

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

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

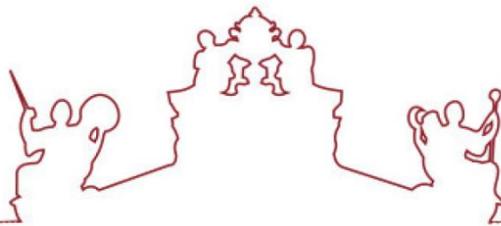
Relatório de Estágio

Exercício Físico na Gravidez e no Trabalho de Parto

Daniela Maria Bicho Alves

Orientador(es) | Maria Otília Brites Zangão

Évora 2024



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

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

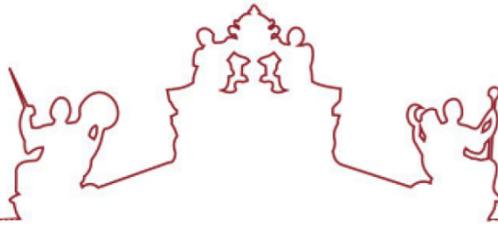
Relatório de Estágio

Exercício Físico na Gravidez e no Trabalho de Parto

Daniela Maria Bicho Alves

Orientador(es) | Maria Otília Brites Zangão

Évora 2024



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

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

Vogais | A. Frias (Universidade de Évora) (Arguente)
Maria Otília Brites Zangão (Universidade de Évora) (Orientador)



AGRADECIMENTOS

Escrever este documento significa o fim de mais uma etapa muito desejada no que diz respeito à minha caminhada profissional, ser Mestre e Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, assim, desta forma muito simples quero deixar uma palavra de agradecimento a todos aqueles que fizeram parte deste caminho e que contribuíram para que ele não tenha sido muito sinuoso.

Em primeiro lugar gostaria de agradecer a todas as professoras que lecionam neste mestrado, que tanto me ensinaram e me fizeram apaixonar por esta área tão acarinhada por elas.

À Professora Doutora Otília Zangão por todos os conhecimentos transmitidos, pela paciência e incentivo nos dias mais difíceis e por estar sempre disponível fazendo do longe perto.

A todas as enfermeiras orientadoras, Cristina Batista, Graça Lima, Helena Coelho, Marylin Lopes, Mariana Simões, Cristina Pirralho e Vera Melão por todo o conhecimento, disponibilidade e ensinamentos transmitidos, bem como a todos os colegas dos respectivos serviços onde fui tão bem recebida.

A todos os meus colegas e chefia do serviço de Ortopedia A do Hospital Curry Cabral, pelas palavras motivadoras, pela ajuda que me deram para conseguir conciliar a “escola” com o trabalho e por toda a paciência que tiveram quando estava mais cansada.

À minha família sem exceção alguma, e quero deixar também um grande pedido de desculpa pela minha ausência nestes tempos.

Aos meus pais que sempre me apoiaram incondicionalmente na realização dos meus sonhos e me deram aquela força para continuar.

E por fim, ao meu Gonçalinho pela sua resignação e carinho, e pela sua disponibilidade para me aturar em todos os momentos.

Título: Exercício Físico na Gravidez e no Trabalho de Parto

Resumo

Objetivo: Descrever crítica e reflexivamente o método de aquisição de competências comuns e específicas no contexto do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

Metodologia: Supervisão clínica em contexto do estágio, com uma descrição e reflexão acerca das situações vivenciadas, determinou uma prática baseada na evidência, através da pesquisa e aliando a reflexão à prática, através de informação recolhida em contexto clínico, salientando a temática do exercício físico no trabalho de parto.

Resultados: Obtenção de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, nos diferentes contextos clínicos, sendo que a exploração da temática contribuiu para desenvolver as competências no empoderamento das mulheres durante o trabalho de parto e parto no que respeita à prática de exercício.

Conclusões: Os objetivos definidos foram alcançados, as competências atingidas, contribuindo para uma tomada de decisão baseada na evidência científica promovendo a qualidade na prática dos cuidados de enfermagem.

Descritores (DeCS): Exercício Físico; Gravidez; Trabalho de Parto; Parto; Enfermeiras Obstétricas

Title: Physical Exercise in Pregnancy and Labour

Abstract

Objective: To critically and reflexively describe the method of acquiring common and specific competences in the context of the Nurse Specialising in Maternal and Obstetric Health Nursing.

Methodology: Clinical supervision in the context of the internship, with a description of and reflection on the situations experienced, determined a practice based on evidence, through research and combining reflection with practice, through information gathered in a clinical context, highlighting the theme of physical exercise in labour.

Results: Common and specific competences of the Maternal and Obstetric Health Nurse Specialist were obtained in the different clinical contexts, and the exploration of the theme contributed to developing competences in the empowerment of women during labour and childbirth with regard to the practice of exercise.

Conclusions: The objectives set were achieved, the competences attained, contributing to decision-making based on scientific evidence and promoting quality in the practice of nursing care.

Descriptors (DeCs): Exercise; Pregnancy; Labor, Obstetric; Parturition; Nurse Midwives

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	10
1. CONTEXTOS CLÍNICOS DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL	14
1.1. UNIDADE M.....	15
1.2. UNIDADE F.....	18
1.3. UNIDADE A.....	22
1.4. DADOS ESTATÍSTICOS REFERENTES ÀS UNIDADES OS DECORREU O ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL.....	31
1.5. DOTAÇÕES DE ENFERMEIROS NAS UNIDADES ONDE DECORREU O ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL.....	34
1.6. METODOLOGIA DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL.....	36
1.6.1. Objetivos	36
1.6.2. Método de Aprendizagem	37
1.6.3. População-Alvo	40
2. CONTRIBUTOS PARA A MELHORIA DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA	43
2.1. CONCETUALIZAÇÃO.....	43
2.2. ANÁLISE DOS RESULTADOS OBTIDOS NA PRÁTICA CLÍNICA.....	48
3. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE MOBILIZAÇÃO DE COMPETÊNCIAS	73
3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	73
3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA.....	80
CONSIDERAÇÕES FINAIS	93
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	96
ANEXOS	105
Anexo I: Declaração de presença - Formação bola amendoim	105
APÊNDICES	106
Apêndice A: Projeto de Relatório de Estágio	107
Apêndice B: Relato de Caso - Indução do Trabalho de Parto na Grávida Patológica	112
Apêndice C: Folheto - Exercícios para o Trabalho de Parto Ativo	115
Apêndice D: Reflexão utilizando o Ciclo de Reflexivo de Gibbs	117
Apêndice E: Revisão da Literatura: Exercício físico na gravidez e no trabalho de parto	120
Apêndice F: Diagrama de PRISMA	121
Apêndice G: Experiências realizadas durante o Estágio de Natureza Profissional	122

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Tipo de parto por região de saúde	32
Tabela 2. Equipa de enfermagem nos diversos contextos clínicos.....	35
Tabela 3. Estrangeiros residentes no distrito de Lisboa	41
Tabela 4. Assistência às mulheres nos diferentes contextos clínicos	49

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Linha Temporal dos Contextos de Estágio de Natureza Profissional	15
Figura 2. Número de Partos por mês, no ano de 2022 na Unidade M	16
Figura 3. Número de Partos por mês, no ano de 2022 na Unidade F.....	19
Figura 4. Número de partos por mês, no ano de 2022 na Unidade A	24
Figura 5. Número de Partos por Unidade no Ano de 2022	31
Figura 6. Nacionalidade da População-Alvo	50
Figura 7. Idade da População-alvo.....	51
Figura 8. Escolaridade da População-Alvo	52
Figura 9. Paridade das mulheres no serviço de Bloco de Parto Puerpério.....	53
Figura 10. Tipo de Parto.....	54
Figura 11. Motivo para Realização de Cesariana.....	55
Figura 12. Vigilância da Gravidez em Contexto de Blocos de Partos e Puerpério	56
Figura 13. Frequência do Curso de PPP.....	57
Figura 14. Razões pela não Frequência do Curso de PPP.....	57
Figura 15. Abordagem do tema exercício no TP no CPPP	58
Figura 16. Paridade das mulheres no serviço de Medicina Materno-Fetal.....	58
Figura 17. Frequência do Curso de PPP.....	59
Figura 18. Razões pela não Frequência do Curso de PPP.....	60
Figura 19. Conhecimento sobre a importância da prática de Exercício no TP	60
Figura 20. Abordagem do tema exercício no TP no CPPP	61
Figura 21. Habilitações Literárias por Nacionalidade do Bloco de Partos e Puerpério	62
Figura 22. Habilitações Literárias por Nacionalidade do Serviço de MMF	63
Figura 23. Habilitações Literárias e a Frequência do CPPP no Bloco de Partos e Puerpério .	64
Figura 24. Habilitações Literárias e a Frequência do CPPP no Serviço de MMF	65
Figura 25. Nacionalidade e a Frequência do CPPP no Bloco de Parto e Puerpério.....	66
Figura 26. Nacionalidade e a Frequência do CPPP no Serviço de MMF	67

INTRODUÇÃO

A Universidade de Évora [UÉ] é uma instituição do ensino superior que tem à disposição dos seus alunos o Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica [MESMO], este é um curso de 2º ciclo e que possibilita a aquisição do grau de Mestre. Este curso está registado na Direção-Geral do Ensino Superior (R/A-Ef 1783/2011/AL03) e detém o parecer favorável pela Ordem dos Enfermeiros [OE] (SAI-OE/2017/9022 e SAI-OE/2019/5981), sendo por isso responsável por facultar os conhecimentos e competências necessárias para a atribuição do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica [EEESMO] pela OE. Assim sendo, proporciona a aquisição das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Reg. N.º 140/2019 de 6 de fevereiro) e das Competências Específicas do EEESMO (Reg. N.º 391/2019 de 3 de maio). A aquisição destas competências confere a responsabilidade ao EEESMO da vigilância da saúde da mulher no período reprodutivo, nos processos de saúde e doença, durante o período pré-concepcional, pré-natal, intraparto, pós-natal e ainda pela promoção da saúde da mulher e deteção de forma precoce de complicações na saúde do Recém-Nascido [RN] até ao 28º dia de vida (DRE, 2019a). Outras competências que ficam também sob a responsabilidade do EEESMO prendem-se com a educação sexual, planeamento familiar, âmbito ginecológico, climatério e também saúde pública.

