulness and its practical application. Planning and adoption of learning strategies such as critical reflections, experience reports and narrative review of the topic. **Results.** There was a gradual development of skills, motivating for learning and always getting positive feedback. Mindfulness techniques were applied to control pain during labor, recognizing its benefits. **Conclusions.** Evidence-based practice and critical reflection allowed the acquisition of skills for quality clinical practice. Mindfulness during labor showed irrefutable benefits for a positive birth experience.

Descriptors. Anxiety; Fear; Labor; Mindfulness; Pain

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	11
2. CONTEXTOS CLÍNICOS DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL	13
2.1. Caraterização dos Contextos	14
2.1.1. Serviço de Obstetrícia do Centro Hospitalar no Ribatejo	14
2.1.2. Serviço de Obstetrícia de uma Unidade Local de Saúde no Alentejo	20
3. METODOLOGIA DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL	23
3.1. Objetivos do Estágio do Estágio de Natureza Profissional	23
3.2. Abordagem Metodológica das Práticas Clínicas no Estágio do Estágio de Natureza Profissional	25
3.2.1. Estratégias de Observação e Treino de Aptidões	26
3.2.2. Estratégias de Reflexão Crítica	27
4. CONTRIBUTO PARA A ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA	31
4.1. Concetualização	31
4.2. Metodologia de Revisão	32
4.3. Análise dos Resultados da Revisão como Contributo para o Desenvolvimento da Temática	36
4.4. Formação em <i>Gentlebirth</i> – Curso para Profissionais do Parto	37
4.5. Resultados empíricos da aplicação das técnicas de <i>Mindfulness</i>	38
5. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE MOBILIZAÇÃO DE COMPETÊNCIAS	44
5.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista	44
5.1.1. A - Responsabilidade profissional, ética e legal	44
5.1.2. B - Melhoria Continua da Qualidade	46
5.1.3. C - Gestão dos Cuidados	49
5.1.4. D- Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais	51
5.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica	53

5.2.1.	Competência 1 - Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pre-concepcional.	54
5.2.2.	Competência 2 – Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal.	56
5.2.3.	Competência 3 – Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o TP.	60
5.2.4.	Competência 4 – Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal.	64
5.2.5.	Competência 5 – Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério.	65
5.2.6.	Competência 6 – Cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica.	66
6.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	70
7.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	72

ANEXOS

ANEXO I: Certificado do Curso Gentlebirth

ANEXO II: Plano do Curso Gentlebirth

APÊNDICES

APÊNDICE A: Proposta de Tese (Modelo T-005)

APÊNDICE B: Registo de Experiências Clínicas da Mestranda

APÊNDICE C: Reflexões Críticas

APÊNDICE D: Check-list de Ensinos Consulta Externa de Obstetrícia

APÊNDICE E: Sessão de preparação para o parto e parentalidade “O choro do bebé” – Plano de sessão e diapositivos

APÊNDICE F: Formação em serviço “BLUES PÓS-PARTO, DEPRESSÃO PÓS PARTO E PSICOSE PUERPERAL” - Plano de sessão e diapositivos

APÊNDICE H: Descritores/Palavras-Chave/Percurso da Busca nas Bases de Dados

APÊNDICE I: PRISMA

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Campos Clínicos do 1º Semestre do 2º Ano	14
Figura 2 Campos Clínicos do 2º Semestre do 2º Ano	14
Figura 3 Diagrama Funcional do Serviço de Obstetrícia do Centro Hospitalar	15
Figura 4 Quadro dos Resultados da RNL	Erro! Marcador não definido.
Figura 5 Número de partos assistidos com recurso a <i>Mindfulness</i> , <i>Hypnobirthing</i> , <i>Breathing Techniques</i> ou <i>Affirmations</i> no ENP	61
Figura 6 Percentagem de partos assistidos com recurso a <i>Mindfulness</i> , <i>Hypnobirthing</i> , <i>Breathing Techniques</i> ou <i>Affirmations</i> nos turnos Manhã, Tarde e Noite	61
Figura 7 Faixa etária prevalente das parturientes que recorreram ao <i>Mindfulness</i> , <i>Hypnobirthing</i> , <i>Breathing Techniques</i> ou <i>Affirmations</i> no TP	61
Figura 8 Percentagem de mulheres que recorreram ao <i>Mindfulness</i> , <i>Hypnobirthing</i> , <i>Breathing Techniques</i> ou <i>Affirmations</i> para o controlo da dor exclusivamente (Não - sem epidural) ou como complemento da analgesia epidural (Sim - com epidural)	62
Figura 9 Número de mulheres que recorreram ao <i>Mindfulness</i> , <i>Hypnobirthing</i> , <i>Breathing Techniques</i> , <i>Affirmations</i> ou técnica mista para o controlo da dor durante o TP	63

1. INTRODUÇÃO

O presente documento pretende espelhar de forma clara, concisa e completa o percurso académico e experiências vivenciadas pela mestranda no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica [CMESMO] da Universidade de Évora [UÉ] nos anos letivos 2020-2021 e 2021-2022.

Trata-se de um curso do 2º ciclo de estudos do ensino superior, registado na Direção-Geral do Ensino Superior com a referência R/A-Ef 1783/2011/AL03 acrescendo parecer favorável da Ordem dos Enfermeiros [OE] SAI-OE/2017/9022 e SAI-OE/2019/5981. A obtenção do grau de mestre neste ciclo de estudos pressupõe então a aquisição de conhecimentos e o desenvolvimento de competências que albergam o título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica [EEESMO] sendo concordante com o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista [CCEE] (i.e., Reg. nº 140/2019 de 6 de fevereiro) e com o Regulamento das Competências do EEESMO (i.e., Reg. nº 391/2019 de 3 de maio). Destas competências ressalvo sumariamente a vigilância de saúde da mulher ao longo de todo o seu ciclo reprodutivo, nos processos de saúde/doença dos períodos pré-concepcional, pré, intra e pós-natal e ao recém-nascido [RN] até ao 28º dia de vida, assim como a Educação Sexual, Planeamento Familiar, Ginecologia, Climatério e Saúde Pública.

Assim sendo, de acordo as orientações do plano de Estudos da UÉ (i.e., Aviso n.º 15812/2019; DR 7/10/2019) e com base na nova legislação do ano 2021 (i.e., Aviso nº 3916/2021; Diário da República, 2ª Série, nº 43 de 3 março), o segundo ano do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica [MESMO] integra a Unidade Curricular [UC] Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final [ENPRF] implicando a construção de um relatório alusivo às experiências vivenciadas, competências adquiridas e desenvolvidas no decurso do estágio, bem como, a exploração da temática selecionada para o projeto.

Esta unidade curricular, ENPFR, iniciada em 13/09/2021 com término a 25/06/2022 credita um total de 60 ECTS abarcando diversos campos clínicos tais como Consultas Externas de Obstetrícia, Internamento de Grávidas, Sala de Partos e Internamento de Puérperas.

Esta UC pressupõe o aprofundamento de conhecimentos e sua aplicação prática, bem como a aquisição e desenvolvimento das competências propostas, aliados à exploração de uma temática de interesse pessoal, adequada a uma realidade recentemente explorada e inovadora, aplicável na prática e com benefícios para a área de saúde materna e obstétrica.

A temática explorada assenta no *Mindfulness* enquanto terapêutica não-farmacológica do controlo da dor, isolada ou coadjuvante com outras terapêuticas, no decurso do trabalho de parto [TP].

Mindfulness pode ser definido como a consciência que surge ao prestar atenção, propositadamente, no momento presente e sem julgamentos (Kabat-Zinn, 2005). Durante a sua prática, a pessoa experimenta sensações físicas, pensamentos e emoções que analisa em consciência plena, permitindo a sua aceitação e reduzindo a resposta automática aos mesmos (Baer, 2003). Ora, atendendo a que o medo do parto é uma emoção negativa altamente prevalente entre as mulheres grávidas, caracterizada por elevados níveis de *stress* e má adaptação emocional aos processos fisiológicos e psicológicos normais de estar grávida e parir (Hofberg & Ward, 2004), a prática de *Mindfulness* pode ser considerada uma ferramenta com benefícios irrefutáveis para lidar quer com os desconfortos na gravidez, quer com a dor no TP ou outras emoções negativas subjacentes e potenciadoras dessa mesma dor como é o caso do medo e da ansiedade (Martin et al, 2019).

Neste sentido, traçou-se um desafio pessoal, académico e profissional no qual a mestranda se propôs a conceptualizar, explorar e aplicar na prática dos ensinamentos clínicos técnicas de *Mindfulness* para controlo da dor e emoções negativas subjacentes ao TP e parto. Para tal desiderato, apontou-se enquanto objetivo geral do presente documento: relatar e documentar as experiências ocorridas nos diversos campos clínicos, ilustrando as mesmas com o planeamento, execução e resultados de atividades beneficiárias da ferramenta *Mindfulness* para os devidos efeitos.

Este documento encontra-se redigido ao abrigo do acordo ortográfico obrigatório desde 2015 (vigente na circular nº 4 de 2011 da Universidade de Évora), respeita a estrutura proposta pela norma APA (APA, 7ª edição) e foi estruturado em secções de acordo com as orientações escolares.

Nesse âmbito, o capítulo um contém esta pequena introdução, o capítulo dois descreve os contextos clínicos percorridos caracterizando os serviços bem como a metodologia utilizada no ENPRF, o capítulo três conceptualiza a temática em estudo através de uma revisão narrativa da literatura que espelha os benefícios do *Mindfulness*, enquanto ferramenta a utilizar para o controlo da dor durante o TP, o capítulo quatro analisa a aquisição e desenvolvimento de competências comuns e específicas do EEESMO e o capítulo cinco inclui as considerações finais de todo este percurso, seguindo-se as referências bibliográficas. O documento inclui ainda anexos e apêndices onde pode ser consultada toda a documentação pertinente que foi sendo elaborada e utilizada no decurso do estágio.

2. CONTEXTOS CLÍNICOS DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

O ENPRF decorreu em diferentes contextos clínicos com culturas organizacionais, ambientes e envolventes físicos, humanos e relacionais que permitiram experienciar uma riqueza de vivências e práticas fundamentais para a aprendizagem e construtoras de um percurso gratificante neste MESMO.

Estes contextos variaram entre 2 centros hospitalares distintos que cito seguidamente:

- Centro Hospitalar no Ribatejo;
- Unidade Local de Saúde no Alentejo;

Em cada um destes centros hospitalares, ocorreram experiências clínicas em contextos diversos que passo a referir seguidamente:

- Consulta Externa de Ginecologia e Obstetrícia;
- Internamento de Grávidas e Ginecologia;
- Bloco de Partos;
- Puerpério;
- Neonatologia;

Previamente à experiência clínica, a unidade curricular ENPRF pressupõe e inclui a apresentação e submissão de um projeto plasmado no Apêndice A deste documento, no qual vigoram as competências a adquirir e desenvolver no decurso do estágio apoiadas no desenvolvimento de uma temática a explorar na qual fosse possível aprofundar conhecimentos e habilidades enaltecendo o projeto e o seu propósito. Ou seja, acrescidos aos objetivos curriculares formais definidos pelo plano de estudos da Universidade de Évora, construíram-se novos objetivos pessoais também espelhados no dito Apêndice.

Dos objetivos propostos, ressalvo sumariamente a prestação de cuidados à mulher inserida na família e comunidade nos períodos pré-concepcional, pré-natal, TP, parto, puerpério e climatério acrescendo a estes objetivos aprofundar conhecimentos, desenvolver competências, identificar e responder às necessidades identificadas nas utentes e serviços em causa, bem como, explorar e utilizar a ferramenta *Mindfulness* na prática diária de acordo com a evidência científica atual.

No culminar deste percurso pretende-se também, informalmente e através da partilha de experiências e relatos de vivências obter um *feedback* positivo por parte das mulheres/famílias cuidadas.

2.1. Caracterização dos Contextos

O primeiro semestre deste ano letivo nesta unidade curricular de caráter único e abrangente decorreu entre 13 de setembro de 2021 a 29 de janeiro de 2022. Neste período, foram frequentados três campos clínicos conforme apresentado na **Figura 1**.

Figura 1 - Campos Clínicos do 1º Semestre do 2º Ano

<i>1º Semestre – 2º Ano</i>		
Período	Semanas	Campo Clínico
13/09/2021 a 24/10/2021	6	Consulta Externa de Obstetrícia
25/10/2021 a 5/12/2021	6	Internamento de Grávidas
6/12/2021 a 23/01/2022	6	Bloco de Partos

Nesta sequência, no Plano de Estudos do MESMO, o 2º semestre do 2º ano decorreu entre 7 de fevereiro de 2022 a 25 de junho de 2022, cumprindo-se 18 semanas. Os campos clínicos nos quais se realizaram as experiências clínicas estão enunciados na **Figura 2**.

Figura 2 - Campos Clínicos do 2º Semestre do 2º Ano

<i>2º Semestre – 2º Ano</i>		
Período	Semanas	Campo Clínico
7/02/2022 a 13/03/2021	4	Bloco de Partos
14/03/2022 a 24/04/2021	6	Puerpério
26/04/2022 a 25/06/2021	8	Bloco de Partos + Neonatologia

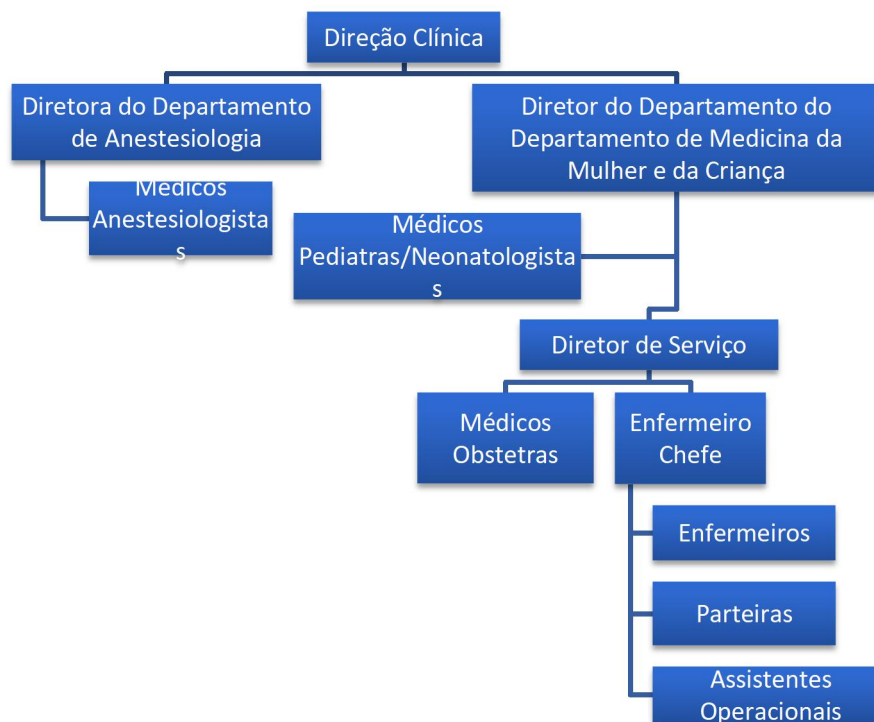
A caracterização dos contextos irá incidir sobre os recursos humanos e materiais existentes em cada campo clínico, bem como, a sua estrutura física e alguns dados estatísticos alusivos aos cuidados aí prestados.

2.1.1. Serviço de Obstetrícia do Centro Hospitalar no Ribatejo

O Centro Hospitalar no Ribatejo integra três unidades hospitalares possuindo uma área de abrangência que engloba 15 concelhos e serve uma população de cerca de 251 mil habitantes. Foi criado através do Decreto-Lei nº 93/2005, de 7 de Junho, que concretizou a transformação das entidades públicas empresariais de hospitais anteriormente com a natureza de sociedade anónima, tendo visto aprovados os respetivos estatutos pelo Decreto-lei

233/2005, que transforma os Hospitais S.A. em Entidades Públicas Empresariais [E.P.E.]. Este centro hospitalar entende como sua missão a prestação de cuidados de saúde diferenciados, com eficiência e qualidade, em articulação com outros serviços de saúde e sociais da comunidade, a custos comportáveis, assumindo-se como um centro de elevada competência na organização e prestação assistencial, uma referência no esforço de investigação, desenvolvimento e inovação, promovendo a complementaridade entre as três unidades hospitalares e regendo-se pelo princípio de acesso ao Serviço Nacional de Saúde, de acordo com as regras de organização e as redes de cuidados de saúde. Possui uma Maternidade, que na Organização Perinatal Nacional é capacitada de Apoio Perinatal [HAP] e integrada na Rede de Referênciação Materno-Infantil de uma Unidade Coordenadora Funcional cuja missão é a prestação de cuidados de excelência em saúde à mulher em TP e com patologia aguda obstétrica e ginecológica. Em termos de diagrama funcional, o serviço de obstetria apresenta a rede hierárquica que consta na Figura 4, tendo a coordenação do Bloco de Partos da responsabilidade do Diretor de Serviço de Ginecologia e Obstetria (ou seu substituto, na sua ausência) ou de médico especialista em Ginecologia-Obstetria-Perinatologia em que este delegue funções, respondendo diretamente perante o Diretor Clínico.

Figura 3 - Diagrama Funcional do Serviço de Obstetria do Centro Hospitalar



fonte: <https://www.chmt.min-saude.pt/servicos-clinicos/maternidade/>

Os recursos humanos existentes no serviço de obstetrícia circulam entre as diferentes partes do mesmo, podendo exercer a sua atividade profissional na consulta externa, urgência de obstetrícia, bloco de partos e puerpério.

2.1.1.1. Consulta Externa de Obstetrícia

A Consulta Externa de Obstetrícia do supracitado hospital localiza-se no 5º piso admitindo mulheres referenciadas pelo Centro de Saúde – Médico de Família por motivo de gravidez de risco ou a partir das 37 semanas de gestação.

Encontra-se inserida numa ala de toda uma estrutura física que compreende urgência de obstetrícia, consultas de ginecologia e obstetrícia e bloco de partos.

Desta consulta fazem parte um gabinete de enfermagem, três gabinetes médicos, uma zona de apoio ao doente COVID [ADC], uma sala equipada para Cardiotocografia [CTG], um gabinete de ecografia, um vestiário/balneário, uma copa, um gabinete administrativo e uma sala de reuniões. À exceção dos gabinetes médicos e de enfermagem, todos os outros espaços são comuns e de usufruto do serviço de urgência de obstetrícia e do bloco de partos.

As consultas efetuadas neste serviço compreendem as valências de planeamento familiar, ginecologia, colposcopia, obstetrícia e interrupção voluntária da gravidez [IVG], distribuídas por quatro gabinetes médicos de consulta e um gabinete de enfermagem.

Os gabinetes médicos estão devidamente equipados com marquesa ginecológica, secretária, computador e cadeiras, possuindo ainda armários para arrumos de material e mesas de apoio aos procedimentos. Existe um colposcópio no serviço para a consulta de colposcopia.

O gabinete de enfermagem possui uma secretária, computador, cadeiras para o profissional, utente e eventual acompanhante, armários para arrumo de material, marquesa para avaliação da grávida, balança eletrónica e monitor de avaliação de sinais vitais (tensão arterial, frequência cardíaca e oximetria).

Os recursos humanos envolvidos nesta consulta são elementos comuns ao serviço de urgência e bloco de partos compreendendo 15 médicos obstetras, um enfermeiro chefe, um enfermeiro segundo elemento, 32 enfermeiros especialistas, uma parteira, quatro enfermeiros de cuidados gerais, dois assistentes técnicos e 25 assistentes operacionais.

A categoria profissional de parteira, embora extinta na atualidade, encontra-se ainda em uso nesta entidade hospitalar pois uma das funcionárias do hospital tem ainda a formação de parteira não apresentando o curso base de enfermagem. Ou seja, esta funcionária foi admitida

no hospital com esta formação há quarenta anos atrás e é, provavelmente, a última parteira com esta categoria profissional no ativo em Portugal.

O método de trabalho utilizado nesta consulta é o método individual estando cada enfermeiro responsável por um tipo de consulta no dia a que assim é distribuído.

O horário praticado na consulta é das nove às vinte horas, podendo ser variável de acordo com o dia da semana, as marcações existentes e a valência ou subespecialidade do dia.

Os registos de enfermagem e médicos da consulta são efetuados informaticamente com recurso ao programa SClínico® que tem por base a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem [CIPE] na sua constituição.

Existem duas enfermeiras especialistas em saúde materna e obstétrica afetas à consulta embora as mesmas também colaborem nas outras valências do serviço. Considera-se que a elevada rotatividade entre os elementos que prestam serviço nesta consulta prejudica o seu bom funcionamento pelo facto de promover uma descontinuidade nas atividades praticadas, podendo a mulher/grávida encontrar diferentes profissionais em cada consulta impedindo o estabelecimento de uma relação de empatia e confiança. De igual modo, verifica-se uma ausência de compromisso por parte dos profissionais que apenas desempenham tarefas nesta consulta esporadicamente sem estarem afetos à mesma.

Esta situação ocorreu devido ao facto de concentrarem a consulta de obstetrícia apenas numa das unidades do centro hospitalar. Numa fase pré pandémica, esta consulta decorria noutra unidade e incluía projetos como é o caso da Preparação para o Parto e Parentalidade estando este atualmente cessado por motivos de pandemia.

2.1.1.2. Bloco de Partos

O Bloco de Partos do referido hospital compreende recursos humanos comuns à consulta externa e partilha alguns espaços comuns como é o caso da sala de espera, balneários, copa, zona de apoio ao doente COVID [ADC], sala para Cardiotocografia [CTG], gabinete de ecografia, gabinete administrativo e sala de reuniões.

Aquando da admissão, por via da urgência ou consulta (admissão programada), a grávida/família é acolhida por EEESMO que apresenta o serviço (espaço físico e profissionais envolvidos), instala a díade/tríade, realiza a colheita de dados inicial e procede ao planeamento das atividades para o internamento em causa de acordo com as necessidades detetadas.

Uma das normas de funcionamento do serviço é a confirmação de negatividade de COVID 19 através de teste de SARS COVID aquando da admissão, existindo três possibilidades: a

grávida/casal/acompanhante fazem teste no serviço aquando da admissão, o casal/grávida/acompanhante trazem teste negativo com validade inferior ou igual a 48 horas ou o casal tem certificado de recuperação válido para os últimos 6 meses.

Enquanto não é confirmada negatividade para COVID 19, as grávidas/acompanhantes não podem sair do quarto que lhes foi atribuído. A grávida tem sempre direito a um acompanhante 24 horas enquanto internada em bloco de partos ao abrigo da Lei nº 110/2019 de 9 de setembro que menciona que a presença do parceiro deve ser permitida durante o TP e parto estando aqui incluídos partos distócicos como é o caso de fórceps, ventosas e cesarianas, excetuando razões clínicas ou a própria segurança da díade.

Até confirmação de negatividade para COVID 19, o casal é abordado enquanto positivo e são utilizadas as recomendações atuais de proteção individual e prevenção de transmissão da infeção como é o caso dos Equipamentos de Proteção Individual [EPI's].

O bloco de partos possui cinco salas de parto, dois gabinetes de observação, uma sala de ecografia, uma sala de cardiotocografia, uma sala de tratamentos, uma sala de reanimação de RN, uma sala de trabalho, um gabinete de enfermagem uma sala de espera, uma sala polivalente, dois vestiários para acompanhantes duas arrecadações, três sanitários para o pessoal e quatro sanitários para utentes.

Cada sala individualizada para o parto é constituída por cama de dilatação e parto com kit de acessórios, cardiotocógrafo, monitor cardíaco, bombas perfusoras, impulsores de seringas, mesa de apoio, candeeiro de iluminação, armário de material esterilizado para o parto, rampas de oxigénio e vácuo para adulto e RN, aspiradores de secreções de alta e de baixa pressão, banco rodado, sofá, cadeira para acompanhante, relógio de parede, lavatório, ar condicionado, carro de sujos e sistema de chamada.

A sala de reanimação do RN contém uma mesa de reanimação para o RN, uma mesa de aquecimento para o RN, um carro de material de reanimação, uma banheira, uma balança, uma incubadora de aquecimento, um armário com material de apoio, um aquecedor e um carro de sujos.

Para além do referido, a sala de partos contém ainda um carro de emergência com protocolos de verificação mensal e diária para o desfibrilhador, um carro de apoio à analgesia epidural, cassetes de medicação, um frigorífico para fármacos e um cofre de estupefacientes.

O serviço dispõe ainda de um sistema central de cardiotocografia com *wireless* e registo num computador central localizado no gabinete de enfermagem.

Esta sala de partos funciona em horário permanente com turnos da manhã (das 8h00 às 16h30), tarde (das 16h00 às 24h00) e noite (das 23h30 às 8h30) onde estão distribuídas duas

enfermeiras especialistas que podem contar, eventualmente, com algum apoio por parte da enfermeira da triagem da urgência de ginecologia e obstetrícia.

Atendendo às cinco salas de parto disponíveis, o rácio praticado neste serviço é de 1:3 ou 1:2 no primeiro estadio de trabalho de parto e 1:1 nos restantes (modelo *one-to-one*) correspondendo às dotações seguras impostas pela OE.

Em concordância com este modelo de cuidados, o método utilizado neste bloco de partos é o método individual sendo desejável atingir os rácios preconizados pela OE em cada parto ocorrido.

Os registos de enfermagem e médicos são eletrónicos recorrendo ao programa SClinico®, o que permite uma continuidade de cuidados e informação compactada em cada processo. Este facto assegura que os profissionais do serviço tenham acesso à informação de cada utente desde a sua admissão no hospital até à data atual evitando também duplicação de registos.

2.1.1.3. Neonatologia

A Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais deste centro hospitalar funciona no piso 5 estando integrada no internamento de pediatria que, estruturalmente, contém uma sala de neonatologia, um berçário, dois quartos de descanso para as mães e pais, quatro quartos destinados a internamento de pediatria com sanitário integrado, um vestiário para o pessoal, um vestiário para pais, um sanitário para o pessoal, um sanitário para pais, uma sala de trabalho, um gabinete de enfermagem e dois gabinetes médicos.

Apresenta capacidade para dez incubadoras de cuidados intensivos e cinco berços.

A equipa responsável pela prestação de cuidados nesta unidade é a equipa de pediatria sendo constituída por dois pediatras, dois neonatologistas, cinco enfermeiros especialistas em saúde infantil e pediátrica, dez enfermeiros de cuidados gerais e 35 assistentes operacionais (as assistentes operacionais exercem atividade não só neste serviço, mas também no bloco de partos, urgência de ginecologia e obstetrícia e puerpério).

O método de trabalho praticado neste serviço é, à semelhança dos anteriores, o método individual apresentando um rácio de 1:2 ou 1:1 nos turnos da manhã (8h00-16h30), tarde (16h00-24h00) ou noite (23h30-8h30) com cerca de três enfermeiros por turno nem sempre existindo enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica.

Esta unidade tem por objetivo a prestação de cuidados intensivos e intermédios ao neonato com patologia associada ou que necessite de vigilância e cuidados diferenciados em caso de prematuridade. Em casos de TP espontâneo ou medicamente indicado com idade gestacional inferior a 35 semanas a grávida deverá ser preferencialmente encaminhada ou transportada

por equipa de obstetrícia para o hospital com unidade de neonatologia com diferenciação e recursos que permitam a prestação de cuidados ao neonato com menos de 35 semanas. É sempre indicado e aconselhado o transporte *in útero*, contudo em casos de parto iminente, o parto poderá ocorrer com segurança neste centro hospitalar e, posteriormente, é assegurado o transporte do neonato por equipa Instituto Nacional de Emergência Médica [INEM] para outro centro hospitalar com cuidados com grau de diferenciação superior.

Assim sendo, em termos de prematuridade esta unidade não acompanha grandes prematuros, mas somente pré-termos tardios, ou seja, entre as 34 e as 36 semanas de idade gestacional de acordo com a classificação da Sociedade Portuguesa de Neonatologia (SPN, 2018).

2.1.2. Serviço de Obstetrícia de uma Unidade Local de Saúde no Alentejo

A Unidade Local de Saúde supracitada compreende dois hospitais que se destinam a servir uma população de aproximadamente 92.000 habitantes distribuídos por todos os concelhos do distrito. Para além dos restantes serviços, apresenta uma maternidade inaugurada em agosto de 2009, integrada no serviço de Obstetrícia e Ginecologia, situando-se no quarto piso de um dos hospitais referidos.

O serviço de Obstetrícia e Ginecologia está inserido no Departamento de Saúde da Mulher e da Criança desta unidade hospitalar, integrando as seguintes áreas:

- Consulta Externa;
- Internamento;
- Urgência;
- Bloco de Partos.

Estatisticamente e, de acordo com dados do Serviço Nacional de Saúde [SNS] Transparência, a maternidade deste hospital registou 420 partos no ano 2021, dos quais 124 foram cesarianas, ou seja, cerca de 29%.

O número baixo de partos efetuados nesta maternidade pode ser justificado pela densidade populacional baixa existente no interior do Alentejo, sendo esta maioritariamente população envelhecida em faixas etárias que já ultrapassaram a idade fértil ou, de igual modo, pelo facto de que nem sempre o serviço apresenta obstetra que assegure o mesmo com segurança por motivos de gestão dos cuidados saúde alheios ao próprio serviço. Na ausência de obstetra, as grávidas em TP que recorrem a este serviço são encaminhadas e/ou transportadas por equipa de EEESMO's para a maternidade mais próxima.

2.1.2.1. Internamento de Grávidas

O serviço de internamento de grávidas deste centro hospitalar é conjunto com o bloco de partos, salas de dilatação, urgência de ginecologia e obstetria e salas de puerpério localizando-se no piso quatro do dito hospital.

Estruturalmente e face à pandemia instalada alberga duas alas distintas que compreendem ala COVID e ala Não-COVID. Estas alas são simétricas na sua arquitetura e estrutura formando um “L” e apresentando para cada uma: um gabinete de enfermagem, uma sala de observação médica para a urgência, uma sala de cardiografia com quatro cardiocógrafos (que dá apoio à consulta e, simultaneamente ao serviço de urgência), um quarto de internamento para ginecologia e grávidas patológicas com duas camas, três quartos de internamento duplos para puerpério, duas salas de dilatação, um bloco de partos, dois gabinetes médicos, uma sala de trabalho, uma sala de observação do RN, um gabinete da enfermeira chefe, uma rouparia, uma sala de sujos, uma copa. Ambas as alas apresentam em comum um *guichet* administrativo e um balneário para os profissionais de saúde.

A título de curiosidade, o serviço apresenta um banco de partos e encontra-se em processo de abertura de um espaço para instalação de um *rebozo* que permita a livre escolha da posição de parto à mulher.

O quarto atribuído ao internamento de grávidas é duplo, contendo um sanitário incluso, duas camas articuladas, janela para o exterior, dois armários para os pertences das ocupantes, duas mesinhas de cabeceira, duas mesas de apoio à alimentação, duas rampas de oxigénio, duas rampas de ar, duas rampas de vácuo e duas campainhas para solicitação de apoio.

O horário de visitas praticado no serviço divide-se em dois períodos distintos: das 14h00 às 15h00 e das 18h00 às 19h00, podendo o companheiro/acompanhante da grávida permanecer das 11h00 às 22h00.

Os horários praticados pelo serviço incluem os três turnos sendo a manhã das 8h00 às 16h00, a tarde das 16h00 às 24h00 e a noite das 24h00 às 8h00, estando presentes nestes turnos três enfermeiros dos quais, pelo menos dois são enfermeiros EESMO. Estes três enfermeiros dão resposta ao internamento de grávidas, bloco de partos e puerpério, não sendo possível, na maioria das vezes e mesmo com uma taxa de ocupação baixa, cumprir os rácios propostos pela mesa do colégio da especialidade de saúde materna e obstétrica.

O método de trabalho utilizado neste serviço é o método individual sendo cada enfermeiro responsável por uma das vertentes do serviço, ou seja, um enfermeiro é distribuído ao internamento de grávidas e ginecologia, outro enfermeiro é distribuído ao bloco de partos e um terceiro é distribuído ao puerpério.

Os registos são elaborados com recurso ao programa SClínico® à semelhança de muitas maternidades portuguesas. Este programa é também utilizado nas unidades de cuidados de saúde primários do centro hospitalar, o que se torna facilitador quer no acesso dos profissionais implicados aos registos para continuidade dos cuidados, quer na transmissão de informações necessárias por via eletrónica como é o caso da notícia de nascimento estando a mesma parametrizada no programa, sendo de fácil preenchimento e envio imediato para o Centro de Saúde da díade/tríade.

2.1.2.2. Puerpério

Conforme descrito anteriormente, o serviço de obstetrícia desta unidade hospitalar do norte alentejano, comporta para além da urgência, internamento de grávidas e ginecologia, e, bloco de partos, o puerpério.

Este facto acaba por ser vantajoso no sentido de que a mulher é admitida e permanece num único serviço durante todo o internamento, reconhecendo o espaço e permitindo um acompanhamento pelos mesmos profissionais com continuidade dos cuidados.

A equipa de enfermagem deste serviço é constituída então por cinco médicos obstetras, 20 enfermeiros (dos quais 15 são EESMO e os restantes enfermeiros de cuidados gerais), dois assistentes técnicos e nove assistentes operacionais. O serviço não contém pediatras afetos embora tenha sempre pediatra a colaborar quer para observação e avaliação dos RN's, quer para encaminhamento dos mesmos, advindo estes do serviço de pediatria.

O método de trabalho adotado neste internamento é o método individual, uma vez que é um serviço que apresenta uma taxa de ocupação baixa e existe apenas um enfermeiro responsável pela prestação de cuidados às puérperas internadas. Os horários praticados encontram-se descritos no texto anterior pois o serviço comporta estas valências em conjunto.

Por norma, nesta unidade de cuidados pratica-se o alojamento conjunto da díade, contudo não é possível a presença permanente do pai/acompanhante por motivos de estrutura e disposição do serviço – os quartos são duplos, não permitem a privacidade e intimidade necessária à instalação da tríade nem possuem cama ou cadeirão acessório à cama da puérpera.

Neste serviço ainda não existe sistema de pulseira eletrónica no RN, conforme legislação em vigor i.e., Despacho n.º 20730/2008 de 7 de agosto, contudo, por questões de segurança, o acesso ao serviço é restrito e efetuado por porta com código, só passível de ser utilizado pelos profissionais do mesmo.

Existe, nesta unidade hospitalar, a possibilidade de registar o RN e pedir o seu primeiro cartão do cidadão juntos dos técnicos do “Balcão Nascer Cidadão”, doravante no decorrer da

pandemia este serviço foi-se mantendo suspenso ou a funcionar apenas em alguns dias, por exemplo, uma ou duas vezes na semana.