Tendo em consideração as diretrizes do Plano de Estudos do MESMO (Aviso n.º 15812/2019; DR 7/10/2019), o Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final [ENPRF] é uma das Unidades Curriculares [UC] preconizadas, estando assim, inerente a apresentação de um relatório final, o qual deve conter de forma pormenorizada a descrição das competências adquiridas no decurso de todo o estágio, nos diferentes contextos clínicos, de acordo com o tema escolhido pelo estudante e a sua discussão em provas públicas. O ENPRF é composto por 60 ECTS, teve o seu início dia 12/09/2022 e com término a 18/06/2023, e está organizado em diversos contextos clínicos de forma a proporcionar a vivência das mais diversas experiências, e conseqüentemente a aquisição de competências nas mais diversas áreas supracitadas, são eles: Cuidados de Saúde Primários/ Consulta Externa; Internamento de Grávidas/ Ginecologia; Internamento de Puérperas e Bloco de Partos, tendo decorrido sob orientação da Professora Doutora Maria Otilia Brites Zangão e com a supervisão clínica dos EEESMO nos diferentes contextos clínicos. Os objetivos do ENPRF estão descritos de forma pormenorizada no planeamento da Unidade Curricular [UC] sendo eles: Cuidar da mulher/companheiro inseridos na família e comunidade; Demonstrar uma

aquisição de conhecimentos conducente a uma proposta de melhoria de cuidados, considerando as vertentes de teórico-práticas e a Prática Baseada na Evidência; Defender através de um Relatório apresentado em provas públicas, a sua aquisição de competências ao longo do Estágio de Natureza Profissional.

Numa fase inicial foi realizado o Projeto de Estágio (Apêndice A), sendo apresentado um plano de atividades onde se encontram descritos os objetivos estabelecidos, bem como as atividades a desenvolver e os resultados esperados com o decorrer dos contextos clínicos, considerando que os resultados esperados vão ao encontro das competências comuns e específicas do EEESMO definidas pela OE (DRE, 2019b), consideradas fundamentais para o desenvolvimento profissional e para a obtenção de grau académico e título profissional.

A reflexão sobre a prática clínica e as intervenções realizadas, permitem uma participação crítica e ativa na prestação de cuidados de enfermagem, neste sentido torna-se possível encontrar soluções para os problemas apresentados e consolidar conhecimentos tendo por base a evidência científica, neste sentido e indo ao encontro do Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem [REPE], o Enfermeiro Especialista é definido como “o enfermeiro habilitado com um curso de especialização (...) a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade” (REPE, 2015, p. 22).

Deste modo, o tema escolhido encontra-se inserido na assistência à mulher durante o Trabalho de Parto [TP], sendo o principal objetivo a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade no âmbito da Saúde Materna e Obstetrícia. Desta forma, torna-se perentório analisar de que modo a prática de exercício físico durante a gravidez e no trabalho de parto influenciam o trabalho de parto, bem como a literacia da população alvo relativamente ao tema.

De acordo com a World Health Organization (2020) exercício físico é um tipo de atividade física que envolve a movimentação do corpo, podendo ser a realização de movimentos corporais como um todo, ou de apenas um segmento do mesmo, a realização desta atividade deve ser estruturada, planeada e repetitiva.

A prática de exercício físico durante a gravidez acarreta um sem número de benefícios para a mãe e para o bebé, particularmente no que diz respeito ao controlo de alguma alteração metabólica, nomeadamente a diabetes prévia ou gestacional e situações do foro hipertensivo, ainda proporciona a melhoria dos desconfortos característicos da gravidez como por exemplo as dores musculares a nível da região lombar. A prática de exercício físico durante a gravidez

diminui também a ocorrência de partos prematuros, de cesarianas, de lacerações a nível perineal, bem como diminuiu a necessidade de realização de episiotomias no período expulsivo. Para além de tudo isto melhora ainda de uma forma global a função cardíaca, bem como promove o bem-estar psicológico (Barbieri et al., 2013; Paiva et al., 2018; Cruz et al., 2020; Grenvik et al., 2021; Hailemariam et al., 2020; Alves et al., 2022; Delgado et al., 2022).

Durante o trabalho de parto a prática de exercício físico adquire valor se considerarmos também que é uma estratégia não farmacológica para controlo da dor, bem como um método que ajuda a diminuir os níveis de stress e ansiedade da mulher/ casal favorecendo a ação da oxitocina. Exercícios onde a mulher se coloque em posições mais verticalizadas facilitam também a que a apresentação se vá ajustando aos diâmetros da bacia e se vá insinuando no canal de parto, favorecendo a sua descida. Nestas situações, para além da força da contração, a força da gravidade também auxilia e potencia o efeito da contração favorecendo a descida fetal (Barakat et al., 2018; Paiva et al., 2018; Cruz et al., 2020; Grenvik et al., 2021; Barbieri et al., 2022).

A prática de exercício físico durante a gravidez é uma prática recomendada, sendo que deve ter-se sempre em consideração a existência de alguma contraindicação médica, bem como considerar o bem-estar quer materno, quer fetal.

De modo a alicerçar a prática de cuidados de enfermagem na prestação de cuidados especializados, houve a necessidade de encontrar um modelo conceitual para a prática de cuidados, neste sentido e indo ao encontro de realidade encontrada na prática clínica houve a necessidade de eleger duas teóricas de enfermagem sendo elas a Callista Roy e a Madeleine Leininger com o intuito de poder abarcar a Teoria da Adaptação, no sentido em que se deve fornecer uma estrutura em que se proporciona a comunhão do conhecimento entre a enfermagem e a sociedade; e também a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural, onde se defende que a forma como os indivíduos vêem o mundo, as estruturas sociais e culturais onde estão inseridos influenciam diretamente o estado de saúde, doença e/ou bem estar (Oliveira et al., 2021; Rodrigues et al., 2021).

A Teoria da Adaptação, descrita por Callista Roy, diz-nos que se deve proporcionar uma estrutura em que se promova a harmonia do conhecimento entre a enfermagem e a sociedade. No que respeita à dimensão familiar, a teoria de Roy defende que encontrar e analisar as fontes de stress e ansiedade tem grande importância para a satisfação das necessidades básicas, bem como direcionar perante a sociedade onde os indivíduos estão inseridos o próprio autoconceito dos indivíduos e a identidade familiar (Oliveira et al., 2021). Já a teoria desenvolvida por Madeleine Leininger, defende que os aspetos como a religião, valores

culturais, visão do mundo, história, linguagem, economia, escolaridade, moradia, acesso a saneamento básico, entre outros aspetos, interferem no processo de saúde e nos cuidados. Esta teoria diz-nos que só olhando para todas as componentes integrantes da componente humana de forma a promover uma visão holística da pessoa, se pode adequar a prática dos cuidados às diferentes necessidades (Rodrigues et al., 2021).

Desta forma, e considerando as inúmeras alterações que a maternidade acarreta em todas as dimensões do ser humano e a diversidade populacional com a mestranda teve a oportunidade de trabalhar e desenvolver as competências enquanto futuro EEESMO, considera-se pertinente a escolha destas duas teóricas de enfermagem para estarem na base da prática de cuidados durante o ENPRF.

Este Relatório de Estágio tem como principal objetivo descrever de forma crítica e reflexiva o método de aquisição de competências comuns e específicas para a prática do exercício profissional, no contexto da Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

O relatório está estruturado da seguinte forma: Introdução; Caracterização dos contextos clínicos, local onde foram desenvolvidos os diferentes contextos clínicos do Estágio de Natureza Profissional e o contributo deste tema para a promoção da melhoria da assistência à mulher em trabalho de parto no âmbito da Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica; Análise crítica e reflexiva acerca da temática em estudo; Ligação com o processo de aquisição de competências do EEESMO. Numa última parte são apresentadas as Considerações finais, bem como as Referências Bibliográficas utilizadas para composição deste relatório, e ainda os Anexos e Apêndices, de forma a complementar o conteúdo escrito ao longo de todo o documento. O presente documento encontra-se escrito considerando o Novo Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa, de acordo com as normas American Psychological Associations 7^a Edição (APA, 2020) e honrando o Regulamento Académico da Universidade de Évora [RAUÉ] (Diário da República, 2^a série- Nº 57, 14 de abril 2022, Ordem de Serviço n.º 01/2023) e as normas de elaboração de trabalhos escritos da Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus.

1. CONTEXTOS CLÍNICOS DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

Neste capítulo será feita uma descrição pormenorizada dos contextos clínicos onde a mestranda realizou o Estágio de Natureza Profissional, com especial enfoque na estrutura física dos serviços, nos recursos materiais disponíveis, bem como os recursos humanos, e ainda alguns dados estatísticos considerados pertinentes sobre cada um deles.

O local onde decorrem os momentos de aprendizagem apresentam uma grande relevância uma vez que tem a capacidade de influenciar a aquisição de competências e a aprendizagem dos estudantes. É na prática clínica que os estudantes têm a possibilidade de complementar os seus conhecimentos teóricos, e neste sentido a realização do ENPRF torna-se preponderante para a aquisição de conhecimentos. O contexto onde decorre este ENPRF envolvem sempre as dimensões físicas, estruturais, psicossociais e também culturais de cada instituição (Mbakaya et al., 2020).

Realizar uma descrição pormenorizada dos diversos contextos clínicos, ganha uma grande relevância, no sentido em que torna possível perceber as diferentes metodologias de trabalho e o modo como prestam os cuidados de saúde à população, tendo em conta as diferentes realidades organizacionais de acordo com a instituição de saúde bem como as características específicas da população a que serve.

Numa fase inicial, e para a realização do ENPRF foi realizado um Projeto de Estágio (Apêndice A), onde estão narradas as competências comuns do Enfermeiro Especialista, bem como as competências específicas do EEESMO, para os diferentes contextos clínicos. É também feita uma descrição detalhada sobre os objetivos curriculares e pessoais definidos para cada campo clínico. Os objetivos gerais definidos são:

- a) Aprofundar o conhecimento no contexto clínico;
- b) Desenvolver competências, tendo por base a relação que a teoria e a prática detêm na evidência científica.

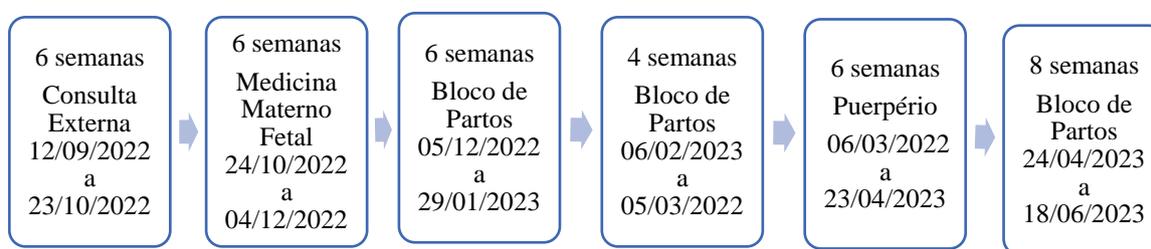
Este Projeto de Estágio contempla ainda uma breve descrição acerca da temática selecionada pelo estudante no qual o mesmo pretende aprofundar os seus conhecimentos correspondendo essa mesma temática ou título do presente relatório.

O ENPRF tem especial importância pois contribui vivamente para a revisão e consolidação dos conhecimentos apreendidos na componente teórica deste mestrado, bem como proporciona a obtenção de novos conhecimentos, nas mais variadas áreas da saúde da mulher, nomeadamente em grávidas, parturientes, puérperas, utentes com patologia

ginecológica, recém-nascidos e observação da prestação de cuidados especializados neonatais. O ENPRF é composto por vários contextos clínicos, onde os mesmos apresentam uma grande heterogeneidade de equipas multidisciplinares e também nas suas metodologias de trabalho.

O decurso do ENPRF decorreu em três instituições públicas todas elas na área da “grande Lisboa”, todas pertencentes à Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, sendo elas designadas ao longo deste relatório como Unidade M, Unidade A e Unidade F. Os diversos contextos clínicos que integram o ENPRF decorreram de acordo com o seguinte esquema apresentado na Figura 1.

Figura 1.
Linha Temporal dos Contextos de Estágio de Natureza Profissional



Fonte: Elaboração própria.

Com todo o caminho percorrido ao longo dos diferentes contextos clínicos foi possível perceber a generalidade da oferta dos cuidados que o Serviço Nacional de Saúde [SNS] tem ao dispor da população feminina, com a passagem pelos diferentes contextos clínicos foi possível ter uma perspetiva mais abrangente dos cuidados prestados pelo EEESMO considerando o meio integrante e os recursos materiais disponíveis nas mais diversas valências.

Em seguida, será realizada uma breve apresentação das unidades hospitalares onde decorreu o ENPRF, bem como alguns dados que foram considerados relevantes.

1.1. UNIDADE M

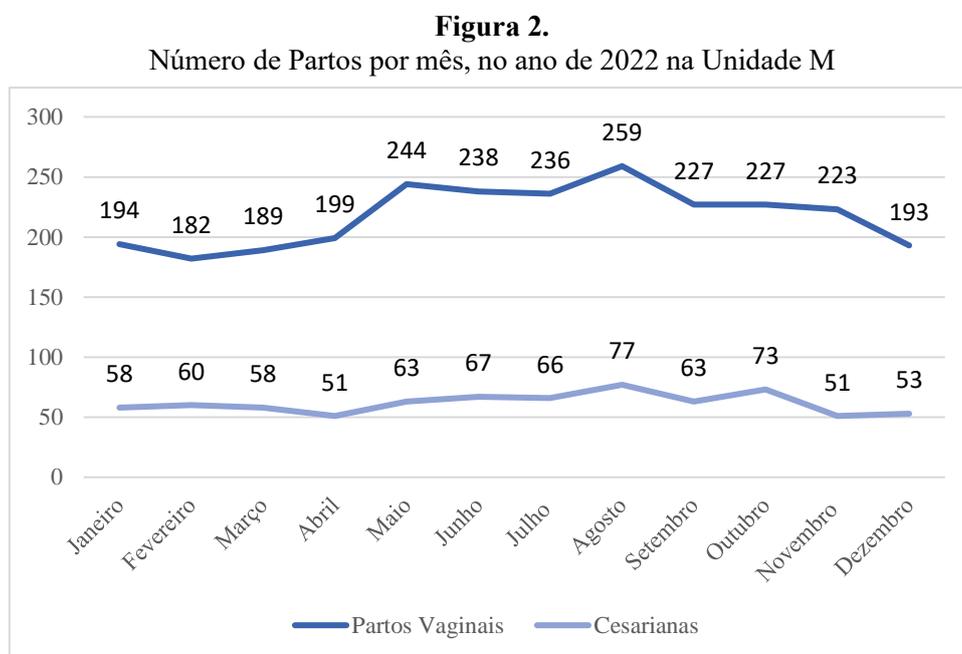
A história da Unidade M inicia-se no ano de 1934, ano em que foi aprovado um Decreto-Lei referente à criação de uma comissão administrativa dos novos edifícios universitários que ficaria responsável pelos edifícios que iriam acolher os hospitais escolares.

Durante as obras foi publicado em 1952 um Decreto-Lei que partilhou a alçada dos Hospitais no Ministério do Interior com o Ministério da Educação. A 27 de abril de 1953 ocorreu a inauguração desta Unidade, anos mais tarde num edifício anexo foram também construídas as novas instalações para a que viria a ser uma escola de enfermagem.

No ano de 1975, o Decreto-Lei 674/75 de 27 de novembro anuncia a extinção dos chamados hospitais escolares e passaram assim a ser igualados às restantes unidades hospitalares.

O Decreto-Lei número 206/2004, de 19 de agosto de 2004 devolveu a esta unidade a nomeação de Hospital Universitário. No ano de 2007 esta unidade hospitalar passa a ser considerada Entidade Pública Empresarial [EPE], foi ainda feita uma requalificação geral do hospital. No mês de dezembro de 2007 a este hospital junta-se um outro para formar um Centro Hospitalar [CH], no início de 2008 o Decreto-Lei n.º 23/2008 – Diário da República n.º 28/2008 aprova oficialmente esta união entre hospitais.

O principal objetivo deste CH é fornecer cuidados de saúde à comunidade obedecendo à sua capacidade e respeitando a sua área da responsabilidade. Resultante do seu vínculo com a Faculdade de Medicina de Lisboa, a formação e o ensino são pilares fundamentais da sua missão, bem como contribui para o desenvolvimento científico da investigação na área da saúde aliando as dimensões da formação com a prestação direta de cuidados.



Fonte: Elaboração própria, dados recolhidos através de SNS Transparência, 2022

Na unidade M, o mês com mais nascimentos foi o mês de agosto, com um total de 259 partos vaginais e 77 cesarianas, o que corresponde a um total de aproximadamente 10% dos nascimentos do ano de 2022 nesta instituição. A ocorrência de cesarianas nesta instituição foi de aproximadamente 22% no ano de 2022, o que corresponde a aproximadamente 3,9% das cesarianas ocorridas em território nacional, excluindo as ilhas.

Caraterização do Contexto Clínico

Consulta Externa de Medicina Materno-Fetal

O contexto clínico relativo aos cuidados de saúde primários ou consulta externa foi desenvolvido na Consulta Externa de Obstetrícia da Unidade M e teve a duração de seis semanas.

Este serviço encontra-se localizado no 4º piso desta unidade hospitalar, e é composto por vários gabinetes, sendo que apenas dois deles se encontram ao dispor da equipa de enfermagem, os restantes são para consultas médicas, todos eles organizados fisicamente de forma muito semelhante. A consulta externa funciona todos os dias úteis entre as 8h e as 17h. Cada gabinete é composto por uma secretária com computador, onde são realizados os registos informatizados no processo clínico da utente, e três cadeiras, uma destinada ao profissional de saúde e as restantes duas cadeiras para a grávida e acompanhante. Inclui ainda um monitor para avaliação de sinais vitais, uma marquesa, um doppler para auscultação dos batimentos cardíacos fetais, uma balança para avaliação do peso corporal da gestante e ainda uma fita métrica para avaliação da altura do fundo uterino. Este serviço tem ainda uma sala com dois cadeirões e dois cardiocógrafos para realização de cardiocógrafias [CTG]. Nestas instalações estão ainda incluídas uma sala de espera com cadeiras, onde as mulheres e acompanhantes podem aguardar pelas suas consultas, bem como um WC. Juntamente à unidade de consulta existe ainda um anfiteatro equipado com inúmeras cadeiras, secretária, computador e retroprojetor. Este é utilizado todas as quartas-feiras entre as 14h e 16h para a realização de Cursos de Preparação para o Parto e Parentalidade. Consoante o planeamento destas sessões de Preparação Para o Parto e Parentalidade este mesmo anfiteatro é ainda equipado com bolas de *Pilates* e/ou colchões, bem como outros materiais necessários para a ministração destas sessões. Estas sessões são da responsabilidade da equipa da consulta externa de obstetrícia e também da equipa da sala de partos, sessões estas sempre ministradas por EEESMO.

No piso 0 desta unidade hospitalar, num espaço mais recatado e sem qualquer tipo de identificação, existe um gabinete composto por duas salas onde é realizada a consulta da Interrupção Voluntária da Gravidez [IVG], esta consulta está também a cargo da equipa da consulta externa de obstetrícia, realizada sempre por um EEESMO e acontece todos os dias úteis das 8h às 13h. Uma destas salas é destinada à consulta de enfermagem, sendo que está equipada com uma secretária, um computador, três cadeiras, uma para o profissional e as restantes para a mulher e seu acompanhante e também uma marquesa; a outra sala integrante deste gabinete é destinada à consulta médica, equipada também com uma secretária, um computador, três cadeiras, uma marquesa obstétrica e um ecógrafo.

O serviço de consulta externa da obstetrícia é uma valência da Unidade de Medicina Materno-Fetal pelo que os seus recursos humanos são partilhados. Em permanência no serviço de consulta externa estão sempre dois EEESMO para realização de consultas de vigilância da gravidez de alto e baixo risco, e um EEESMO alocado à consulta de IVG. Bem como duas assistentes operacionais cada uma alocada a cada tipologia de consulta.