Uma vez que este serviço partilha o mesmo espaço físico que o internamento de grávidas, o horário das visitas é igual, implicando que o pai ou convivente significativo não permanece junto da puérpera no período nocturno. Neste aspeto, e tendo em consideração que o período da noite assume, por si só, uma vertente crítica na qual a puérpera se sente mais sozinha, insegura e o RN não o distingue enquanto período de descanso carecendo de se alimentar em horário livre habitualmente de três em três horas, seria vantajoso para todos criar as condições necessárias ao alojamento conjunto da tríade 24 horas por dia.

Os internamentos de puerpério neste serviço duram em média 48 horas em caso de parto vaginal eutócico ou distócico e 72 horas em caso de cesariana, exceto situações de perda ponderal do RN ($\geq 10\%$ peso nascimento), patologias maternas e do RN, e desvios à situação de normalidade.

3. METODOLOGIA DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

No decurso do ano escolar transato foram aplicadas metodologias com vista à aquisição e desenvolvimento de competências de natureza pessoal, profissional, relacional, entre outras.

Dessas metodologias, ressalvo a observação e o treino de aptidões na prática clínica como é o caso da reflexão, do auto-questionamento e da pesquisa bibliográfica com recurso a bases de dados fidedignas e à evidência científica, bem como, a elaboração de revisão narrativa da literatura.

3.1. Objetivos do Estágio do Estágio de Natureza Profissional

Inerente à metodologia do estágio profissional, importa ressaltar os objetivos propostos pela unidade curricular ENPRF pois os mesmos motivaram a mestranda sendo encarados como desafios e metas a atingir.

Neste âmbito, foram traçados para esta unidade curricular os seguintes objetivos:

1. Cuidar da mulher/companheiro inseridos na família e comunidade:
 - a. no âmbito do planeamento familiar e período pré-concepcional;

- b. no período pré-natal;
 - c. no âmbito da saúde sexual e reprodutiva;
 - d. nos vários estádios do TP em situação de saúde/desvio de saúde;
 - e. no período puerperal em situação de saúde/desvio de saúde;
 - f. durante o período pós-natal;
 - g. a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica;
 - h. demonstrando responsabilidade ético-deontológica e empenho na melhoria da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.
2. Demonstrar uma aquisição de conhecimentos conducente a uma proposta de melhoria de cuidados, considerando as vertentes teórico-práticas e a Prática Baseada na Evidência.
 3. Defender através de um Relatório apresentado em provas públicas, a sua aquisição de competências ao longo do Estágio de Natureza Profissional [ENP].

Ao abrigo do plano de estudos traçado pela Universidade de Évora e em conformidade com o *curriculum* escolar proposto por esta unidade curricular, o alcançar dos objetivos supra referidos pressupõe e gera a aquisição e desenvolvimento de competências nas vertentes teóricas, clínicas, de investigação e aplicação dos conhecimentos adquiridos ao longo do ano letivo anterior na prática diária.

Assim sendo, as competências plasmadas no plano de estudos que se pressupõe serem adquiridas e desenvolvidas pela mestranda são:

- ✓ Saiba evidenciar conhecimento nas vertentes de cuidados especializados e de investigação, exibindo:

1. Capacidade de reflexão crítica sobre as práticas;

2. Fundamentação de escolhas com base na teorização;
 3. Capacidade para utilizar investigação e evidência científica na melhoria da prestação de cuidados;
 4. Capacidade de comunicar conclusões, conhecimentos e raciocínios subjacentes, quer a especialistas e a não especialistas, de forma clara.
- ✓ Habilidades para desenvolver aprendizagem ao longo da vida de modo fundamentalmente autónomo em favor da área Saúde Materna e Obstétrica.

Estas competências têm por base o regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e o regulamento nº 391/2019 das Competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica preconizadas pela Mesa do Colégio da Especialidade e exigidas pela Ordem dos Enfermeiros [OE] para reconhecer o título de especialista.

3.2. Abordagem Metodológica das Práticas Clínicas no Estágio do Estágio de Natureza Profissional

O desenvolvimento das competências acima descritas ocorreu ao longo do estágio, nos diversos campos clínicos, sob supervisão clínica de EEESMO e com orientação pedagógica da Docente Professora Doutora Maria da Luz Barros, da Universidade de Évora.

Para tal, recorreu-se a estratégias diversas de aprendizagem que incluíram a observação, o treino de novas aptidões, a reflexão crítica, a pesquisa bibliográfica, a revisão narrativa da literatura, a realização de sessões de educação para a saúde, a formação em serviço, o aprofundamento da temática *Mindfulness*, enquanto medida não farmacológica de controlo da dor no decurso do TP, através da conclusão de um curso certificado de *Gentlebirth* e aplicação na prática diária dos saberes e competências adquiridas.

A aquisição e o desenvolvimento de competências alicerçou-se na experiência acumulada na prática clínica, na reflexão acerca dos mesmos e na construção constante de um modelo de atuação assente no paradigma já estudado por Callista Roy onde a Enfermagem é tida como uma profissão dos cuidados de saúde que se centra nos processos de vida humanos,

enfazando a promoção da saúde aos indivíduos, grupos e sociedade como um todo, sendo que a ciência e a prática expandem a capacidade de adaptação e melhoram a transformação ambiental da pessoa (Coelho & Mendes, 2011).

Para Roy (1966), o autoconceito envolve especificamente os aspetos psicológicos e espirituais do sistema humano sendo composto pelo ser físico, que envolve a imagem corporal, pelo ser pessoal, que engloba a autoconsciência, o autoideal ou expectativa, e pelo ser ético, moral e espiritual (Coelho & Mendes, 2011). Nos diversos contextos encontrados neste estágio, a mestranda procurou promover uma abordagem à mulher/família que englobasse estes conceitos trabalhando através da temática do *Mindfulness* quer o autoconceito, quer os aspetos psicológicos e espirituais associados à gravidez e ao parto.

Em cada campo clínico, a mestranda começou por recorrer e caracterizar o serviço, planear e executar as atividades propostas para o seu projeto pessoal, académico e profissional, solicitando sempre o parecer e supervisão quer do EEESMO supervisor, quer da docente orientadora.

Para cada contexto deste estágio profissional, ocorreram reuniões de avaliação intermédia e formativa, assim como reuniões de avaliação sumativa nas quais foi tida em consideração a auto-avaliação da mestranda e as avaliações da enfermeira supervisora e da docente orientadora.

Ao longo de todo o estágio profissional, para além das reflexões diárias conjuntas com o/a enfermeiro/a supervisor/a, também foi assegurado um acompanhamento semanal através de reuniões com a docente orientadora em modo presencial e/ou recorrendo ao programa informático *zoom* e a outros meios de comunicação como é o caso de videochamada, chamada de voz ou troca de *e-mails*, com vista ao estabelecimento de um ponto da situação, planeamento de atividades ou mesmo esclarecimento de dúvidas, de acordo com o preconizado pela Organização Mundial de Saúde [OMS] na formação de *Midwives* /EEESMO.

3.2.1. Estratégias de Observação e Treino de Aptidões

A prática clínica desenvolveu-se com base em observações várias de atividades, formas de atuação, protocolos de serviço, cultura organizacional, técnicas utilizadas, planeamento e execução de atos de enfermagem, avaliação dos mesmos e tomada de decisão. “*A ver também se aprende*” – foi um dos dizeres primários de uma das enfermeiras supervisoras, o qual contribuiu para a construção de um modelo de atuação ao longo de todo o estágio.

A propósito deste saber popular, há que lembrar a observação enquanto instrumento básico de enfermagem, primordial na prestação de cuidados fornecendo as premissas necessárias ao estabelecimento de um diagnóstico de enfermagem, sendo, portanto, um meio básico e de fácil acesso de obter informações (Brasil, 1997).

Para além do mais, a observação é considerada uma técnica pedagógica facilitadora do processo de aprendizagem na qual visualizamos primeiramente a atividade e só depois a reproduzimos (Farias, Maciel & Fronza, 2017) entendendo-se os estágios clínicos ou momentos de exercício/aprendizagem clínica como “momentos de observação e intervenção em contextos de serviços de saúde e afins, com o objetivo de desenvolver capacidades, atitudes e competências”(Alarcão & Rua, 2005, p. 376).

A observação, conduziu à reflexão e ao treino supervisionado, o qual, progressivamente gerou autonomia no planeamento, execução e avaliação das atividades, permitindo a construção gradual de uma identidade profissional enquanto EEESMO.

A par da reflexão importa salientar que a prática reflexiva possibilita uma panorâmica geral da situação, a identificação dos pontos-chave e a importância de cada um deles (Almonacid-Fierro & Moreno-Doña, 2014), terminando este processo reflexivo numa crise que permite crescer maturar e compreender (Sanchez, 1999).

As atividades desenvolvidas nos contextos clínicos subjacentes encontram-se plasmadas no Apêndice B do presente documento, tendo sido alvo de supervisão e avaliação e permitindo o tão desejado desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista e competências do EEESMO.

3.2.2. Estratégias de Reflexão Crítica

A reflexão diária das práticas realizadas quer de forma individualizada, quer conjunta com a EEESMO supervisora ou mesmo com a equipa multidisciplinar, revelou-se como uma necessidade premente e um alicerce fundamental à aprendizagem da mestranda, nomeadamente no que diz respeito à construção dos seus valores e identidade profissional. Refletir é um ato assumido como uma prática em enfermagem, sendo a prática reflexiva considerada como uma habilidade indispensável no contexto clínico, atribuindo aos estudantes e professores responsabilidades partilhadas para continuar a expandir o corpo de conhecimentos da disciplina (Peixoto & Peixoto, 2016).

Em contexto de desafio, superação ou dificuldade, a reflexão é constante e involuntária podendo ou não ser documentada e devidamente fundamentada na evidência científica. Ao longo deste percurso académico e em contexto de estágio, a mestranda elaborou reflexões

críticas (uma por cada contexto clínico, excetuando a neonatologia) que foram documentadas e nas quais sentiu necessidade de explorar mais detalhadamente as temáticas com recurso à revisão da literatura existente acerca das mesmas.

As reflexões críticas elaboradas constam do Apêndice C, tendo as mesmas sido alvo de apreciação e discussão com o/a EEESMO supervisor/a e com a docente orientadora nas reuniões de avaliação.

3.2.3. Estratégias de Pesquisa Bibliográfica para Revisão

Narrativa

Na certeza que o tema do projeto pessoal e profissional desta unidade curricular trata de algo inovador e ainda em estado embrionário com reduzida aplicação na prática por motivos de desconhecimento ou mesmo inexperiência dos profissionais da obstetria, surgiu a necessidade de realizar uma revisão narrativa para o melhor abordar e aplicar. Esta revisão alberga como principal objetivo a descrição do estado de arte do *Mindfulness* enquanto terapêutica não farmacológica para o controlo da dor sob o ponto de vista teórico e contextual. De igual modo, acresce o objetivo de discutir o conhecimento atualizado sobre o *Mindfulness* e a sua aplicabilidade prática no controlo da dor durante o trabalho de parto, permitindo assim que se gerem contributos para a formação e educação na área da saúde materna.

Para as pesquisas, recorreu-se às bases científicas da CINAHL®, Nursing & Allied Health Collection, Cochrane Plus Collection, MedicLatina e MEDLINE®, utilizando o software Mendeley para a recolha e gestão das referências bibliográficas.

O tratamento de dados qualitativos colhidos nas bases supracitadas exigiu da mestranda o domínio, treino e aperfeiçoamento de outras línguas como é o caso do inglês e do espanhol.

3.2.4. Estratégias de planeamento e execução de sessões formativas

No decorrer do estágio profissional, revelou-se pertinente quer por necessidades detetadas no serviço e solicitação da EESMO supervisora ou equipa multidisciplinar, quer por necessidade e aspiração pessoal, académica e profissional da mestranda, a realização de sessões formativas. Das sessões formativas realizadas nos diferentes contextos distinguem-se uma sessão de educação para a saúde para grávidas inserida no curso de preparação para o parto e parentalidade que estas mesmas se encontravam a frequentar e duas sessões de formação em serviço planeadas e executadas em colaboração com o/a EEESMO supervisor/a.

A educação para a saúde é entendida pela OMS como “qualquer combinação de experiências de aprendizagem que tenham por objetivo ajudar os indivíduos e as comunidades a melhorar a sua saúde, através do aumento dos conhecimentos ou influenciando as suas atitudes” (OMS, 1998). Para além do mais, ao desenvolver e planear estas sessões, a mestranda responde às competências de formação exigidas e espelhadas no Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica [RCEESMO] como é o caso da competência 2 – *Cuida a Mulher inserida na família e comunidade*, que apresenta a unidade de competência 2.1 *Promove a saúde da Mulher durante o período pré-natal* com o critério de avaliação 2.1.1 *Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projetos e intervenções de promoção da saúde pré-natal* (RCEESMO, 2019).

Já a formação em serviço é assumida pela OE como um pilar fundamental e determinante para a melhoria contínua da qualidade do desempenho profissional e, conseqüentemente dos serviços prestados (OE, 2016). Formar pressupõe mudar, acrescentar valor no que respeita a competências, atitudes, para que essa mais-valia se faça sentir na melhoria contínua da qualidade dos cuidados, visando a obtenção de ganhos em saúde (Relvas, 2018).

Neste sentido, para além de estimular a aquisição e desenvolvimento de competências da mestranda, a formação em serviço permite uma melhor integração na equipa multidisciplinar e uma arrojada contribuição para o crescimento pessoal e profissional da mesma. No decurso do estágio profissional, apostou-se nas sessões de formação como uma ferramenta major no alcance dos objetivos e aspirações da mestranda.

3.2.5. Outros Contributos para o Desenvolvimento de Competências

Uma vez que a temática a explorar trata um conceito definido, mas ainda com pouca aplicação na prática e desconhecido por muitos profissionais na área da obstetrícia, surgiu necessidade por parte da mestranda de alargar a sua formação na área do *Mindfulness* e a sua aplicação no TP. Para tal, para além da pesquisa bibliográfica, a mestranda frequentou e concluiu um curso certificado denominado *Gentlebirth*, no qual foram abordadas temáticas diversas alusivas ao *Mindfulness*, *Hypnobirthing*, *Breathing Techniques* e *Affirmations*.

Conforme já referido anteriormente, o *Mindfulness* consiste numa técnica de atenção e consciência plena do momento presente que reduz o stress e melhora significativamente o humor à medida que se aprende a focar a atenção na gravidez e no parto. Tem como filosofia o desenvolvimento de *awareness* (consciência) através de práticas que incluem o treino da respiração, perceção corporal, observação de pensamentos, sensações e emoções (Kabat-Zinn,

2017). Essas habilidades ao serem aprimoradas permitem que haja a diminuição da ruminação mental, da reatividade, da atitude julgadora e crítica, aumento da flexibilidade psicológica, da autocompaixão e da aceitação. O conceito de interdependência e impermanência também emergem (Kabat-Zinn, 2017).

Já o *Hypnobirthing* compreende uma técnica que permite transformar o medo em confiança, mudando as crenças sobre o parto com o uso diário de ferramentas personalizadas de hipnose. O Hipnoparto tem por base a utilização de técnicas de hipnoterapia com foco no bem-estar físico, psicológico e espiritual, da grávida/futura mãe, do seu parceiro de nascimento e do recém-nascido independentemente do contexto de nascimento (Mongan, 2015). Baseia-se num projeto educacional de auto-compreensão, com recurso a técnicas de respiração, relaxamento, visualizações, prática meditativa e cuidados alimentares e corporais, assim como numa vida familiar saudável (Mongan, 2015).

As *Breathing Techniques* consistem em técnicas de respiração fáceis e eficazes para ajudar a manter a calma, confiança e controlo durante toda a gravidez e nascimento. Para além de ajudarem a aumentar a oxigenação durante as contrações e o relaxamento corporal nos intervalos, são um excelente recurso para o conforto mental durante o trabalho de parto (Cruz, 2022).

Enquanto isso, as *Affirmations* consistem em afirmações positivas para todas as circunstâncias, desde a preparação para a gravidez até ao regresso ao trabalho. Consistem em frases curtas que repetimos para o condicionamento das mentes funcionando por ação nos dois princípios da mente subconsciente: acordo e conformidade. Tudo o que é dito pela mente consciente, a mente subconsciente aceita. A mente subconsciente não sabe o que está certo ou errado, o que é real ou irreal e armazena cada bit de informação, cada comando. As *Affirmations* são fortes declarações ou comandos da mente consciente para sua mente subconsciente (Hypnobirthing Portugal, 2017)

O curso decorreu de 4 de dezembro de 2021 a 31 de maio de 2022, em aulas *online* e reuniões via *zoom*, num total de 36 horas distribuídas pelas diferentes temáticas conforme certificado e plano de curso constantes no anexo I.

4. CONTRIBUTO PARA A ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

O mestrado corrente foi, desde sempre, uma aspiração e desejo da mestranda não só pela ambição das novas competências adquiridas, mas também pela necessidade de explorar o mundo da obstetrícia com conhecimentos académicos, científicos e baseados na evidência mais atual.

Neste sentido, o tema escolhido incidiu sobre o *Mindfulness* e sua aplicabilidade no controlo da dor durante o TP, pelo seu carácter inovador e pelo desafio crescente que representava.

Numa fase em que a obstetrícia sofre um paradigma de mudança no qual, se defende, cada vez mais, o parto natural enquanto experiência positiva no ciclo vital da mulher e no qual esta toma as suas próprias decisões, revelou-se pertinente abordar uma temática na qual a mulher pode assumir o controlo do seu próprio parto.

4.1. Concetualização

Pesquisas recentes referem que o treino em *Mindfulness* pode diminuir os sintomas de depressão e também a perceção do stress e ansiedade comuns durante a gravidez, trabalho de parto, parto e puerpério (García-Campayo & Demarzo, 2018).

É através da sua prática regular que a mulher fica mais consciente das suas experiências e, portanto, tem melhores condições para realizar escolhas assertivas ao invés de ser levada por pensamentos catastróficos e por emoções, como é o caso do medo do desconhecido (Woiciechoski, 2021).

Além disso, algumas evidências preliminares sugerem que aprender e praticar habilidades de atenção plena durante gravidez e no momento do parto podem melhorar o trabalho de parto em si, lidando melhor com as dores e desconfortos naturais do processo (García-Campayo & Demarzo, 2018).

Atendendo a que a OMS também salienta que uma das intervenções prioritárias do EEESMO é ajudar a mulher a suportar a dor do TP e que tal objetivo pode ser alcançado através de métodos não farmacológicos (OE, 2016) e reconhecendo a necessidade de explorar a temática em causa, reviu-se a literatura procurando mapear o conhecimento já existente e comprovado cientificamente acerca da mesma.

4.2. Metodologia de Revisão

A revisão narrativa da literatura ocorreu por etapas distintas que passam a ser descritas seguidamente, apresentando como objetivo, conforme já referido anteriormente, a descrição do estado de arte do *Mindfulness* enquanto terapêutica não farmacológica de controlo da dor sob o ponto de vista teórico e conceptual.

I - Definição da questão norteadora da revisão narrativa

Questão: Será que a aplicação de *Mindfulness* tem interferência no controlo da dor, medo e ansiedade durante o trabalho de parto?

II - Definição da estratégia PICO

P: Parturientes

I: Mindfulness

C: Trabalho de Parto

III - Definição dos critérios de seleção

Crítérios de Inclusão: Artigos científicos com texto completo e referências disponíveis das bases de dados de acesso reservado da EBSCO, dos últimos oito anos, nos idiomas português, inglês e espanhol, que façam alusão à temática do *Mindfulness* enquanto terapêutica não farmacológica do controlo da dor, medo e ansiedade durante o trabalho de parto.

O motivo pelo qual foram selecionados os últimos oito anos, prende-se com o conceito de *Mindfulness*, que, de acordo com a base de dados surgiu nessa altura (anteriormente designado por teoria da mente).

IV - Definição dos descritores MeSH e palavras-chave (Apêndice H)

V - Definição da Equação Booleana

VI - Pesquisa nas Bases de Dados de Acesso Reservado da Editora Ebsco: 1) CINAHL Complete, 2) MEDLINE Complete, 3) Nursing & Allied Health Collection Comprehensive. 4) Cochrane Central Register of Controlled Trials, 5) Cochrane Database of Systematic Reviews,

6) Library, Information Science & Technology Abstracts, 7) MedicLatina e 8) Cochrane Clinical Answers - obtendo um total de sete artigos incluídos (Apêndice G)

VII - Armazenamento das referências no gestor Mendeley

IX - Elaboração do Quadro de Resultados

X - Redação do texto da Revisão Narrativa – Resultados Empíricos

Quadro dos Resultados

Figura 4 Quadro dos Resultados da RNL

Estudo Autores/Ano	Amostra	Objetivo	Metodologia	Resultados/Evidências mais significativas
Bonura (2018)	60 mulheres grávidas com mais de 26 semanas	Determinar a influência dos programas de preparação pré-parto baseados em <i>Mindfulness</i> na vivência de uma experiência positiva de parto	Participação do grupo num programa de preparação pré-parto completando uma aula de ioga e <i>Mindfulness</i> de uma hora três vezes por semana desde a vigésima sexta semana de gravidez até ao parto	- Estratégias de ioga e <i>Mindfulness</i> oferecem benefícios para melhorar a saúde e o bem-estar durante a gravidez, para promover resultados positivos durante o TP e recuperação pós-natal; - Para que as mulheres obtenham plenamente os benefícios do treinamento pré-natal de yoga e/ou <i>Mindfulness</i> e traduzam efetivamente as estratégias de <i>Mindfulness</i> no ambiente do trabalho de parto e parto como medidas de conforto, elas precisam de um instrutor atencioso que ofereça um ambiente de apoio com treinamento contínuo, prática repetida e uma abordagem integrada.
Goutadier, Bertoli, Séjourné, Chabrol (2019)	102 mulheres grávidas com 34 semanas de gestação	Explorar a frequência do transtorno de stress pós-traumático [TEPT] associados ao próximo parto e destacar características associadas de	A amostra completou questionários avaliando a antecipação da dor do parto, medo do parto, medo da dor, sintomas de stress pré-traumático,	- O medo da dor do parto é um constructo específico, claramente independente da experiência de dor geral. O trabalho de parto pode ser vivenciado como ameaçador e traumático e esse impacto traumático pode desenvolver-se muito antes do parto. Como pode existir um potencial continuum traumático do stress pré ao pós-traumático, mais estudos longitudinais avaliando reações pré, peri e pós traumáticas são necessários para fornecer suporte a essa

		stress pré-traumático	suporte social percebido e sintomas depressivos e de ansiedade	hipótese.
Akkoz, Semra, Ilknur (2021)	60 mulheres grávidas	Determinar o efeito da Reflexologia e <i>Mindfulness</i> nos resultados do trabalho de parto em gestantes primíparas	Estudo controlado randomizado (RCT) de um único centro, não cego, de dois grupos paralelos: grupo reflexologia e <i>Mindfulness</i> e grupo controle	<ul style="list-style-type: none"> - A reflexologia e o <i>Mindfulness</i> foram eficazes a diminuir a dor e ansiedade e aumentar a satisfação com o nascimento durante a primeira fase do trabalho de parto. - A prática da reflexologia e do <i>Mindfulness</i> reduz a dor das mulheres grávidas em trabalho de parto, diminui o nível de ansiedade, encurta a duração do 2º e 3º estagio do trabalho de parto e as mães têm uma experiência de parto mais satisfatória; - Usar a reflexologia e o <i>Mindfulness</i> de forma confiável para controlar a ansiedade e a dor das gestantes durante o trabalho de parto é recomendado nas salas de parto enquanto medida não farmacológica de controlo da dor durante o trabalho de parto.
Uludag, Mete (2021)	60 mulheres grávidas nulíparas	Examinar o efeito dos cuidados de suporte fornecidos com base na filosofia do <i>Hypnobirthing</i> durante o parto, medo, dor, duração, satisfação e custo	Ensaio clínico randomizado, simples-cego, usando um desenho pré-pós e grupo controle.	<ul style="list-style-type: none"> - Os níveis de medo, duração da dor e custo foram menores e os níveis de satisfação com a experiência do trabalho de parto foram maiores no grupo de intervenção. - O <i>hypnobirthing</i> desempenha um papel efetivo na redução do custo da mão de obra. - Recomenda-se a utilização do <i>hypnobirthing</i> durante o trabalho de parto. - O Cuidado de Enfermagem baseado na filosofia do <i>hypnobirthing</i> diminui o medo, a dor e a duração do trabalho de parto, aumentando o nível de satisfação e redução dos custos ocorridos durante o parto.
Fenwick, Toohill, Creedy, Smith; Gamble (2015)	43 mulheres grávidas	Descrever as fontes, respostas e moderadores do medo do parto num grupo de gestantes avaliadas como	Análise comparativa utilizada para identificar conceitos comuns e gerar temas que representassem as perspetivas	<ul style="list-style-type: none"> - As mulheres australianas apresentaram preocupações de parto semelhantes às relatadas na literatura internacional. - Encontraram-se dois discursos opostos: um de preocupação com eventos negativos e outro de evitar o planeamento para o trabalho de parto e nascimento. - Importa fornecer modelos de maternidade centrados na mulher que minimizem a

		tendo altos níveis de medo do parto	das mulheres sobre o medo do parto, realizando 43 conversas telefónicas gravadas.	intervenção obstétrica, ofereçam conversas personalizadas após o parto e sejam sensíveis à identificação; ouvir e ajudar as mulheres a modificar os seus medos no início da gravidez é necessário para promover uma antecipação positiva e uma preparação para o parto.
Van der Gucht, Lewis (2015)	9 puérperas que tiveram parto vaginal	Descrever a experiência de dor durante o parto	Entrevistas realizadas dois a quatro dias após o parto com duração de 45 a 75 minutos	<ul style="list-style-type: none"> - A dor do trabalho de parto é difícil de descrever e é contraditória. - É importante confiar em si mesmo e no seu corpo recorrendo a mecanismos de auto-conhecimento, auto-controlo e aceitação plena e consciente – <i>Mindfulness</i>; - É importante confiar na parteira e no marido durante o trabalho de parto, e, se possível, incluí-los na utilização dos mecanismos de controlo da dor.
Oliveira et al (2014)	62 acompanhantes do trabalho de parto	Avaliar o conhecimento dos acompanhantes sobre o uso de técnicas de <i>Mindfulness</i> no apoio ao parto	Estudo quantitativo descritivo, transversal, realizado na Maternidade Assis Chateaubriand. Entrevista individual e questionário. Teste do qui-quadrado de Pearson e teste exato de Fisher para associações estatísticas.	<ul style="list-style-type: none"> - Sentimentos de insegurança e medo foram vivenciados por alguns acompanhantes. - A presença do acompanhante durante o trabalho de parto constitui uma das principais formas de cuidado. - O acompanhante é um recurso e, simultaneamente, uma âncora para a gestante que utiliza técnicas de <i>Mindfulness</i> no controlo da dor durante o trabalho de parto.

4.3. Análise dos Resultados da Revisão como Contributo para o Desenvolvimento da Temática

Ioga e *Mindfulness* são poderosas estratégias de auto-conhecimento, controlo da dor, ansiedade e medo com benefícios que permitem francas melhorias da saúde e bem-estar durante a gravidez para promover resultados positivos durante o trabalho de parto e apoiar a recuperação pós-natal (Bonura, 2018).

Estas estratégias permitem minimizar, não só a dor durante o trabalho de parto, mas também questões psicológicas intrinsecamente ligadas à dor, com forte influência na mesma e frequentemente desvalorizadas. Referimo-nos particularmente ao medo da dor, sendo este um construto específico claramente independente da experiência de dor geral. O trabalho de parto pode ser vivenciado como ameaçador e traumático e esse impacto pode desenvolver-se muito antes do parto (Goutaudier et al, 2019).

A dor do parto é inclusivamente considerada um dos tipos mais graves de dor que uma mulher pode sentir ao longo da sua vida, e, de acordo com a American Society of Anesthesiologists [ASA] e com a American Society of Obstetrics and Gynecology [ACOG], a dor de parto tem indicação de tratamento apesar de ser uma dor diferente de outros tipos de dor e fazer parte de um processo natural que ocorre num período limitado de tempo (Akköz & Incedal, 2021).

São os cuidados de enfermagem de suporte, onde estão incluídas medidas não farmacológicas de controlo da dor, como é o caso do *Mindfulness*, que diminuem a dor sentida durante o trabalho de parto e encurtam a duração deste através da redução do medo do parto. Neste sentido, o nível de satisfação com o trabalho de parto aumenta em mulheres que apresentam baixos níveis de medo e dor do parto. Receber uma forma de cuidado permite às mulheres relaxar e descontraír para reduzir o medo do parto obtendo um efeito positivo nos resultados desse mesmo (Uludag & Mete, 2021).

Um estudo realizado com mulheres australianas, com a finalidade de descrever fontes, respostas e moderadores do medo do parto num grupo de gestantes, destaca a necessidade de modelos de atenção que incentivem os profissionais de saúde e as mulheres a envolverem-se de maneira autêntica para otimizar o desenvolvimento de relações de confiança e desenvolver estratégias para uma experiência de parto positivo, independentemente do modo final de nascimento (Fenwick et al, 2015).

Destes modelos de atenção fazem parte os programas baseados em *Mindfulness* que oferecem uma abordagem de treino focada no momento presente para a consciencialização e não julgamento. Permitem uma consciência da natureza em constante mudança das sensações

físicas e separação entre a experiência física do corpo (a dor) e a experiência emocional e mental do observador. Assim, surge maior controlo emocional relativamente à capacidade de gerenciar e tolerar a experiência da dor (Bonura, 2018).

Além disso, a aceitação da dor durante o trabalho de parto, que pode ser trabalhada recorrendo a técnicas de *Mindfulness* de aceitação consciente, bem como, a capacidade de acolher esta dor dentro do trabalho de parto e nascimento normais, evidenciam que o tratamento da dor de parto é mais psicossocial do que farmacológico sendo sempre necessário melhorar ou incidir sobre a capacidade de enfrentamento (Van der Gucht & Lewis, 2015).

Esta componente psicossocial da dor subjetiva e multifacetada de cada trabalho de parto alberga fatores psicológicos como é o caso da confiança, autoeficácia e capacidade de enfrentamento, sendo estes elementos essenciais para capacitar a mulher a gerir e controlar a dor (Bonura, 2018).

No contexto atual da atenção obstétrica, cuja política mundial na área da saúde da mulher é pautada pelo paradigma humanístico, incentiva-se a implementação de tecnologias alternativas às utilizadas no modelo atual de atenção obstétrica. Com respaldo político e com base em evidências científicas, as enfermeiras obstetras devem usar técnicas que considerem favoráveis ao andamento fisiológico do processo de parto e práticas não farmacológicas para alívio da dor (Oliveira et al, 2014).

A combinação de uma parteira atenciosa com um ambiente de apoio com técnicas de controlo da dor não farmacológicas, como o *Mindfulness*, oferece uma abordagem holística e personalizada para apoiar as gestantes e ajudá-las a gerir o seu trabalho de parto e parto (Bonura, 2018).

4.4. Formação em *Gentlebirth* – Curso para Profissionais do Parto

Conforme referido anteriormente, pelo caráter inovador e até, por vezes, um pouco experimental da temática escolhida, surgiu necessidade de alargar horizontes e ingressar num curso adicional com certificação internacional denominado *GentleBirth*.

O *GentleBirth* decorreu entre 4 de dezembro de 2021 e 31 de maio de 2022, aproximadamente 180 dias, através de aulas online que podiam ser tutoriais ou partilha de experiências e consiste num curso que visa a preparação mental para a gravidez, parto e

puerpério, recorrendo a técnicas de *Mindfulness*, *Hypnobirthing*, *Breathing Techniques* e *Affirmations*.

No seu plano, é constituído por cinco módulos denominados “*Mindfulness* para profissionais do parto”, “Obstetrícia e Neuropsicologia”, “Fundamentos de hipnose para profissionais do parto”, “Modelo de Gestão para o seu Negócio” e “Torne-se uma Instrutora *GentleBirth*”.

É um curso que mobiliza um *kit* de ferramentas para o profissional do parto atuar ou mesmo para uso pessoal da própria grávida. Esse *kit* inclui uma aplicação para *smartphone* com recursos áudio de treino da mente que incluem essencialmente meditações guiadas por voz e som alusivas a temáticas diversas como dor, ansiedade, medo do parto, motivação e auto-controlo.

Através destas meditações, a mente é convidada a experienciar sensações, emoções e vivências internas que trabalham o medo do parto, ajudam a gerir a ansiedade, estimulando a auto-confiança e as capacidades da gestante.

O curso inclui uma avaliação final com 50 perguntas de resposta aberta e questões de “verdadeiro ou falso”, tendo como requisitos para certificação a realização desta prova com aprovação, a produção de um texto de duas páginas alusivo a uma das temáticas estudadas e a conceção de um vídeo com um pequeno discurso de dez minutos acerca de um dos temas abordados.

Quer em termos pessoais, quer em termos académicos ou mesmo profissionais, a frequência e conclusão deste curso revelou-se fundamental para o processo de aprendizagem da mestranda possibilitando não só a aquisição de novos conhecimentos e aprendizagens bem como a aquisição e o desenvolvimento de competências necessárias à prática profissional de EESMO.

4.5. Resultados empíricos da aplicação das técnicas de *Mindfulness*

Dada a natureza subjetiva e não mensurável (quantitativamente) das técnicas de *Mindfulness* aplicadas para o controlo da dor nas mulheres em trabalho de parto, no decurso do ENP, os resultados obtidos revelaram-se de forma informal e através do *feedback* obtido pelas gestantes que experienciaram estas técnicas.

Querendo com isto dizer que a cada oportunidade decorrida para aplicação das técnicas e sob consentimento informal da díade/tríade, o grande objetivo incidiu sobre proporcionar uma

experiência positiva de parto na qual, a gestante verbalizasse satisfação com a experiência vivenciada, no decurso do puerpério.

Pelo facto de ter realizado o estágio em serviços que abrangiam as diversas valências da obstetrícia no mesmo espaço, físico foi sempre possível validar com cada gestante a sua satisfação com a experiência vivenciada.

Ou seja, no hospital da unidade local de saúde do norte alentejano, o serviço de puerpério era no mesmo espaço físico do bloco de partos, logo, foi sempre possível visitar, ainda que informalmente, a puérpera/díade/tríade que experienciou *Mindfulness*, *Hypnobirthing*, *Breathing Techniques* ou *Affirmations* no seu trabalho de parto e validar a sua satisfação. As técnicas mais utilizadas foram o *Mindfulness* e as *Breathing Techniques* de acordo com a **Figura 8**.

Apesar do nível de satisfação não ter sido quantificado, todas as puérperas questionadas consideraram as técnicas aplicadas úteis ao controlo da dor, medo e ansiedade no trabalho de parto, referindo uma experiência de parto positiva.