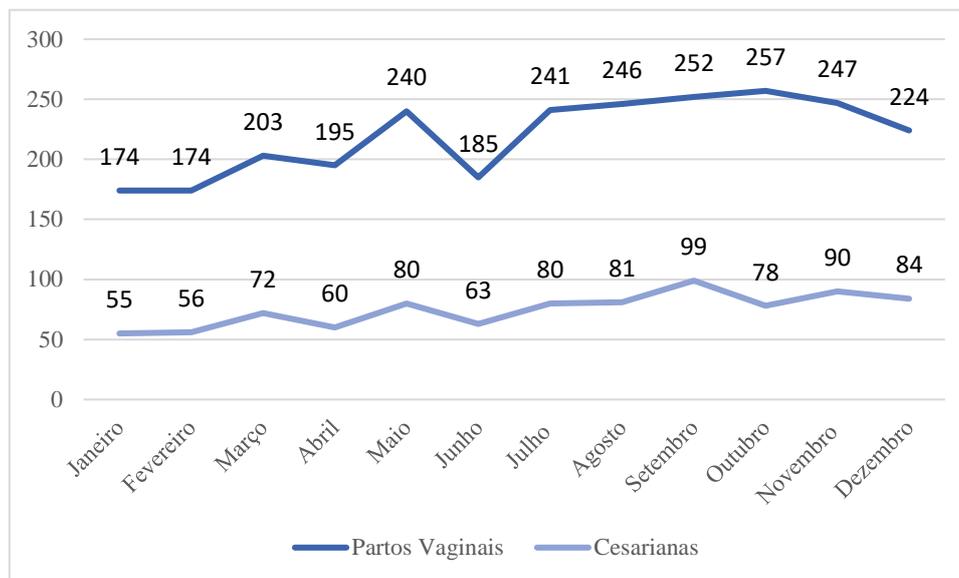
1.2. UNIDADE F

A história desta unidade hospitalar começa nos anos 70, anos em que esta unidade começou a ser desenhada e pensada, com o objetivo de dar apoio principalmente a dois concelhos com elevada densidade populacional da área da grande Lisboa. Para a construção de um hospital de tão grandes dimensões como este, alguns estudos tiveram de ser feitos no sentido de encontrar o espaço adequado, e só nos anos 80 a sua localização foi definida. 13 anos após a sua inauguração e sob uma gestão privada, em 2008 este hospital passa para regime de EPE como o conhecemos nos dias de hoje através dos Decreto-Lei n.º 203/2008 – Diário da República n.º 197/2008, Série I de 2008-10-10 .

Tem como missão principal providenciar cuidados de saúde diferenciados e humanizados ao longo do ciclo de vida do indivíduo, articulando o seu trabalho com as demais unidades que servem a população em parceria com o SNS. Tem como finalidade assegurar a prestação de cuidados de saúde de elevada qualidade, promovendo a formação, ensino e investigação, tendo como pilar soberano a segurança de utentes e profissionais.

A maternidade desta unidade hospitalar tem em média 3800 partos por ano, sendo considerada uma das grandes maternidades públicas do país.

Figura 3.
Número de Partos por mês, no ano de 2022 na Unidade F



Fonte: Elaboração própria, dados recolhidos através de SNS Transparência, 2022

Na Unidade F é possível verificar que o mês com um maior número de partos vaginais foi o mês de outubro com 257 partos; relativamente à ocorrência de cesarianas, o mês de setembro é o que apresenta o maior valor com 99. Nesta instituição o mês em que ocorreu mais nascimentos foi o mês de setembro, com 351 nascimentos o que corresponde aproximadamente a um total de 9,92% dos nascimentos do ano de 2022 nesta instituição. Relativamente à ocorrência de cesarianas, nesta instituição, referentes ao ano de 2022 foi de aproximadamente 25,39%, o que equivale a 4,76% quando olhamos para o panorama de Portugal continental.

Caraterização do Contexto Clínico

Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica

O contexto clínico em sala de partos foi dividido em 3 períodos distintos, sendo que um deles com a duração de quatro semanas foi realizado na Unidade F e as restantes 14 semanas na Unidade A, a qual é descrita mais à frente neste relatório.

O bloco de partos da Unidade F é um serviço que contempla várias valências, nomeadamente uma secção de triagem, sendo sempre esta a porta de entrada para o serviço, o bloco operatório destinado à realização de cesarianas e pequenas cirurgias do foro ginecológico; tem ainda uma Unidade de Internamento de Curta Duração [UCD] e também um pequeno recobro de puérperas com capacidade para quatro mulheres em simultâneo.

A equipa de Bloco de Partos da Unidade F é constituída por 44 enfermeiros, 28 são EEESMO e os restantes 16 enfermeiros são generalistas, acrescentando ainda uma enfermeira chefe e também um enfermeiro responsável do serviço. No turno da manhã este serviço tem uma equipa composta por oito enfermeiros, um deles é a enfermeira chefe e outro elemento é considerado o chefe de equipa. Na prestação direta de cuidados tem pelo menos seis enfermeiros, sendo que no mínimo cinco destes elementos são EEESMO, no turno da tarde e noite o número desce para sete enfermeiros por turno sendo que no mínimo estão quatro EEESMO. Em qualquer um dos turnos os EEESMO estão divididos da seguinte forma; um enfermeiro de triagem, dois para os quartos de internamento, um no bloco cirúrgico e um na UCD. Relativamente à equipa de assistentes operacionais estes distribuem-se da seguinte forma: cinco no turno da manhã, quatro no turno da tarde e três no turno da noite, sendo que se encontram alocados e prestam apoio ao bloco operatório, salas de parto, triagem, esterilização e arrecadação.

Esta unidade tem a capacidade para seis mulheres em quartos individuais, quartos estes onde é feita a vigilância da gravidez e trabalho de parto, tem duas salas de parto onde acontece o período expulsivo, e, onde em caso de necessidade são internadas mulheres numa fase avançada do trabalho de parto. Estes quartos individuais, onde são internadas as mulheres para a vigilância do trabalho de parto estão equipados com: uma cama elétrica articulada/cama de partos, uma mesa de cabeceira, uma bancada de apoio com lavatório, um armário onde existe material de consumo clínico, e também um suporte de soros e uma bomba infusora. Cada quarto está ainda equipado com uma rampa de oxigénio, uma rampa de vácuo e ar comprimido, bem como uma campainha. Têm ainda um computador, onde é possível realizar os registos clínicos informáticos, bem como um monitor cardiográfico para a vigilância de bem-estar fetal com a ligação à central *Omniview*. Para a utilização geral do serviço estão ainda disponíveis vários monitores para avaliação dos sinais vitais bem como termómetros. A grávida tem ainda ao seu dispor outros materiais que pode utilizar durante o 1º estágio do trabalho de parto, como: bolas de *Pilates*, bolas amendoim e lentilha. Este serviço integra ainda um carro com todo o material necessário para a realização de técnicas de analgesia do trabalho de parto, um carro de urgência com o material necessário para atuar em situações de instabilidade hemodinâmica e uma incubadora de transporte caso seja necessário transferir um RN em situação instável para o serviço de neonatologia.

Relativamente às duas salas onde ocorre o período expulsivo, estas estão equipadas com uma cama de partos que por norma é a mesma onde a mulher já estava no seu quarto individual, um cardiotocógrafo ligado à Central *Omniview*, um armário com material para

consumo clínico, uma mesa de inox deslocável que contém um kit preparado com a trouxa de partos, os ferros cirúrgicos e o Equipamento de Proteção Individual [EPI], essa mesma mesa é posteriormente utilizada como mesa de apoio para a realização do parto, tem ainda um monitor de sinais vitais, uma rampa de oxigénio, uma de vácuo e ar comprimido, bem como uma campainha, um suporte de soros, uma bomba infusora, um *pantoff*, um computador para realização de registos e um lavatório. Nesta mesma sala existe ainda uma mesa de reanimação para o RN onde são prestados os cuidados imediatos após o seu nascimento, também equipado com aquecedor, monitor para avaliação de sinais vitais, rampa de oxigénio e de vácuo e uma balança para a avaliação do peso do RN. Tem ainda ao dispor neste serviço uma banheira utilizada para situações excecionais caso seja necessário prestar os primeiros cuidados de higiene ao RN logo após o nascimento.

Esta unidade integra ainda duas salas cirúrgicas, sendo que uma delas está mais destinada à realização de procedimentos ginecológicos e outra para a realização de cesarianas, ambas as salas estão equipadas de forma semelhante e a tipologia de doentes recebidos pode variar de acordo com as necessidades do serviço. As salas contêm: uma marquesa cirúrgica, um carro com material de apoio aos procedimentos anestésicos, um ventilador, uma bancada com material de apoio para o enfermeiro circulante, um armário como material de consumo clínico, um *pantoff*, várias mesas de inox móveis, duas rampas de sistema de vácuo e ar comprimido e um computador para realização dos registos informáticos. Tem ainda um local destinado à prestação de cuidados ao recém-nascido, equipado de forma semelhante ao existente nas salas onde ocorre o período expulsivo via vaginal. Nestas salas operatórias são realizadas cirurgias do foro ginecológico e também cesarianas de carácter programado, urgentes e/ou emergentes.

Neste momento a equipa da sala de partos desta unidade está a implementar um projeto que consiste na utilização da bola amendoim durante o trabalho de parto, proporcionando formação a todos os seus colaboradores e promovendo a sua utilização durante o trabalho de parto. A utilização desta bola tem como principal objetivo promover a realização de alguns exercícios e posicionamentos da grávida que permitam a abertura da bacia materna com o intuito de auxiliar a descida fetal (Grenvik et al., 2019; Ahmadpour et al., 2021; Delgado et al., 2022).

1.3. UNIDADE A

A história do Centro Hospitalar é bastante longínqua tendo o seu início ainda no Século XV, em que um Hospital situado na zona central de Lisboa ficou destruído com o terramoto de Lisboa levando à construção de um novo hospital, mais tarde já no Século XX foram agrupados a este mesmo hospital outros hospitais. Posteriormente, e com a necessidade de descentralização dos serviços, estes mesmos hospitais voltaram a separar-se. A carência de uma gestão comum com o intuito de dar uma melhor resposta à população, e pelo défice de rentabilização dos serviços levou à criação de um CH através da Portaria n.º 115-A/2004 de 30 de janeiro.

O CH com o formato que atualmente conhecemos, e ao qual pertence e a Unidade A, foi criado a 28 de fevereiro de 2007 pelo Decreto-lei 50-A/ 2007, e agregou 4 hospitais da região da grande Lisboa, anos mais tarde a 23 de fevereiro de 2012 o Decreto-Lei nº44/2012 agrega mais 2 hospitais sendo um dos mesmos a Unidade A, integrando atualmente este CH um total de 5 Unidades Hospitalares.

Este CH tem como missão prestar cuidados de saúde diferenciados, em articulação com as restantes unidades prestadoras de cuidados integrados no SNS. Também desempenha um papel importante no ensino universitário e na formação pós-graduada de alto nível científico, técnico e tecnológico, estando reconhecido pela sua excelência clínica, eficácia e eficiência, sendo considerado uma referência nacional e internacional na prestação de cuidados. Neste seguimento, a Unidade A assume e reconhece o seu compromisso com a prestação de cuidados de excelência no período pré-natal, com eficiência num ambiente humanizado.

À semelhança das Unidades descritas anteriormente, a Unidade A está também nomeada como hospital “Amigo do Bebê” desde o ano de 2009 sendo a sua última acreditação no ano de 2019, sendo esta reavaliação realizada de três em três anos, tendo sofrido alguns ajustes devido à pandemia de Covid-19. Para se obter esta denominação, os hospitais passam por um processo criterioso de acordo com a Iniciativa Hospital Amigo dos Bebés da Organização Mundial da Saúde [OMS] em parceria com as *United Nations International Children`s Emergency Fund* [UNICEF] e deve cumprir 10 premissas para obter a certificação, são elas:

- Ter uma política de aleitamento materno escrita e visível para que seja transmitida entre toda a equipa multidisciplinar de forma rotineira;
- Implica a formação de toda a equipa para que a norma seja implementada;
- Promove o conhecimento e a passagem de informação a todas as mulheres grávidas acerca das vantagens e prática de aleitamento materno;

- Fomenta e ajuda as mulheres a dar início ao aleitamento materno na primeira hora de vida do recém-nascido;
- Elucida as mães sobre práticas de como amamentar e de como manter o processo de lactação em situações em que tenham de estar separadas dos seus bebés de forma temporária;
- Não permite a oferta de alimentos que não seja leite materno aos recém-nascidos salvo indicação médica;
- Fomenta o alojamento conjunto, ficando a mãe junto do seu filho 24h por dia;
- Incita ao aleitamento materno a pedido do bebé e não seguindo um horário rígido;
- Não permite a oferta de chupetas ou tetinas aos recém-nascidos em processo de amamentação;
- Fomenta a criação de grupos de apoio ao aleitamento materno para as mulheres após a alta (UNICEF, 2018).

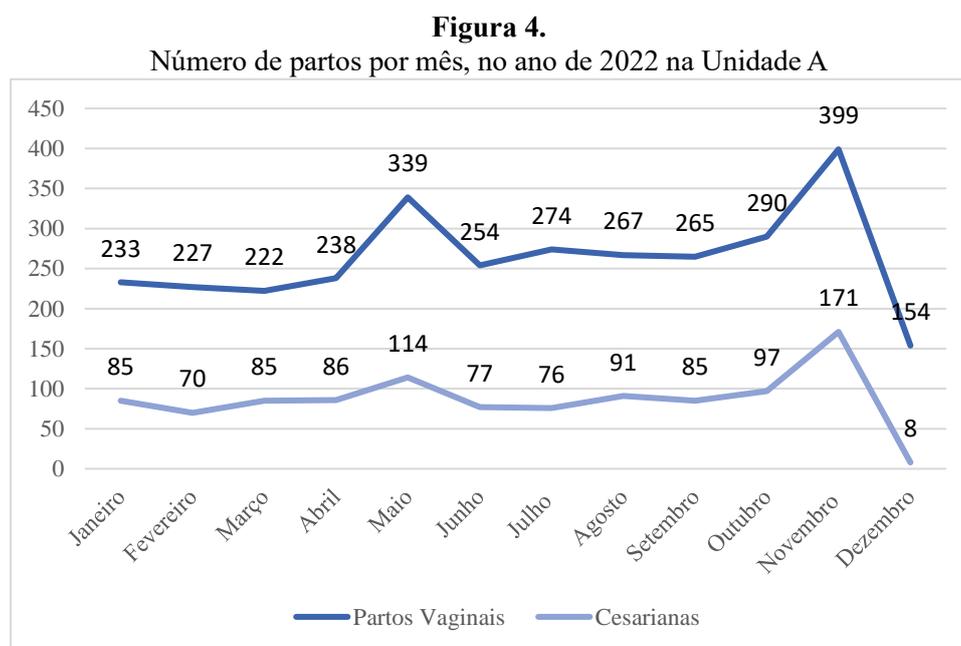
Tanto a Unidade A como a Unidade F são integrantes do projeto maternidade com qualidade, projeto este da Ordem dos Enfermeiros [OE] que segue as diretrizes da Organização Mundial de Saúde para a prestação de cuidados à mulher grávida. Este projeto tem como indicadores para a monitorização dos cuidados:

- Hidratação/ ingestão de líquidos durante o trabalho de parto;
- Incentivo à utilização de posições alternativas à posição de supina durante o trabalho de parto;
- A utilização de episiotomia;
- Amamentação da primeira hora de vida;
- Promoção do alívio da dor com medidas não farmacológicas durante o trabalho de parto e parto.

Com a monitorização destes parâmetros pretende-se:

- Aumentar a educação para a saúde no período pré-natal para valores superiores a 25%;
- Determinar em mais de 25% das mulheres o estreptococo beta-hemolítico;
- Diminuir em 5% o número de internamentos no período gravídico;
- Aumentar em 5% a incidência de partos por via vaginal;
- Diminuir em 10% a incidência de episiotomias;
- Aumentar em 10% a prevalência do aleitamento materno exclusivo até aos 6 meses de vida;

- Diminuir em 2% o número de internamentos em unidade de neonatologia;
- Reduzir em pelo menos 25% as intervenções médicas desnecessárias;
- Reduzir em 5% o número de situações de indução de trabalho de parto;
- Diminuir em 5% o número de partos instrumentalizados;
- Reduzir a incidência de cesarianas em 2% (OE, 2013).



Fonte: Elaboração própria, dados recolhidos através de SNS Transparência, 2022

Na unidade A podemos verificar que o mês com uma maior natalidade foi o de novembro com 399 partos vaginais e 171 cesarianas, o que perfaz um total de 570 nascimentos no mês de novembro, o que corresponde aproximadamente a 13,54% dos nascimentos de 2022 nesta instituição. No que respeita à ocorrência de cesarianas nesta unidade hospitalar podemos aferir que no ano de 2022 representam aproximadamente 24,83% dos partos ocorridos, o que corresponde a 5,54% quando olhando para o contexto de Portugal continental.

Caraterização dos Contextos Clínicos

Unidade de Medicina Materno-Fetal

Este contexto clínico onde decorreu o estágio foi desenvolvido na unidade de Medicina Materno-Fetal [MMF] na Unidade A, e teve a duração de seis semanas.

A unidade de MMF situa-se no 1º piso da Unidade A e é uma unidade diferenciada e especializada na vigilância e cuidados Materno-Fetais. Atualmente tem uma lotação de 14

camas, destinadas ao internamento de utentes com gravidez evolutiva em situação de risco Materno-Fetal e/ou Indução do Trabalho de Parto [ITP] e duas camas destinadas ao internamento de mulheres em situações de gravidez não evolutiva e/ou IVG.

A equipa é formada por 22 enfermeiros sendo que destes 17 são EEESMO, quatro são generalistas e a enfermeira chefe. Os rácios por turno são quatro enfermeiros no turno da manhã, sendo que três são EEESMO e um é generalista, ou quatro EEESMO. Relativamente aos turnos da tarde e noite são apenas três enfermeiros, sendo que no mínimo devem estar sempre dois EEESMO. Em relação aos assistentes operacionais a sua equipa é composta por oito colaboradores, sendo que os rácios por turno são de dois assistentes operacionais no turno da manhã em dias úteis, nos restantes turnos e fins de semanas é de apenas um assistente operacional por turno. Conta ainda com nove Assistentes Hospitalares de Ginecologia/Obstetrícia e um número variável de Internos da Especialidade de Ginecologia e Obstetrícia. A este grupo de profissionais acresce ainda psicólogo, assistentes sociais, fisioterapeutas e especialistas de outras áreas nomeadamente medicina interna, endocrinologia, anestesiologia e pediatria.

Neste serviço são internadas mulheres com algum tipo de patologia quer materna quer fetal ou materno-fetal. As situações mais comuns durante a passagem pelo serviço foram, a Ameaça de Parto Pré-Termo [APPT] por situações de encurtamento de colo uterino e contratilidade, situações de Pré-Eclampsia [PE], situações de alterações de fluxos materno-fetais com restrição de crescimento fetal e ainda situações de colestase gravídica. São ainda internadas nesta unidade mulheres para proceder à Interrupção Médica de Gravidez [IMG] devido a malformações, a existência de alguma síndrome incompatível com a vida extrauterina, ou situações que acarretam risco de vida para a mulher. As mulheres internadas para indução de trabalho de parto são sobretudo mulheres com idade materna avançada e/ou com alguma patologia associada nomeadamente diabetes gestacional ou alterações do crescimento fetal.

A taxa de ocupação no ano de 2021 do serviço de MMF foi de 84,7%, correspondendo a um tempo médio de internamento de 3,04 dias. Considerando um total de 1416 grávidas, acrescentando ainda 206 mulheres internadas para IVG e IMG de acordo com as alíneas previstas na Lei.

Em termos de estrutura física, este serviço está organizado ao longo de um corredor com todos os quartos das utentes de um lado desse mesmo corredor. Os quartos têm capacidade variável, podendo ter a capacidade para apenas duas ou quatro mulheres. Cada unidade do doente é composta por uma cama articulada, uma mesa de cabeceira, uma mesa e cadeira

onde são feitas as refeições. Em cada unidade do doente existe um suporte de soros, uma rampa de oxigénio e também de vácuo e ar comprimido. Na maioria destes mesmos quartos está ainda disponível um computador que permite a realização de registos clínicos de forma informatizada. Existem ainda diversos termómetros, monitores de sinais vitais e ainda vários cardiotocógrafos disponíveis para a monitorização do bem-estar fetal, bolas de *Pilates* para as mulheres que estão no processo de indução do trabalho de parto e diversos cadeirões para usufruto das grávidas. Do lado oposto do corredor estão localizados os gabinetes de enfermagem, armários com material de consumo clínico, a área de limpos e de sujus, e ainda uma casa de banho destinada a todas as mulheres internadas no serviço.

A passagem por este serviço foi muito enriquecedora, uma vez que permitiu adquirir e aprofundar conhecimentos acerca das patologias mais comuns associadas à gravidez, desenvolver a capacidade de avaliação da grávida em contexto patológico, bem como a avaliação do bem-estar fetal. Foi possível ainda adquirir conhecimentos em contexto de indução de trabalho de parto, tal como os métodos mais utilizados e os seus protocolos de atuação.

Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica

O bloco de partos da unidade A apresenta uma organização ligeiramente diferente da Unidade F, descrita anteriormente. Nesta unidade foram realizadas um total de 14 semanas de ensino clínico, divididas em dois períodos. Um com a duração de seis semanas e outro com a duração de oito semanas. A sala de partos é parte integrante do Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica [SUOG]. O SUOG integra outras valências, sendo elas: a Unidade de Recobro de Cuidados Intermédios [URCI], Unidade Polivalente de Ginecologia e Obstetrícia [UPGO], Serviço de Admissões, e Sala de Partos [SP].