Das respostas obtidas à pergunta: “As técnicas que utilizámos para ajudá-la a controlar a sua dor durante o trabalho de parto foram úteis?”, seleccionaram-se aleatoriamente algumas falas que foram identificadas com as iniciais do nome e apelido e a data dessa intervenção.

Destacamos as mais pertinentes:

“Eu não cheguei a tempo de fazer epidural e estava assustadíssima. Tinha feito com o meu outro filho e quando me disseram que já não era possível, entrei em pânico. As enfermeiras sugeriram algumas técnicas de relaxamento, que aceitei sem acreditar muito no resultado. Acabou por ser um parto lindo e natural” (A.B., 29/10/2021)

Da reflexão desta fala, constata-se que a ideia de poder fazer analgesia epidural reduz a ansiedade e o medo da dor do trabalho de parto. As técnicas com efeito não medicamentoso são ainda pouco credíveis, mas, quando experienciadas revelam ser eficazes.

“Foi muito importante o vosso acompanhamento para mim. Confesso que as enfermeiras me transmitiram muita força. Apesar da epidural, sentia-me desconfortável e vocês foram incansáveis e deram-me muita força.” (I.L., 20/11/2021)

Para esta mulher, a presença constante da enfermeira e a aplicação destas técnicas promoveram o bem-estar da parturiente. Esta análise está de acordo com o defendido por Uludag e Mete (2021).

“Eu tive um parto lindo, uma experiência muito positiva. Confesso que fiquei assustada quando percebi que não poderia fazer epidural porque entrei no hospital com dilatação completa, mas as técnicas da respiração ajudaram bastante.” (A.C., 20/11/2021)

“Ajudaram e muito. Eu vinha decidida a fazer epidural e apesar de ter optado por ele, acho que o Mindfulness me ajudou a passar o tempo e a viver o trabalho de parto com mais serenidade. Obrigada” (M.Z., 26/11/2021)

“Foi tudo muito bom. Obrigada.” (S.M., 27/11/2021)

Verifica-se assim, uma reação muito positiva com efeitos benéficos para a experiência de parto à semelhança do que é referido por Bonura (2018).

“Quando os profissionais de saúde se dedicam às pessoas, tudo corre melhor. Foi uma experiência boa para mim, mas a dor é realmente difícil de suportar e só consegui com a vossa ajuda. Obrigada.” (L.A., 11/12/2021)

“Eu fiz preparação para o parto, mas não conhecia estas técnicas, só a da respiração. Acho que, para mim, não são suficientes para controlar a dor , é preciso epidural, mas ajudam muito. São complementares.” (A.S. 21/12/2021)

“Foi uma experiência ótima. Eu já conhecia o *Mindfulness* e uso frequentemente no meu dia-a-dia, já tinha ideia de o aplicar no meu parto. Com a vossa ajuda foi muito mais fácil” (M.R., 21/12/2021)

O *Mindfulness* mostrou ser um instrumento de serenidade e tranquilidade durante o trabalho de parto mostrando em algumas situações os efeitos benéficos do relaxamento conforme afirmam Akköz & Incedal (2021).

“Pedi à enfermeira para experimentar o *hypnobirthing* porque sempre quis ser hipnotizada. Não foi exatamente o que estava à espera, mas ajudou-me a controlar a minha ansiedade e o medo do parto. Foi uma experiência positiva.” (S.R., 08/01/2022)

“Na minha cultura, já fazemos meditação regularmente por isso não senti dificuldade em cumprir as ordens da enfermeira... (risos)... acho que é um complemento à epidural... ajuda mais no medo e na ansiedade” (S.A., 17/01/2022)

Para algumas culturas as práticas de meditação são necessárias e regulares. Ainda assim, a epidural é também desejada sendo o *Mindfulness* complementar e não alternativo.

“Foi uma experiência muito positiva principalmente enquanto estive a fazer a dilatação, senti a minha cabeça ocupada e isso fez com que o tempo passasse mais depressa.” (D.R., 18/01/2022)

Promove o autocontrolo e uma experiência positiva de parto conforme referido por Oliveira et al (2014).

“Se me tivessem proporcionado esta ajuda e esta experiência no meu primeiro filho tenho a certeza que teria tido um parto melhor. Vinha cheia de medo, e, este apoio, estas palavras positivas, o repetir para mim mesma que sou capaz foi fundamental” (S.D., 19/01/2022)

“A parte do período expulsivo não custou nada. Chegar até ele é que foi difícil e esta técnica ajudou-me a concentrar-me e a focar-me mais no meu objetivo que era receber a minha bebé e correr tudo bem.” (D.L., 07/02/2022)

Ajuda a concentrar-se e a focar-se no seu real objetivo que é o nascimento, à luz do que referido por Bonura (2018).

“Nem fazia ideia que nos hospitais se faziam estas atividades... Quando a enfermeira me perguntou se queria experimentar repetir frases que me ajudavam a suportar a dor pensei que estava maluca. Mas acho que ajudou bastante, senti-me muito acolhida.” (F.A., 10/02/2022)

“Gostei muito da experiência e recomendo. Talvez vá aprofundar isto do *Mindfulness* no futuro porque ajuda a passar pelas situações.” (A.A., 19/02/2022)

“Obrigada pela experiência de parto proporcionada. Estava muito ansiosa e, de certa forma, estas medidas ajudaram-me a acalmar. A respiração foi importante para mim.” (S.M., 20/02/2022)

“Estou muito grata a todos e principalmente à equipa de enfermagem. O *Mindfulness* foi uma boa ajuda durante todo o trabalho de parto.” (D.C. 01/03/2022)

Constata-se que estas técnicas surgem como uma ajuda no trabalho de parto que se traduz numa experiência positiva de parto, em conformidade com o artigo de Goutaudier et al (2019).

“Não estava à espera que esta técnica de respiração resultasse. Treinei durante a gravidez e o curso de preparação para o parto, mas achava que não servia para controlo da dor. Acabei por pedir epidural, mas as técnicas de respiração ajudaram muito.” (M.M. (06/03/2022)

“Sempre desvalorizei técnicas destas, pois não acreditava no seu potencial. A respiração, relaxamento e afirmações positivas não tiram a dor, mas são uma mais-valia para controlar a ansiedade e o medo no trabalho de parto.” (B.P. 11/03/2022)

“Foi muito importante para mim.” (N.B. 14/03/2022)

“Eu já conhecia o *Mindfulness*. Já praticava. Fiquei surpresa quando me propuseram porque achava que não era aplicável a uma dor tão intensa como a do trabalho de parto! Resulta... não tira a dor, mas ajuda a suportar” (C.C. 14/03/2022)

Reforça-se assim a importância da complementaridade entre métodos farmacológicos e não farmacológicos de alívio da dor no TP.

“A enfermeira ajudou-me muito. Nem sei como agradecer. Ajudou-me a respirar bem para o bebé nascer melhor.” (S.C. 20/03/2022)

À luz do da teoria de Uludag&Metz (2021), o facto do *Mindfulness* favorecer a aproximação e presença do profissional, ajuda a suportar a dor do trabalho de parto.

“O meu outro parto não foi assim. Acabou por ser cesariana, porque não fiz a dilatação. Neste, parece que estas técnicas me ajudaram a fazer a dilatação melhor e mais rápido.” (M.A. 27/03/2022)

“Foi uma experiência super gratificante pois mudou completamente a minha forma de pensar acerca do parto.” (C.C. 04/04/2022)

“O *Mindfulness* cativou-me desde o momento em que experimentei durante um curso de preparação para o parto que fiz online. Foi fácil aplicar, este foi o meu segundo parto e adorei a experiência.” (P.P. 07/04/2022)

“Isto da respiração ajuda mesmo a acalmar, eu achava que não era possível, que não tinha efeito nenhum” (F.B. 10/04/2022)

Constitui-se como algo surpreendente ou por vezes desejado em situações consideradas difíceis.

“Gostei da experiência. Foi o meu terceiro filho, mas até agora nenhuma enfermeira tinha respirado comigo. Acho que ajudou bastante” (P.C. 10/04/2022)

“Eu estava mesmo descontrolada quando me disseram que já não dava para fazer epidural, entretanto o parto acabou por ser rápido porque me ajudaram a desligar da dor... foi mais ou menos isso, desliguei... E senti uma sensação de alívio com o nascimento do Francisco” (T.P. 14/04/2022)

“Foi muito boa a experiência.” (S.N. 18/04/2022)

“Acho que as maternidades deviam investir na formação dos profissionais para serem usadas estas técnicas mais vezes porque apesar de não tirarem a dor ajudam a suportá-la!” (A.A. 28/04/2022)

Verifica-se um reconhecimento da importância das técnicas respiratórias assistidas e reforça-se também a ideia da complementaridade do *Mindfulness* com outras técnicas que apesar de não serem um analgésico farmacológico “ajuda a suportar a dor” conforme mencionado pela A.A., 28/04/2022.

“Enquanto repetia as frases que a enfermeira me sugeriu, fui ganhando forças para o meu parto, parecia um exercício de motivação como as *coachings*” (A.C. 28/04/2022)

“Toda a equipa me ajudou bastante e estas frases motivadoras também. Acho que o meu parto correu muito bem.” (A.F. 08/05/2022)

“É o meu sexto filho e nunca tinha tido um parto com técnicas de respiração e música. Foi bom.” (F.F. 09/05/2022)

Em concordância com o estudo de Van der Gucht & Lewis (2015), o trabalho da parteira, da equipa e o acompanhamento é fundamental e tranquilizador para uma experiência de parto positiva.

“A Meditação era algo que eu já praticava. Sou professora de ioga, conheço a técnica. Tinha pensado em aplicá-la no parto e fiquei surpreendida quando me incentivaram. Foi gratificante.” (B.B. 14/05/2022)

“Foi uma experiência muito positiva. Correu tudo bem.” (T.S. 18/05/2022)

“Gostei muito da forma acolhedora como me trataram. As técnicas utilizadas ajudaram bastante.” (A.R. 01/06/2022)

“De certa forma, meditar ajudou-me a descontrair, esvaziar a mente e “esquecer a dor” por algum tempo” (C.L. 01/06/2022)

“Foi uma experiência positiva.” (S.S. 07/06/2022)

“Sempre achei que não conseguia ter um parto normal e estas frases ajudaram muito. Motivaram.” (M.C. 09/06/2022)

O *Mindfulness* e terapêuticas não farmacológicas subjacentes pode ser favorável a uma experiência de parto normal positiva, de acordo com as falas anteriores.

“Obrigada por tudo. As vossas palavras deram-me muita força.” (A. G. 16/06/2022)

“Foi uma experiência positiva e correu muito bem.” (B.M. 19/06/2022)

Sumariamente, para este pequeno grupo de mulheres, o *Mindfulness* ajudou, enquanto exercício de atenção plena, sendo para algumas um recurso desconhecido, mas eficaz.

À luz da teoria de Callista Roy, considero que decorreu uma adaptação de cada uma destas parturientes à experiência de parto vivenciada, motivando-se na utilização do pensamento e

sentimento, bem como, utilizando o conhecimento e terapias complementares, como é o caso do Mindfulness, para tomar conscienciosamente as suas decisões e livres escolhas de como controlar a dor, o medo e a ansiedade durante o trabalho de parto.

5. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE MOBILIZAÇÃO DE COMPETÊNCIAS

À semelhança das restantes áreas de especialização em enfermagem, o perfil de competências do EEESMO engloba um conjunto de competências comuns clinicamente especializadas e descritas no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, nº 140/2019 de 6 de fevereiro, publicado no Diário da República, 2ª série, nº 26, [RCCEE].

5.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

O enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas da especialidade em enfermagem, envolvendo as dimensões de educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança e incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática de enfermagem (RCCEE, 2019).

No âmbito da especialização em Enfermagem, a OE emana orientações para a formação ao nível de 2º ciclo que se baseiam nas competências comuns dos especialistas (CCE) e que são universais, qualquer que seja a área da especialização.

De acordo com Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro, publicado no Diário da República, 2ª série, nº 26, descrevem-se seguidamente as atividades realizadas para atingir este conjunto de competências.

5.1.1. A - Responsabilidade profissional, ética e legal

Competência A1: Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional.

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

Atividades:

- Consulta e aplicação das regras, normas e protocolos de cada serviço;
- Respeito pela dignidade, privacidade, anonimato e confidencialidade da díade/tríade;
- Aplicação dos princípios éticos na prática diária;

Reflexão: O primeiro contacto com cada campo clínico da mestranda incluiu o conhecimento do espaço físico, recursos humanos, recursos materiais, normas de funcionamento, regras e protocolos do serviço. No fundo, revelou-se pertinente uma breve caracterização inicial do serviço em causa na qual a mestranda pudesse integrar informação que permitisse prestar cuidados de enfermagem com segurança e respeito pelas normas existentes.

Nesses cuidados, aplicou-se então de forma rotineira e perentória, o exercício de acolher a díade/tríade, apresentar-se como estudante e garantir a possibilidade de escolha, no caso de preferir (em) outro profissional para a prestação de cuidados.

Tal facto, para além de fomentar um clima inicial de confiança entre a díade/tríade e a mestranda, possibilitou também respeito pela dignidade dos clientes, consentimento e livre escolha.

A prestação de cuidados decorreu por vezes em quarto individualizado, outras em quarto duplo (como é, por exemplo, o caso do puerpério), contudo, a mestranda respeitou a privacidade da díade/tríade batendo sempre à porta para entrar no quarto, recorrendo a biombos ou cortinas quando necessário, procurando consentimento para a prestação de qualquer cuidado e garantindo que a mulher cuidada expunha somente a parte do corpo necessária para o cuidado planeado/necessário.

Atendendo a que a confidencialidade e o anonimato são princípios básicos da profissão, toda a informação colhida e atividades planeadas/executadas com cada díade/tríade ocorreu dentro do serviço, anonimizando toda e qualquer dado utilizado para fins académicos.

Do ponto de vista ético-deontológico, foram respeitados os princípios da beneficência, não-maleficência, igualdade e autonomia através de ações que incluíram procurar proporcionar bem-estar, conforto e respeito pelas decisões da díade/tríade sem negligenciar cuidados, sem diferenciar etnias, culturas, hábitos ou situações divergentes na prestação de cuidados e fomentando o autocuidado e capacidade de opção sempre que possível.

Competência A2: Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Descritivo: O Enfermeiro Especialista demonstra uma prática que respeita os direitos humanos, analisa e interpreta as situações específicas de cuidados especializados, gerindo situações potencialmente comprometedoras para os clientes.

Atividades:

- Promover a proteção dos direitos humanos
- Fomentar práticas de segurança, privacidade e dignidade

Reflexão: Atendendo à liberdade e igualdade plasmadas nos direitos humanos, a mestranda demonstrou sempre uma preocupação major na prestação de cuidados respeitando a individualidade de cada pessoa cuidada, no contexto em que se encontrava inserida e de acordo com a sua vontade e decisão própria.

Muitas foram as situações de multiculturalidade nas quais a gravidez, o TP e o puerpério foram vividos de forma menos comum, existindo sempre por parte da mestranda uma preocupação em respeitar crenças, atitudes, valores e de cissões da díade/tríade.

Esta maternidade transcultural alberga barreiras como é o caso do idioma, contudo, tal não se tornou impeditivo de uma prestação de cuidados com igualdade, recorrendo a estratégias de tradução como *google* tradutor, linguagem não verbal e mímica e apoio de figuras e esquemas.

A prática diária da mestranda foi sempre devidamente supervisionada tendo sido respeitados os protocolos do serviço, as prescrições médicas e as decisões por parte da díade/tríade. Tal facto foi gerador de segurança na prestação de cuidados e igualmente fomentou respeito pela dignidade das pessoas cuidadas.

Conforme descrito na reflexão da competência anterior (A1), foi respeitada a privacidade de cada díade/tríade através de ações que incluíram bater à porta do quarto, solicitar licença, validar consentimento para cada atividade praticada, permitir a exposição necessária e desejada e promover momentos de autocuidado e gestão das suas próprias necessidades.

5.1.2. B - Melhoria Contínua da Qualidade

Competência B1: Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.

***Descritivo:** O Enfermeiro Especialista colabora na conceção e operacionalização de projetos institucionais na área da qualidade e participa na disseminação necessária à sua apropriação, até ao nível operacional.*

Atividades:

- Colaboração em projetos institucionais

Reflexão: No decurso do ENP e em cada campo clínico, surgiu inúmeras vezes a necessidade e vontade por parte da mestrandia de colaborar nos projetos dos serviços vigentes com vista à melhoria da qualidade da prestação nos mesmos.

Desses projetos, ressalvo a elaboração de uma *check-list* de ensinamentos para a Consulta de Obstetrícia (Apêndice D) do hospital do Ribatejo, tendo este documento integrado o manual de integração para novos profissionais no serviço e sendo o mesmo homologado pela instituição para sua utilização corrente nas consultas de obstetrícia.

Colaborou também no Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade da unidade local de saúde do Alentejo através do desenvolvimento de uma sessão de educação para a saúde para um grupo de grávidas, em parceria com a enfermeira responsável por este projeto. A sessão realizada foi alusiva à temática do choro de bebé estando o plano de sessão plasmado no Apêndice E.

Também a formação em serviço foi uma área contemplada no sentido de contribuir para projetos institucionais, tendo colaborado em duas formações em serviço, em instituições de saúde diferentes: uma na Unidade Local de Saúde do Alentejo alusiva à temática “Blues pós-parto, Depressão pós-parto e Psicose Puerperal” (Apêndice F) e outra no Hospital do Ribatejo alusiva à temática “Contacto Pele-a-Pele” (Apêndice G).

Competências B2: Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua.

***Descritivo:** O Enfermeiro Especialista reconhece que a melhoria da qualidade envolve a avaliação das práticas e, em função dos seus resultados, a eventual revisão das mesmas e a implementação de programas de melhoria contínua.*

Atividades:

- Mobilização para a qualidade

Reflexão: Na ótica da mestranda, a qualidade dos cuidados prestados prende-se e está intrinsicamente ligada à formação contínua, ao desenvolvimento de novas aprendizagens e consequente mobilização das mesmas para a prática diária.

Neste sentido, a prática baseada na evidência e no conhecimento mais atual, bem como, o recurso a experiências inovadoras devidamente comprovadas pela ciência são a chave para os cuidados de excelência.

O facto de a mestranda investir na sua formação, não só do ponto de vista académico, como também procurando alargar os seus horizontes com frequência de um curso complementar de *Gentlebirth* incidindo o mesmo sobre a preparação mental para o parto e parentalidade, trouxe benefícios para a prática e qualidade para os cuidados prestados.

Um dos campos clínicos incluiu, inclusivamente, esta formação no plano de formação do serviço proporcionando aos profissionais do mesmo a possibilidade de frequentarem o curso *Gentlebirth* sendo os custos do mesmo suportados pela entidade hospitalar a que pertenciam.

Competência B3: Garante um ambiente terapêutico e seguro.

Descritivo: O Enfermeiro Especialista considera a gestão do ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes, atua proactivamente promovendo a envolvência adequada ao bem-estar e gerindo o risco.

Atividades:

- Promoção de ambiente seguro
- Participação na gestão de risco

Reflexão: Atendendo à pandemia vivenciada no decurso deste ENP, a promoção de um ambiente seguro e a gestão do risco assumiram-se como máximas a adotar nos diversos campos clínicos.

Os serviços sofreram reajustes, quase diariamente, tentando obedecer às normas existentes, normas emanadas pela DGS (Orientação nº 018/2020 Direção-Geral da Saúde; Orientação nº 026/2020 Direção-Geral da Saúde; Norma nº 004/2020 Direção-Geral da Saúde).

Apesar do contexto e dificuldades sentidas na garantia da segurança dos profissionais, utentes e famílias, esta situação acarretou aprendizagens e desenvolvimento de competências de gestão do ambiente, pois alertou a mestranda para as barreiras/obstáculos existentes e para as normas de atuação em vigor em cada serviço.

Se, por um lado, surgiu um treino contínuo na manipulação dos equipamentos de proteção individual [EPI's], por outro também exigiu a gestão de espaços, de momentos e situações nas quais era necessário realizar testes SARS-CoV₂, planejar e/ou programar tarefas ou atividades com a díade/tríade que dependiam do resultado destes testes.

Todo este “jogo de cintura”, apesar de dificultar a prestação de cuidados e até o próprio contacto entre a equipa, a mulher e a família, sensibilizou os profissionais para uma prática mais cuidada e alicerçada na promoção de um ambiente seguro, precavendo complicações e gerindo o risco cautelosamente.

Além do mais, as condições de gestão de cuidados seguros são igualmente definidas para a especialidade ESMO, através do Parecer nº 43/2019 referente às dotações seguras nos cuidados de saúde materna e obstétrica, que embora nem sempre cumpridas nos campos clínicos onde o ENP ocorreu, são do conhecimento da mestrandia e foram factos discutidos e refletidos em equipa multidisciplinar na tentativa de acautelar qualquer situação de risco e planejar uma melhoria contínua na segurança dos cuidados prestados.

5.1.3. C - Gestão dos Cuidados

Competência C1 - Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde (C1).

Descritivo: O Enfermeiro Especialista realiza a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas.

Atividades:

- Colaboração nas decisões da equipa de saúde.
- Melhoria da informação para a tomada de decisão no processo de cuidar.
- Reconhecimento quando deve “negociar com” ou “referenciar para” outros
- Utilização de uma variedade de técnicas diretas ou indiretas tais como a instrução e a demonstração prática das tarefas a delegar.

Reflexão: Enquanto profissão dotada de ações independentes e interdependentes, a enfermagem acaba por se tornar desafiante no que toca à tomada de decisão clínica, ao

trabalho em equipa multidisciplinar, à referenciação para outros profissionais de saúde e até mesmo à delegação de tarefas.

A tomada de decisão enquanto EEESMO foi sempre algo que gerou ansiedades na mestranda, procurando a mesma validar as suas decisões clínicas com o/a enfermeiro/a supervisor/a concomitantemente com a equipa interdisciplinar quando se revelou necessário e pertinente. Isto porque, na área da obstetrícia, o que pode num determinado momento ser considerado um procedimento de baixo risco, também pode rapidamente transformar-se numa situação com risco clínico.

Daí ser necessária cautela e precaução em toda e qualquer decisão tomada, reconhecendo a necessidade de supervisão enquanto EEESMO, aceitando a crítica enquanto aspeto construtivo da aprendizagem e estímulo à procura de conhecimento e melhoria contínua.

A mestranda sentiu que, por vezes, a sua insegurança permitiu crescimento e reconhece que a humildade profissional é uma forma de cautela e segurança para com os cuidados de saúde em Obstetrícia.

Em qualquer situação que surja, para além da área de atuação do EEESMO, é necessário que esta assuma e reconheça, atuando em conformidade com o estipulado nos regulamentos RCCE e RCEESMO e referenciando ou delegando funções.

Competência C2 - Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.

***Descritivo:** O Enfermeiro Especialista, na gestão dos cuidados, adequa os recursos às necessidades de cuidados, identificando o estilo de liderança mais adequado à garantia da qualidade dos cuidados.*

Atividades:

- Fomentação de um ambiente positivo e favorável à prática.
- Implementação de métodos de organização do trabalho adequados.
- Negociação dos recursos adequados à prestação de cuidados de qualidade.
- Utilização dos recursos de forma eficiente para promover a qualidade.

Reflexão: A integração na equipa multidisciplinar, comunicação e relação foram aspetos positivos neste ENP e motivadores de um ambiente favorável à prática clínica.

Assim, observando e refletindo a realidade de campo clínico, a mestranda foi conhecendo os recursos existentes e verificando a sua gestão por parte dos enfermeiros supervisores.

Provavelmente por uma questão de gestão desses recursos ou até mesmo alguma cultura organizacional e resistência à mudança, o método de trabalho utilizado na maioria dos serviços é o método individual no qual a responsabilidade dos cuidados recai sobre um profissional de enfermagem, que representa a coordenação dos cuidados a oferecer ao utente. Este método assemelha-se ao modelo *One-to-One* preconizado pela OMS na prática de assistência para as *Nurses/Midwives* (OMS, 2020) se a dotação no turno for de 1:1. Caso a dotação seja diferente, o método individual já diverge deste modelo.

Esta realidade do modelo *One-to-One*, nem sempre ocorre devido à necessidade de uma adaptação contextual nos cuidados de saúde que inclua a flexibilização de horários e a criação de espaços institucionais personalizados para o nascimento ou casas de parto, conforme proposto pela Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras [APEO] em Portugal.

5.1.4. D- Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

Competência D1 - Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.

Descritivo: O Enfermeiro Especialista demonstra a capacidade de autoconhecimento, que é central na prática de enfermagem, reconhecendo que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais. Releva a dimensão de Si e da relação com o Outro, em contexto singular, profissional e organizacional.

Atividades:

- Otimização do autoconhecimento para facilitar a identificação de fatores que podem interferir no relacionamento com a pessoa cliente e ou a equipa multidisciplinar.
- Reconhecimento dos seus recursos e limites pessoais e profissionais.
- Otimização da congruência entre auto e heteropercepção.
- Gerenciamento de sentimentos e emoções em ordem a uma resposta eficiente.

Reflexão: Toda a aprendizagem implica autoconhecimento e reconhecimento dos próprios limites pessoais e profissionais. Também a relação com outro é facilitada quando nos conhecemos bem e estamos conscientes das nossas capacidades, habilidades, escolhas e dificuldades.

Neste âmbito, a mestranda considerou a formação complementar realizada em *Mindfulness* uma mais-valia para o seu próprio conhecimento, construção da identidade profissional, consciencialização das suas necessidades formativas e motivação para procura de saberes.

Os cuidados de saúde em obstetrícia são frequentemente portadores de dilemas, momentos emotivos e de resoluções difíceis. Ressalva-se uma situação particular ocorrida na Consulta de Obstetrícia na qual se deparou com uma grávida angustiada perante a notícia/possibilidade de estar perante uma gravidez de um feto com malformações. A grávida pretendia avançar com a gravidez e a sua família pretendia a interrupção. Tendo sido alvo de reflexão, esta situação encontra-se descrita no Apêndice C – Reflexão Crítica I.

Refletir foi uma necessidade, uma forma de catarse pois permitiu gerir situações no limite da emoção (por exemplo a descrita anteriormente), agir, mostrar proatividade perante os supervisores e manifestar maturidade.

A obstetrícia é uma área divergente das outras em enfermagem, pela particularidade dos cuidados não serem prestados num contexto patológico, mas antes numa situação plena de felicidade na família que recebe o seu novo elemento. Tudo isto implica que o EESMO acabe por fazer parte da história dessa família e partilhar momentos significativos com a mesma.

A relação com supervisores e equipa multidisciplinar é outra nuance que foi sendo limada e aperfeiçoada pela mestranda, pois é fundamental colher saberes e *know-how* para a construção de uma identidade profissional tendo por base um modelo de cuidados que oriente, instrua, sensibilize, motive e supervisione.

Competência D2 - Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.

Descritivo: O Enfermeiro Especialista alicerça os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação.

Atividades:

- Atuação como formador oportuno em contexto de trabalho
- Identificação de necessidades formativas.
- Contribuição para o conhecimento novo e para o desenvolvimento da prática clínica especializada.

Reflexão: A formação permanente e a busca de novos conhecimentos foram sempre uma máxima adotada pela mestranda que concomitantemente com o ENP investiu num curso complementar, que considerou relevante e pertinente para a aplicação do seu projeto pessoal e profissional – o *Gentlebirth* (Anexo I e II).

Para além desta formação adicional, a mestranda procurou demonstrar um papel verdadeiramente ativo nos diferentes campos clínicos executando conjuntamente com o/a

supervisor/a e restante equipa multidisciplinar o diagnóstico de necessidades formativas e de oportunidades de formação em contexto de trabalho.

Dos diagnósticos consolidados surgiram o planeamento e execução de sessões formativas, como é o caso da formação “*Blues* pós-parto, Depressão pós-parto e Psicose puerperal” (Apêndice F) que surgiu após uma situação de mulher com psicose puerperal com reinternamento no puerpério da unidade local de saúde do Alentejo.

Atendendo à premissa de que tornar-se mãe é a maior crise de identidade que uma mulher vai enfrentar na vida (Martins, 2020), quer os *Blues*, quer a depressão pós-parto, quer a psicose puerperal são riscos a valorizar no puerpério com o intuito de promover a saúde mental da díade.

Também em contexto formativo, foi realizada uma formação em serviço acerca do “Contacto Pele-a-Pele” (Apêndice G) que surgiu perante uma situação de cesariana, na qual foi recusado ao pai o contacto pele-a-pele com o recém-nascido por motivos de teste SARS-CoV2 inconclusivo por parte do pai no hospital do Ribatejo.

Atendendo aos benefícios do contacto pele-a-pele emanados pela International ChildBirth Education Association [ICEA], há que reconsiderar o risco-benefício, flexibilizar e permitir esta prática entre a tríade mesmo em situação pandémica.

Sendo estas duas últimas situações geradoras de dúvidas e trazendo polémica nas opiniões emanadas pelas diferentes equipas multidisciplinares, acabaram por funcionar como alavancas à formação na busca de respostas plausíveis e baseadas na evidência científica e no conhecimento mais atual.

5.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Podendo exercer a sua atividade em Cuidados de Saúde Primários [CSP] ou em Cuidados de Saúde Hospitalares [CSH], o EEESMO apresenta um agir quotidiano regulamentado pela OE e descrito no Diário da República, 2ª Série, nº 85, de 3 de maio de 2019, mais propriamente no Regulamento nº 391/2019 das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (CEEESMO).

Estas competências pressupõem uma prestação de cuidados assente na integridade e veracidade enquanto princípios ético-deontológicos sendo complementadas pelas competências comuns do enfermeiro especialista plasmadas no capítulo anterior.

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

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

Exemplo de atividades/Reflexão: A maior parte do *know-how* acumulado na aquisição e desenvolvimento desta competência proveio do campo clínico Consulta Externa de Obstetrícia de um Hospital no Ribatejo sendo o mesmo detentor de uma consulta de ginecologia, consulta de colposcopia, consulta de interrupção voluntária da gravidez e, simultaneamente, consulta de obstetrícia.

Se, para muitos, a ginecologia e a área da saúde sexual e reprodutiva da mulher são o “parente pobre” da especialidade de SMO, para a mestranda é uma área de enaltecido interesse, por apresentar experiência profissional na área da saúde sexual e reprodutiva e na área da ginecologia.

Deste modo, integrou este campo clínico com satisfação, acumulando experiências tão diversas no mundo da pré-conceção como o planeamento familiar que está indiscutivelmente no âmago da construção da sociedade, bem como no fulcro do fenómeno de promoção da saúde/prevenção da doença através de mecanismos de participação ativa na orientação da mulher/família no *continuum* de vida (Silva, 2013).

Nesta vertente, colaborou no acolhimento, colheita de dados e consulta de enfermagem à mulher que pretende um método anticoncepcional, realizando aconselhamento e educação para a saúde individualizada acerca da escolha, utilização, monitorização e vigilância dos mesmos. Para além do mais, realizou outras atividades no âmbito da saúde sexual e reprodutiva que se prenderam com a identificação de problemas relacionados com a vivência da sexualidade, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação.

Atuou, de igual modo, na Consulta de Interrupção Voluntária da Gravidez [IVG] na qual acolheu, colheu dados, assegurou a transmissão de informação para uma decisão e consentimento livre e esclarecido, apoiando a mulher e assegurando educação acerca de um método anticoncepcional que melhor se adequasse às suas necessidades e ao seu estilo de vida.

De acordo com Neves (2017), existem assimetrias e desconformidades na evolução da contraceção em Portugal e, a legalização da interrupção da gravidez por opção da mulher veio proporcionar discussões limitadas ao meio científico sobre a realidade da contraceção a nível nacional: os serviços de saúde terão implementado de forma criteriosa o programa de planeamento familiar? - questiona o autor.

De facto, apesar da responsabilidade partilhada pelo casal no planeamento da família, a mulher é quem mais se preocupa com a contraceção sendo-lhe reconhecida a função de provedora e cuidadora do bem-estar familiar e convertendo-a assim num agente de saúde (Silva, 2017).

Neste âmbito, o EEESMO encontra-se numa posição privilegiada para o desenvolvimento de programas de intervenção durante todo o ciclo de vida da mulher no sentido de planificar, desenvolver e potenciar os cuidados com qualidade e autonomia. (Silva, 2017)

Ora, se pensarmos na mulher como agente de saúde, conforme supracitado, e no EEESMO como promotor da mesma, pode assumir-se que são parceiros, quer na promoção de famílias saudáveis, quer no planeamento de uma gravidez e/ou vivências positivas da sexualidade e parentalidade.

Esta competência foi sendo desenvolvida ao longo dos diversos campos clínicos com maior ênfase nesta consulta, mas também no serviço de puerpério da unidade local de saúde do Alentejo, onde foram realizadas ações educativas individualizadas à puérpera/casal na preparação para a alta acerca da contraceção pós-parto, vigilância da saúde e vivência da sexualidade.

Apesar de serem temas delicados e, por vezes, até intimistas, a abordagem dos mesmos é necessária e esta necessidade é reconhecida pela mulher/casal ao referir que tem dúvidas, mas nem sempre sabe como abordar a questão.

Por este motivo, por um lado é fundamental sensibilizar as mulheres e responsabilizá-las pelo seu auto-cuidado de forma informada e consciente (Silva, 2017), por outro é evidente a aquisição de competências específicas pelo EEESMO, como é o caso da competência supradescrita neste capítulo na procura de cuidados de excelência e de políticas de saúde eficientes.

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

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

Exemplo de atividades/Reflexão: Gravidez não se trata de um estado patológico carente de tratamento, mas antes um processo fisiológico, vivenciado por muitos milhões de mulheres ao longo da história da humanidade. Contudo, gerar uma nova vida, traduz uma adaptação a uma nova situação (parentalidade) e uma modificação fisiológica corporal e emocional - processo adaptativo da gravidez. A forma como se vivem estas transições e transformações é individual. É, além disso, única. Porque todas as gestações são diferentes, mesmo quando vividas pela mesma mulher, em diferentes circunstâncias ao longo do tempo (DGS, 2015). Neste sentido e a menos que surjam complicações ou situações a referenciar, o seguimento da mulher na fase pré-natal é naturalmente uma vigilância de baixo risco para garantir a saúde e segurança da díade, ganhos para os serviços de saúde e prevenção de ocorrências.

Acerca deste assunto, o plano da Direção Geral da Saúde [DGS], mais concretamente o Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco, orienta a atuação do EEESMO regulamentando os cuidados pré-natais, a educação para a saúde e a preparação para o parto e parentalidade.

Não obstante, dentro dos cuidados pré-natais e assumindo que uma gravidez pode ser uma situação planeada ou não planeada, desejada ou não desejada, a legislação nº16/2007 contempla a possibilidade de IVG nas primeiras 10 semanas para a mulher/casal que assim determinem podendo os mesmos recorrer aos CSP ou CH para iniciar o processo.

O supracitado é um exemplo de gravidez que requer uma vigilância e intervenção com outras especificidades, assim como as gravidezes com patologia associada ou com risco associado acrescido.

Em conformidade com as perspetivas anteriores, os conhecimentos e saberes adquiridos pela mestranda para a aprendizagem, aquisição e desenvolvimento de competências ocorreram no âmbito da Consulta de Obstetrícia e Consulta de IVG do hospital no Ribatejo e também no Internamento de Grávidas da unidade local de saúde no Alentejo.

Unidade de Competência Referida a Consulta de Obstetrícia

A consulta de obstetrícia onde decorreu o ENPRF pressupõe a vigilância e monitorização da gravidez em situação de referenciação por parte dos CSP por riscos obstétricos associados a determinada patologia ou por final de gravidez a partir das 36 semanas.

Deste modo, no decurso destas consultas foi possível a aquisição e desenvolvimento de competências que incluem a monitorização da gravidez, a informação e orientação sobre estilos de vida saudáveis na gravidez, a promoção do plano de parto, o aconselhamento e apoio à mulher na decisão, a informação e orientação da grávida sobre os sinais e sintomas de risco, a identificação e monitorização da saúde materno-fetal pelos meios clínicos e técnicos apropriados, a prescrição de exames auxiliares de diagnósticos necessários à deteção de gravidez de risco (i.e., teste Combur), a informação e orientação sobre medidas de suporte para alívio dos desconfortos da gravidez ao longo dos três trimestres da gravidez.

No que concerne à educação para a saúde realizada, a mestranda colaborou com serviço, elaborando uma *check-list* de ensinios (apêndice D) facilitadora do planeamento e execução das consultas. Uma vez que o serviço não possuía um plano de educação para a saúde individual para as consultas e que as necessidades de cada grávida divergem, a *check-list* permite averiguar as temáticas já abordadas com cada grávida, validar as mesmas e planear, juntamente com a grávida os próximos assuntos/temas a abordar ou discutir de acordo com as suas preferências. Ao ser admitida pela primeira vez na consulta de obstetrícia, a grávida recebe uma *check-list* em formato folheto tripartido para anexar ao seu Boletim de Saúde de Grávida [BIS] e trazer consigo para as consultas.

O documento elaborado foi homologado pela instituição permitindo a sua utilização enquanto for necessário e pertinente.

Com prejuízo para a aprendizagem e também para o próprio serviço e grávidas implicadas, a pandemia instalada não permitiu que o convivente significativo acompanhasse a grávida à consulta nunca sendo possível incluir a tríade nas ações educativas planeadas.

Além do mais, o próprio curso de preparação para o parto e parentalidade oferecido pelo hospital do Ribatejo, encontrava-se suspenso pelos riscos acrescidos associados à pandemia e por impossibilidade do serviço de o concretizar *online*.

As experiências decorridas nesta consulta foram uma mais-valia para a consolidação de conhecimentos da mestranda tendo sido também alvo de reflexão. Releva-se uma situação particular na qual uma grávida de segundo trimestre apresentava um rastreio positivo de primeiro trimestre para trissomia 21 e aguardava o resultado da amniocentese com o dilema pessoal de querer prosseguir com a gravidez independentemente do resultado, mas a sua

família, nomeadamente o companheiro discordavam da sua decisão (apêndice C - *Reflexão Crítica I*).

Sublinhe-se ainda neste campo clínico e, uma vez que o serviço de consulta partilha o espaço físico com a urgência de ginecologia e obstetrícia, a mestranda teve a possibilidade de conhecer as dinâmicas do serviço de urgência e até colaborar no mesmo quando pertinente, ou seja, quando as senhoras que recorriam à consulta eram referenciadas para cuidados urgentes. Tal facto foi enriquecedor e permitiu um acompanhamento e continuidade de cuidados benéfico para todas as partes.

Unidade de Competência Referida a IVG

Ao abrigo da lei nº 16/2007 de 17 de abril, a IVG pode ser realizada até às 10 semanas ocorrendo, neste caso, em contexto de ambulatório na consulta externa do hospital do Ribatejo. As mulheres que recorrem a esta consulta podem ser referenciadas pelos CSP ou recorrer diretamente ao hospital sem prejuízo para o atendimento previsto. São acompanhadas por equipa de enfermagem, equipa médica e psicóloga.

No decurso destas consultas, as atividades planeadas e praticadas para a aquisição de competências compreenderam:

- 1) Promoção da decisão esclarecida no âmbito da interrupção voluntária da gravidez, garantindo a informação e orientação para os recursos disponíveis na comunidade;
- 2) Identificação e monitorização do trabalho de abortamento;
- 3) Conceção, planeamento, implementação e avaliação de intervenções, com a finalidade de potenciar a saúde da mulher durante o abortamento e após o aborto;
- 4) Identificação de complicações pós-aborto, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação;
- 5) Informação e orientação à mulher sobre sexualidade no período pós-aborto;
- 6) Monitorização do processo de abortamento;
- 7) Informação acerca dos sinais e sintomas de alarme que se deveriam dirigir ao serviço de urgência;
- 8) Preenchimento de formulário com dados sociodemográficos, relação de conjugalidade, história ginecológica e obstétrica;
- 9) Informação e apoio na decisão do método contraceptivo a utilizar após o processo de abortamento:

Toda a monitorização da gravidez e abortamento foi realizada numa perspetiva multidisciplinar em parceria com o obstetra assistente e com os demais implicados como é o caso da psicóloga e até mesmo da assistente social nos casos em que foi necessário.

O protocolo de IVG utilizado nesta instituição é o medicamentoso sendo o mesmo recomendado pela OMS. Nalguns casos, foi necessário complementar este protocolo com o método cirúrgico realizando curetagem para remoção de restos ovulares que ficaram retidos.

Unidade de Competência Referida a Internamento de Grávidas

Ainda sobre a competência em análise, o campo clínico referente ao internamento de grávidas na unidade local de saúde do Alentejo acarretou experiências particularmente interessantes para a mestranda do ponto de vista da patologia coexistente ou induzida pela gravidez e também das emergências obstétricas.

Importa assim referir que proporcionou possibilidade de prestar cuidados, intervir e colaborar em situações de aborto retido, infeção urinária na gravidez, interrupção médica da gravidez por causa fetal, ameaça de parto pré-termo [APPT], hipertensão arterial crónica na gravidez, hipertensão induzida pela gravidez e morte fetal.

Enquanto complicações agudas da gravidez que poem em risco a vida da mãe e/ou do feto e cuja resolução exige uma resposta quase imediata (habitualmente em minutos) por parte da equipa de saúde, de forma a garantir um desfecho favorável para ambos, as emergências obstétricas são situações muito raras, o que levanta problemas específicos para o ensino e manutenção da experiência dos profissionais de saúde, dado que são escassas as oportunidades de treino real (Ayres de Campos, 2011).

Atendendo a esta premissa, a mestranda acabou por se considerar uma privilegiada pela oportunidade concedida pela circunstância de intervir, colaborar e participar nos cuidados emergentes em situações de pré-eclâmpsia, eclâmpsia e síndrome de HELLP, respondendo ao critério de avaliação 2.3.4 *Coopera com outros profissionais no tratamento da mulher com complicações da gravidez, ainda que com patologia associada e/ou concomitante* desta unidade de competência.

No que concerne à educação para a saúde alusiva ao período pré-natal, importa salientar que este campo clínico permitiu colaborar no curso de preparação para o parto e parentalidade da unidade local de saúde no Alentejo, ainda que via *online* por motivos de pandemia instalada, elaborando conjuntamente com a enfermeira responsável uma sessão de educação para a saúde para grávidas deste curso com a temática “Choro do Bebê” (apêndice E).

Todas as experiências vivenciadas foram alvo de reflexão individual e conjunta com o enfermeiro orientador e restante equipa multidisciplinar, tendo sido neste contexto, e, ocasionalmente que ocorreu o primeiro parto da mestranda documentado no apêndice C - *Reflexão Crítica II*.

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

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

Exemplo de atividades/Reflexão: No decurso do ENP, as experiências vivenciadas pela mestranda com maior ênfase para a aquisição e desenvolvimento desta competência ocorreram em Bloco de Partos no hospital no Ribatejo.

Tratou-se de um campo clínico desafiante e rico em vários aspetos no sentido em que, para além de ser o período com maior fatia dentro do ENP comportou a aplicação das técnicas previamente aprendidas pela mestranda de *Mindfulness* enquanto medida não farmacológica de controlo da dor durante o trabalho de parto.

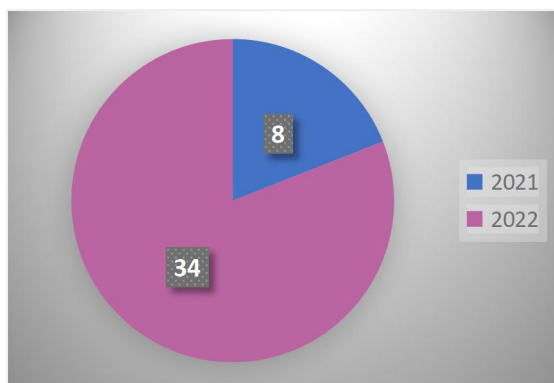
A dor experienciada pela gestante no decurso do T.P. é considerada um dos tipos mais graves de dor que uma mulher pode sentir ao longo da sua vida levando a *American Society of Anesthesiologists* [ASA] e a *American Society of Obstetrics and Gynecology* [ACOG] a indicar tratamento para a mesma. No entanto, essa dor faz parte de um processo natural e ocorre num período limitado de tempo no qual a mãe está disposta a suportar a dor pelo bebé (Akkoz & Ilknur, 2021).

Foi deveras gratificante e algo motivador constatar que a utilização de técnicas de *Mindfulness*, *Hypnobirthing*, *Breathing Techniques* e *Affirmations* foi eficaz e complementar no controlo da dor, ansiedade e medo proporcionando uma experiência positiva de parto e nascimento descrita informalmente pelas gestantes em causa.

Assim sendo e a fim de facilitar e consolidar o trabalho efetuado no âmbito do projeto a que se propôs a mestranda, registaram-se estatisticamente alguns dados inerentes aos partos assistidos nos quais surgiu oportunidade de aplicar as técnicas supradescritas.

Realizaram-se atividades alusivas ao projeto em 42 partos assistidos, dos quais oito decorreram no ano 2021 e 34 no ano 2022, de acordo com a figura 5.

Figura 4 -Número de partos assistidos com recurso a *Mindfulness*, *Hypnobirthing*, *Breathing Techniques* ou *Affirmations* no ENP



Dos partos assistidos, a maioria ocorreu no período da tarde em gestantes na faixa etária dos 26-30 anos de acordo com as figuras 6 e 7:

Figura 5 - Percentagem de partos assistidos com recurso a *Mindfulness*, *Hypnobirthing*, *Breathing Techniques* ou *Affirmations* nos turnos Manhã, Tarde e Noite

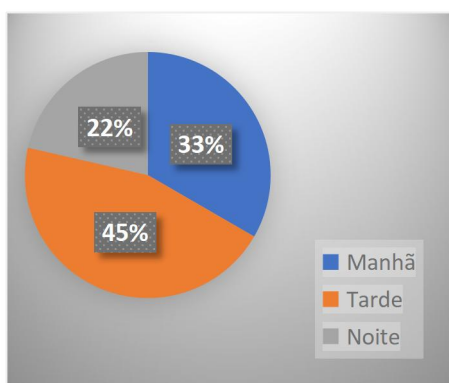
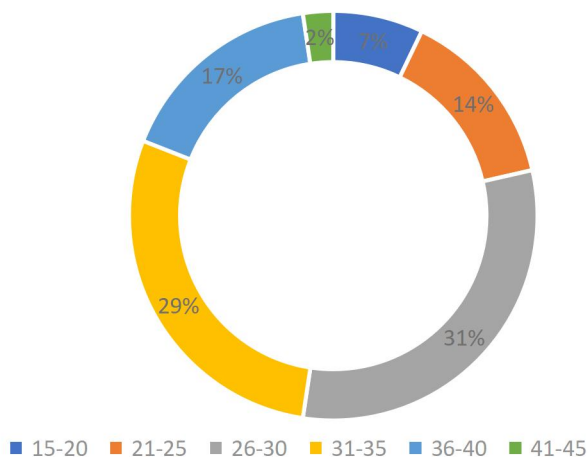
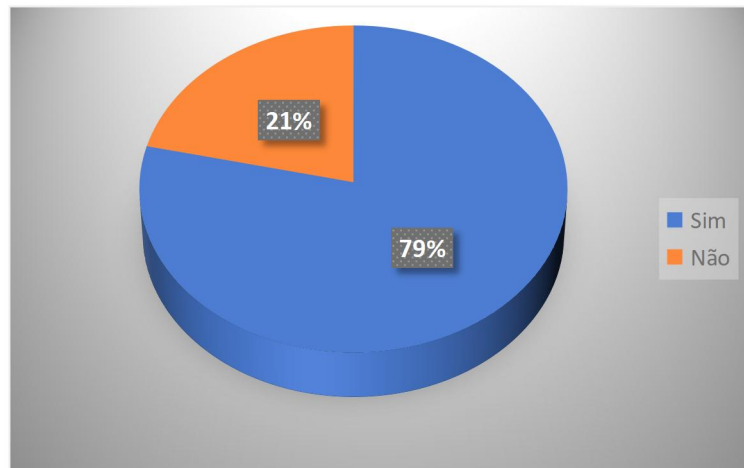


Figura 6 - Faixa etária prevalente das parturientes que recorreram ao *Mindfulness*, *Hypnobirthing*, *Breathing Techniques* ou *Affirmations* no TP



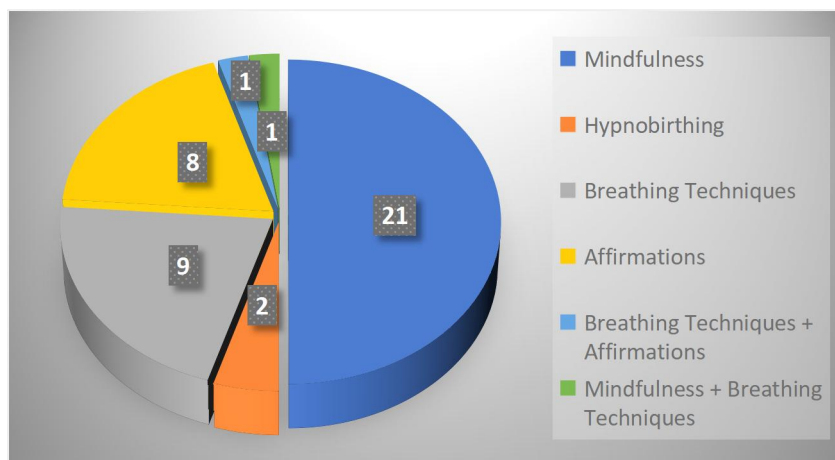
Dos partos ocorridos, 79%, ou seja, 33 mulheres recorreram à analgesia epidural enquanto método farmacológico do controlo da dor utilizando a técnica de *Mindfulness*, *Hypnobirthing*, *Breathing Techniques* ou *Affirmations* como terapia complementar e apenas 21%, ou seja, nove parturientes utilizaram exclusivamente uma das técnicas não farmacológicas já descritas para o controlo da dor de acordo com a figura 8.

Figura 7 -Percentagem de mulheres que recorreram ao *Mindfulness*, *Hypnobirthing*, *Breathing Techniques* ou *Affirmations* para o controlo da dor exclusivamente (Não - sem epidural) ou como complemento da analgesia epidural (Sim - com epidural)



A técnica utilizada prevalente por opção da mestranda face à circunstância encontrada e negociada com a parturiente foi o *Mindfulness* em 21 partos, seguida das *Breathing Techniques* em nove partos, das *Affirmations* em oito partos e do *Hypnobirthing* em dois partos. Num parto foi possível associar as *Breathing Techniques*, com as *Affirmations* numa tentativa de otimizar resultados. Noutro parto foi possível complementar o *Mindfulness* com as *Breathing Techniques* no controlo da dor durante o TP, como é visível na figura 9.

Figura 8 - Número de mulheres que recorreram ao Mindfulness, Hypnobirthing, Breathing Techniques, Affirmations ou técnica mista para o controlo da dor durante o TP



Numa análise breve e sucinta dos dados colhidos, o turno da tarde (das 16 horas às 0 horas) revelou-se favorável à aplicação das técnicas provavelmente pela maior disponibilidade da díade/tríade em colaborar na mesma ou pelo número de partos ser superior, a faixa etária dos 26 aos 30 anos foi a que mais aderiu ao uso destas técnicas, o recurso à analgesia epidural revelou-se necessário na maior parte das vezes e a técnica prevalente foi o *Mindfulness*, conforme descrito anteriormente.

De um modo geral, a aplicação destas técnicas e o seu treino conjunto com supervisão da enfermeira orientadora foram um alicerce fundamental na aquisição de competências, nomeadamente, no que diz respeito ao critério de avaliação 3.1.3 - *Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção do conforto e bem-estar da mulher e conviventes significativos* desta competência.

As competências foram ainda aprofundadas através do acolhimento e admissão das parturientes, individualização dos cuidados especializados de acordo com as fases do TP (i.e., parturientes que apresentaram Plano de Parto), referenciação das situações além da área de competência e atuação, avaliação das características do períneo e tomada de decisão face à elasticidade dos tecidos, promoção da adaptação do RN à vida extrauterina (i.e., expressão das secreções nasofaríngeas e determinação do Índice de APGAR) e promoção do contacto pele-a-pele e amamentação no período de *Greenberg*.

Acerca do contacto pele-a-pele, tendo diagnosticado conjuntamente com a enfermeira orientadora uma necessidade de sensibilização e formação dos profissionais do serviço, a mestranda planeou, executou e avaliou uma sessão formativa alusiva à temática que cujo plano se encontra no apêndice G.

Em contexto de bloco de partos, foi ainda possível a prestação de cuidados à mulher em situação de cesariana eletiva e também induções de trabalho de parto, mantendo a mestranda uma postura de curiosidade intelectual na qual consultou e aplicou os protocolos vigentes no serviço. Ainda acerca das induções de trabalho de parto, numa dinâmica de caráter reflexivo, a mestranda elaborou uma reflexão crítica integrada no apêndice C - *Reflexão Crítica III: Indução do Trabalho de Parto*.

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

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

Exemplo de Atividades/Reflexão: De acordo com a OMS, o puerpério consiste no período de seis semanas após o parto, no qual ocorre uma regressão das alterações anatómicas e fisiológicas inerentes à gravidez, dividindo-se em três períodos distintos: puerpério imediato (primeiras duas horas), puerpério precoce (até ao final da primeira semana) e puerpério tardio (até ao final da sexta semana) (Graça, 2005).

Para alguns autores, o puerpério é inclusivamente considerado parte do “quarto trimestre da gravidez”, no qual o próprio recém-nascido ainda nem se distingue da mãe e há uma adaptação e um desenvolvimento de papéis conjunto enquanto mãe e bebé (Martins, 2020).

Assente na premissa popular que num nascimento não é só um bebé que nasce, mas também uma mãe e uma história, entenda-se que o puerpério é um período cheio de fragilidades no qual habitualmente prevalece a necessidade de cuidados de enfermagem no sentido de potenciar ao máximo o auto-cuidado da puérpera e RN.

Neste campo clínico, que decorreu na unidade local de saúde no Alentejo, permitiu-se à mestranda o desenvolvimento de atividades que incluíram:

- a) realização do exame-físico geral da puérpera e do recém-nascido;
- b) capacitação da mulher para os cuidados ao RN;
- c) informação sobre os sinais e sintomas de alarme do RN;
- d) promoção da amamentação e orientação para uma boa pega;
- e) promoção da adaptação ao pós-parto e papel parental;
- f) referenciação dos desvios de adaptação à parentalidade e das situações que estão para além da área de atuação;

g) identificação das complicações pós-parto;

h) prestação de cuidados especializados a puérperas com patologias associadas;

Para além destas atividades desenvolvidas no quotidiano do ENP neste campo clínico, a mestranda realizou ainda uma sessão formativa no âmbito da formação em serviço para a equipa multidisciplinar com a temática “Blues pós-parto, Depressão pós-parto e Psicose Puerperal” cujo planeamento de sessão e diapositivos se encontram plasmados no apêndice F. Esta formação surgiu por diagnóstico conjunto de necessidades formativas na equipa multidisciplinar a par de uma situação particular ocorrida durante o campo clínico.

Sucintamente, o serviço admitiu um reinternamento de uma puérpera aos 10 dias pós-parto com diagnóstico de psicose puerperal precoce. Apesar de ser uma patologia do foro mental que poderia ser internada no serviço de psiquiatria, optou-se por acolher neste serviço atendendo às especificidades do puerpério, ao alojamento conjunto sem separar o RN da mãe e aos cuidados do EEESMO necessários à adaptação à parentalidade e à promoção do autocuidado da díade. Foi uma situação desafiante para a mestranda e restante equipa multidisciplinar na qual surgiram dúvidas e daí a necessidade formativa detetada.

Este contexto clínico revelou-se enriquecedor e portador de experiências relevantes para a aprendizagem e aquisição/desenvolvimento de competências enquanto futura EEESMO.

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

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

Exemplo de Atividades/Reflexão: O climatério, também conhecido por perimenopausa, é uma etapa da vida da mulher em que ocorre o processo de transição entre o período reprodutivo e a incapacidade de conceber, ao longo da qual ocorre um declínio progressivo da função ovárica. A duração média deste período da vida da mulher é de cinco anos, com variação de dois a oito anos na maioria das mulheres e termina um ano após a última menstruação (Godinho, Passos, Neves & Jorge, 2013). Pode ser um processo de transição fisiológico ou surgir em consequência de uma intervenção cirúrgica, por exemplo, nas mulheres submetidas a cirurgia com ooforectomia, situação na qual esta transição pode ser

abrupta devido à cessação súbita da produção hormonal, com sintomas a surgirem de um modo habitualmente intenso (Vicente, 2019).

Contudo, quando o processo decorre fisiologicamente, os sintomas são mais ligeiros podendo incluir irregularidades menstruais, afrontamentos, hipersudorese noturna, alterações do humor, diminuição da lubrificação vaginal e aumento de peso (Vicente, 2019).

As arestas desta competência foram limadas no serviço de consulta externa do hospital do Ribatejo no qual foi permitido à mestranda a colaboração em consulta de ginecologia e também no serviço de urgência de obstetrícia e ginecologia.

Nestas consultas, a mestranda desenvolveu atividades que incluíram:

- a) acolhimento da mulher com colheita de dados e avaliação dos parâmetros vitais;
- b) identificação das alterações bio-psico-sociais da mulher;
- c) colaboração com a equipa multidisciplinar na realização de exames auxiliares diagnóstico necessários e encaminhamento para internamento;

No serviço de urgência de obstetrícia e ginecologia também foi possível a mestranda contactar com mulheres em perimenopausa ou em menopausa habitualmente com queixas de metrorragias associadas ou não a patologia conhecida, desenvolvendo atividades como:

- a) colaboração na triagem de sintomatologia e colheita de dados;
- b) identificação das alterações e diagnósticos de enfermagem;
- c) intervenção e colaboração com a equipa multidisciplinar na realização de exames auxiliares diagnósticos;
- d) preparação para a alta com educação para a saúde individualizada ajustada às necessidades detetadas;
- e) Apoio no encaminhamento e referenciação para outros serviços, por exemplo, internamento de ginecologia.

Importa salientar que, de um modo geral, a abordagem à mulher a vivenciar o período de climatério é habitualmente mais rica nos CSP, pois não sendo uma situação patológica, a mulher com estas alterações recorre mais frequentemente ao seu centro de saúde deliberando os cuidados necessários ao enfermeiro/a e ao médico/a de família.

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

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

Exemplo de Atividades/Reflexão: Embora tenha sido possível angariar experiências de prestação de cuidados à mulher a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica na consulta externa do hospital do Ribatejo e no serviço de urgência de ginecologia e obstetrícia do mesmo hospital, o serviço de internamento de grávidas da unidade local de saúde do Alentejo foi o campo clínico que angariou mais experiências de prestação destes cuidados pois continha um quarto duplo no seu espaço físico reservado à ginecologia. Ou seja, de um modo geral, a prestação de cuidados à mulher a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica decorreu num contexto de internamento habitualmente com cirurgia programada ou tratamento continuado.

Deste modo, os principais diagnósticos clínicos das utentes internadas consistiram em metrorragias, miomas uterinos, carcinomas do aparelho ginecológico, doenças inflamatórias pélvicas [DIP], bartolinites, gravidez extrauterina/ectópicas, prolapsos urogenitais ou incontinência urinária de esforço.

Nas metrorragias, para além da observação física e ginecológica das mulheres em causa, a mestranda colaborou na realização de exames auxiliares de diagnóstico, como é o caso de ecografias ginecológicas, e planeou intervenções de conforto à mulher no sentido de melhorar a sua qualidade de vida.

Nas situações de miomas uterinos, carcinomas do aparelho ginecológico, prolapsos urogenitais e incontinência urinária de esforço, o tratamento instituído foi cirúrgico, de forma que, a mestranda planeou e prestou cuidados de enfermagem para atender às necessidades detetadas nestas mulheres atendendo às suas fragilidades e promovendo o auto-cuidado.

Nas DIP's, bartolinites e gravidezes uterinas/ectópicas, o tratamento instituído foi maioritariamente conservador e medicamentoso, podendo também existir cirurgia de acordo com o diagnóstico e prognóstico. Em toda e qualquer circunstância, a mestranda envolveu-se numa prestação de cuidados holística, assente na promoção do auto-cuidado e na preparação para a alta.

Também o serviço de urgência de obstetrícia e ginecologia de ambos os hospitais foi detentor de oportunidades de aprendizagem e aquisição/desenvolvimento de competências maioritariamente no que concerne à observação ginecológica e colheita de espécimes.

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

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

Exemplo de Atividades/Reflexão: Tanto a globalização como a mobilidade das populações aumentaram sem precedentes, os contactos entre as culturas e a coabitação entre diferentes grupos étnico-culturais e seus modos de vida, contribuindo para a multiculturalidade das sociedades (Mestre, 2017)

Este facto, para além de gerador de desafios e dilemas nas políticas atuais é também um aspeto crucial a considerar na prestação de cuidados do EEESMO, pois a cultura de cada família influencia fortemente a vivência dos processos de saúde/doença, a experiência da maternidade, a adaptação à parentalidade e restantes fases do ciclo vital da mulher.

Assim, as atividades orientadas para a comunidade numa perspetiva de prestação de cuidados culturalmente sensíveis e congruentes com as necessidades da população, ocorreram em contexto hospitalar e nele se incluem todos os campos clínicos pois a cultura é transversal a tudo.

Ressalvam-se situações particulares em que a cultura da mulher/família cuidada revelou condicionantes na prestação de cuidados como é um caso de uma senhora (S.C.) de etnia cigana que, ao ser admitida na unidade local de saúde do Alentejo, em período expulsivo do T.P., recusou assistência por parte de profissionais de saúde do sexo masculino. Curiosamente, no turno em causa, quer os obstetras, quer os enfermeiros eram homens e as únicas mulheres a realizar turno eram a mestranda e as assistentes operacionais. A assistência ao parto foi realizada pela mestranda com o seu enfermeiro supervisor na retaguarda dos cuidados, à porta da sala de partos. A cultura e valores da Sr.^a S. C. foram respeitados, contudo, poderia ter sido necessária intervenção do enfermeiro ou obstetra o que traria um pequeno dilema pela barreira cultural existente.

Noutros casos ainda a salientar, a barreira linguística foi um desafio a transpor pois não foram raras as situações nas quais o casal em sala de partos apenas comunicava com o seu idioma de origem que foi desde a língua cingalesa falado no Sri Lanka, ao japonês. Estas circunstâncias obrigaram ao recurso a linguagem gestual/não verbal e também ao google tradutor nos *smartphones* disponíveis.

Esta panóplia de experiências foi crucial para o desenvolvimento da mestranda conjuntamente com o estabelecimento de um relacionamento favorável e positivo dentro das equipas, investimento dos supervisores e também colocação de desafios que pudessem otimizar a aprendizagem e estimular a procura de mais conhecimento.

Cada campo clínico iniciou-se com o estabelecimento conjunto de objetivos e metas a atingir, ocorrendo partilha de informação, reflexão individual e conjunta e estímulo contínuo da aprendizagem no decurso do mesmo.

Assim a supervisão clínica da prática, revelou-se como uma mais-valia na qual o enfermeiro supervisor surge como um modelo e, simultaneamente, uma bengala que ampara a aprendizagem conferindo alguma segurança até o estudante deixar de necessitar e adquirir uma autonomia passível de assumir os cuidados adotar na prática enquanto EEESMO.

Também o conhecimento e análise do estado de arte do modelo da adaptação proposto por Callista Roy revelou-se enquanto fator favorável à aprendizagem inspirador para a aquisição de competências.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Atendendo ao paradigma de mudança atualmente existente no mundo da obstetrícia, há que refletir e repensar cautelosamente as competências do EEESMO procurando limar arestas e aperfeiçoar cada vez mais o seu cuidar, dignificando a sua área de atuação, reconhecendo a sua importância no cuidado à mulher/família inserida na comunidade ao longo de todo o seu ciclo vital.

Assim, o desafio para os profissionais de enfermagem deve passar pela melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados a indivíduos e grupos da comunidade, assim como promover o seu reconhecimento enquanto disciplina profissional autónoma; para tal, é necessária a produção e consolidação de conhecimento.

Neste âmbito, surgiram inclusive projetos piloto que determinam a criação de casas de parto ou unidades de cuidados de saúde na maternidade em Portugal, sendo esta uma medida que contribuiria para a sustentabilidade política do país e, simultaneamente, para a qualidade dos cuidados prestados promovendo o nascimento positivo, não medicalizado e natural.

Na ótica da mestranda, as políticas de saúde supracitadas vêm responder com determinação ao ponto quatro do objetivo três dos objetivos do desenvolvimento sustentável que preconiza uma saúde de qualidade emitindo a meta, até 2030, de reduzir num terço a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis via prevenção e tratamento e promover a saúde mental e o bem-estar.

Foi neste contexto socio-político, que se construiu a identidade profissional da mestranda, com a crença de que a mesma se vai moldando à realidade atual e aperfeiçoando à medida que mais desafios vão surgindo.

Toda e qualquer experiência vivenciada em contexto de ENPRF foi um contributo inestimável para a aquisição de competências, conjuntamente com a relação estabelecida com o/a enfermeiro/a supervisor/a, com a docente orientadora e com a equipa multidisciplinar.

Se, numa fase inicial, observava a arte e mestria dos meus enfermeiros orientadores na prestação de cuidados, numa fase final já colaborava na prática de forma autónoma, tomando decisões sob supervisão numa lógica de parceria com a pessoa assistida.

As atividades realizadas, sustentadas pela associação teoria-prática e apoiadas no conhecimento científico atual possibilitaram conhecer situações, discutir cuidados, refletir de forma individual, em conjunto com os orientadores e equipa multidisciplinar incentivando à melhoria contínua da qualidade dos cuidados e à prática baseada na evidência.

No que concerne à temática escolhida foi gratificante explorar um tema inovador que trouxe benefícios a nível pessoal e profissional, aumentando a teia de conhecimentos e explorando

capacidades e habilidades que permitiram a aquisição e desenvolvimento de competências preconizadas para o EEESMO.

A utilização de técnicas novas no universo do *Mindfulness* foi um desafio partilhado com a enfermeira orientadora em bloco de partos, sendo a mesma instrutora com formação certificada para o efeito, o que, constituiu uma mais-valia para todo o processo na aplicação prática do projeto.

Saliente-se, enquanto habilidade pessoal, profissional e desafio nos dois anos letivos do MESMO, a gestão e organização da sobrecarga horária vivenciada, tentando corresponder ao papel de mestranda, mãe, esposa, filha e enfermeira, faculdades suportadas por muitas mulheres detentoras de vários papéis na família, entidade patronal e sociedade. Neste âmbito, sendo a pessoa um ser ou sistema adaptativo e holístico, à luz da teoria de Callista Roy, o estágio foi ocorrendo e a mestranda foi moldando o seu ambiente de forma a torná-lo facilitador da aprendizagem e proveitoso para a aquisição e desenvolvimento de competências.