A equipa de enfermagem do SUOG é formada por cinco equipas, sendo cada uma delas formada por 10 enfermeiros, em que um é generalista e os restantes são EEESMO. Existem ainda cinco enfermeiros que se encontram fora de escala fazendo apenas o turno da manhã. Relativamente à equipa de assistentes operacionais estão alocados às equipas de enfermagem, sendo um total de três assistentes operacionais por cada equipa e um assistente operacional fora de escala. Em cada turno existem 10 enfermeiros e três assistentes operacionais distribuídos pelas diferentes valências.

A URCI tem a capacidade para o internamento de três utentes, estas vagas são destinadas a situações que carecem de uma maior vigilância e outro tipo de cuidados mais específicos que não podem ser desenvolvidos numa enfermaria normal, aqui são internadas grávidas ou

puérperas em situações instáveis como casos de pré-eclâmpsia, Síndrome de HELLP, para realização de neuroprotecção em situações de grávidas que têm de terminar a sua gestação de forma precoce, mulheres transplantadas ou situações de atonia uterina. Aqui, está sempre alocado um enfermeiro especialista em qualquer um dos turnos. Esta unidade não tem assistentes operacionais distribuídos, esta encontra-se muito próxima do bloco operatório e recobro e em caso de necessidade, os assistentes operacionais destes serviços dão apoio à URCI.

Relativamente à UPGO, esta unidade tem a capacidade para o internamento de três mulheres, e atualmente está destinada a situações de SARS-CoV positivo. No que diz respeito à equipa de profissionais aqui alocada é de um EEESMO e um assistente operacional, sempre que tenha utentes internados, em situações em que esteja sem utentes os profissionais são redistribuídos.

Para assegurar o serviço de admissões estão sempre disponíveis dois enfermeiros especialistas e também um assistente operacional. Esta valência do serviço está dividida em dois sectores: a triagem e o Serviço de Observações [SO]. A triagem é a porta de entrada para a maioria das mulheres nesta unidade hospitalar nas mais diversas situações, sejam elas ginecológicas ou obstétricas. O SO é composto por duas camas totalmente equipadas e em caso de necessidade pode ser alargada a sua capacidade com a utilização de três macas extra, aqui as mulheres são avaliadas e é decidido se existe a necessidade de internamento.

A equipa da SP é composta sempre no mínimo por quatro EEESMO, um ou dois enfermeiros generalistas e um assistente operacional. Esta porção do SOUG é composta por seis boxes destinadas a mulheres em trabalho parto; em cada box está disponível todo o equipamento necessário para a vigilância do trabalho de parto e a realização de partos eutócicos, nomeadamente: uma cama, que no período expulsivo se transforma em marquesa de parto, um monitor cardiotocográfico com sistema *wireless* com transmissão e registo para a Central *Omniview*, tem ainda um suporte para soros e uma bomba infusora, um foco de iluminação, um lavatório, uma bancada e um armário com material de consumo clínico. Tem ainda uma mesa de inox também ela deslocável que contém um kit preparado com a trouxa de partos, os ferros cirúrgicos e o equipamento de proteção individual, essa mesma mesa é posteriormente utilizada como mesa de apoio para a realização do parto. Cada box inclui uma bola de *Pilates* para a realização de exercícios durante o TP, e caso a mulher deseje pode também usufruir de outras estratégias para o alívio da dor como a cromoterapia, musicoterapia e também aromaterapia. No momento do período expulsivo é também utilizado um carro com o material necessário para prestar os primeiros cuidados ao recém-nascido que

não careça de cuidado especiais. Em situações de distocia as mulheres são transferidas para o bloco operatório para a concretização do período expulsivo.

Este serviço dispõe de um carro com todo o material necessário para a realização de técnicas de analgesia do trabalho de parto. Existem vários monitores para avaliação de sinais vitais que são deslocados para as boxes conforme as necessidades, bem como vários termômetros.

Tem ainda uma sala de *snoezelen* em que todas as mulheres que o desejam e tenham condições podem ir e desfrutar deste espaço, aqui é possível usufruir de vários métodos de relaxamento com a finalidade de diminuir a dor e o desconforto do trabalho de parto, as mulheres têm a possibilidade de realizar hidroterapia, aromaterapia, musicoterapia, cromoterapia, exercícios de mobilização e técnicas de relaxamento e meditação.

Neste serviço existem dispositivos ao dispor da grávida que podem ser utilizados durante o trabalho de parto, nomeadamente um banco de partos e uma lentilha. É ainda facultado à mulher liberdade de movimentos durante todo este processo, bem como partos em posições verticalizadas o que proporciona um parto fisiológico e humanizado. A mulher tem ainda a possibilidade de estar sempre acompanhada pela pessoa que ela entender como pessoa de referência. A SP tem outras quatro boxes que conforme as necessidades do serviço são utilizadas também para vigilância do trabalho de parto e parto, mas preferencialmente para situações de vigilâncias da gravidez ou feto morto. Inclui ainda uma sala para a reanimação do recém-nascido totalmente equipada com duas mesas de reanimação para o RN com capacidade para dois bebés em simultâneo, esta sala está equipada com dois monitores para avaliação de sinais vitais, rampa de oxigénio e de vácuo, e uma balança para a avaliação do peso do RN. Neste serviço, e à semelhança da sala de partos da Unidade F existe também uma banheira que é utilizada para prestar os cuidados de higiene ao RN imediatamente após o seu nascimento em casos com indicação clínica.

Esta unidade de saúde está neste momento a implementar um projeto chamado de *Sling Casulo*, este projeto consiste em vestir ainda no 1º estágio do trabalho de parto uma espécie de *top* à mulher grávida, que lhe permite estar mais composta durante o trabalho de parto e que após o nascimento do RN, o bebé é introduzido dentro desse mesmo *top* ficando em contato pele a pele com a sua mãe, proporcionando mais conforto tanto para a mãe como para o bebé. Caso a mulher e/ou o acompanhante o deseje, também o acompanhante pode utilizar este *top* e realizar contato pele a pele com o recém-nascido.

Serviço de Internamento Puerpério

O contexto clínico relativo ao puerpério decorreu também na Unidade A. Este teve a duração de seis semanas, sendo que uma delas foi destinada à realização de observação numa unidade de cuidados intensivos neonatais. Este serviço encontra-se dividido em dois pisos, tendo ele capacidade para 14 puérperas no piso inferior, e 15 no piso superior e os respetivos recém-nascidos.

Este serviço conta com uma equipa de enfermagem de 31 elementos que se encontra na prática clínica direta, em que três destes são EEESMO, um Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental Psiquiatria [EEESMP], e também uma enfermeira chefe e segundo elemento que ficam responsáveis pelas questões organizacionais deste serviço. Quando a chefe ou o segundo elemento não se encontram no serviço, a responsabilidade organizacional passa para a alçada do enfermeiro especialista ou para o elemento com maior antiguidade no serviço.

Relativamente à distribuição por turnos, os rácios mínimos são de cinco enfermeiros, ficando dois deles alocados a cada piso e o 5.º elemento assegura a coordenação do serviço e serve como elo entre os dois pisos, dando apoio no que for necessário. Quando existem recursos disponíveis por parte da equipa de enfermagem, tenta-se ao máximo que este número mínimo de cinco elementos passe para seis, ficando assim três enfermeiros em cada piso, sendo que o 6.º elemento para além da prestação direta de cuidados fica encarregado da gestão do serviço. Este elemento de coordenação ganha muita relevância, uma vez que este serviço apresenta uma grande rotatividade de puérperas e a sua ajuda ganha especial importância no acolhimento de novas puérperas e recém-nascidos no serviço, bem como na resolução de algum tipo de problema que possa surgir.

Olhando para o percurso normal das mulheres dentro desta instituição, este é o último serviço por onde a díade passa antes de ir para casa, neste sentido, o bom funcionamento deste serviço ganha muita importância uma vez que se as puérperas e os seus filhos não tiverem o seu percurso bem orientado no sentido da promoção da alta o mais precoce possível, podemos comprometer os outros serviços na medida em que estes podem ficar sem capacidade para receber mais grávidas.

O puerpério é um serviço que recebe mulheres e recém-nascidos provenientes de dois serviços, nomeadamente, a sala de partos e o recobro de puérperas, sendo estes serviços de grande afluência de mulheres e com uma grande necessidade de escoamento de doentes, torna-se imperativo uma boa articulação entre os mesmos. Considerando isto, as

competências organizacionais ganham uma grande pertinência, e estas aqui, como referido anteriormente, são atribuídas ao enfermeiro especialista em situações de ausência da chefia.

Neste campo clínico para além das competências de enfermeiro especialista na prestação de cuidados à puérpera e recém-nascido, há um grande esforço por parte da equipa para que o aluno possa também desenvolver as suas competências de cariz organizacional, tendo a oportunidade de acompanhar muitas vezes a dinâmica da coordenação do serviço.

Relativamente aos assistentes operacionais, esta equipa é constituída por 14 elementos sendo que no turno da manhã e tarde os rácios são de três elementos, um para cada piso e o 3º elemento à semelhança da equipa de enfermagem, presta apoio onde for mais necessário; nos turnos da noite fica apenas um auxiliar por piso.

Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

As Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais podem ser definidas como um local de produção de conhecimentos, é um local destinado à prestação de cuidados altamente diferenciados e de elevada complexidade para o tratamento de recém-nascidos de risco. Esta tipologia de unidade inclui uma tecnologia mais avançada, bem como necessita de uma equipa de enfermagem altamente diferenciada e capacitada com competências científicas, técnicas e relacionais, com o intuito de reconhecer e atuar sobre as necessidades do neonato e da sua família de forma rápida, eficiente e eficaz (Costa & Padilha 2011; Ribeiro et al., 2015).