Este foi o culminar de toda uma experiência académica intensa e marcante e, de igual modo, o início de um novo desafio para o futuro enquanto enfermeira especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Akkoz Çevik, S.; Ilknur, I. (2021), The Effect of Reflexology on Labor Pain, Anxiety, Labor Duration and Birth Satisfaction in Primiparous Pregnant Women: A Randomized Controlled Trial. *Health Care for Woman International* 42 (4-6): 710-25. doi:10.1080/07399332.2020.1800014.
- Alarcão, I., & Rua, I. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto Contexto Enfermagem*, 14(3), 373-378. * <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n3/v14n3a08.pdf>
- Almonacid-Fierro, A. M.-N. & Moreno-Doña, A. (2014). Caracterización del saber pedagógico: Estudio en profesorado novel [Caracterização do conhecimento pedagógico: Estudo do corpo docente iniciado]. *Revista Electrónica Educare*, 18(3), 173- 190. doi: <http://dx.doi.org/10.15359/ree.18-3.10>
- American Psychological Association (2020), *Publication Manual of the American Psychological Association* (7th ed). APA;
- Aveiro, C. & Velosa, T. (2015), A dor em Obstetrícia, *SESARAM - Ordem dos Enfermeiros*, https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/projectos/Documents/Projectos_MelhoriaQualidade_Cuidados_Enfermagem/HospitalNelioMendonca_Dor_Obstetricia_Madeira.pdf,
- Ayres de Campos, D., Silva, I. S. & Costa, F. J. (2011), Introdução. In D. Ayres de Campos, I. S. Silva & F.J., Costa, *Emergências Obstétricas*, (1^a ed, pp 4), Lidel - edições técnicas, Lda, ISBN 978-972-757-680-7;
- Baer, R.A. (2005), O treinamento de Mindfulness como atenção clínica: uma revisão conceptual e empírica, *Clin Psychol Sci Prac*, 10: 125-43;
- Brasil, V.V. (1997) O que dizem os enfermeiros sobre Observação. *Rev.latino-am.enfermagem*, 5(3):83-94;
- Bobak, I., Lowdermilk, D., & Jensen, M. (1999). *Enfermagem na maternidade* (Lusociência, Ed. 4^a ed.
- Bonura, K. B. (2018). Just Breathe: Mindfulness as Pain Management in Pregnancy. *International Journal of Childbirth Education*, 33(1), 6–9.
- Centro Hospitalar do Médio Tejo (2022, Maio 15), *Missão, Visão e Valores*. <https://www.chmt.min-saude.pt/instituicao/>;
- Coelho, S., Mendes, I. (2011), *Da Pesquisa à Prática de Enfermagem aplicando o Modelo de Roy*, ESC. Anna Nery, Scielo Brazil*<https://doi.org/10.1590/S1414-81452011000400026>;

- Costa, J. (2004). *Métodos de Prestação de Cuidados*. Escola Superior de Enfermagem de Viseu.
- <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:FclE8SMITPAJ:https://dialnet.uirioja.es/descarga/articulo/7863989.pdf+&cd=3&hl=ptPT&ct=clnk&gl=pt>
- Cruz, I. (2022, Julho 8), *Atenção Básica, Feminismo Negro, Mulher Negra, PNSIPN - Política Nacional de Saúde Integral da População Negra - Preparo para o Parto Ativo e Aleitamento, Saúde das Populações Vulneráveis, Teleconsulta do (a) enfermeiro (a)* *<http://nepae.uff.br/?p=1216>;
- de Oliveira, A. S., Damasceno, A. K. de C., Moraes, J. L. de, Moreira, K. de A. P., Teles, L. M. R., & Gomes, L. F. de S. (2014). Technology used by companions in labor and childbirth: a descriptive study. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 13(1), 36–45;
- Decreto-Lei n.16/2007 da Assembleia da República (2007), Diário da República: I Série, n.º 75/2007, páginas 2417 - 2418, <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/16-2007-519464>;
- Decreto-Lei n.110/2019 da Assembleia da República (2019), Diário da República: I Série, n.º 172/2019, páginas 94-101, <https://files.dre.pt/1s/2019/09/17200/0009400101.pdf>;
- Despacho nº20730/2008 do Ministério da Saúde (2008), Diário da República: II Série, nº 152/2008, páginas 35140-35141, <https://files.dre.pt/2s/2008/08/152000000/3514035141.pdf>;
- Deodato, S. (2010). SUPERVISÃO DE CUIDADOS: UMA ESTRATÉGIA CURRICULAR EM ENFERMAGEM. *Percursos*, 18.
- Direção-Geral da Saúde (2015), *Programa Nacional para a Gravidez de Baixo Risco*, p.9, Direção-Geral da Saúde, <http://nocs.pt/wp-content/uploads/2016/01/Programa-Nacional-Vigilancia-Gravidez-Baixo-Risco-2015.pdf>;
- Farias, C., Maciel, J., Fronza, C. (2017), *Observar, Experimentar e Aprender - A prática como facilitadora nos processos de ensino e aprendizagem dos conteúdos de ciências naturais no anos iniciais do ensino fundamental*, Unisinos, Repositório Jesuíta.*<http://www.repositorio.jesuita.org.br/bitstream/handle/UNISINOS/8254/7271-9963-1-DR.pdf?sequence=1>;
- Fenwick, J., Toohill, J., Creedy, D. K., Smith, J., & Gamble, J. (2015). Sources, responses and moderators of childbirth fear in Australian women: A qualitative investigation. *Midwifery*, 31(1), 239–246. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2014.09.003>;
- García-Campayo, J. & Demarzo.(2018), *Qué sabemos del mindfulness?*, Editorial Kairós.

- Gentlebirth (s.d.), *Seu parto positivo começa aqui*, <https://www.gentlebirth.com/pt>;
- Godinho, A.B., Passos, F., Neves, J. & Jorge, C.C. (2013), *Contraceção na Perimenopausa*, In J., Neves, *Contraceção*, pp.135 - capítulo 13 , Lidel - Edições Técnicas, Lda., ISBN 978-989-752- 033-4;
- Graça, L. (2005), *Medicina Materno-fetal*, (3^aed), Lidel.
- Goutaudier, N., Bertoli, C., Séjourné, N., & Chabrol, H. (2019). Childbirth as a forthcoming traumatic event: pretraumatic stress disorder during pregnancy and its psychological correlates. *Journal of Reproductive & Infant Psychology*, 37(1), 44–55. <https://doi.org/10.1080/02646838.2018.1504284>
- Hypnobirthing Portugal (2021, Março), *Afirmações*. <https://www.hypnobirthingportugal.com/singlepost/2017/02/13/afirma%C3%A7%C3%B5es>
- Hofberg, K., Ward, M. (2004), Medo do parto, tocofobia e saúde mental nas mães: a interface psiquiátrica obstétrica, *Clin Obst Gyneco*, 47 (3): 527-34;
- International Childbirth Education Association (2015), *ICEA Position Paper - Skin-to-skin contact position*, ICEA;
- Jones, R. (2012), Das Dores in R., Jones, *Entre as Orelhas – Histórias de Parto*, pp 69, Cap. 3, Ideias a Granel, ISBN 9788598455075, <https://fdocumentos.com/document/entre-as-orelhas-historias-de-parto.html>;
- Kabat-Zinn, J. (2005), *Vindo ao nosso sentido*, Hyperion, ISBN: 9780786867561;
- Kabat-Zinn, J. (2017) *Viver a catástrofe total: como utilizar a sabedoria do corpo e da mente para enfrentar o estresse, a dor e a doença*, Palas Athena;
- Mafetoni, R. (2014), Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: revisão integrativa, *Revista Mineira de Enfermagem*, 18 (2). DOI: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20140037>;
- Martin, O.S., Santed, M.A., Garcia-Campayo, J., Duncan, L.G., Bardacke, N. & Fernandez-Alonso, C. (2019), A mindfulness and compassion-based program applied to pregnant women and their partners to decrease depression symptoms during pregnancy and postpartum: study protocol for a randomized controlled trial, *Trials*, 20: 654, <https://doi.org/10.1186/s13063-019-3739-z>;
- Martins, J. (2020), *O quarto trimestre - Os primeiros três meses de vida do seu bebé*, Ego Editora, ISBN 979-868-919-714-2;
- Mestre, C. (2017), *Os fatores culturais e a vivência da dor no parto - Implicações para a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e*

- Obstétrica*, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal;
- Mongan, M. (2015). *Hypnobirthing: The Mongan Method* (3ª Ed.) Deerfield Beach, FL: Health Communications, inc;
- Montenegro, N.; Rodrigues, T.; Ramalho, C. & Ayres de Campos, D. (2014), *Protocolos de Medicina Materno-Fetal*, 3ª ed, Lidel - Edições Técnicas, Lda, ISBN 978-989-752-035-8;
- Neves, J. (2013), *Contraceção*, Lidel - Edições Técnicas, Lda., ISBN 978-989-752-033-4;
- Organização Mundial da Saúde (2020), *Manual de Políticas e Estratégias para a Qualidade dos Cuidados de Saúde*, Organização Mundial da Saúde. ISBN 978-92-4-000570-9 (versão electrónica);
- Organização das Nações Unidas (2015), *Objetivos do Desenvolvimento Sustentável*,*<https://unric.org/pt/objetivo-3-saude-de-qualidade-2/>;
- Page, L. (2003). One-to-one midwifery: restoring the "with woman" relationship in midwifery. *J Midwifery Womens Health*, 48(2), 119-125. [https://doi.org/10.1016/s1526-9523\(02\)00425-7](https://doi.org/10.1016/s1526-9523(02)00425-7)
- Page, L., McCourt, C., Beake, S., Vail, A., & Hewison, J. (1999). Clinical interventions and outcomes of One-to-One midwifery practice. *J Public Health Med*, 21(3), 243-248. <https://doi.org/10.1093/pubmed/21.3.243>
- Parecer nº43/2019 da Mesa do Colégio da Especialidade de Saúde Materna e Obstétrica (2019), Cálculo de Dotações Seguras nos Cuidados de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, Ordem dos Enfermeiros https://www.ordemenfermeiros.pt/media/14996/parecer_4_2019_14052019_mcees_mo_c%C3%A1lculo_dota%C3%A7%C3%B5es_seguras_cuidados_smo_revisto.pdf
- Regulamento da Formação Profissional da Ordem dos Enfermeiros(2016), Versão 1, Ordem dos Enfermeiros <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/6153/regulamentoformacaoprofissionaloe.pdf>
- Regulamento nº140/2019 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (2019), Diário da República: II série, n.º26 de 6 de Fevereiro de 2019. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Regulamento 391/2019 - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica (2019), Diário da República: II série,

nº85 de 3 de Maio de 2019.

<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/11870/1356013565.pdf>

- Peixoto, N., & Peixoto, T. (2016), Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico, Artigos de Revisão/Review Papers Artigos Teóricos Ensaios/Theoretical Papers/Essays, *Revista de Enfermagem Referência*, 4 (11), pp 121-132. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV16030>
- Relvas, R. (2018), Implementação e Organização da Formação em Serviço na USF Salus, Escola Superior de Saúde de Portalegre – Instituto Politécnico de Portalegre;
- Roy, C. (1966), Modelo de Adaptação de Roy In S. Coelho, & I., Mendes, (2011), *Da Pesquisa à Prática de Enfermagem aplicando o Modelo de Roy*, ESC. Anna Nery, Scielo Brazil*<https://doi.org/10.1590/S1414-81452011000400026>;
- Sánchez, G. (1999). Dorothea E. Orem. Aproximación a su teoría [Aproximação à sua teoria]. *Revista Rol Enfermería*, 22(4), 309-311. http://www.researchgate.net/publication/12785242_Dorothea_E._Orem_thoughts_on_her_theory
- Silva, M.J.E. (2013), Enfermagem e o Planeamento Familiar: um memorando de intenção. In J., Neves, *Contraceção*, pp.39 - capítulo 5, Lidel - Edições Técnicas, Lda., ISBN 978-989-752-033-4;
- Serviço Nacional de Saúde - Transparência (2022, Maio 1), *Partos e Cesarianas nos Cuidados de Saúde** <https://transparencia.sns.gov.pt/explore/dataset/partos-e-cesarianas/table/?flg=pt&disjunctive.regiao&disjunctive.instituicao&sort=tempo&q.timerange=tempo=tempo:%5B2020-01-01+TO+20201231%5D&refine.regiao=Regi%C3%A3o+de+Sa%C3%BAde+do+A+lentejo>
- Sociedade Portuguesa de Neonatologia (2018), *Consenso Clínico - Prematuridade Tardia*, Edição n.º1 de 23 de Maio de 2018*<https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2018/05/Consenso-PTT-.pdf>
- Sociedade Portuguesa de Neonatologia (2018), *Consenso Clínico -Transporte Neonatal*, Edição n.º1 de 23 de Maio de 2018*<https://files.dre.pt/2s/2008/08/152000000/3514035141.pdf>;
- Uludağ, E., & Mete, S. (2021). The effect of nursing care provided based on the philosophy of hypnobirthing on fear, pain, duration, satisfaction and cost of labor: a single-blind randomized controlled study: The effect of nursing care on the labor process and cost. *Health Care for Women International*, 42(4–6), 678–690. <https://doi.org/10.1080/07399332.2020.1835916> .

- Van der Gucht, N., & Lewis, K. (2015). Women's experiences of coping with pain during childbirth: A critical review of qualitative research. *Midwifery*, 31(3), 349–358. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2014.12.005> .
- Vicente, L. (2019), *O Atlas da V - Um guia claro, directo e ilustrado do mundo feminino e não só*, p.106, Arena, ISBN 978-989-665-867-0
- Varela, V. (2022, Outubro 1), *Unidades de cuidados na maternidade*. Conferência. 25º Aniversário da APEO. Portalegre.
- Woiciechoski, K. (2022, fevereiro 18), *O uso de mindfulness na gestação e no trabalho de parto*, Relato de Parto, GentleBirth Brasil*<https://www.blogbr.gentlebirth.com/home/o-uso-de-mindfulness-na-gestao-e-no-trabalho-de-parto> ;

ANEXOS

ANEXO I: Certificado do Curso Gentlebirth

Certificate of Completion

Presented to

CONFERIDO A

Susana do Vale

on successful completion of

PELA CONCLUSÃO COM SUCESSO DO CURSO

GentleBirth Business Course

MODELO E ESTRATÉGIA PARA O SEU NEGÓCIO

CARGA HORÁRIA: 36 HORAS

Brasil, 28 de Maio de 2022



TRACY DONEGAN
GENTLEBIRTH FOUNDER

CLARA BARROS
GENTLEBIRTH BRASIL

MARCELLA AGUIAR
GENTLEBIRTH BRASIL

MONALISA BARROS
GENTLEBIRTH BRASIL



ANEXO II: Plano do Curso Gentlebirth

APP GENTLEBIRTH HYPNOBIRTHING

- Por ter adquirido nossa Formação, você tem direito ao pacote Premium do app GentleBirth Hypnobirthing de forma gratuita e ilimitada.
- Para ter acesso, você precisará fazer o download do app no seu celular, cadastrar-se e enviar mensagem pelo aplicativo (campo FALE CONOSCO) com título PRÉ-CERTIFICADA. Assim que recebermos essa mensagem, liberaremos seu acesso.

A FORMAÇÃO

- A formação é composto por cursos/módulos: Mindfulness para Profissionais do Parto; Obstetrícia e Neuropsicologia; Fundamentos de Hipnose para Profissionais do Parto; e Torne-se uma Instrutora GentleBirth. Além disso, no formato de turma temos ainda o curso Modelo e Estratégia de Negócio como bônus.
- Sugerimos iniciar pelo tema mais extenso, Obstetrícia e Neuropsicologia. Ele pode ser feito concomitantemente com os cursos Mindfulness ou Fundamentos de Hipnose para Profissionais do Parto.
- O curso Tornar-se uma Instrutora GentleBirth deverá ser feito, somente quando tiver concluído os demais, exceto o curso bônus, que pode ser feito posteriormente.

AVALIAÇÕES

Há uma avaliação ao final do curso de Obstetrícia que somente deverá ser respondida se já tiver também terminado os módulos de Mindfulness e de Fundamentos de Hipnose para Profissionais do Parto, pois a avaliação contém perguntas dos três temas.

CADERNO DE NOTAS

Sugerimos que acompanhe o curso com um caderno de notas para poder se localizar melhor no curso e nas informações que considerar relevantes. Esse recurso poderá ser útil na avaliação final.

REQUISITOS PARA CERTIFICAÇÃO

São requisitos para certificação:

- avaliação aberta de 50 questões;
 - produção de um texto de duas laudas sobre qualquer dos assuntos estudados;
-

APÊNDICES

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

Nome: Maria da Luz Ferreira Barros

Universidade/Instituição: Escola Superior de Enfermagem João de Deus - Universidade de Évora

N.º Identificação Civil: 08257980 -6ZZ3 Tipo de Identificação: nr cc Passaporte Outro: _____

Telef.: 917127477 E-mail: mib@uevora.pt ID ORCID: 0000-0002-5620-0162

Nome: _____

Universidade/Instituição: _____

N.º Identificação Civil: _____ - _____ Tipo de Identificação: nr cc Passaporte Outro: _____

Telef.: _____ E-mail: _____ ID ORCID: _____

Nome: _____

Universidade/Instituição: _____

N.º Identificação Civil: _____ - _____ Tipo de Identificação: nr cc Passaporte Outro: _____

Telef.: _____ E-mail: _____ ID ORCID: _____

11. ÁREA DISCIPLINAR E PALAVRAS-CHAVE DO TRABALHO

Domínio Científico e Tecnológico (Área FOS): Ciências da Saúde
Consulte a lista de Áreas FOS em: <http://www.dgeec.mec.pt/np4/28>

Palavras-chave (5 palavras, separadas por ';'): Mindfulness; Dor; Medo; Ansiedade; Trabalho de Parto;

12. DOMÍNIO A INVESTIGAR/TEMA

Mindfulness/Dor/Trabalho de Parto

13. RESUMO, PLANO E CRONOGRAMA (Se necessário submeter como anexo a este impresso)

Os documentos solicitados encontram-se anexados a este impresso.

14. DOCUMENTOS ANEXOS

Plano do Trabalho

Cronograma

Declaração de Orientador(es)

Declaração da Unidade I&D 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.) procederei nos termos do referido regulamento, à entrega do projeto de alteração no prazo máximo de 30 dias antes da entrega da T/D/E/TP.

RESUMO

O Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Escola Superior de Enfermagem João de Deus da Universidade de Évora, com publicação no Diário da República de 7 de outubro; Aviso nº 15812/2019 e com registo na Direção Geral do Ensino Superior (R/A – EF 1783/2011/AL03), permite a obtenção do grau após a discussão pública do Relatório Final. Este relatório, alusivo à prática clínica efetuada e consequentes aprendizagens consolidadas, visa a exposição detalhada de todas as atividades que foram desenvolvidas durante o segundo ano do curso na Unidade Curricular Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final. Sendo um estágio com a duração de 36 semanas partilhadas entre cuidados de saúde primários e diferenciados, é possível conhecer, compreender e intervir no ciclo vital da mulher desde o início da menarca até ao climatério abordando, neste âmbito, tudo o que se relaciona com a vida sexual, planeamento familiar, preconceção, fertilidade, gravidez, parto, puerpério e menopausa com o objetivo de adquirir as competências preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) e cumprir o Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro referente às competências comuns do Especialista e o Regulamento nº 391/2019, de 3 de maio específicas do Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Neste sentido, o documento exposto pretende planejar o desenvolvimento das competências na prática clínica espelhando, de igual modo, as atividades pretendidas para atingir os objetivos propostos. No decurso do estágio em causa são proporcionadas inúmeras oportunidades de aprendizagem e consolidação dos diversos saberes e aprendizagens adquiridos em contexto académico ao longo do primeiro ano do Curso de Mestrado de Saúde Materna e Obstétrica da Escola Superior de Enfermagem João de Deus da Universidade de Évora – ano letivo 2020/2021. Enquanto objetivos gerais do Estágio preconizado assumem-se: Prestar cuidados à mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal; Prestar cuidados à mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto, efetuando o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extrauterina; Prestar cuidados à mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal, no sentido de potenciar a saúde da puérpera e do recém-nascido, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade; e, ainda, Defender através de Relatório apresentado em evidência pública, a sua atuação na Prática de Natureza Profissional. Assim sendo, ao longo do desenvolvimento da minha aprendizagem como estudante da área clínica, predomina um tema que me despertou particular interesse e curiosidade intelectual, o qual pretendo desenvolver em contexto de projeto. A temática diz respeito a um método inovador que compreende o *Mindfulness* enquanto terapêutica não farmacológica de controlo da dor adjuvante no decurso do trabalho de parto. Para além de se tratar de um tema atual, ainda desconhecido para muitos profissionais de saúde, parece-me pertinente e relevante explorar uma área nova no controlo da dor que permite capacitar a mulher/parturiente no autocontrolo, na gestão da sua dor e na criação de um foco no qual a mulher é empoderada para tomar as suas próprias decisões de forma consciente, responsável e devidamente informada pondo em prática o seu plano de parto de acordo com as expectativas e vontades da díade/tríade. Estatisticamente falando, estudos indicam que aproximadamente 25% das mulheres sofrem de alto nível de medo do parto estando esse “medo” intimamente relacionado com a “dor de parto” de caráter subjetivo, multifacetado e variante para cada mulher pois compreende uma combinação de fatores psicossociais, cognitivos e fisiológicos (Bonura, 2018). Contudo, nem todas as formas de controlo da dor e métodos não farmacológicos estão intimamente explorados pelo desconhecimento da sua existência por parte dos futuros pais e profissionais de saúde que os acompanham. O *Mindfulness*, enquanto método de atenção plena, foco, consciência corporal propositada no momento presente e sem julgamentos, permite que as parturientes observem as sensações físicas, pensamentos e emoções, trabalhem para aceitar estas realidades e reduzam as reações automáticas às mesmas (Veringa et al, 2016). Existem, de igual modo, indicações de que a prática do *Mindfulness* pode facilitar a confrontação eficaz com experiências adversas durante o parto, como sentimentos de não estar no controlo, dor, ansiedade e eventos (médicos) inesperados, por meio de ter total atenção à experiência do momento presente e se relacionar com o momento presente de forma diferente, nomeadamente com uma atitude aberta, não crítica e de aceitação (Hulsbosh et al, 2021). Atendendo a que ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO) é solicitado no seu Regulamento de Competências, na unidade de competência 3.1 a promoção da saúde da mulher durante o trabalho de parto através de atividades como a conceção, planeamento e implementação de métodos de controlo da dor em cooperação com outros profissionais, garantindo um ambiente seguro e confortável para a díade/tríade e respeitando e promovendo o seu plano de parto (RCEESMO, 2019), torna-se fundamental conhecer, explorar e promover as medidas não farmacológicas de controlo da dor, ansiedade e medo do parto onde está incluído e descrito na evidência científica o *Mindfulness*. Por tudo isto, aliado às minhas aspirações e interesses pessoais, académicos e profissionais, pretendo desenvolver um projeto no qual implementarei medidas não farmacológicas de controlo da dor durante o trabalho de parto auxiliadas por *Mindfulness*, assumindo este desafio como uma experiência de aprendizagem repleta de benefícios para quem cuida e para quem é cuidado.

PLANO

A definição dos objetivos e atividades a desenvolver teve por base o Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro referente às Competências Comuns do Especialista e o Regulamento nº 391/2019, de 3 de maio específicas do Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

Contexto cuidados	Objetivos	Atividades a serem desenvolvidas e avaliadas	Resultados Esperados
Consulta Externa de Obstetrícia	<p>Objetivo Geral: Prestar cuidados à Mulher inserida na Família e Comunidade durante o período preconcepcional e durante o período pré-natal</p> <p>Objetivos específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Promover a vivência positiva da gravidez, preparação completa para o parto e parentalidade e aleitamento materno; - Promover a decisão esclarecida no âmbito da saúde pré-natal, facultando informação à grávida sobre recursos disponíveis na comunidade; 	<ul style="list-style-type: none"> - Conhece o serviço de Consulta Externa do Hospital de Abrantes, suas normas de funcionamento e protocolos de atuação; - Planeia e realiza consultas de enfermagem à mulher/Grávida, acompanhadas nesse serviço; - Realiza educação para a saúde de modo individual atendendo às necessidades detetadas. - Dá a conhecer o documento da DGS sugestivo para o plano de parto e informa sobre possibilidades de plano de parto; - Elabora um folheto sob a forma de <i>check-list</i> com as possíveis temáticas a abordar na consulta de obstetrícia; - Explora Técnicas de Respiração para alívio dos desconfortos da gravidez e controlo da dor, medo e ansiedade no parto (<i>Mindfulness</i>); - Explora a Técnica das Afirmações Positivas na adoção de estilos de vida saudáveis na gravidez (<i>Mindfulness</i>); 	<ul style="list-style-type: none"> - Integração na equipa de saúde de modo a desenvolver as atividades previstas; - Aptidão para a realização de Consultas de de enfermagem ajustadas e adequadas a cada situação; - Aprovação para utilização do folheto, <i>check-list</i> com as possíveis temáticas a abordar na consulta; - Aptidão na aplicação das técnicas planeadas com feedback positivo por parte das grávidas contempladas; - Utilização proficiente das normas e orientações da DGS e dos protocolos de serviço
Internamento de Grávidas	<p>Objetivo Geral: Prestar cuidados à Mulher inserida na Família e Comunidade durante o período pré-natal.</p> <p>Objetivos específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizar a Identificação e monitorização da saúde materno-fetal pelos meios clínicos e técnicos apropriados; - Realizar a Identificação e monitorização dos desvios da gravidez fisiológica, referenciando situações que estão para além da área de atuação do EESMO; 	<ul style="list-style-type: none"> - Acolhe a grávida no serviço e explica as normas e funcionamento do mesmo; - Realiza a colheita de dados alusivos à gravidez e causas do internamento; - Realiza exames pré-natais de vigilância e controlo do bem-estar materno-fetal (auscultação dos batimentos cardíacos fetais, tocograma, Manobras de Leopold e registo cardiotocográfico); - Explora Técnicas de Respiração e relaxamento no controlo da ansiedade face ao internamento e no alívio dos desconfortos da gravidez; - Utiliza Técnicas de Meditação Guiada para comunicação intrauterina e promoção do vínculo precoce de acordo com a situação clínica e prognóstico da gravidez; 	<ul style="list-style-type: none"> - Integração na equipa de saúde de modo a desenvolver as atividades previstas; - Capacidade na prestação cuidados humanizados e culturalmente sensíveis à grávida em contexto de internamento; - Aptidão na execução dos exames pré-natais e identificação dos desvios da gravidez fisiológica; - Aptidão para intervir nas situações de patologia concomitante com a gravidez ou com complicações da gravidez. - Utilização proficiente das técnicas planeadas com <i>feedback</i> positivo por parte das grávidas contempladas; - Utilização proficiente das normas e orientações da DGS e dos protocolos de serviço;

<p style="text-align: center;">Bloco de Partos</p>	<p>Objetivo Geral: Prestar cuidados à mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto, efetuando o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extrauterina.</p> <p>Objetivos específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Promover um ambiente seguro durante o trabalho de parto e parto; - Providenciar cuidados que garantam o conforto e bem-estar da parturiente e conviventes significativos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Acolhe a grávida na sala de partos; - Colhe dados e explica as normas e funcionamento do serviço; - Promove o plano de parto apresentado com a equipa multidisciplinar e com a família; - Otimiza o ambiente da sala de parto em função das necessidades e expectativas da grávida e respetivo convivente; - Frequenta o curso <i>GentleBirth</i> para aperfeiçoamento das técnicas de <i>Mindfulness</i>; - Explora as Técnicas de Respiração no controlo da dor, medo e ansiedade; - Explora as Técnicas de Hipnobirthing no controlo da dor, ansiedade e medo do parto; - Utiliza as Técnicas de Meditação Guiada para comunicação intrauterina e promoção do vínculo precoce; - Promove o contacto pele-a-pele e amamentação na primeira hora de vida de forma a fomentar o vínculo precoce. 	<ul style="list-style-type: none"> - Integração nas equipas de saúde de modo a desenvolver as atividades previstas; - Capacitação para apoio e respeito dos planos de parto apresentados; - Conclusão e obtenção de certificação internacional no curso <i>GentleBirth</i>; - Aptidão na aplicação das técnicas aprendidas com feedback positivo por parte das mulheres e família; - Aptidão na ajuda para a concretização de experiências de parto positivas referidas pelas parturientes/puérperas; - Utilização proficiente das normas e orientações da DGS e dos protocolos de serviço;
<p style="text-align: center;">Puerpério</p>	<p>Objetivo Geral: Prestar cuidados à mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal, no sentido de potenciar a saúde da puérpera e do recém-nascido, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade;</p> <p>Objetivos específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Promover ações de proteção e apoio ao aleitamento materno, - Promover a adaptação pós-parto. - Promover a saúde mental na vivência do puerpério. 	<ul style="list-style-type: none"> - Acolhe a puérpera e recém-nascido e explica as normas e funcionamento do serviço; - Promove o autocuidado da puérpera através da educação para a saúde sobre recuperação pós-parto; - Realiza uma sessão de educação para a saúde em grupo sobre “Massagem do recém-nascido”; - Utiliza a Técnica das Afirmações Positivas na apoio, motivação e incentivo ao aleitamento materno; - Utiliza a Técnica de Hipnobirthing na gestão do <i>stress</i> e ansiedade associados ao pós-parto e na adaptação à parentalidade; - Educa para a saúde sobre cuidados ao recém-nascido e vigilância de saúde do mesmo após a alta. 	<ul style="list-style-type: none"> - Integração na equipa de saúde de modo a desenvolver as atividades prevista; - Aptidão para a realização de sessões de educação para a saúde previstas/planeadas; - Utilização proficiente das técnicas planeadas com <i>feedback</i> positivo por parte das puérperas e famílias; - Utilização proficiente das normas e orientações da DGS e dos protocolos de serviço.

Unidades de cuidados diferenciados - Ginecologia

Objetivo geral: Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal e no período do climatério.

Objetivos específicos:
Promover a saúde da mulher no período do climatério e menopausa.

- Realiza diagnósticos e monitorização das afeções do aparelho genito-urinário e/ou mama;
- Providencia cuidados à mulher em tratamento com afeções de aparelho genito-urinário e/ou mama

- Integração na equipa de saúde de modo a desenvolver as atividades previstas;
- Capacitação para a prestação de cuidados à mulher com afeções do aparelho genito -urinário e/ou mama facilitando a sua adaptação à nova situação;
- Aptidão para a Integração em programas, projetos e intervenções de rastreio no sentido de promover a saúde ginecológica.

CRONOGRAMA	2021						2022						
	SET	OUT	NOV	DEZ	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET
Definição do Tema	X	X											
Pesquisa Bibliográfica	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Elaboração do Projeto	X	X	X										
Submissão do Projeto			X										
Curso Gentlebirth			X	X	X	X	X	X	X	X			
Atualização da Literatura					X		X		X		X		X
Execução do Projeto	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Orientações Tutoriais	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
Elaboração do Relatório de Estágio			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Entrega do Relatório de Estágio													X

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bonura, K. B. (2018). Just Breathe: Mindfulness as Pain Management in Pregnancy. *International Journal of Childbirth Education*, 33(1), 6–9.
- Diário da República n.º192/2019, Aviso n.º15812/2019, Série II de 7 de Outubro de 2019, Ato da Série II – *Alteração do Ciclo de Estudos conducente ao grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* da Universidade de Évora
- Hulsbosh, L.P., Boekhorst, M.G.B.M, Potharst, E.S., Pop, V.J.M., Nyklicek, I. (2021). 'Trait Mindfulness during pregnancy and perception of childbirth, *Archives of Women Mental Health* 24:281–292, <https://doi.org/10.1007/s00737-020-01062-8>
- OE (2019), *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica*, DR, 2ª série - nº85 – 3 de Maio de 2019;
- Veringa, I.K., de Bruin, E. I., Bardacke, N., Duncan, L. G., van Steensel, F. J. A., Dirksen, C. D., & Bogels, S. M. (2016). 'I've Changed My Mind', Mindfulness-Based Childbirth and Parenting (MBCP) for pregnant women with a high level of fear of childbirth and their partners: study protocol of the quasi-experimental controlled trial. *BMC Psychiatry*, 16 (1), 377. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-1070-8>

APÊNDICE B: Registo de Experiências Clínicas da Mestranda



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SÃO JOÃO DE DEUS

Registo de Experiências Clínicas da Mestranda

Mestranda: Susana Isabel do Vale Martins Soeiro Delgado

Orientadora Pedagógica: Maria da Luz Ferreira Barros (PhD)

Évora

2022

Nota Introdutória

O atual documento é um instrumento para registo das experiências clínicas decorridas em contexto de ENPRF ao longo do ano letivo 2021-2022, comprovando a exposição aos momentos de aprendizagem.

Sendo a formação de segundo ciclo, neste caso, o Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica (MESMO) equivalente à educação de *Midwifery Students*, a mesma é composta por uma fração curricular realizada em meio real, através de práticas clínicas supervisionadas e sob tutoria. Neste contexto, a mestranda desenvolverá as suas aprendizagens, competências pessoais, académicas e profissionais, relacionamentos terapêuticos e habilidades técnico-instrumentais, posteriormente sujeitas a avaliação.

Registos

O estudante regista as suas experiências nos campos clínicos. O/A supervisor/a clínico/a atesta a veracidade, rubricando. Os registos são realizados de acordo com os itens referidos no Diário da República, 1.ª série, N.º 84, 2 de maio de 2014, cujos mínimos passam a enunciar-se:

Tipo	Quantificação (mínimos)
Consultas de grávidas com exames pré-natais	100
Vigilância e cuidados dispensados a parturientes	40
Realização de partos	40
• Na impossibilidade de 40 partos, o mínimo são.....30
○ Na condição de participar em.....20
Participação ativa em partos pélvicos	Não quantificado
• Na impossibilidade do anterior, realizar em simulação	
Prática de episiotomia e iniciação à sutura	Não quantificado
• Na impossibilidade do anterior, realizar em simulação	
Prática de perineorrafia por rasgadura	Não quantificado
• Na impossibilidade do anterior, realizar em simulação	
Vigilância, cuidados a grávidas de risco, durante e pós-parto	40
Vigilância, cuidados, exame, de parturientes e RN normais	100
Observações e cuidados a RN:	Não quantificado
• Pré-termo	
• Pós-termo	
• Baixo peso	
• Doentes	
Cuidados a mulheres com patologia ginecologia	Não quantificado
Cuidados a mulheres com patologia obstetrícia	Não quantificado

A mestranda acrescentará as linhas necessárias aos quadros. A Ficha Síntese das Experiências Clínicas será fornecida pela Regente do Estágio.

Consultas de Grávidas

Nº	Local	Idade	Índice Obstétrico	Idade Gestacional	Exame efetuado
1	C. Externa de Obstétrica	32 anos	1021	34s+2d	TA, peso, Temp., CTG, Colheita de SB, Ensinos sobre sinais de alarme + mala da maternidade
2	C. Externa de Obstétrica	20 anos	0010	20s+2d	TA, peso, Temp., Avaliação de BCF, Ensinos sobre alimentação adequada devido a aumento de peso excessivo
3	C. Externa de Obstétrica	25 anos	0000	26s+1d	TA, peso, Temp., Avaliação de BCF, ensinos sobre alimentação adequada
4	C. Externa de Obstétrica	37 anos	1011	36 s +2d	TA, peso, Temp., Avaliação de BCF, Ensinos sobre sinais de alarme e mala de maternidade
5	C. Externa de Obstétrica	23 anos	0000	36s	TA, peso, Temp., Avaliação de BCF, Ensinos sobre desconfortos na gravidez + CTG
6	C. Externa de Obstétrica	42 anos	0010	22s+4d	TA, peso, Temp., Avaliação de BCF, Ensinos sobre alívio da Ansiedade
7	C. Externa de Obstétrica	43 anos	0121	19s+5d	TA, peso, Temp., Avaliação de BCF, Aconselhamento genético familiar Filho anterior com Síndrome de Chitayat
8	C. Externa de Obstétrica	35 anos	0000	13s+4 d	TA, peso, Temp., colheita de avaliação inicial, colheita de sangue para rastreio bioquímico
9	C. Externa de Obstétrica	32 anos	2002	11s+4d	TA, peso, Temp., colheita de avaliação inicial, colheita de sangue para rastreio bioquímico
10	C. Externa de Obstétrica	35 anos	1001	37s+3d	TA, peso, Temp., CTG, ensinos sobre sinais de alarme
11	C. Externa de Obstétrica	31 anos	1021	39s	TA, peso, Temp., CTG, ensinos sobre sinais de alarme
12	C. Externa de Obstétrica	32 anos	1001	34s+6d	TA, peso, Temp., CTG, ensinos sobre mala de maternidade
13	C. Externa de Obstétrica	37 anos	1001	37s+5d	TA, peso, Temp., CTG, ensinos sobre alimentação adequada, avaliação da glicemia capilar

14	C. Externa de Obstétrica	21 anos	1011	32s+5d	TA, peso, Temp., Avaliação de BCF, ensinos sobre desconfortos
15	C. Externa de Obstétrica	31 anos	1001	37s+2d	TA, peso, Temp., CTG, ensinos sobre sinais de alarme e sobre alimentação adequada
16	C. Externa de Obstétrica	37 anos	2012	26s+6d	TA, peso, Temp., combur, Avaliação de BCF
17	C. Externa de Obstétrica	31 anos	2002	32s+3dias	
18	C. Externa de Obstétrica	30 anos	0010	37s+5d	TA, peso, Temp., CTG, ensinos sobre sinais de alarme
19	C. Externa de Obstétrica	28 anos	0000	11s+6d	TA, peso, Temp., colheita de avaliação inicial, colheita de sangue para rastreio bioquímico
20	C. Externa de Obstétrica	27 anos	0000	39s+1d	TA, peso, Temp., CTG, ensinos sobre sinais de alarme
21	C. Externa de Obstétrica	28 anos	0000	38s	TA, peso, Temp., CTG, ensinos sobre os sinais de alarme
22	C. Externa de Obstétrica	31 anos	1001	39s	TA, peso, Temp., CTG, ensinos sobre os sinais de alarme
23	C. Externa de Obstétrica	31 anos	1001	37s	TA, peso, Temp., CTG, ensinos sobre os sinais de alarme
24	C. Externa de Obstétrica	21 anos	0010	33s+2dias	TA, peso, Temp., Coombs Indireto positivo, Colheita de sangue para hemograma, bioquímica e urocultura, Avaliação de BCF
25	C. Externa de Obstétrica	35 anos	1001	23s+1d	TA, peso, Temp., Rastreio bioquímico aumentado para T21, BVC negativa
26	C. Externa de Obstétrica	33 anos	1001	35s+4d	TA, peso, Temp., Colheita de Streptococcus B, Seguida por Isotretóina, CTG
27	C. Externa de Obstétrica	27 anos	0000	24s+1d	TA, peso, Temp., Colheita de DNA fetal porque descobriu que tava grávida as 20 semanas, Avaliação de BCF
28	C. Externa de Obstétrica	35 anos	1011	13s+6d	TA, peso, Temp., colheita de avaliação inicial, colheita de sangue para rastreio bioquímico
29	C. Externa de Obstétrica	34 anos	0000	13s+1d	TA, peso, Temp., por translucência da nuca aumentada fez BVC
30	C. Externa de Obstétrica	39 anos	0020	12s+5d	TA, peso, Temp., colheita de avaliação inicial, colheita de

					sangue para rastreio bioquímico, ensinos sobre as técnicas
					Invasivas
31	C. Externa de Obstétrica	28 anos	0000	10s+4d	TA, peso, Temp., colheita de avaliação inicial, colheita de
					sangue para rastreio bioquímico
32	C. Externa de Obstétrica	23 anos	0000	10s+4d	TA, peso, Temp., colheita de avaliação inicial, colheita de
					sangue para rastreio bioquímico
33	C. Externa de Obstétrica	35 anos	1011	9s+6d	TA, peso, Temp., colheita de avaliação inicial, colheita de
					sangue para rastreio bioquímico, ensinos sobre técnicas
					Invasivas
34	C. Externa de Obstétrica	36 anos	3013	13s+5d	TA, peso, Temp., colheita de DNA fetal por rastreio combinado
					do 1º trimestre aumentado
35	C. Externa de Obstétrica	37 anos	0000	18s+6d	TA, peso, Temp., rastreio combinado do 1º trimestre
					aumentado, informar o resultado do DNA Fetal negativo
36	C. Externa de Obstétrica	37 anos	2002	20s+6d	TA, peso, Temp., ensinos sobre alimentação adequada e
					desconfortos na gravidez, Avaliação de BCF
37	C. Externa de Obstétrica	33 anos	1001	11s+5d	TA, peso, Temp., colheita de avaliação inicial, colheita de
					sangue para rastreio bioquímico
38	C. Externa de Obstétrica	39 anos	2012	14s+4d	TA, peso, Temp., rastreio combinado do 1º trimestre risco
					intermédio, colheita de DNA fetal, ensinos sobre técnicas
					Invasivas
39	C. Externa de Obstétrica	28 anos	0000	12s+6d	TA, peso, Temp., colheita de avaliação inicial, colheita de
					sangue para rastreio bioquímico
40	C. Externa de Obstétrica	37 anos	1011	12s+5d	TA, peso, Temp., colheita de avaliação inicial, colheita de
					sangue para rastreio bioquímico, ensinos sobre técnicas
					Invasivas
41	C. Externa de Obstétrica	34 anos	0000	31s+2d	TA, peso, Temp., ensinos sobre mala de maternidade,
					Avaliação de BCF
42	C. Externa de Obstétrica	38 anos	0000	24s+4d	TA, peso, Temp., Síndrome de Duchenne, Amniocentese
					negativa, Avaliação de BCF
43	C. Externa de Obstétrica	28 anos	0000	30s+5d	TA, peso, Temp., ensinos sobre mala de maternidade e sinais
					de alarme, Avaliação de BCF
44	C. Externa de Obstétrica	25 anos	1001	23s+2d	TA, peso, Temp., combur, Imunização anti-kell, Avaliação de
					BCF

45	C. Externa de Obstétrica	41 anos	0010	9s+4d	TA, peso, Temp., colheita de avaliação inicial, colheita de sangue para rastreio bioquímico, ensinos sobre técnicas Invasivas
46	C. Externa de Obstétrica	35 anos	0000	26s+3d	TA, peso, Temp., Avaliação de BCF, ensinos sobre desconfortos na gravidez
47	C. Externa de Obstétrica	41 anos	3003	19s+3d	TA, peso, Temp., DNA fetal inconclusivo, colaboração na Amniocentese
48	C. Externa de Obstétrica	41 anos	1001	16s	TA, peso, Temp., colheita de DNA fetal
49	C. Externa de Obstétrica	36 anos	0100	30s	TA, peso, Temp., Avaliação de BCF
50	C. Externa de Obstétrica	25 anos	0000	36s+4d	TA, peso, Temp., CTG, atraso nas velometrias uterinas
51	C. Externa de Obstétrica	44 anos	3023	28s	TA, peso, Temp., Amniocentese negativa
52	C. Externa de Obstétrica	29 anos	0000	11s+1d	TA, peso, Temp., colheita de avaliação inicial, colheita de sangue para rastreio bioquímico
53	C. Externa de Obstétrica	38 anos	1001	12s+4d	TA, peso, Temp., colheita de avaliação inicial, colheita de sangue para rastreio bioquímico, ensinos sobre técnicas Invasivas
54	C. Externa de Obstétrica	20 anos	1001	11s+4d	TA, peso, Temp., colheita de avaliação inicial, colheita de sangue para rastreio bioquímico
55	C. Externa de Obstétrica	35 anos	1001	11s+6d	TA, peso, Temp., colheita de avaliação inicial, colheita de sangue para rastreio bioquímico, ensinos sobre técnicas Invasivas
56	C. Externa de Obstétrica	29 anos	0000	38s	TA, peso, Temp., suspeita de RCF, CTG, ensinos sobre sinais de alarme
57	C. Externa de Obstétrica	41 anos	0020	11s+2d	TA, peso, Temp., colheita de avaliação inicial, colheita de sangue para rastreio bioquímico, ensinos sobre técnicas Invasivas
58	C. Externa de Obstétrica	41 anos	1001	12s+2d	TA, peso, Temp., colheita de avaliação inicial, colheita de sangue para rastreio bioquímico, ensinos sobre técnicas Invasivas

59	C. Externa de Obstétrica	36 anos	0000	37s	TA, peso, Temp., CTG, ensinios sobre sinais de alarme
60	C. Externa de Obstétrica	27 anos	2002	22s+6d	TA, peso, Temp., Avaliação de BCF, ensinios sobre análises de
					2º Trimestre (PTGO inclusive)
61	C. Externa de Obstétrica	44 anos	2012	11s+2d	TA, peso, Temp., colheita de avaliação inicial, colheita de
					sangue para rastreio bioquímico, ensinios sobre técnicas
					Invasivas
62	C. Externa de Obstétrica	40 anos	3003	11s	TA, peso, Temp., colheita de avaliação inicial, colheita de
					sangue para rastreio bioquímico, ensinios sobre técnicas
					Invasivas
63	C. Externa de Obstétrica	33 anos	1001	37s	TA, peso, Temp., CTG, colheita de streptococcus B
64	C. Externa de Obstétrica	32 anos	0010	20s+3d	TA, peso, Temp., Ecocardiograma fetal revela cardiopatia
					fetal, ILG
65	C. Externa de Obstétrica	30 anos	0010	9s+4d	TA, peso, Temp., colheita de avaliação inicial, colheita de
					sangue para rastreio bioquímico
66	C. Externa de Obstétrica	32 anos	1001	10s+2d	TA, peso, Temp., colheita de avaliação inicial, colheita de
					sangue para rastreio bioquímico
67	C. Externa de Obstétrica	29 anos	0000	10s+6d	TA, peso, Temp., colheita de avaliação inicial, colheita de
					sangue para rastreio bioquímico
68	C. Externa de Obstétrica	40 anos	2002	11s+6d	TA, peso, Temp., colheita de avaliação inicial, colheita de
					sangue para rastreio bioquímico, ensinios sobre técnicas
					Invasivas
69	C. Externa de Obstétrica	36 anos	1001	10s+3d	TA, peso, Temp., colheita de avaliação inicial, colheita de
					sangue para rastreio bioquímico, ensinios sobre técnicas
					Invasivas
70	C. Externa de Obstétrica	35 anos	0020	10s+1d	TA, peso, Temp., colheita de avaliação inicial, colheita de
					sangue para rastreio bioquímico, ensinios sobre técnicas
					Invasivas
71	C. Externa de Obstétrica	26 anos	0000	28s	TA, peso, Temp., combur, Avaliação de BCF, ensinios sobre
					hidratação adequada
72	C. Externa de Obstétrica	38 anos	1001	10s+5d	TA, peso, Temp., colheita de avaliação inicial, colheita de
					sangue para rastreio bioquímico, ensinios sobre técnicas

					Invasivas
73	C. Externa de Obstétrica	29 anos	0000	32s	TA, peso, Temp., colheita de análises 3º trimestre + urocultura,
					Avaliação de BCF
74	C. Externa de Obstétrica	23 anos	1011	20s	TA, peso, Temp., colheita de avaliação inicial, Infecção
					Citomegalovírus, Avaliação de BCF
75	C. Externa de Obstétrica	34 anos	0000	12s+6d	TA, peso, Temp., colheita de avaliação inicial, colheita de
					sangue para rastreio bioquímico, ensinos sobre técnicas
					Invasivas
76	C. Externa de Obstétrica	41 anos	2002	10s	TA, peso, Temp., colheita de avaliação inicial, colheita de
					sangue para rastreio bioquímico, ensinos sobre técnicas
					Invasivas
77	C. Externa de Obstétrica	32 anos	1000	9s+5d	TA, peso, Temp., colheita de avaliação inicial, colheita de
					sangue para rastreio bioquímico
78	C. Externa de Obstétrica	22 anos	0010	25s	TA, peso, Temp., Artéria umbilical única, avaliação de BCF
79	C. Externa de Obstétrica	40 anos	1031	33s	TA, peso, Temp., ensinos sobre mala de maternidade e sinais
					de alarme, Avaliação de BCF
80	C. Externa de Obstétrica	28 anos	0010	35s+3d	TA, peso, Temp., colheita de SB, ensinos sobre mala de
					maternidade e sinais de alarme, CTG
81	C. Externa de Obstétrica	31 anos	0000	36s+3d	TA, peso, Temp., CTG. ensinos sobre mala de maternidade e
					sinais de alarme
82	C. Externa de Obstétrica	42 anos	3003	20s+3d	Presença na transmissão do resultado da amniocentese pela
					equipa médica
83	C. Externa de Obstétrica	40 anos	2002	9s+6d	TA, peso, Temp., colheita de avaliação inicial, colheita de
					sangue para rastreio bioquímico, ensinos sobre técnicas
					Invasivas
84	C. Externa de Obstétrica	33 anos	2001	35s+4d	TA, peso, Temp., CTG, colheita de SB, ensinos sobre sinais de
					Alarme
85	C. Externa de Obstétrica	23 anos	0000	36s+2d	TA, peso, Temp., CTG, colheita de SB, ensinos sobre sinais de
					Alarme
86	C. Externa de Obstétrica	44 anos	2002	6s+5d	Gravidez não evolutiva segundo ecografia, ensinos sobre
					protocolo de expulsão fetal e sinais de alarme
87	C. Externa de Obstétrica	35 anos	0000	9s+4d	TA, peso, Temp., colheita de avaliação inicial, colheita de

					sangue para rastreio bioquímico, ensinios sobre técnicas
					Invasivas
88	C. Externa de Obstétrica	27 anos	0000	9s+6d	TA, peso, Temp., colheita de avaliação inicial, colheita de
					sangue para rastreio bioquímico
89	C. Externa de Obstétrica	34 anos	0000	10s	TA, peso, Temp., colheita de avaliação inicial, colheita de
					sangue para rastreio bioquímico, ensinios sobre técnicas
					Invasivas
90	C. Externa de Obstétrica	39 anos	0000	13s+2d	TA, peso, Temp., colheita de DNA fetal
91	C. Externa de Obstétrica	34 anos	1001	11s	TA, peso, Temp., colheita de avaliação inicial, colheita de
					sangue para rastreio bioquímico, ensinios sobre técnicas
					Invasivas
92	C. Externa de Obstétrica	23 anos	1001	12s+6d	TA, peso, Temp., colheita de avaliação inicial, colheita de
					sangue para rastreio bioquímico
93	C. Externa de Obstétrica	29 anos	0000	13s+6d	TA, peso, Temp., colheita de avaliação inicial, colheita de
					sangue para rastreio bioquímico
94	C. Externa de Obstétrica	30 anos	1030	9s+4d	TA, peso, Temp., colheita de avaliação inicial, colheita de
					sangue para rastreio bioquímico
95	C. Externa de Obstétrica	38 anos	1001	34s+1d	TA, peso, Temp., CTG, ensinios sobre mala de maternidade e
					sinais de alarme
96	C. Externa de Obstétrica	14 anos	0000	24s	TA, peso, Temp., sarcoglicaropatia, colheita de sangue para
					cariótipo do casal
97	C. Externa de Obstétrica	36 anos	0100	12s+6d	TA, peso, Temp., colheita de avaliação inicial, colheita de
					sangue para rastreio bioquímico, ensinios sobre técnicas
					Invasivas
98	C. Externa de Obstétrica	35 anos	0000	9s+4d	TA, peso, Temp., colheita de avaliação inicial, colheita de
					sangue para rastreio bioquímico, ensinios sobre técnicas
					Invasivas
99	C. Externa de Obstétrica	41 anos	0050	9s+5d	TA, peso, Temp., colheita de avaliação inicial, colheita de
					sangue para rastreio bioquímico, ensinios sobre técnicas
					Invasivas
100	C. Externa de Obstétrica	37 anos	0000	35s+4d	TA, peso, Temp., CTG, colheita de SB, combur, ensinios sobre
					sinais de alarme

101	C. Externa de Obstétrica	37 anos	1001	32s+3d	TA, peso, Temp., combur, avaliação de BCF, ensinos sobre
					sinais de alarme
102	C. Externa de Obstétrica	46 anos	2022	9s+3d	TA, peso, Temp., colheita de avaliação inicial, colheita de
					sangue para rastreio bioquímico, ensinos sobre técnicas
					Invasivas

Consultas de IVG

Nº	Local	Idade	Índice Obstétrico	Idade Gestacional	Cuidados
1	Consulta de IVG	23	0010 (IVG 2018)	6s	Colheita de dados para estatística do SNS, colaboração na datação ecográfica, ensinios sobre o protocolo de IVG, ensinios sobre o planeamento familiar
2	Consulta de IVG	27	0000	6s+4d	Colheita de dados para estatística do SNS, colaboração na datação ecográfica, ensinios sobre o protocolo de IVG, ensinios sobre o planeamento familiar
3	Consulta de IVG	37	1001	7s+4d	Colheita de dados para estatística do SNS, colaboração na datação ecográfica, ensinios sobre o protocolo de IVG, ensinios sobre o planeamento familiar
4	Consulta de IVG	34	1001	7s+3d	Colheita de dados para estatística do SNS, colaboração na datação ecográfica, ensinios sobre o protocolo de IVG, ensinios sobre o planeamento familiar
5	Consulta de IVG	31	2002	8s	Colheita de dados para estatística do SNS, colaboração na datação ecográfica, ensinios sobre o protocolo de IVG, ensinios sobre o planeamento familiar, colheita de Tipagem
6	Consulta de IVG	36	3003	8s+5d	Colheita de dados para estatística do SNS, colaboração na datação ecográfica, ensinios sobre o protocolo de IVG, ensinios sobre o planeamento familiar

Vigilância e cuidados a parturientes saudáveis

Nº	Local	Idade	Índice	Idade	1º estadio	Monit	Dor
1	Internamento de Grávidas	23 anos	0000	40s+4 d	N	Sim	0
2	Internamento de Grávidas	26 anos	1001	41s	N	Sim	0
3	Internamento de Grávidas	27 anos	0000	39s+5d	N	Sim	0
4	Internamento de Grávidas	23 anos	0000	41s+1d	N	Sim	0
5	Internamento de Grávidas	27 anos	0000	40s+1d	N	Sim	0
6	Internamento de Grávidas	35 anos	3003	41s	S	Sim	0
7	Internamento de Grávidas	30 anos	0000	41s+1d	N	Sim	0
8	Internamento de Grávidas –	28 anos	0000	39s+6d	S	Sim	2
9	Internamento de Grávidas	29 anos	0000	41s+1d	S	Sim	3
10	Internamento de Grávidas	28 anos	10001	40s+3d	S	Sim	2
11	Internamento de Grávidas	24 anos	0010	41s	S	Sim	2
12	Internamento de Grávidas	37 anos	1021	40s	N	Sim	0
13	Internamento de Grávidas	25 anos	0010	41s	S	Sim	1
14	Internamento de Grávidas	24 anos	2002	39s+2d	S	Sim	2
15	Internamento de Grávidas	33 anos	0000	41s	N	Sim	0
16	Internamento de Grávidas	20 anos	0000	41s	N	Sim	0
17	Internamento de Grávidas	23 anos	2002	41s	N	Sim	0
18	Internamento de Grávidas	28 anos	1001	39s+2d	S	Sim	1
19	Internamento de Grávidas	27 anos	0000	38s+6d	N	Sim	0
20	Internamento de Grávidas	30 anos	0000	37s+6d	S	Sim	1
21	Internamento de Grávidas	23 anos	2002	41s+1d	N	Sim	0
22	Internamento de Grávidas	27 anos	0000	39s	S	Sim	1
23	Internamento de Grávidas	31 anos	0010	40s+2d	S	Sim	2
24	Internamento de Grávidas	29 anos	1001	37s+6d	N	Sim	0
25	Internamento de Grávidas	28 anos	0010	41s	N	Sim	0
26	Internamento de Grávidas	29 anos	0010	40s+3d	S	Sim	0
27	Bloco de Partos	21 anos	0000	40s+1d	S	Sim	2
28	Bloco de Partos	30 anos	1001	40s+3d	S	Sim	0
29	Bloco de Partos	31 anos	0000	39s+3d	S	Sim	0
30	Bloco de Partos	24 anos	0000	41s+1d	S	Sim	0
31	Bloco de Partos	41 anos	1001	40s+1d	S	Sim	0

32	Bloco de Partos	38 anos	4024	40s+6d	S	Sim	6
33	Bloco de Partos	31 anos	2002	41s+1d	S	Sim	0
34	Bloco de Partos	40 anos	1102	39s+4d	S	Sim	7
35	Bloco de Partos	29 anos	1061	39s+2d	S	Sim	0
36	Bloco de Partos	37 anos	0010	39s+5d	S	Sim	0
37	Bloco de Partos	28 anos	0000	37s+4d	S	Sim	0
38	Bloco de Partos	36 anos	0000	40s+4d	S	Sim	0
39	Bloco de Partos	26 anos	1001	39s+1d	S	Sim	0
40	Bloco de Partos	37 anos	3003	41s	S	Sim	7
41	Bloco de Partos	31 anos	1001	41s	S	Sim	0
42	Bloco de Partos	27 anos	1001	39s+4d	S	Sim	0
43	Bloco de Partos	17 anos	0000	39s+4d	S	Sim	0
44	Bloco de Partos	24 anos	0000	40s	S	Sim	0
45	Bloco de Partos	36 anos	1001	37s+5d	S	Sim	0
46	Bloco de Partos	41 anos	2022	40s+5 d	S	Sim	0
47	Bloco de Partos	30 anos	0010	39s+2d	S	Sim	0
48	Bloco de Partos	35 anos	4034	39s+5d	S	Sim	0
49	Bloco de Partos	31 anos	0010	38s+4d	S	Sim	0
50	Bloco de Partos	28 anos	0000	41s+1d	S	Sim	0
51	Bloco de Partos	26 anos	0000	38s+2d	S	Sim	0
52	Bloco de Partos	26 anos	0000	39s+2d	S	Sim	0
53	Bloco de Partos	29 anos	1001	40s+2d	S	Sim	0
54	Bloco de Partos	29 anos	1001	41s	S	Sim	0
55	Bloco de Partos	35 anos	0000	40s	S	Sim	0
56	Bloco de Partos	31 anos	0000	40s+2d	S	Sim	0
57	Bloco de Partos	38 anos	2002	37s+6d	S	Sim	0
58	Bloco de Partos	30 anos	0000	40s	S	Sim	0
59	Bloco de Partos	33 anos	1001	39s+6d	S	Sim	0
60	Bloco de Partos	23 anos	1001	38s+6d	S	Sim	0
61	Bloco de Partos	38 anos	2002	38s+2d	S	Sim	0
62	Bloco de Partos	33 anos	0000	37s	S	Sim	0
63	Bloco de Partos	33 anos	0000	41s	S	Sim	0
64	Bloco de Partos	32 anos	1011	38s	S	Sim	0

65	Bloco de Partos	39 anos	2012	39s	S	Sim	0
66	Bloco de Partos	25 anos	0010	40s+4d	S	Sim	0
67	Bloco de Partos	31 anos	0000	38s	S	Sim	0
68	Bloco de Partos	40 anos	0020	41s	S	Sim	0
69	Bloco de Partos	30 anos	1001	41s	S	Sim	0
70	Bloco de Partos	34 anos	0000	40s+4d	S	Sim	0
71	Bloco de Partos	27 anos	0000	40s	S	Sim	0
72	Bloco de Partos	27 anos	1021	39s	S	Sim	0
73	Bloco de Partos	22 anos	2002	40s+5d	S	Sim	0
74	Bloco de Partos	34 anos	0000	39s	S	Sim	0
75	Bloco de Partos	36 anos	0000	39s+5d	S	Sim	0
76	Bloco de Partos	34 anos	2012	40s	S	Sim	0
77	Bloco de Partos	34 anos	0000	40s+2d	S	Sim	0
78	Bloco de Partos	31 anos	0000	41s	S	Sim	0
79	Bloco de Partos	34 anos	0000	40s+2d	S	Sim	0
80	Bloco de Partos	33 anos	0000	40s+6d	S	Sim	0
81	Bloco de Partos	44 anos	1001	39s	S	Sim	0
82	Bloco de Partos	37 anos	2012	41s	S	Sim	0
83	Bloco de Partos	35 anos	0010	40s+6d	S	Sim	0

Realização de Partos

Nº	Local	Idade	Índice Obstétrico	Idade	Tipo de parto	Episiotomia
1	Unidade no Alentejo	27	2002	37	Eutócico	Períneo íntegro
2	Unidade no Alentejo	26	3013	38	Eutócico	Períneo íntegro
3	Unidade no Alentejo	37	2002	40+6	Eutócico	Períneo íntegro
4	Unidade no Alentejo	34	1001	39+5	Eutócico	Períneo íntegro
5	Unidade no Alentejo	35	1122	38+4	Eutócico	Períneo íntegro
6	Hospital no Ribatejo	17	1011	40+3	Eutócico	Laceração Grau II Mediana Perineorrafia
7	Hospital no Ribatejo	33	1001	37+6	Eutócico	Laceração Grau I Mediana Perineorrafia
8	Hospital no Ribatejo	30	0101	35+5	Eutócico	Laceração Grau I Mediana Perineorrafia
9	Hospital no Ribatejo	31	3013	38+1	Eutócico	Laceração Grau I Mediana Perineorrafia
10	Hospital no Ribatejo	40	3113	36+5	Eutócico	Laceração Grau II Mediana Perineorrafia
11	Hospital no Ribatejo	31	1001	38	Eutócico	Episiotomia Episiorrafia
12	Hospital no Ribatejo	26	1011	40+2	Eutócico	Laceração Grau I Mediana Perineorrafia
13	Hospital no Ribatejo	27	1001	40	Eutócico	Episiotomia Episiorrafia
14	Hospital no Ribatejo	26	1001	38+6	Eutócico	Episiotomia Episiorrafia
15	Hospital no Ribatejo	22	2012	40+4	Eutócico	Períneo Íntegro
16	Hospital no Ribatejo	30	2012	40+1	Eutócico	Períneo Íntegro

17	Hospital no Ribatejo	31	2002	40+6	Eutócico	Períneo Íntegro
18	Hospital no Ribatejo	25	1122	39	Eutócico	Períneo Íntegro
19	Hospital no Ribatejo	27	1001	40+3	Eutócico	Períneo Íntegro
20	Unidade no Alentejo	39	2002	40	Eutócico	Períneo Íntegro
21	Unidade no Alentejo	32	4004	40+3	Eutócico	Períneo Íntegro
22	Unidade no Alentejo	31	2204	???	Eutócico	Períneo Íntegro
23	Unidade no Alentejo	36	2002	38+5	Eutócico	Períneo Íntegro
24	Unidade no Alentejo	32	2002	38+3	Eutócico	Períneo Íntegro
25	Unidade no Alentejo	42	1021	39+2	Eutócico	Períneo Íntegro
26	Unidade no Alentejo	24	2204	39	Eutócico	Períneo Íntegro
27	Unidade no Alentejo	40	2002	39+1	Eutócico	Períneo Íntegro
28	Unidade no Alentejo	30	3013	41	Eutócico	Períneo Íntegro
29	Unidade no Alentejo	19	1001	40+1	Eutócico	Períneo Íntegro
31	Hospital no Ribatejo	28	2012	40	Eutócico	Laceração Grau II Perineorrafia
32	Hospital no Ribatejo	21	3013	39+1	Eutócico	Laceração Grau II Perineorrafia
33	Hospital no Ribatejo	33	6016	40+1	Eutócico	Períneo Íntegro
34	Hospital no Ribatejo	27	3013	40+6	Eutócico	Períneo Íntegro
35	Hospital no	38	3003	38+4	Eutócico	Laceração Grau II

	Ribatejo					Perineorrafia
36	Hospital no Ribatejo	35	2002	40+1	Eutócico	Períneo Íntegro
37	Hospital no Ribatejo	27	2123	39	Eutócico	Períneo Íntegro
38	Hospital no Ribatejo	25	1001	40	Eutócico	Laceração Grau III Suturada pelo obstetra
39	Hospital no Ribatejo	26	0101	33	Eutócico	Períneo Íntegro
40	Hospital no Ribatejo	24	1001	39+6	Eutócico	Laceração Grau II Perineorrafia
41	Hospital no Ribatejo	17	1001	38+2	Eutócico	Laceração Grau II Perineorrafia
42	Hospital no Ribatejo	40	3003	39	Eutócico	Laceração Grau I Mediana Perineorrafia

Participação em Partos

Nº	Local	Idade	Índice Obstétrico	Idade Gestacional	Tipo de parto	Episiotomia Episiorrafia Perineorrafia	Acompanha Estádio 4º
1	Hospital no Ribatejo	30	1001	40s+3d	Ventosa	Não	Sim
2	Hospital no Ribatejo	24	0000	41s+1d	Ventosa	Não	Sim
3	Hospital no Ribatejo	37	0010	39s+5d	Ventosa	Não	Sim
4	Hospital no Ribatejo	36	0000	40s+4d	Cesariana	Não	Sim
5	Hospital no Ribatejo	28	0010	40s+4d	Ventosa	Não	Não
6	Hospital no Ribatejo	33	0101	26s+6d	Cesariana	Não	Sim
7	Hospital no Ribatejo	32	0000	36s+1d	Cesariana	Não	Sim
8	Hospital no Ribatejo	31	0010	38s+4d	Cesariana	Não	Sim
9	Hospital no Ribatejo	28	0000	41s+1d	Fórceps	Não	Não
10	Hospital no Ribatejo	26	0000	38s+2d	Ventosa	Não	Não

Vigilância a Gravidas de Risco durante o parto

Nº	Local	Idade	Índice Obstétrico	Idade Gestacional	Situação de risco/Patologia
1	Bloco de Partos	44 anos	1011	39s+4d	Hipertensão Arterial medicada/ Idade Materna
2	Bloco de Partos	20 anos	0010	36s+6d	Condilomas na Vulva
3	Bloco de Partos	21 anos	0000	40s+6d	Obesidade
4	Bloco de Partos	28 anos	0010	40s+4d	Diabetes Gestacional controlada com dieta/ Acompanhamento do TP/ Colaboração no parto por ventosa
5	Bloco de Partos	31 anos	0000	39s	Diabetes Gestacional controlada com dieta/ Hipertensão Arterial Gestacional medicada
6	Bloco de Partos	25 anos	1001	40s+6d	VDRL positivo no 1º Trimestre e negativo no 3º Trimestre realizado tratamento com penicilina
7	Bloco de Partos	32 anos	1011	39s+1d	Diabetes Gestacional controlada com dieta
8	Bloco de Partos	33 anos	0101	26s+6d	Gravidez gemelar – parto diferido 1º gêmeo a 23/12/ Corioamniotite/ Extrema prematuridade/
9	Bloco de Partos	22 anos	0212	34s+4d	Asmática/ RPM / Acompanhamento do TP/ colaboração no parto por ventosa
10	Bloco de Partos	37 anos	3013	37s+6d	Asma não medicada/ Hipertensão Arterial Gestacional medicada
11	Bloco de Partos	33 anos	1001	37s	Anemia (Talassemia)
12	Bloco de Partos	24 anos	0010	40s	Diabetes gestacional não vigiada
13	Bloco de Partos	25 anos	0000	39s+4d	Diabetes gestacional controlada com dieta / Acompanhamento do TP e preparação para cesariana emergente por desaceleração
14	Bloco de Partos	30 anos	0000	39s+2d	Bypass gástrico/ Hipertensão arterial crónica medicada /

					RCF tardio
15	Bloco de Partos	35 anos	2002	40s+1d	Anemia
16	Bloco de Partos	33 anos	0000	40s+1d	Diabetes gestacional controlada com dieta / Preparação para cesariana
17	Bloco de Partos	26 anos	0010	39s+1d	Hipertensão Arterial Gestacional medicada / Suspeita de Macrossomia Fetal
18	Bloco de Partos	23 anos	0000	40s+3d	Obesidade
19	Bloco de Partos	38 anos	0000	40s+2d	Obesidade/ Hipertensão Arterial Prévia não medicada/ Doença Bipolar/ Hipotireoidismo/ Acompanhamento do TP/ colaboração no parto por ventosa
20	Bloco de Partos	25 anos	0010	40s+6d	Taquicardia sinusal
21	Bloco de Partos	36 anos	0000	36s	Prematuridade / Asma medicada
22	Bloco de Partos	28 anos	0010	41s+2d	Suspeita de Macrossomia Fetal/ Preparação pré-operatória para cesariana / Acompanhamento do TP
23	Bloco de Partos	27 anos	0000	39s	Hidramnios / Diabetes gestacional controlada com dieta/ Acompanhamento do TP
24	Bloco de Partos	23 anos	1011	39s+1d	CMV IGG 1º T / Acompanhamento do TP
25	Bloco de Partos	40 anos	0030	23s+5d	Extrema Prematuridade / Hipertensão Arterial Crónica / FIV gemelar/ Acompanhamento do TP
26	Bloco de Partos	41 anos	0000	36s+2d	Prematuridade/ Diabetes gestacional sob insulino terapia / Preparação pré-operatória Para cesariana /acompanhamento do TP
27	Bloco de Partos	24 anos	0010	39s	Colestase gravídica / Acompanhamento do TP
28	Bloco de Partos	27 anos	0010	37s	RCF/Anemia/Anorexia Materna
29	Bloco de Partos	26 anos	1001	39s	Septo vaginal / Acompanhamento do TP / Preparação pré-operatória para cesariana
30	Bloco de Partos	36 anos	0000	39s+1d	RCF / dilatação trato urinário fetal

31	Bloco de Partos	25 anos	0000	40s+2d	Diabetes gestacional controlada com dieta
32	Bloco de Partos	41 anos	2002	36s+1d	Prematuridade / Idade Materna / Hipertensão Arterial Crônica / Obesidade / Pré-eclâmpsia / Acompanhamento do TP
33	Bloco de Partos	32 anos	1001	40s+5d	Trombocitopénia / Parto realizado pela mestranda
34	Bloco de Partos	28 anos	0000	39s+1d	Diabetes gestacional controlada com metformina / Parto realizado pela mestranda
35	Bloco de Partos	37 anos	1001	40s	Hipertensão Arterial Crônica
36	Bloco de Partos	20 anos	0000	39s+5d	Paralisia de Bell / Pré-eclâmpsia / Acompanhamento do TP/ Preparação pré-operatória para cesariana
37	Bloco de Partos	30 anos	1001	40s+1d	Oligoamnios
38	Bloco de Partos	28 anos	3002	37s	Gravidez mal vigiada/ Antecedentes de Morte Fetal
39	Bloco de Partos	31 anos	1011	37s+2d	Colestase gravídica
40	Bloco de Partos	33 anos	1011	39s+3d	Asma / Hipertensão Arterial