O campo clínico dedicado ao puerpério tem a duração de seis semanas, sendo que uma delas se encontra destinada à observação do funcionamento de um serviço de neonatologia. Esta semana de observação decorreu num serviço de neonatologia de uma outra unidade. Este serviço localiza-se no 4.º piso do novo edifício, destinado a consultas das mais diversas especialidades, e especialmente à saúde da mulher e do recém-nascido. O serviço é composto por uma unidade de cuidados intensivos, com a capacidade para cinco recém-nascidos prematuros com necessidade de ventilação invasiva e uma sala de cuidados intermédios com capacidade para nove bebés. Relativamente à distribuição da equipa neste serviço, os rácios são no mínimo de cinco enfermeiros por turno mais a chefia e o segundo elemento. Sempre que há necessidade, este segundo elemento integra a prática de cuidados. Relativamente à sua distribuição, dois elementos estão alocados à sala de cuidados intensivos e três à sala de cuidados intermédios. No que respeita à equipa de assistentes operacionais, são apenas de dois por turno, um para cada sala, sendo que no período noturno é de apenas um assistente operacional para as duas unidades, cuidados intensivos e cuidados intermédios. Nesta unidade

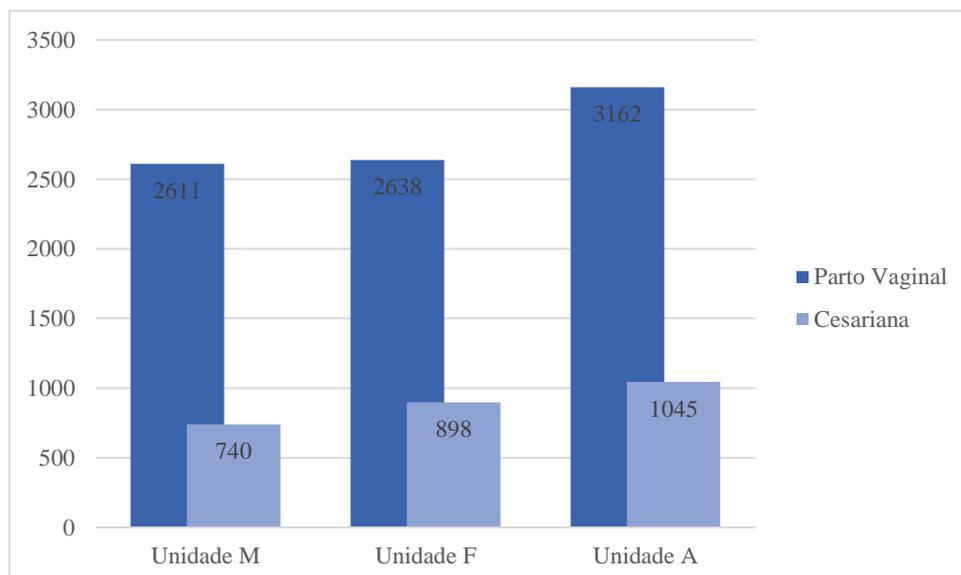
e sempre que a situação o permita, e assim os pais o desejarem, os mesmos são incentivados à prestação de cuidados ao seu bebé e também à realização de contato pele a pele.

Esta unidade de neonatologia é bastante diferenciada e tem uma área populacional bastante abrangente, recebendo bebés prematuros ou recém-nascidos de termo, com necessidade de cuidados intensivos/ intermédios de muitos locais de Lisboa e região envolvente mediante a sua disponibilidade e capacidade.

1.4. DADOS ESTATÍSTICOS REFERENTES ÀS UNIDADES OS DECORREU O ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

As Unidades onde foi realizado o Estágio de Natureza Profissional, são consideradas “grandes maternidades” do país, localizadas na área de grande Lisboa. Na figura 5 apresento o gráfico que mostra o número de partos ocorridos nas unidades em que se realizou o ENPRF no ano de 2022.

Figura 5.
Número de Partos por Unidade no Ano de 2022



Fonte: Elaboração própria, dados recolhidos através de SNS Transparência, 2022

Verificamos que no ano de 2022, a Unidade A foi a que teve um maior número de partos com 3162 nascimentos por via baixa, sendo que foi também a unidade com mais cesarianas, com 1045. A unidade M é aquela que regista menos cesarianas (n=740), mas também regista um número inferior de partos vaginais, com 2611. Olhando de forma individualizada podemos

verificar na Unidade M a ocorrência de cesarianas corresponde aproximadamente a 22% dos nascimentos ocorridos, na Unidade F corresponde a aproximadamente 25,39%, e na Unidade A corresponde a 24,83%. Se compararmos com os dados fornecidos pelo Conselho Nacional de Saúde (2022) com dados referentes ao ano de 2021, podemos constatar que a ocorrência de cesarianas nestas instituições se encontra abaixo da média nacional, onde a percentagem ronda os 30,7%.

Relativamente ao número de partos distribuídos por regiões de Portugal, na tabela 1, verificamos que é nas zonas com maior densidade populacional que o número de nascimentos é também maior. A Região de Lisboa e Vale do Tejo é aquela que detém mais nascimentos nas instituições públicas, sejam eles partos vaginais ou cesarianas.

Tabela 1.
Tipo de parto por região de saúde

	<i>Parto Vaginal</i>	<i>Cesariana</i>	<i>Nº total de partos</i>
<i>Região de Saúde Lisboa e Vale do Tejo</i>	25089	7901	32990
<i>Região de Saúde Norte</i>	22389	7161	29550
<i>Região de Saúde do Alentejo</i>	2361	882	3243
<i>Região de Saúde do Algarve</i>	3432	1040	4472
<i>Região de Saúde do Centro</i>	11254	3393	14647

Fonte: Elaboração própria, dados recolhidos através de SNS Transparência, 2022

Ao longo dos últimos 30 anos, peritos internacionais em saúde têm vindo a admitir que a percentagem ideal de cesarianas deveria rondar os 10 a 15% da totalidade dos partos, valores estes que surgiram após uma reunião entre peritos promovida pela OMS no ano de 1985, tendo por base a análise de estudos existentes naquela época, desenvolvidos sobretudo no norte europeu. Estes mesmos estudos afirmavam ter bons resultados quer maternos quer perinatais com esta percentagem de ocorrência de cesarianas, desde essa altura a ocorrência deste procedimento tem vindo a ser cada vez mais recorrente a nível global. É um facto que este procedimento quando executado por razões médicas pode reduzir a ocorrência de mortalidade e comorbidades quer maternas quer fetais, mas quando ocorre sem nenhuma indicação não tem quaisquer benefícios, pelo contrário, acarreta ainda mais riscos principalmente quando realizada em contextos com poucas condições ao nível de higiene, infraestruturas e acesso aos cuidados de saúde (OMS, 2015; Betran et al., 2021).

O grande desafio que está presente para se definir qual a taxa ideal de cesarianas prende-se com a falta de um sistema de classificação que seja uniforme, confiável e aceite

internacionalmente por forma a fornecer dados segundo um padrão; tornando possível uma avaliação uniforme das taxas de cesarianas dos diferentes pontos do globo, facilitando a investigação acerca dos fatores que estão por de trás do aumento destes números (OMS, 2015).

Considerando um estudo realizado, tendo por base as taxas de cesarianas existentes nos diferentes países, em concordância com um método desenvolvido para as agrupar de acordo com as suas características e abrangendo um maior número de partos tendo em consideração os dados disponíveis, estima-se que a média global da taxa de ocorrência de cesarianas venha a aumentar ainda mais, passando de 21,1% no ano de 2021 para 28,5% no ano de 2030. Foi ainda possível constatar que 9,4% das cesarianas descritas foram executadas em países pouco desenvolvidos e os restantes 11,7% ocorreram em países mais desenvolvidos, as estimativas dizem também que até 2030 estes mesmos valores ficarão mais equiparados. Ainda assim, este estudo refere também que na África Subsaariana a taxa de ocorrência de cesarianas se mantenha abaixo dos 10%, enquanto em outros locais como a América Latina e em diversos locais da Ásia este será o tipo de parto mais frequente, com taxas a rondar os 63,4% (Betran et al., 2021; Médicos do Mundo, 2023).

O facto de a utilização de cesariana ter aumentado em todo o mundo, verificando-se uma relação com diversos fatores, desde as preferências e escolhas da mulher/ família; conveniência das equipas, mulher/família e serviços; remuneração; maior facilidade para a organização dos cuidados de saúde; os ideais e crenças das equipas de saúde. Alguns destes aspetos descritos anteriormente são característicos de cada país, outros são considerados globais em linha com os valores que suportam a sociedade atual, neste sentido a diminuição da percentagem da utilização da cesariana tem sido difícil de atingir, sendo mesmo o tipo de parto mais frequente em alguns países (Betran et al., 2021).

No que respeita ao panorama nacional, sabe-se que os hospitais privados têm vindo a ganhar cada vez mais admiradores em detrimento do Serviço Nacional de Saúde. De acordo com Médicos do Mundo (2023) duas grandes maternidades existentes na região de Lisboa são privadas e têm uma taxa de cesariana de 59% e de 50,2% respetivamente, enquanto nas instituições públicas pertencentes a Lisboa e Vale do Tejo a percentagem é de 31,5%. Esta grande discrepância de valores está relacionada com a execução de cesarianas no sector privado a pedidos das parturientes (Médicos do Mundo, 2023). Considerando isto, é importante repensar a nossa atitude enquanto profissionais de saúde uma vez que na nossa sociedade parece que o parto vaginal é desvalorizado, influenciando a decisão das parturientes para a escolha da via de parto.

Olhando para os valores apresentados na tabela acima, podemos ter aqui a justificação para um número tão elevado de cesarianas nas zonas que integram a grande Lisboa e Porto, e contrariamente a menor existência de cuidados de saúde privados na região alentejana leva a um número de cesarianas mais baixo.

1.5. DOTAÇÕES DE ENFERMEIROS NAS UNIDADES ONDE DECORREU O ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

Considerando a Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica [MCEESMO] estão definidas como dotações seguras os seguintes rácios EEESMO- Utente (OE, 2019):

- Consulta de Enfermagem de Medicina Materno-Fetal [MMF], Diagnóstico Pré-Natal [DPN] e Interrupção Voluntária da Gravidez [IVG] - devem ser garantidas por um EEESMO;
- Unidade de Cuidados na Comunidade [UCC] deve ser integrante na sua equipa um EEESMO por cada 500 nascimentos na sua área de abrangência;
- Internamento de Ginecologia- deve ter pelo menos um EEESMO disponível em permanência 24h;
- A urgência de obstetrícia e ginecologia deve ser garantida em exclusividade por EEESMO;
- Internamento de Medicina Materno-Fetal- o rácio definido é de um EEESMO para cada três utentes em situações de alto risco; para situações de médio risco o rácio é de um EEESMO para seis utentes;
- Internamento de puérperas: puerpério patológico o rácio definido é de um EEESMO para cada três; Puerpério normal um EEESMO para cada seis puérperas;
- Assistência Intraparto- no 1º estágio do trabalho de parto deve ser assegurada por um EEESMO para cada duas parturientes; no 2º estágio do trabalho de parto o rácio desde ficando um EEESMO para cada parturiente.