Vigilância, cuidados a puérperas de risco no pós-parto

Nº	Local	Idade	Índice Obstétrico	Idade Gestacional	Tipo de parto	Situação no Pós-parto
1	Internamento de Puerpério	39 anos	1001	38s+2d	Eutócico	Parto a 27/01 / Atonia Uterina a 29/01 / Fez Carboximaltose férrica / RN na UCIN por Bradicardias
2	Internamento de Puerpério	31 anos	2002	39s	Eutócico	Diabetes Gestacional controlada com dieta / Hipertermia não maligna / Depressão medicada com sertralina / 1º Filho com “Síndrome do Pescoço Caído”
3	Internamento de Puerpério	18 anos	1001	25s+6d	Cesariana	Pré-eclampsia grave: em perfusão sulfato de magnésio / Trombocitopénia / Edemas palpebrais
4	Internamento de Puerpério	22 anos	1001	38s+3d	Eutócico	Episiorrafia com edema na região perianal / Febril no pós-parto
5	Internamento de Puerpério	36 anos	1001	39s+4d	Cesariana	Escoliose/Endometriose / Atonia Uterina: fez carboximaltose férrica
6	Internamento de Puerpério	36 anos	2002	38s+6d	Cesariana	Obesidade / Diabetes Gestacional não vigiada
7	Internamento de Puerpério	32 anos	2002	38s+3d	Cesariana	Diabetes Gestacional controlada com metformina / Trombocitopénia Idiopática
8	Internamento de Puerpério	38 anos	2002	39s+3d	Eutócico	Hepatite B com carga viral reduzida
9	Internamento de Puerpério	32 anos	1001	35s+3d	Eutócico	Talassémia Minor / Laceração grau I suturada com edema generalizado
10	Internamento de Puerpério	35 anos	2002	39s+3d	Fórceps	Diabetes gestacional controlada com dieta / Pré-Eclampsia
11	Internamento de Puerpério	39 anos	1001	32s	Cesariana	RN na UCIN / Reforçar ensinamentos amamentação; extração com bomba
12	Internamento de Puerpério	28 anos	1001	38s+4d	Cesariana	Pré-eclampsia
13	Internamento de Puerpério	31 anos	1001	40s	Eutócico	Diabetes gestacional controlada com dieta / Implantes Mamários
14	Internamento de Puerpério	33 anos	4004	39s+6d	Eutócico	REBA superior a 24 horas

15	Internamento Puerpério	de	29 anos	1001	38s	Cesariana	Pré-eclampsia Oligoamnios
16	Internamento Puerpério	de	31 anos	1001	40s+5d	Ventosa	Deiscência da sutura resuturada Cumpriu AB
17	Internamento Puerpério	de	38 anos	4004	39s+1d	Cesariana	AP: 3 CST anteriores
18	Internamento Puerpério	de	36 anos	2002	39s+1d	Eutócico	Diabetes Gestacional controlada com dieta Punção da Dura: Cefaleias
19	Internamento Puerpério	de	36 anos	1001	38s+3d	Cesariana	REBA 70h
20	Internamento Puerpério	de	39 anos	2002	38s+6d	Ventosa	REBA 22h Laceração Grau I com edema
21	Internamento Puerpério	de	25 anos	2002	39s+3d	Eutócico	Imunização anti-Kell Hipertensão arterial gestacional
22	Internamento Puerpério	de	22 anos	2002	37s+5d	Pélvico	Gravidez mal vigiada
23	Internamento Puerpério	de	26 anos	1001	38s+3d	Cesariana	Atonia Uterina / REBA superior a 24h
26	Internamento Puerpério	de	38 anos	2002	38s+1d	Cesariana	Marido refere que a puérpera tem ideias suicidas / Contactada CPCJ e assistente social / Observada por Psiquiatria
27	Internamento Puerpério	de	25 anos	1001	38s+6d	Fórceps	Diabetes Gestacional controlada com metformina Hipertensão Arterial Gestacional Atonia Uterina fez transfusão sanguínea

Vigilância e cuidados a recém-nascidos saudáveis

Nº	Local	Idade	Idade Gestacional	Observações
1	Internamento de Puerpério –	2 dias	38s+1d	Observação do RN, cor, mucosas, coto umbilical, peso, verificar a pega
2	Internamento de Puerpério –	2 dias	39s+4d	Observação do RN, cor, mucosas, coto umbilical, peso, verificar a pega
3	Internamento de Puerpério –	2 dias	38s	Observação do RN, cor, mucosas, coto umbilical, peso, verificar a pega
4	Internamento de Puerpério –	3 dias	39s+2d	Observação do RN, cor, mucosas, coto umbilical, peso, teste de diagnóstico precoce, ensinamentos sobre preparação de LA e quantidades (mãe não quer amamentar)
5	Internamento de Puerpério –	2 dias	38s+4d	Observação do RN, cor, mucosas, coto umbilical, peso, verificar a pega
6	Internamento de Puerpério –	3 dias	39s+6d	Observação do RN, cor, mucosas, coto umbilical, peso, teste de diagnóstico precoce, ensinamentos sobre preparação de LA e quantidades (mãe não quer amamentar)
7	Internamento de Puerpério –	10 horas	38s	Observação do RN, cor, mucosas, coto umbilical, verificar a pega, realizar ensinamentos a puérpera (não está bem-adaptado a mama)
8	Internamento de Puerpério –	1 dia	39s+6d	Observação do RN, cor, mucosas, coto umbilical, verificar a pega, ensino Banho
9	Internamento de Puerpério –	6 horas	40s+1d	Observação do RN, cor, mucosas, coto umbilical, verificar a pega, ensino Banho
10	Internamento de Puerpério –	1 dia	39s+5d	Observação do RN, cor, mucosas, coto umbilical, verificar a pega, ensino banho, despiste de cardiopatias congênitas
11	Internamento de Puerpério –	1 dia	39s+1d	Observação do RN, cor, mucosas, coto umbilical, verificar a pega, ensino Banho
12	Internamento de Puerpério –	1 dia	38s+3d	Observação do RN, cor, mucosas, coto umbilical, verificar a pega, ensino Banho
13	Internamento de Puerpério –	4 horas	38s+6d	Observação do RN, cor, mucosas, coto umbilical, verificar a pega, ensino Banho
14	Internamento de Puerpério –	2 dias	39s	Observação do RN, cor, mucosas, coto umbilical, verificar a pega, peso
15	Internamento de Puerpério –	2 dias	38s+5d	Observação do RN, cor, mucosas, coto umbilical, verificar a pega, peso

16	Internamento de Puerpério	-	2 dias	39s+6d	Observação do RN, cor, mucosas, coto umbilical, verificar a pega, peso
17	Internamento de Puerpério	-	2 dias	40s+1d	Observação do RN, cor, mucosas, coto umbilical, verificar a pega, peso
18	Bloco de Partos	-	-----	38s+1d	Receção do RN, Contacto pele-a-pele, Observação, Administração de Vitamina K
19	Bloco de Partos	-	-----	39s+4d	Receção do RN, Contacto pele-a-pele, Observação, Administração de Vitamina K
20	Bloco de Partos	-	-----	38s	Receção do RN, Contacto pele-a-pele, Observação, Administração de Vitamina K
21	Bloco de Partos	-	-----	39s+2d	Receção do RN, Contacto pele-a-pele, Observação, Administração de Vitamina K
22	Bloco de Partos	-	-----	38s+4d	Receção do RN, Contacto pele-a-pele, Observação, Administração de Vitamina K
23	Bloco de Partos	-	-----	39s+6d	Receção do RN, Contacto pele-a-pele, Observação, Administração de Vitamina K
24	Bloco de Partos	-	-----	38s	Receção do RN, Contacto pele-a-pele, Observação, Administração de Vitamina K
25	Bloco de Partos	-	-----	39s+6d	Receção do RN, Contacto pele-a-pele, Observação, Administração de Vitamina K
26	Bloco de Partos	-	-----	40s+1d	Receção do RN, Contacto pele-a-pele, Observação, Administração de Vitamina K
27	Bloco de Partos	-	-----	39s+5d	Receção do RN, Contacto pele-a-pele, Observação, Administração de Vitamina K
28	Bloco de Partos	-	-----	39s+1d	Receção do RN, Contacto pele-a-pele, Observação, Administração de Vitamina K
29	Bloco de Partos	-	-----	38s+3d	Receção do RN, Contacto pele-a-pele, Observação, Administração de Vitamina K
30	Bloco de Partos	-	-----	38s+6d	Receção do RN, Contacto pele-a-pele, Observação, Administração de Vitamina K
31	Bloco de Partos	-	-----	39s	Receção do RN, Contacto pele-a-pele, Observação, Administração de Vitamina K
32	Bloco de Partos	-	-----	38s+5d	Receção do RN, Contacto pele-a-pele, Observação, Administração de Vitamina K

33	Bloco de Partos	-	-----	39s+6d	Receção do RN, Contacto pele-a-pele, Observação, Administração de Vitamina K
34	Bloco de Partos	-	-----	40s+1d	Receção do RN, Contacto pele-a-pele, Observação, Administração de Vitamina K
35	Bloco de Partos	-	-----	38s+1d	Receção do RN, Contacto pele-a-pele, Observação, Administração de Vitamina K
36	Bloco de Partos	-	-----	39s+4d	Receção do RN, Contacto pele-a-pele, Observação, Administração de Vitamina K
37	Bloco de Partos	-	-----	38s	Receção do RN, Contacto pele-a-pele, Observação, Administração de Vitamina K
38	Bloco de Partos	-	-----	39s+2d	Receção do RN, Contacto pele-a-pele, Observação, Administração de Vitamina K Promoção da participação do pai a vestir o RN
39	Bloco de Partos	-	-----	38s+4d	Receção do RN, Contacto pele-a-pele, Observação, Administração de Vitamina K
40	Bloco de Partos	-	-----	39s+6d	Receção do RN, Contacto pele-a-pele, Observação, Administração de Vitamina K Pai vestiu o RN
41	Bloco de Partos	-	-----	38s	Receção do RN, Contacto pele-a-pele, Observação, Administração de Vitamina K
42	Bloco de Partos	-	-----	39s+6d	Receção do RN, Contacto pele-a-pele, Observação, Administração de Vitamina K
43	Bloco de Partos	-	-----	40s+1d	Receção do RN, Contacto pele-a-pele, Observação, Administração de Vitamina K
44	Bloco de Partos	-	-----	39s+5d	Receção do RN, Contacto pele-a-pele, Observação, Administração de Vitamina K
45	Bloco de Partos	-	-----	39s+1d	Receção do RN, Contacto pele-a-pele, Observação, Administração de Vitamina K
46	Bloco de Partos	-	-----	38s+3d	Receção do RN, Contacto pele-a-pele, Observação, Administração de Vitamina K
47	Bloco de Partos	-	-----	38s+6d	Receção do RN, Contacto pele-a-pele, Observação, Administração de Vitamina K
48	Bloco de Partos	-	-----	39s	Receção do RN, Contacto pele-a-pele, Observação, Administração de Vitamina K

49	Bloco de Partos	-	-----	38s+5d	Receção do RN, Contacto pele-a-pele, Observação, Administração de Vitamina K
50	Bloco de Partos	-	-----	39s+6d	Receção do RN, Contacto pele-a-pele, Observação, Administração de Vitamina K
51	Bloco de Partos	-	-----	40s+1d	Receção do RN, Contacto pele-a-pele, Observação, Administração de Vitamina K

Vigilância e cuidados a recém-nascidos necessitados de cuidados especiais (pré-termo, pós-termo, de baixo peso, doentes)

Nº	Local	Idade	Idade Gestacional	Situação clínica	Observações
1	Neonatologia	5 dias	39s	Bilirrubina elevada: Fez Fototerapia LM + LA	Observação do RN, cor, mucosas, coto umbilical, verificar a pega
2	Neonatologia	11 dias	38s+3d	Mãe: diabetes gestacional controlada com metformina Fez pesquisa de glicémia capilar: normoglicêmico Caso Social: CPCJ	Observação do RN, cor, mucosas, coto umbilical, verificar a pega
3	Neonatologia	5 dias	39s	Rectorragias: suspeita de APLV	Observação do RN, cor, mucosas, coto umbilical, observar as dejeções, verificar a quantidade de LA
4	Neonatologia	1 dia	37s+1d	Baixo peso nascimento: 1985g	Observação do RN, cor, mucosas, coto umbilical, pesquisa de glicémia capilar, verificar a pega, ensino banho
5	Neonatologia	7 horas	39s+3d	Mãe com Hepatite B	Observação do RN, cor, mucosas, coto umbilical, administração de imunoglobulina, ensino banho
6	Neonatologia	3 dias	39s+4d	Mãe: Atonia Uterina Análises RN: Leucocitose Mãe recusou vacina ao RN	Observação do RN, cor, mucosas, coto umbilical, teste de diagnóstico precoce
7	Neonatologia	2 dias	35s+3d	Peso nascimento: 2530g	Observação do RN, cor, mucosas, coto umbilical, peso diário, pesquisa de glicémia

Cuidados em situação de patologia obstétrica

Nº	Local	Idade	Situação/Cuidados
1	Internamento de Grávidas	26 anos	IO: 0000/ IG: 33s+5d/ APPT Colo com 11mm com <i>funeling</i> / Cumpriu MPF + sob progesterona/ Realiza CTG
2	Internamento de Grávidas	29 anos	IO: 0010/ IG: 24s+6d/ Colo com 37mm/ REBA 13/09 + Cumpriu MPF
3	Internamento de Grávidas	35 anos	IO: 1011/ IG: 32s+5d/ Hemorragia 3º Trimestre/ Placenta Prévia/ Repouso Relativo/ Realiza CTG
4	Internamento de Grávidas	30 anos	IO: 2012/ IG: 33s+1d/ Colo com 20 mm com <i>funeling</i> / Cumpriu MPF/ Hemorragia 3º T/ Realiza CTG
5	Internamento de Grávidas	23 anos	IO: 2002/ IG: 34s+6d/ RPM a 11/9: cumpriu antibioterapia/ Realiza CTG
6	Internamento de Grávidas	26 anos	IO: 0000/ IG: 31s+6d/ Colestase gravídica: Ácido UDC + anti-histamínico/ Realiza CTG
7	Internamento de Grávidas	26 anos	IO: 0000/ IG: 32s+1d/ Colestase gravídica: Ácido UDC (Aumentada a dose) + anti-histamínico/ Agravamento do prurido/ Realiza CTG
8	Internamento de Grávidas	22 anos	IO: 0000/ IG: 39s+6d/ Diabetes Gestacional controlada com dieta/ Indução de TP com misoprostol/ Realização de CTG
9	Internamento de Grávidas	26 anos	IO: 0000/ IG: 34s/ APPT colo com 11 mm com <i>funeling</i> / Cumpriu MPF + tocólise/ Realiza CTG
10	Internamento de Grávidas	29 anos	IO: 0010/ IG: 25s+1d/ Suspeita de REBA 13/9/ Cumpriu MPF + colo com 37 mm/ Cumpriu antibioterapia/ Amniosure 16/9: negativo/ Avaliação de BCF
11	Internamento de Grávidas	35 anos	IO: 1011/ IG: 33s/ Hemorragia 3º Trimestre/ Placenta Prévia/ Repouso Relativo/ Realiza CTG
12	Internamento de Grávidas	34 anos	IO: 1001/ IG: 39s+2d/ Diabetes Gestacional sob metformina/ Cervicometria: 3 cm; 80% apagamento; intermédio; plano -2 de Lee/ Realiza CTG
13	Internamento de Grávidas	29 anos	IO: 1021/ IG: 8S/ Fratura de tornozelo
14	Internamento de Grávidas	21 anos	ILG 22 semanas por acrania
15	Internamento de Grávidas	29 anos	IO: 0010/ IG: 25s+6d/ Suspeita REBA 13/9/ Cumpriu MPF + AB/ Colo com 37 mm/ Avaliação de BCF
16	Internamento de Grávidas	35 anos	IO: 1011/ IG: 33s+5d/ Metrorragia 3ºT/ Placenta Prévia/ Repouso/ Realiza CTG

17	Internamento de Grávidas	21 anos	IO: 1001/ IG: 34s+3d/ Diabetes gestacional controlada com dieta/ APPT colo com 17,2 mm com tunelização/ Cumpriu MPF/ Realiza CTG
18	Internamento de Grávidas	26 anos	IO: 0000/ IG: 33s+1d/ APPT colo com 15,9 mm/ Cumpriu MPF + sob progesterona/ Realiza CTG
19	Internamento de Grávidas	37 anos	IO: 0000/ IG: 30s+6d/ Gemelar Bicoriônica -ICSI/ Diabetes gestacional controlada com dieta/ APPT colo com 13,2 mm/ A cumprir MPF + tocólise (atosiban)/ Realiza CTG
20	Internamento de Grávidas	29 anos	IO: 0010/ IG: 26s/ Suspeita REBA 13/9/ Cumpriu MPF + AB/ Avaliação de BCF
21	Internamento de Grávidas	35 anos	IO: 1011/ IG: 33s+6d/ Metrorragia 3ºT/ Placenta Prévia/ Cumpriu MPF/ Ficou em jejum para CST a 24/9/ Realiza CTG
22	Internamento de Grávidas	21 anos	IO: 1001/ IG: 34s+4d/ Diabetes gestacional controlada com dieta/ APPT colo com 17,2 mm com tunelização/ Cumpriu MPF/ Realiza CTG
23	Internamento de Grávidas	26 anos	IO: 0010/ IG: 40s+3 dias/ Início de TP/ HTA gestacional sob metildopa 250 mg/ Cervicometria: 1 dedo franco; 80% apagamento; intermédio; plano -3/ Realiza CTG
24	Internamento de Grávidas	26 anos	IO: 0010/ IG: 39 s/ HIV positivo: cargas indetetáveis (8/09)/ Má adesão à terapêutica/ Medicação habitual: Truvada + raltegravir/ Cervicometria: 2 dedos; 50% apagamento; apresentação cefálica alta/ Realiza CTG
25	Internamento de Grávidas	26 anos	IO: 0000/ IG: 33s+1d/ APPT colo com 15,9 mm/ Cumpriu MPF + sob progesterona/ Realiza CTG
26	Internamento de Grávidas	37 anos	IO: 0000/ IG: 31s/ Gemelar Bicoriônica – ICSI/ Diabetes gestacional controlada com dieta/ APPT colo com 13,2 mm/ Realiza CTG
27	Internamento de Grávidas	29 anos	IO: 0010/ IG: 26s+1d/ Suspeita REBA 13/09/ Cumpriu MPF + AB/ Avaliação de BCF
28	Internamento de Grávidas	35 anos	IO: 1011/ IG: 34s/ Metrorragia 3º T/ Placenta Prévia/ Cumpriu MPF / CST hoje: Preparação Pré-operatória/ Realiza CTG
29	Internamento de Grávidas	21 anos	IO: 1001/ IG: 34s+5d/ Diabetes gestacional controlada com dieta/ APPT colo com 17,2 com tunelização/ Cumpriu MPF/ Realiza CTG
30	Internamento de Grávidas	26 anos	IO: 0000/ IG: 33s+3d/ APPT colo com 15,9 mm/ Cumpriu MPF + sob progesterona/ Realiza CTG
31	Internamento de Grávidas	36 anos	IO: 1011/ IG: 39s+2d/ Perda hemática vestigial/ Realiza CTG
32	Internamento de Grávidas	21 anos	IO: 0000/ IG: 17s+2d/ Cetoacidose diabética/ Gravidez não vigiada/ Candidíase vulvo-vaginal exuberante/ Perfusão de insulino terapia + pesquisa de glicémia capilar de 1/hora/ Avaliação de BCF
33	Internamento de Grávidas	32 anos	IO: 0000/ IG: 40s+1d/ Diabetes gestacional controlada com dieta/ Indução de TP com

			misoprostol/ Realiza CTG
34	Internamento de Grávidas	37 anos	IO: 0000/ IG: 31s+5d/ Gemelar Bicoriônica – ICSI/ Diabetes gestacional controlada com dieta/ APPT colo com 13,2 mm/ Cumpriu MPF/ Realiza CTG
35	Internamento de Grávidas	34 anos	IO: 0000/ IG: 38s+5d/ HTA gestacional: avaliação de tensão arterial/ Indução de TP com misoprostol/ Realiza CTG
36	Internamento de Grávidas	26 anos	IO: 0000/ IG: 39s+3d/ Diabetes gestacional sob metformina/ Anemia/ Indução de TP com misoprostol/ Realiza CTG
37	Internamento de Grávidas	21 anos	IO: 0000/ IG: 17s+3d/ Cetoacidose diabética/ Gravidez não vigiada/ Candidíase vulvo-vaginal exuberante/ Avaliação de BCF
38	Internamento de Grávidas	23 anos	IO: 0030/ IG: 25s+1d/ Suspeita pielonefrite esquerda sob AB/ Avaliação de BCF
39	Internamento de Grávidas	25 anos	IO: 0000/ IG: 32s+6d/ Gravidez Gemelar Bicoriônica espontânea/ Pré-eclampsia: avaliação de Tensão Arterial/ A cumprir MPF/ Realiza CTG
40	Internamento de Grávidas	21 anos	IO: 0000/ IG: 40s/ Diabetes gestacional controlada com dieta/ Indução de TP com PO/ Realiza CTG
41	Internamento de Grávidas	32 anos	IO: 0000/ IG: 40s+2d/ Diabetes gestacional controlada com dieta/ Indução de TP com misoprostol/ Realiza CTG
42	Internamento de Grávidas	37 anos	IO: 0000/ IG: 31s+6d/ Gemelar Bicoriônica – ICSI/ APPT colo com 13,2 mm/ Cumpriu MPF/ Realiza CTG
43	Internamento de Grávidas	44 anos	IO: 1011/ IG: 25s/ REBA 29/9/ A cumprir MPF/ Corioamniotite sob AB/ Apresentação pélvica/ Placenta prévia/ Gravidez não vigiada/ Consumo de álcool e cocaína/ Avaliação de BCF
44	Internamento de Grávidas	24 anos	IO: 0020/ IG: 27s/ Aborto tardio em janeiro de 2020; MFIU por hidrocefalia/ Anemia/ Feto morto/ Inicia protocolo de expulsão
45	Internamento de Grávidas	22 anos	IO: 1001/ IG: 35s/ Suspeita de Oligoamnios + RCF/ Cumpriu MPF/ Realiza CTG
46	Internamento de Grávidas	30 anos	IO: 0000/ IG: 39s/ Diabetes gestacional sob metformina/Indução de TP com misoprostol/ Realiza CTG
47	Internamento de Grávidas	21 anos	IO: 0000/ IG: 18s+2d/ Cetoacidose diabética/ Gravidez não vigiada/ Avaliação de BCF
48	Internamento de Grávidas	23 anos	IO: 0030/ IG: 26s/ Suspeita de pielonefrite esquerda sob AB/ Avaliação de BCF
49	Internamento de Grávidas	25 anos	IO: 0000/ IG: 33s+5d/ Gravidez Gemelar Bicoriônica espontânea/ Pré-eclampsia/ Cumpriu MPF/ Realiza CTG
50	Internamento de Grávidas	39 anos	IO: 0000/ IG: 40s/ Oligoamnios/ HTA gestacional/ Indução com misoprostol/ Realiza CTG

51	Internamento de Grávidas	22 anos	IO: 1001/ IG: 35s+1d/ Suspeita de oligoamnios + RCF/ Cumpriu MPF/ Realiza CTG
52	Internamento de Grávidas	30 anos	IO: 0000/ IG: 39s+1d/ Diabetes gestacional sob meformina/ Indução de TP com misoprostol/ Realiza CTG
53	Internamento de Grávidas	21 anos	IO: 0000/ IG: 18s+3d/ Cetoacidose diabética/ Gravidez não vigiada/ Candidíase vulvo-vaginal melhorada/ Avaliação de BCF
54	Internamento de Grávidas	18 anos	IO: 0000/ IG: 31s/ APPT colo com 18 mm/ Hemorragia 3º T: placenta não prévia/ Feto com suspeita de coarctação da aorta/ Realiza CTG
55	Internamento de Grávidas	35 anos	IO: 0010 (Aborto 1º T: más formações fetais)/ IG: 40s+4d/ Seguida em MMF por risco pré-eclampsia e RCF/ Indução de TP com misoprostol/ Cervicometria: colo fechado/ Realiza CTG
56	Internamento de Grávidas	25 anos	IO: 0000/ IG: 33s+6d/ Gravidez Gemelar Bicoriónica espontânea/ Pré-eclampsia/ Realiza CTG
57	Internamento de Grávidas	30 anos	IO: 1001/ IG: 40s/ Diabetes gestacional com insulino terapia e meformina/ Indução de TP com PO/ Realiza CTG
58	Internamento de Grávidas	39 anos	IO: 0000/ IG: 40s+1d/ Oligoamnios/ HTA gestacional/ Indução de TP com misoprostol/ Realiza CTG
59	Internamento de Grávidas	36 anos	IO: 4004/ IG: 28s/ ILG 28 semanas com o diagnóstico de anencefalia: expulsão fetal a 1/10/ Quadro de instabilidade hemodinâmica/ Histerectomia subtotal emergente

Cuidados em situação de patologia ginecológica

Nº	Local	Idade	Situação/Cuidados
1	Urg. Obst. E Ginec. -	51 anos	Bartolinite/ Drenagem/ Administração de antibioterapia
2	Urg. Obst. E Ginec.	9 anos	Quisto hemorrágico no ovário direito Administração de analgesia e admissão no internamento
3	Urg. Obst. E Ginec.	47 anos	Abcesso mamário/ Colaboração na observação
4	Urg. Obst. E Ginec.	87 anos	Metrorragias/ Colaboração na observação

Campos Clínicos

Campo Clínico	Unidade de Saúde	Serviço	Nº de semanas & Horas	Supervisor	Docente
Consulta de Obstetrícia	Hospital no Ribatejo	Consultas Externas	6 semanas	EEESMO P.C.	PhD Maria da Luz Barros
Gravidas	Unidade Local de Saúde no Alentejo	- Urgência de Obstetrícia e Ginecologia – - Internamento de Grávidas	6 semanas	EEESMO S.C.	PhD Maria da Luz Barros
Bloco de Partos	Hospital no Ribatejo	- Urgência de Obstetrícia e Ginecologia - Bloco de Partos	18 semanas	EEESMO P.O.	PhD Maria da Luz Barros
Puérperas	Unidade Local de Saúde no Alentejo	Internamento de Puerpério	6 semanas	EEESMO S.C.	PhD Maria da Luz Barros
Neonatologia	Hospital no Ribatejo	Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais	1 semana	EEESIP T.V.	PhD Maria da Luz Barros

APÊNDICE C: Reflexões Críticas

Reflexão Crítica I: Rastreo 1º Trimestre positivo para trissomia 21

Foi no dia 22 de Setembro pelas 10 horas e 30 minutos que me deparei com o primeiro grande desafio deste ensino clínico e me surgiram as primeiras dúvidas de forma monstruosa e repentina ao deparar-me com uma situação de carácter dilemático e de abordagem difícil.

Neste dia, consultei uma grávida, a Sr^a R., de 35 anos de idade, G2P1, na dita data com 17 semanas e 2 dias de idade gestacional.

Acolhi a senhora, apresentei-me e questionei como estava a decorrer a gravidez até ao momento.

De cara pálida e sorriso esforçado, a Sr^a R. referiu “não muito bem”, uma vez que, possuía um rastreio positivo do 1º trimestre com grande probabilidade de trissomia 21 e aguardava resultado da amniocentese já efetuada a 18 de Setembro mas com resultado previsto para 18 de Outubro.

A Sr.^a R. vivia uma espera repleta de anseios e expectativas com enorme angústia e desespero pois referia já sentir o seu bebé e encontrar-se perante um dilema que consistia no seguinte: por um lado, queria ter e cuidar desta criança mesmo com o diagnóstico de trissomia 21, e, por outro, o seu companheiro e a sua família mais próxima não aceitavam esta realidade e queriam interromper medicamente a gravidez caso se confirmasse o dito diagnóstico.

Já com algum apego ao feto que carregava e com um vínculo materno-fetal iniciado, a Sr.^a R. experienciava sentimentos de angústia, desassossego, ansiedade pela espera e culpa, questionando-se qual o desfecho “menos duro” desta ocorrência.

Procurei escutar ativamente a Sr.^a R., não fazer juízos de valor, reconhecer que a espera pelo resultado da amniocentese é desgastante e angustiante, que a última palavra é sempre da mãe e, que, seja qual for o desfecho deste dilema, os profissionais de saúde estão na área para ajudar e facilitar o possível.

Nesta abordagem à Sr.^a R., acabei por sentir alguma frustração profissional, académica e, até mesmo pessoal por se tratar de um assunto delicado e dependente de um compasso de espera de cerca de 1 mês. A sensação experienciada foi de que nada do que pudesse dizer à Sr.^a R. a consolaria, ajudaria na sua decisão ou informaria devidamente.

Assim sendo, esta minha vivência enquanto futura enfermeira especialista de saúde materna e obstétrica (EESMO) permitiu-me refletir, auto-questionar-me, procurar “preparar-me” para futuras situações análogas e abordá-las da forma mais profissional e adequada possível.

Que vínculo a Sr.^a R. já tem com o seu bebé?

Qual o impacto desta notícia de trissomia 21 na saúde mental da Sr.^a R e na sua gravidez?

Como abordar a Sr.^a R.? Que informação lhe transmitir?

O apego é considerado, de acordo com Gomes e Melchiori (2012), a base da socialização e a situação de vulnerabilidade fisiológica em que se encontram os recém-nascidos estimula e condiciona o apego (Sable, 2008).

Neste caso particular, a vinculação/apego ocorre ainda numa fase de desenvolvimento do feto possuindo este uma vulnerabilidade total mas, de igual modo, uma proteção materna total na sua vida intrauterina.

Assim sendo, a gravidez comporta um fase do ciclo de vida do ser humano repleta de representações e significados particulares para cada mulher (Maldonado, 1997; Klaus & Kennel, 1993) na qual a mesma fantasia e antecipa a chegada do bebe construindo um espaço psíquico para recebê-lo (Iaconeli, 2007), assumindo o bebe imaginado como uma criança perfeita, narcisicamente idealizada (Freud, 1914; Ribeiro, 2006) e profundamente investida nas suas características e capacidades (Ferrari, Zaher e Gonçalves, 2010).

Contudo, perante uma realidade adversa na qual o bebe real não corresponde ao bebe imaginado e os pais se confrontam com uma situação de diagnóstico de trissomia 21, gera-se uma quebra de expectativas por um lado e surgem dilemas pessoais na tomada de decisão dos pais que podem ou não optar por uma interrupção médica da gravidez.

A meu ver, o papel dos profissionais de saúde, particularmente do EESMO torna-se fundamental no sentido de informar os pais, capacitar na tomada de decisão, permitir que vivam o luto do seu bebé imaginado, aconselhar acerca dos possíveis recursos na comunidade de apoio aos pais/famílias nestas circunstâncias.

É deveras curioso que estes assuntos tão sensíveis e complexos sejam pouco estudados pelas comunidades científicas e existam poucos recursos na comunidade de apoio a estas situações. Ou seja, no decurso de uma gravidez com um diagnóstico destes não se encontram grupos de apoio na comunidade ou mesmo a nível hospitalar que respondam às necessidades de apoio psicológico destas mães. De igual modo, as comissões de ética existentes nos hospitais também não estão direcionadas para dar apoio neste sentido.

Esta vivência que me foi proporcionada neste ensino clínico sensibilizou-me para estes assuntos deixando-me desperta e alerta para o facto de que nem sempre a gravidez é vivida de plena satisfação, há desvios da normalidade que devem ser precocemente detetados e abordados de forma sensível, cuidadosa, humanizada e direcionada para as suas necessidades de cada família em questão.

Precavendo futuras abordagens similares, pretendo explorar com mais afinco os recursos da comunidade existentes na área para apoio, aconselhamento e informação às famílias numa fase de diagnóstico inicial.

A aluna EESMO,

Susana do Vale m46969

Reflexão Crítica II: O meu PRIMEIRO PARTO

O Luan nasceu às 17h59m do dia 29 de Outubro com 2770 gr, IA 10/10 e sem malformações aparentes. Nasceu de parto eutócico com laceração grau I. Fez contacto pele-a-pele durante os primeiros 10 minutos de vida e foi adaptado à mama na primeira hora de vida. Eu ajudei o Luan a nascer e estou muito feliz e grata por isso.

A primeira vez nunca se esquece... É um dizer do povo já antigo mas com um significado particularmente relevante na minha opinião...

Num contexto de novas aprendizagens e novas experiências em ensino clínico, em que a expectativa é alta, a frustração está à porta e procuramos aproveitar cada momento como uma oportunidade única, a sensação de “fazer” o **PRIMEIRO** parto é algo inesquecível, intenso e emocionalmente muito significativa.

Foi no dia 29 de Outubro, num contexto de estágio de internamento de grávidas e ginecologia que abarca, no mesmo espaço físico, a urgência de obstetria e o bloco de partos, num turno da tarde, que, de forma inesperada e repentina, foi admitida uma utente (Sr.^a A) no serviço de internamento em trabalho de parto ativo.

A Sr.^a A, de 24 anos, IO 1001, com parto distócico anterior por ventosa em 2018, saudável, com uma gravidez vigiada de 37 semanas, recorreu ao serviço de urgência de obstetria por contrações dolorosas de 5/5 minutos. Foi avaliada pelo médico obstetra que referiu, após observação, que a senhora apresentava um colo apagado com cerca de 5 cm de dilatação e uma apresentação fetal bem apoiada.

Reunindo todas as condições para considerar um trabalho de parto de início espontâneo em fase ativa, procedeu-se ao acolhimento da utente que, sumariamente, referiu enquanto plano de parto, pretender epidural e a presença da irmã.

A Sr.^a A. apresentou-se, logo à admissão, muito queixosa, referindo dor de intensidade 10 aquando da contração, inquieta, mostrando necessidade de balançar o corpo e segurar a minha mão. Incentivei-a a respirar lenta e profundamente e até balancei um pouco o corpo com ela tentando ajudá-la a encontrar uma posição de conforto.

Contudo, o desenrolar dos procedimentos seguintes do acolhimento da utente que respondiam às suas necessidades e normas do serviço (teste COVID para grávida e acompanhante, receção da roupa do bebé, avaliação pelo anestesista e posterior técnica de epidural, cardiocografia) foi interrompido por necessidade emergente da utente de “fazer força”.

Neste sentido, o meu supervisor clínico, tomou, de imediato, a decisão de encaminhar a senhora para a sala de partos preparada para grávidas COVID (uma vez que não foi possível obter resultado de teste COVID negativo) e aí, após verificarmos que a Sr.^a A. apresentava

dilatação completa, vontade de realizar esforços expulsivos e o topo da cabeça do feto já era visível no canal vaginal, procedemos à técnica do parto.

Pouco ou nenhum foi o tempo para preparar a mesa de parto, vestir bata e calçar luvas – recordo que calcei um par de luvas de tamanho 7,5, ou seja, 3 tamanhos acima do meu tamanho real.

Foi até um pouco desconcertante explicar à senhora que já nem era possível proceder à técnica da epidural – a Sr.^a A continuava a dizer que queria epidural e que “não era capaz de parir assim a frio”.

Tentei motivá-la com afirmações positivas dizendo-lhe que o bebé (o Luan) já aí vinha, que dava para perceber que era “cabeludo” e quando a senhora referiu “não consigo”, disse-lhe “olhe que está a conseguir, está a fazer tudo bem”.

Numa fase inicial, optei, em conjunto com o meu orientador pela técnica *Hands Off*, e, após a rotação externa do feto, realizei as manobras finais da técnica de parto sob orientação do meu supervisor clínico, recebi o Luan e coloquei-o sobre o abdómen da mãe, estimulando-o para a sua primeira respiração.

Respeitámos a laqueação tardia do cordão até deixar de pulsar, laqueei e permiti que mãe cortasse o cordão por sugestão do meu orientador.

A colega que recebeu o Luan permitiu o contacto pele-a-pele imediato, respeitou o momento com humanidade e profissionalismo.

No momento da dequitação, tentei respeitar os sinais de dequitação e o tempo necessário para a mesma. Ocorreu por mecanismo de Schultz, verifiquei a placenta e os cotilédones sob supervisão.

De seguida, inspecionámos o canal de parto, no qual foi necessário suturar uma pequenina laceração de cerca de 1 cm na mucosa vaginal.

Foi um parto repentino, emocionante, que decorreu naturalmente e que ficará, para sempre, marcado no meu currículo como o meu primeiro parto.

Na minha opinião e, sendo ainda muito inexperiente na área, a intensidade de emoções vivida pela mãe em cada esforço expulsivo é quase partilhada com quem assiste o parto, quase sentimos as contrações, quase sentimos necessidade de fazer força para ajudar, quase vivemos o período expulsivo com êxtase como se estivéssemos a ver um jogo de futebol e o ponta de lança se aproximasse da baliza.

Também as lágrimas de felicidade da mãe acabam por ser partilhadas com quem assiste o parto pois surge uma sensação única de conquista, de triunfo, CONSEGUIMOS!

Apesar desta experiência altamente emocionante e importante para a minha aprendizagem, considero ter cometido um erro crasso que se prende com a minha proteção pessoal e profissional enquanto enfermeira e aluna de enfermagem de saúde materna e obstétrica face à

realidade atual e à pandemia existente. Ou seja, na impossibilidade de obtenção de um resultado negativo do teste SARS COV 2 da utente, a Sr.^a A. foi encaminhada para a ala COVID (que se encontrava sem utentes) e realizou aí o seu parto. Contudo, enquanto enfermeiros parteiros, deveríamos ter utilizados os EPI's adequados na realização do parto como máscara, touca, viseira, bata/macacão e luvas.

Dos EPI's supra-referidos, utilizámos todos exceto a touca e a viseira.

A Sr.^a A. acabou por realizar teste COVID, sendo o resultado negativo e sendo encaminhada para o puerpério NÃO-COVID. No entanto, considero ter corrido algum risco desnecessário e desajustado à realidade atual.

De acordo com a Orientação nº 018/2020 de 30/03/2020 atualizada a 20/04/2021 da DGS, “na grávida que é admitida em trabalho de parto espontâneo, deve ser realizado um teste laboratorial para SARS-CoV-2 nos termos da Norma 019/2020 da DGS, preferencialmente um teste de amplificação de ácidos nucleicos (TAAN) rápido”.

A mesma norma/orientação refere ainda que “nos procedimentos emergentes, a ausência de um teste laboratorial **não deve atrasar a prestação de cuidados clínicos adequados**, devendo, nestas circunstâncias, **ser utilizado o EPI adequado por parte dos profissionais de saúde**, nos termos da Norma 007/2020 da DGS.”

É ainda referido neste documento que “os profissionais de saúde devem seguir as indicações dos Serviços de Saúde Ocupacional nos termos da Orientação 013/2020 da DGS, e do Grupo Coordenador Local do PPCIRA, nomeadamente quanto à utilização de Equipamento de Proteção Individual (EPI) nos termos da Norma 007/2020 da DGS.”

Deste modo, relembro, revejo e analiso esta situação como uma falha com necessidade de ajustes da minha parte pois apesar não terem existido quaisquer danos ou lesões por não me ter protegido devidamente, há que planear as minhas ações futuras com mais cautela ajustando as mesmas à realidade atual em prol de uma aprendizagem consolidada, segura e benéfica para mim e os demais.

Futuramente, e após esta reflexão, pretendo estruturar melhor as minhas ações e cumprir com mais rigor as normas do serviço e do sistema nacional de saúde.

A aluna EESMO,

Susana do Vale, m46969

Referências Bibliográficas:

- *DGS (2020) - Norma nº 007/2020 de 29/03/2020 - Prevenção e Controlo de Infecção por SARS-CoV-2 (COVID-19): Equipamentos de Proteção Individual (EPI)*
- *DGS (2021) - Orientação nº 018/2020 de 30/03/2020 atualizada a 20/04/2021 - COVID-19: Gravidez e Parto*

Reflexão Crítica III: Indução do Trabalho de Parto

O que acontece quando retiramos um bolo do forno antes do tempo? Fica mal cozido, pode ser comestível mas ainda assim não detém todas as qualidades possíveis em sabor e consistência...

O que acontece quando “obrigamos” ou “forçamos” um botão de rosa a abrir? Desfolha-se e deixa de ser uma rosa aberta e perfeita...

O que acontece quando contrariamos a natureza? Arriscamo-nos a ter dissabores pois ou estamos a lutar contra o inevitável ou estamos a modificar o desenrolar de algo que naturalmente acontece...

Foram estas as questões que me assolaram o pensamento quando cheguei para fazer turno no bloco de partos de Abrantes no dia 8 de Janeiro e me deparei com duas grávidas internadas uma com 38 semanas e 1 dia, outra com 39 semanas certas para indução sem motivo aparente. No seu registo cardiotocográfico não se avistava um centésimo de milímetro de dinâmica uterina apesar de ambas já terem iniciado uma indução com prostanglandinas (1/4 de comprimido misoprostol no fundo de saco posterior) à cerca de 4 horas.

Ao observar estes registos, a minha enfermeira orientadora questionou inclusive subtilmente o motivo destas induções à equipa presente e eu fiquei pensativa perante uma situação que também me pareceu deveras descabida.

Realizando uma analogia com as questões existenciais que me surgiram (supracitadas) de circunstâncias do quotidiano, reflito: O que acontece quando não sabemos esperar até que o corpo da mãe dê sinais de parto e o futuro bebé esteja preparado e prontinho para nascer?

É certo que muita coisa pode acontecer e os profissionais da obstetria já experienciaram múltiplas e diversas situações de desfecho de uma indução sem motivo, assim como este assunto é algo que tem sido estudado, debatido e protocolado ao longo dos anos.

Sabe-se que associado ao desencadear do trabalho de parto estão inúmeras teorias e nenhuma delas suficientemente forte para sobrepor a outra (Teoria do controlo endócrino fetal ou Sinal fetal; Teoria da privação de progesterona; Teoria da ocitocina; Teoria da produção de prostanglandinas ou Síntese de prostanglandinas; Teoria do relógio placentário; Teoria do volume uterino).

O que é certo e sabido também de forma empírica mas experienciada é que a natureza é sábia e através dela é desencadeado o fenómeno do trabalho de parto e parto em todas as espécies terrestres. E apesar de muitas espécies animais terem rituais de parto, só a espécie humana procura assistência no parto e tenta contrariar os fenómenos naturais com “ajudas”.

Todos nascem. Existem é diversas formas de nascer.

Num estudo de 2020 da Cochrane, acerca deste assunto, encontra-se descrito que a gestação prolongada pode aumentar os riscos para o bebé como por exemplo o risco de morte (antes

ou pouco depois do nascimento). Porém, induzir o parto também pode ter riscos para mães e bebês, especialmente se o colo do útero não estiver pronto para entrar em trabalho de parto. Os exames atualmente disponíveis não conseguem prever com precisão os riscos para os bebês ou para as mães de gestações prolongadas. Consequentemente, muitos hospitais têm políticas para definir até que idade gestacional é permitido continuar à espera. (Middleton P., Shepherd E., Morris J., Crowther C.A., Gomersall J.C., 2020).

O mesmo estudo aponta ainda que a indução do trabalho de parto a partir da 37ª semana de gestação comparada com a conduta expectante está associada a uma clara redução da mortalidade perinatal. Contudo, é necessário fazer mais estudos, discutir os riscos e benefícios da indução de parto para melhor ajudar as mulheres a fazerem uma escolha informada entre a indução do parto ou a espera pelo início espontâneo do trabalho de parto. A compreensão das mulheres sobre a indução, os procedimentos envolvidos, seus riscos e benefícios, é importante pois pode influenciar as escolhas e afetar a sua satisfação. (Middleton P., Shepherd E., Morris J., Crowther C.A., Gomersall J.C., 2020).

Numa fase embrionária/fetal da minha aprendizagem, assumo que a intervenção deve existir quando o benefício da mesma supera os riscos para a díade/tríade.

Assumo ainda, atendendo à crônica “*Os últimos metros de uma maratona que não sabemos onde termina*” publicada por Mariana Torres, médica ginecologista e obstetra, na Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e no Parto (APDMGP), que a última palavra, a última decisão é sempre da **MULHER** garantindo obviamente que está devidamente informada sobre os riscos e benefícios de qualquer procedimento.

Nesta crônica, Mariana Torres alerta para o desenrolar do trabalho de parto num ambiente de ocitocina com calma, amor e confiança, extinguindo ao máximo os efeitos da adrenalina associada ao stress, ansiedade e medo do parto.

Alerta ainda que, caso a mulher recuse uma indução de parto, não pode aceitar que a abandonem nem deixar o seu destino nas mãos da sorte, tem direito a ser devidamente acompanhada até o bebê nascer, existindo formas de avaliar o bem-estar materno-fetal. (Mariana Torres *in Os últimos metros de uma maratona que não sabemos onde termina*, 2019)

Neste assunto, também a UNICEF se manifesta num documento intitulado “Quem espera, espera” – *Pelo direito de nascer na hora certa*, apontando os benefícios irrefutáveis de um trabalho de parto espontâneo para a mulher e para o bebê no qual são libertadas substâncias que ajudam no amadurecimento final do organismo da criança, como, por exemplo, os corticóides que atuam no pulmão do recém-nascido ou a ocitocina que irá, entre outros benefícios, permitir a involução uterina e a ejeção de colostro/leite na amamentação (UNICEF, 2017)

O mesmo documento da UNICEF elucida também sobre os riscos de não esperar advertindo que quando o trabalho de parto espontâneo não ocorre, a probabilidade do recém-nascido ter desconfortos respiratórios aumenta já que existe uma maior dificuldade em eliminar o líquido amniótico alojado nos pulmões. (UNICEF, 2017)

As hipóteses, decisões e desfechos de um parto são sempre imprevisíveis, múltiplas e variadas, existindo necessidade de privilegiar SEMPRE a tomada de decisão da díade/tríade devidamente informada e, de igual modo, ponderando riscos, benefícios e possíveis alternativas a um parto intervencionado.

O consentimento da mulher para toda e qualquer intervenção é fundamental uma vez que esta é a protagonista principal deste evento e a pessoa que mais deseja que tudo corra pelo melhor. O parto é da mulher, somos meros assistentes com conhecimentos científicos que permitem intervir ponderando sempre o risco-benefício, respeitando sempre os desejos, aspirações e planos de parto do ser humano que consentiu a nossa presença num momento que guardará para sempre no coração.

A aluna EESMO,

Susana do Vale, m46969

Referências Bibliográficas:

- *Apontamentos da 3ª aula da Unidade Curricular de Enfermagem no Parto e Puerpério – Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (código 649), Universidade de Évora, Maio de 2021;*
- *Mariana Torres (2019), Os últimos metros de uma maratona que não sabemos onde termina, Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e no Parto (APDMGP);*
- *Middleton P., Shepherd E., Morris J., Crowther C.A., Gomersall J.C.. (2020). Induction of labour at or beyond 37 weeks' gestation. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 7. Art. No.: CD004945. DOI: 10.1002/14651858.CD004945.pub5.;*
- *UNICEF (2017), Quem espera, espera – Pelo direito de nascer na hora certa, Doc. 75, Brasil;*

Nota final

As induções supradescritas decorreram bem e dentro das expectativas das parturientes. A primeira resultou num parto eutócico com laceração grau I, nascendo um recém-nascido do

sexo masculino macrossômico- GIG (4260 gr) – existia uma justificação para esta indução. A segunda resultou numa cesariana por sofrimento fetal, nascendo uma recém-nascida de 3020 gr. A parturiente apresentava hipertensão e diabetes gestacional, ambas as patologias controladas até à data.

APÊNDICE D: Check-list de Ensinos Consulta Externa de Obstetrícia

Na minha <small>R ú b r i c a</small> <small>D a t a</small>	Gravidez <small>R ú b r i c a</small> <small>D a t a</small>	já ouvi falar <small>R ú b r i c a</small> <small>D a t a</small>
Desenvolvimento IU 1ºT	Desenvolvimento IU 2ºT	Desenvolvimento IU 3ºT
Desconfortos 1ºT	Desconfortos 2ºT	Desconfortos 3ºT
Alimentação e Nutrição	Vinculação e Comunicação IU	Trabalho de Parto
Saúde Oral	Sexualidade na Gravidez	Higiene e repouso puerperal
Prevenção da Toxoplasmose	Proteção na Parentalidade	Incentivo à amamentação
Dia a dia na Gravidez	Enxoval do Bebê e da Mamã	Exercícios de Recuperação PP
Hábitos nocivos na Gravidez	Células Estaminais	Sexualidade após o parto
Viagens na Gravidez	Visita Pré-natal/Acolhimento	Cuidados ao RN
	Papel do Acompanhante	
	Transporte do RN	
	Curso Preparação Parental	

Elaborado por Susana do Vale, Aluna MESMO da Escola Superior de Enfermagem João de Deus – Universidade de Évora

APÊNDICE E: Sessão de preparação para o parto e parentalidade “O choro do bebé” – Plano de sessão e diapositivos

Plano da Sessão de Educação para a Saúde “Choro do Bebé” Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade

Tema: Choro do Bebé

Objetivos:

Geral:

- Promover a adaptação ao papel parental de um grupo de grávidas a frequentar o Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade elucidando sobre a temática do Choro do Bebé.

Específicos:

- Definir o choro do bebé;
- Explicar a importância e necessidade do choro do bebé;
- Enumerar as possíveis razões do choro do bebé;
- Dar a conhecer os sons do choro do bebé e diferenciar os mesmos de acordo com o motivo de choro;
- Indicar sugestões para acalmar o bebé recorrendo à técnica dos 5 “S”;

População-alvo: Grávidas do Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade de uma Unidade Local de Saúde no Alentejo.

Metodologia: Sessão expositiva e interativa com recurso a data-show com duração prevista de 45 minutos. Meditação guiada para conexão com o bebé *in útero*. Discussão e dúvidas.

Conteúdos a abordar:

- Choro do bebé: definição e importância.
- Motivos do choro do bebé.
- Sons do choro: diferenciar o som de acordo com o motivo – Priscilla Dunsten.
- Como acalmar um bebé recorrendo à técnica dos 5 “S”.

Data: 25 de Novembro de 2021.

Local: Sala de Preparação para o Parto da Unidade Local de Saúde no Alentejo.

Formadora: Susana do Vale, AEESMO da Universidade de Évora

Supervisor Clínico: Sérgio Carinhas, Enfermeiro EESMO no Serviço de Obstetrícia do Hospital Dr. José Maria Grande (Portalegre), Professor de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na Escola Superior de Enfermagem de Portalegre.

Docente Orientadora: Professora Doutora Maria da Luz Barros, Docente na Universidade de Évora, Escola Superior de Enfermagem João de Deus.

Chorar faz bem à saúde....

Chorar é...

- * **Comunicar!**
- * **Sobrevivência!**
- * **Saúde!**
- * **Desenvolvimento!**

Nos primeiros meses de vida, os pais devem atender prontamente às necessidades da criança e o choro é essencial para detetar essas necessidades.

<https://www.youtube.com/watch?v=SObelGqUPI> fsppt.com

The infographic features a yellow background with a light blue heart shape on the right. At the bottom left, there are two cartoon baby characters, one in a pink outfit and one in a blue outfit. The text is in various colors: pink for the title, black for the main text, and blue for the heart's text. A blue bracket connects the list of reasons to the heart's text.

APÊNDICE F: Formação em serviço “BLUES PÓS-PARTO, DEPRESSÃO PÓS PARTO E PSICOSE PUERPERAL” - Plano de sessão e diapositivos

Plano da Sessão Formativa

Tema: Blues Pós-Parto, Depressão Pós-Parto e Psicose Puerperal

Objetivos:

Geral:

- Sensibilizar os enfermeiros do serviço de obstetria da unidade local de saúde no alentejo para a temática em causa, sua importância e papel do EEESMO na prevenção ou atuação perante um Blues Pós-Parto, uma Depressão Pós-Parto ou uma Psicose Puerperal.

Específicos:

- Definir Blues Pós-Parto, Depressão Pós-Parto e Psicose Puerperal;
- Esclarecer acerca das possíveis etiologias dos Blues, Depressão Pós-Parto e Psicose Puerperal;
- Reportar a incidência dos Blues Pós-Parto, Depressão Pós-Parto e Psicose Puerperal;
- Determinar e diferenciar a sintomatologia alusiva aos Blues Pós-Parto, Depressão Pós-Parto e Psicose Puerperal;
- Enumerar possíveis intervenções de enfermagem na prevenção ou atuação perante os Blues Pós-Parto e a Depressão Pós-Parto;

População-alvo: Enfermeiros do Serviço de Obstetria da unidade local de saúde no alentejo.

Metodologia: Sessão expositiva e interativa com recurso a data-show com duração prevista de 30 minutos. Reflexão e discussão final com a equipa alusiva à temática em causa.

Conteúdos a abordar:

- Etiologia e fisiologia das perturbações da saúde mental no pós-parto;
- Definição, incidência, sintomatologia e intervenções de enfermagem nos Blues Pós-Parto.
- Definição, incidência, sintomatologia, fatores de risco e intervenções de enfermagem na Depressão Pós-Parto.
- Definição, incidência e sintomatologia da Psicose Puerperal.

Data: 14 de Abril de 2022.

Local: Sala de Trabalho/Passagem de turno da equipa de enfermagem de obstetrícia da unidade local de saúde no alentejo.

Formadora: Susana do Vale, AEESMO da Universidade de Évora

Supervisor Clínico: Sérgio Carinhas, Enfermeiro EESMO no Serviço de Obstetrícia da unidade local de saúde no alentejo, Professor de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na Escola Superior de Enfermagem de Portalegre.

Docente Orientadora: Professora Doutora Maria da Luz Barros, Docente na Universidade de Évora, Escola Superior de Enfermagem João de Deus.



 UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SÃO JOÃO DE DEUS

Blues pós-parto, Depressão pós-parto Psicose Puerperal

AEESMO Susana do Vale
Docente Orientadora: Maria da Luz Barros
Supervisor Clínico: Sérgio Carinhas

Portalegre, 14 de Abril de 2022

ULSNA+

APÊNDICE G: Formação em serviço “CONTACTO PELE-A-PELE” - Plano de sessão e diapositivos

Plano da Sessão da Formação em Serviço “Contacto Pele-a-Pele”

Tema: Contacto pele-a-pele

Justificação e Pertinência do tema:

Michel Odent, um dos maiores defensores do parto natural, relembra, nas suas pesquisas e estudos que o *habitat* dos mamíferos é o corpo da mãe, sendo emergente mamiferizar o parto para que este seja o mais natural, instintivo, atraumático e positivo possível.

Sabemos que até há bem pouco tempo a prática habitual nas maternidades portuguesas era a separação imediata do bebé e da mãe logo após o nascimento com o intuito de o avaliar, secar, vestir e só depois ser “devolvido” à mãe.

Se pensarmos o parto como o primeiro e um dos maiores desafios de cada um de nós, se procurarmos entender a experiência de nascer e o rol de sensações associadas, apercebemo-nos de imediato da necessidade de manter o bebé junto da mãe, no seu porto de abrigo.

Neste sentido, com o intuito de promover experiências de parto positivas, baseadas na evidência científica e no conhecimento mais atual, o CHMT promoveu, no dia 3 de Junho, uma Formação em Serviço para toda a equipa do Departamento de Saúde da Mulher e da Criança com a temática Pele-a-Pele.

O **Contacto Pele-a-Pele** imediatamente após o parto é fundamentado em estudos com animais que após o nascimento são dependentes do seu *habitat* para a sobrevivência (corpo da mãe) e quando separados das mães colocam em curso um comportamento de protesto-desespero.

Muitos foram os teóricos, cientistas, pediatras, obstetras e profissionais ligados à área que estudaram os benefícios do contacto pele-a-pele somando cada vez mais vantagens ao uso desta prática.

De acordo com Niels Bergman, pediatra alemão e defensor do contacto pele-a-pele, esta prática favorece o processo de vinculação reduzindo o stress, aumentando a predisposição para amamentar e permitindo uma adaptação precoce à mama. Neste sentido, há estudos que nos indicam que o leite desce mais rápido, com menor possibilidade de dor ou ingurgitamento mamário, encurtando o tempo para resolver as dificuldades major com a amamentação.

A díade beneficia imensamente do contacto pele-a-pele, existindo também evidências de que através dele acalmamos o bebé que acabou de “mudar de casa” regulando a sua resposta ao estímulo, permitindo estabilidade cardiorrespiratória, regulando os níveis de glicémia e a temperatura corporal.

Além do mais, em qualquer procedimento doloroso necessário para o bebé (por exemplo, a administração de vitamina K por via intramuscular), o contacto pele-a-pele pode funcionar como um analgésico natural eficaz.

Deste modo, é desejável que bebés saudáveis e ativos se mantenham sobre o abdómen e tórax materno, pelo menos, 60 minutos sem nenhuma interrupção, se o estado da mãe e do bebé assim o permitirem, com vigilância do enfermeiro.

Atendendo a todos os seus benefícios e por uma experiência positiva de nascer, emerge a necessidade urgente de implementar esta prática enquanto rotina nas maternidades e de acordo com as vontades e desejos da mãe, sendo mais uma prática adotada no nosso Centro Hospitalar.

Objetivos:

Geral:

- Sensibilizar a equipa multidisciplinar para a prática do contacto pele-a-pele, elucidando sobre os seus benefícios e desmistificando objeções a esta prática.

Específicos:

- Definir contacto pele-a-pele e sua origem;
- Enumerar os benefícios do contacto pele-a-pele para a díade;
- Explicar a técnica do contacto pele-a-pele;
- Desmistificar barreiras e objeções ao contacto pele-a-pele;
- Dar a conhecer os princípios do contacto pele-a-pele no âmbito da pandemia SARS-COV-2;
- Dar a conhecer os princípios do contacto pele-a-pele na cesariana;
- Explicar a relação entre o contacto pele-a-pele e o microbioma;

População-alvo: Equipa multidisciplinar de um hospital no ribatejo.

Metodologia: Sessão expositiva, interativa com recurso a data-show e role-play com duração prevista de 45 minutos. O pessoal inscrito será repartido em três grupos que beneficiarão da sessão em diferentes horários para facilitar o role-play.

Conteúdos a abordar:

- Contacto pele-a-pele: definição e origem.
- Benefícios do contacto pele-a-pele para a mãe e para o recém-nascido.
- Técnica do contacto pele-a-pele.
- Contacto pele-a-pele e COVID 19.
- Contacto pele-a-pele e cesariana.
- Microbioma e contacto pele-a-pele.

Data: 3 de Junho de 2022.

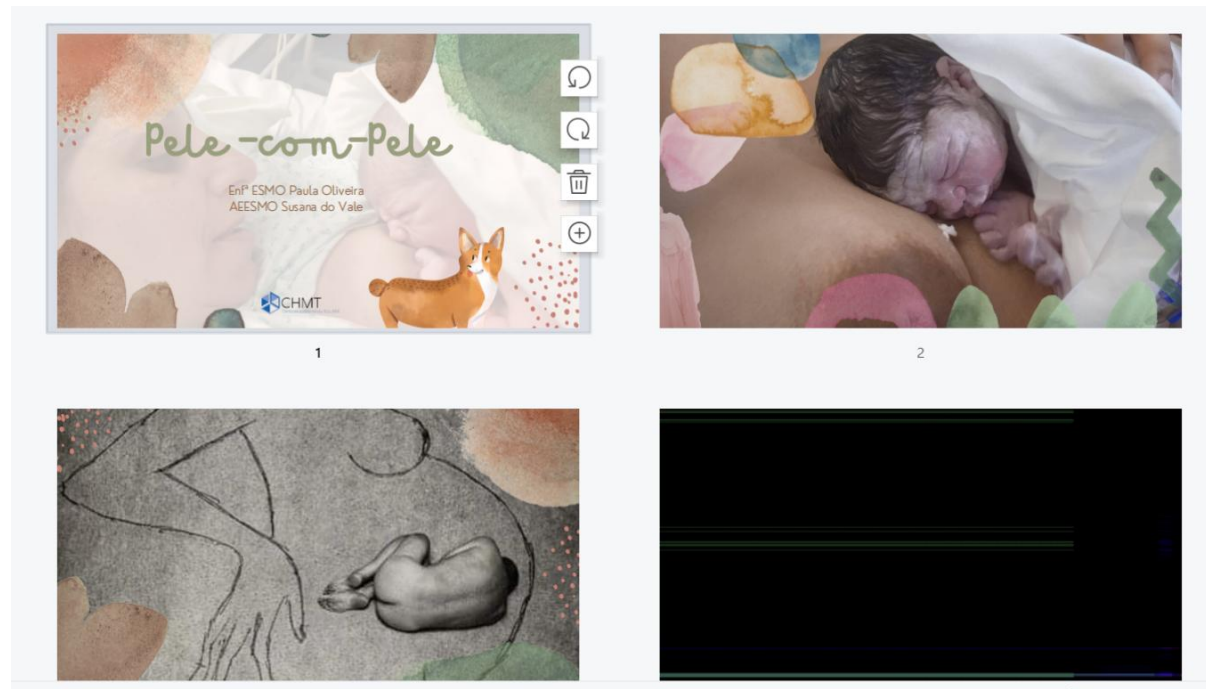
Horários: 1º Grupo - 10:30, 2º Grupo - 14:00, 3º Grupo - 16:00

Local: Sala de Preparação para o Parto da Unidade Local de Saúde no Alentejo.

Formadora: Susana do Vale, AEESMO da Universidade de Évora

Supervisora Clínica: Paula Oliveira, Enfermeira EESMO no Serviço de Obstetrícia do hospital no ribatejo.

Docente Orientadora: Professora Doutora Maria da Luz Barros, Docente na Universidade de Évora, Escola Superior de Enfermagem João de Deus.



APÊNDICE H: Descritores/Palavras-Chave/Percurso da Busca nas Bases de Dados

	EBSCO MeSH Terms	
"Mindfulness" [MeSH]	A psychological state of awareness, the practices that promote this awareness, a mode of processing information and a character trait. As a therapy mindfulness is defined as a moment-to-moment awareness of one's experience without judgment and as a state and not a trait. 2014	32,100
"Pain" [MeSH]	An unpleasant sensation induced by noxious stimuli which are detected by NERVE ENDINGS of NOCICEPTIVE NEURONS.	254,617
"Labor Pain"[Mesh]	Pain associated with OBSTETRIC LABOR in CHILDBIRTH. It is caused primarily by UTERINE CONTRACTION as well as pressure on the CERVIX; BLADDER; and the GASTROINTESTINAL TRACT. Labor pain mostly occurs in the ABDOMEN; the GROIN; and the BACK.	3,949
"Fear" [MeSH]	The affective response to an actual current external danger which subsides with the	56,943

	elimination of the threatening condition.	
"Anxiety"[MeSH]	Feelings or emotions of dread, apprehension, and impending disaster but not disabling as with ANXIETY DISORDERS.	167,694

EBSCO – Equação Booleana

Bolean Equation	(MH "Mindfulness") AND (MH "Labor Pain") AND (MH "Fear") AND (MH "Anxiety") Mindfulness AND Labor Pain OR (Anxiety and Fear)
Search results: 550	

Investigacao - Ordem dos Enfermeiros x Bases de Dados Cientificos - Acesso Reservado x

ordemenfermeiros.pt/area-do-enfermeiro/investigacao/bases-de-dados-cientificos-acesso-reservado/

Gmail YouTube Maps

EBSCOhost - Research Databases

Permite o acesso via internet a bases de dados de produção e investigação científica na área das Ciências da Saúde e das Ciências de Enfermagem. É possível pesquisar por assunto, autor, título e ano.
Os recursos disponíveis são:

1. CINAHL® Plus with Full Text – 530 Journals/ 217 Livros – Monografias tudo Full Text.
2. Nursing & Allied Health Collection (tm): Comprehensive Edition – 400 Journals Full text.
3. Cochrane Plus Collection, inclui: Cochrane Central Register of Controlled Trials; Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR) e Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE).
4. MediciLatina(tm) – 100 Journals em Espanhol, Full Text.
5. MEDLINE® with Full Text – 1200 Journals Full Text: Inclui o International Nursing Index.

Nota: Informamos que a Ordem dos Enfermeiros reserva-se o direito a alterar as bases de dados e as plataformas apresentadas, conforme as assinaturas e protocolos concretizados.

GAEID

Notícias

- Aproveite 50% de desconto no Curso de Inglês Adaptado a Enfermagem! 09 set 2022
- Novas cédulas profissionais: actualize a sua fotografia e informações... 08 set 2022
- APIFARMA estabelece Protocolo de Colaboração com Ordem dos Enfermeiros 06 set 2022
- O SNS que Marta Temido nos deixa 02 set 2022

23°C Chuva a parar 14:19 12/09/2022

Investigacao - Ordem dos Enfermeiros x Bases de Dados Cientificos - Acesso Reservado x Escolher bases de dados: EBSCO x

web.s.ebscohost.com/ehost/search/selectdb?vid=0&sid=eb8baf4e-a9d2-4118-85d7-1179c8da60b8%40redis

Gmail YouTube Maps

Inscriva-se Pasta Preferências Idiomas Ajuda

Escolher bases de dados | Selecionar outro serviço EBSCO

Para buscar uma única base de dados, clique no nome da base de dados listada abaixo. Para seleccionar mais de uma base de dados para buscar, marque as caixas próximas às bases de dados e clique em *Continuar*.

Continuar

Seleccionar/desmarcar todos Observação: seleccionar todas as bases de dados para busca pode resultar na lentidão do tempo de resposta.

CINAHL Complete

O CINAHL®Complete é a fonte de textos completos para periódicos científicos sobre enfermagem e saúde mais abrangente do mundo, fornecendo o texto completo de mais de 1.300 periódicos indexados no CINAHL. Este arquivo confiável contém o texto completo da maioria das revistas mais usadas no índice CINAHL, sem embargos. O CINAHL®Complete é a ferramenta de pesquisa definitiva para todas as áreas da literatura sobre enfermagem e saúde em geral.

Lista de títulos Mais informações

MEDLINE Complete

23°C Chuva a parar 14:22 12/09/2022

Investigação - Ordem dos Enfermeiros | Bases de Dados Científicas - Acesso | Lista de resultados: Mindfulness

web.s.ebscohost.com/ehost/resultsadvanced?vid=19&sid=eb8baf4e-a9d2-4118-85d7-1179c8da60b8%40redis&bquery=Mindfulness+AND+La...

Nova busca | Assuntos | Publicações | Imagens | Fichas de saúde baseadas em evidências | Mais | Inscreva-se | Pasta | Preferências | Idiomas | Ajuda

Buscando: **CINAHL Complete**, Exibir tudo | Escolher bases de dados

Mindfulness | Selecionar um campo (opcional) | Buscar

AND | Labor Pain | Selecionar um campo (opcional) | Limpar

OR | Anxiety and fear | Selecionar um campo (opcional) | + -

Busca básica | Busca avançada | Histórico de busca

Refinar resultados

Busca atual para

Booleano/Frase:
Mindfulness AND Labor Pain OR (Anxiety and fear)

Expansores
Aplicar assuntos equivalentes

Resultados da busca: 1 - 20 de 550

Relevância | Opções de página | Compartilhar

1. Just Breathe: **Mindfulness as Pain Management in Pregnancy.**

(includes abstract) Bonura, Kimberlee Bethany International Journal of Childbirth Education, Jan2018; 33(1): 6-9. 4p. (Article) ISSN: 0887-8625, Base de dados: CINAHL Complete

Periódico científico académico

Approximately 35% of women of childbearing age practice yoga, and 11% of pregnant women participate in prenatal yoga programs. Research indicates that yoga and **mindfulness** strategies offer benefi...

Assuntos: **Mindfulness** Education; Yoga Education; **Pain** Management In Pregnancy; Expectant Mothers Education; Childbirth Education; **Labor Pain** Therapy; Female

Imagens relacionadas

Localizar outros

22°C
Chuva em breve

15:13
12/09/2022

Investigação - Ordem dos Enfermeiros | Bases de Dados Científicas - Acesso | Lista de resultados: Mindfulness

web.s.ebscohost.com/ehost/resultsadvanced?vid=38&sid=eb8baf4e-a9d2-4118-85d7-1179c8da60b8%40redis&bquery=Mindfulness+AND+La...

Gmail YouTube Maps

jannetti publications, inc. (20)

Mostrar mais

Idioma >

Idade >

Sexo >

Geografia >

Base de dados >

- Todas as bases de dados
- Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive (285)
- CINAHL Complete (264)
- Library, Information Science & Technology Abstracts (1)

Mostrar mais

6. Children's Corner: Perspectives on Supportive Care. Preparing Children and Families For Procedures or Surgery.

(includes abstract) Boles, Jessika Pediatric Nursing, May/Jun2016; 42(3): 147-149. 3p. (Article) ISSN: 0097-9805, Base de dados: CINAHL Complete

Periódico científico académico

The article offers information on preparing children and families for procedures or surgery. Topics discussed include key elements of effective preparation programs, elements of successful prepar...

Assuntos: Preoperative Education; Anesthesia; Pediatric Surgery; Stress, Psychological Prevention and Control; **Anxiety** Prevention and Control; **Fear** Prevention and Control; Child: 6-12 years

[Texto completo em PDF](#)

7. Fear of Falling Among People Who Have Sustained a Stroke: A 6-Month Longitudinal Pilot Study.

(includes abstract) Schmid, Arlene A.; Van Puymbroeck, Marieke; Knies, Kasie; Spangler-Morris, Carrie; Watts, Kathryn; Damush, Teresa; Williams, Linda S. American Journal of Occupational Therapy, Mar/Apr2011; 65(2): 125-132. 8p. (Journal Article - research, tables/charts) ISSN: 0272-9490 PMID: NLM21476359, Base de dados: CINAHL Complete

Periódico científico académico

OBJECTIVE. **Fear** of falling (FoF) after stroke is not well understood. We assessed change in FoF over the first 6 mo after a stroke and compared 6-mo **anxiety**, depression, balance, and quality of l...

Assuntos: Depression; **Anxiety**; **Fear**; Accidental Falls; Quality of Life; Stroke; Male; Female

21°C Chuva agora

15:41 12/09/2022

APÊNDICE I: PRISMA

PRISMA 2020 flow diagram for new systematic reviews which included searches of databases and registers only