Considerando os dados apresentados anteriormente referentes à Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica [MCEESMO], passo a apresentar na tabela 2 as dotações disponíveis nos vários serviços onde decorreram os contextos clínicos integrantes do Estágio de Natureza Profissional [ENP].

Tabela 2.
Equipa de enfermagem nos diversos contextos clínicos

Contexto clínico	EEESMO	EEESMP	Enfermeiro Generalista
Consulta Medicina Materno-Fetal - Unidade M	3		
Bloco de Partos - Unidade F	28		16
Unidade de Medicina Materno-Fetal - Unidade A	17		4
Bloco de Partos - Unidade A	49		12
Internamento de Puérperas - Unidade A	3	1	31

Fonte: Elaboração própria.

No serviço de Consulta de Medicina Materno-Fetal da Unidade M é possível constatar que as dotações de profissionais de saúde são seguras, pois a consulta de Enfermagem de Medicina Materno, a consulta de Diagnóstico Pré-Natal e de Interrupção Voluntária da Gravidez são sempre asseguradas por EEESMO.

No que diz respeito ao Bloco de Partos da Unidade F, o serviço de triagem é sempre assegurado por EEESMO, relativamente à vigilância e acompanhamento da grávida durante o trabalho de parto a disponibilidade de enfermeiros é de um EEESMO para cada três mulheres. Em situações de período expulsivo, um colega assegura a parturiente que está na 2ª fase do TP e o outro colega assegura as restantes mulheres, acabando por ficar mais sobrecarregado uma vez que a disponibilidade da equipa é de dois EEESMO para seis mulheres, pelo que este serviço não tem uma dotação segura quando se encontra no limite da sua capacidade (OE, 2019).

Relativamente à Unidade de Medicina Materno-Fetal da Unidade A, as dotações são também consideradas na generalidade adequadas, visto que para a capacidade de 16 mulheres que podem estar internadas a disponibilidade de EEESMO é de pelo menos três no turno da manhã (OE, 2019).

No Bloco de partos da Unidade A as dotações também são adequadas, sendo que a triagem é sempre assegurada por EEESMO, bem como a sala de partos, o enfermeiro consegue cumprir o rácio de um para duas utentes na 1º fase do trabalho de parto, e na 2º fase do trabalho de parto por norma é garantido o rácio de um para um (OE, 2019).

Relativamente ao internamento de puérperas da Unidade A as dotações mais uma vez não são adequadas, pois este serviço dispõe apenas de três EEESMO e nem sempre é possível ter um EEESMO por turno (OE, 2019).

1.6. METODOLOGIA DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

A origem da palavra Metodologia advém da palavra método, que significa o caminho ou via para a concretização de algo. De acordo com Carvalho (2009), a metodologia representa o processo e/ou caminho para atingir um objetivo definido, que na área das ciências o seu propósito prende-se com a procura incessante do saber. Assim, podemos constatar que o método científico é a conjugação de processos com a finalidade de adquirir conhecimento de acordo com a linha de pensamento adotada.

Com o decurso do ENPRF, a aquisição de conhecimento científico assume-se como o pilar para a prestação de cuidados de saúde especializados considerando como a sua base a mais recente evidência científica, assim, a abordagem metodológica utilizada para a aprendizagem do saber foi a supervisão clínica sob orientação pedagógica.

1.6.1. Objetivos

Para este Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final, existem objetivos previamente definidos e descritos no planeamento da Unidade Curricular, os quais são:

- a) Cuidar da mulher/ companheiro inseridos na família e comunidade;
- b) Demonstrar aquisição de conhecimentos conducentes a uma proposta de melhoria de cuidados, considerando as vertentes teórico-práticas e a Prática Baseada na Evidência;
- c) Defender através de um Relatório apresentado em provas públicas, a aquisição de competências ao longo do Estágio de Natureza Profissional.

Numa fase inicial do ENPRF, foram também definidos objetivos pessoais com o propósito de proporcionar a aquisição de competências específicas do EEESMO, definidas de acordo com o regulamento das competências específicas do EEESMO, (OE, Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, 2019).

Deste modo, os objetivos definidos vão ao encontro das competências descritas no regulamento:

- a) Cuidar da mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional;
- b) Cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal;
- c) Cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto;
- d) Cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal;

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

1.6.2. Método de Aprendizagem

A realização do ENPRF decorreu sob a supervisão clínica de EEESMO e sob orientação pedagógica da equipa docente da Universidade Évora. No decurso de todo o ENPRF, e com a passagem pelos diversos contextos clínicos foram utilizados vários métodos com o intuito de promover o processo de aprendizagem, nomeadamente: a observação, a prestação direta de cuidados e a pesquisa bibliográfica para a realização de revisão de conteúdos com o intuito de aprofundar conhecimentos com base na mais recente evidência científica. No decurso dos mais diversos contextos clínicos existiram reuniões formativas e também de avaliação final no término de cada contexto clínico, sempre com a participação do supervisor clínico, o orientador pedagógico e a mestranda. Para algumas situações pontuais, ocorreram ainda algumas reuniões informais entre a mestranda e a docente para esclarecimento de algumas questões.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2020), a supervisão clínica é definida como um processo dinâmico, sistemático, formal e interpessoal que ocorre entre o supervisor clínico e o supervisionado, sempre com o objetivo de organizar e direcionar o processo de aprendizagem, proporcionando a aquisição de conhecimentos e consequentemente o desenvolvimento de competências profissionais de um modo analítico e reflexivo. O processo de aprendizagem tem como objetivo final promover uma tomada de decisão autónoma por parte do supervisionado, com o intuito de desenvolver competências no campo de atuação dos mais diversos contextos clínicos, tendo sempre como superior interesse a proteção da pessoa, a segurança e qualidade nos cuidados de saúde prestados.

Observação de Cuidados Prestados e Prática Clínica

Na área da enfermagem, e para que exista um desenvolvimento profissional e o aprofundamento de competências, a necessidade de formação é contínua ao longo de todo o tempo de atividade profissional, isto pressupõe a existência de uma evolução positiva, gradual e continuada ao longo da carreira de enfermagem, bem como um crescimento ao nível pessoal, e social dos profissionais. Estes experimentam ao longo da sua vida profissional uma aquisição contínua de conhecimentos baseados na mais recente evidência científica, com a

realização de formação complementar nas mais diversas áreas de atuação, e experiências em contexto laboral (Carvalho et al., 2019).

Num primeiro contato, nos mais diversos contextos clínicos, a mestranda assume uma postura de supervisão, de modo a compreender as dinâmicas do serviço e a incorporá-las, bem como o modo de desenvolver e colocar em prática os procedimentos necessários ao desempenho de cuidados específicos e característicos de cada campo clínico. Assim, deste modo, foi proporcionada de forma gradual a aquisição de competências do EEESMO aprimorando a prática clínica em campos de estágio tão específicos como os experienciados neste ENPRF, conduzindo a uma prática de cuidados autónoma sempre supervisionada pelo enfermeiro orientador.

Pesquisa Bibliográfica / Revisão e Aprofundamento de Conhecimentos

Para promover a aquisição de conhecimentos teóricos foi realizada uma revisão integrativa da literatura sobre a prática de exercício físico na gravidez e no trabalho de parto. Para tal foram utilizadas várias bases de dados, nomeadamente: CINAHL Complete, MEDLINE Complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Cochrane Database of Systematic Reviews. Uma revisão integrativa da literatura tem como desígnio aferir na atualidade a informação existente acerca de uma determinada temática em estudo, tem como objetivo identificar, analisar e realizar uma síntese de resultados de investigações com o intuito de promover a melhoria da prática dos cuidados prestados (Souza, Michelly & Carvalho, 2010).

Foi também realizado um relato de caso no decurso do campo clínico no serviço de Medicina Materno-Fetal acerca da Indução do trabalho de parto numa grávida com patologia associada. A indução de trabalho de parto foi uma temática muito abordada nesse mesmo campo clínico, e que se transpõe também para os restantes contextos clínicos, nesse sentido e de modo a conciliar com o tema do relatório final sobre a prática de exercício físico, foi selecionada uma grávida com patologia associada, diabetes gestacional e hipertensão arterial, para a realização deste mesmo relato de caso. Um relato de caso é considerado um método de pesquisa estruturada, utilizada com muita regularidade na área da saúde. É definida também como uma estratégia de investigação com enfoque principal em fenómenos, tendo como objetivo a realização de um estudo pormenorizado e de forma intensiva sustentado pela evidência científica de forma a produzir conhecimento (Andrade et al., 2017; Meirinhos & Osório, 2010). Considerando que o relato de caso se encontra em processo de publicação, e

por forma a evitar o autoplágio, o apêndice apresentado contém apenas o resumo do artigo (Apêndice B).

Durante a passagem pelo serviço de Consulta Externa foi também proposto a realização de um folheto com alguma informação sobre os exercícios que as grávidas podem realizar para colaborar no desenvolvimento do seu trabalho de parto. O folheto previamente referido encontra-se disponível neste mesmo relatório, definido como Apêndice C.

Durante a prática clínica em contexto de sala de partos existiu uma situação relevante que marcou a mestranda de forma significativa, e nesse sentido foi realizada uma Reflexão utilizando a metodologia chamada de Ciclo Reflexivo de Gibbs de modo a repensar e refletir sobre aquilo que aconteceu e o modo como devemos de atuar numa situação semelhante. Este Ciclo Reflexivo de Gibbs inicia-se com uma descrição de forma pormenorizada sobre o que aconteceu, posteriormente é feita uma apreciação e são explorados os sentimentos que esta mesma situação gerou no indivíduo, em seguida é feita uma avaliação da situação. Posteriormente é desenvolvida uma análise fundamentada dos diversos fatores intervenientes na situação de forma isolada, e por fim é realizada uma conclusão onde deve ser desenvolvido o processo de autoconsciência sobre o assunto em causa, bem como promover a reflexão e autoconhecimento dos outros indivíduos que possam vir a ler e analisar esta mesma reflexão. No final, é determinado um plano de ação no sentido de preparar a própria reação do indivíduo no caso de surgir uma situação semelhante (Gibbs, 2013). Essa mesma reflexão está contida no presente relatório como Apêndice D.

A realização dos trabalhos supracitados, são considerados momentos de grande relevância para o desenvolvimento da aprendizagem, tendo em vista a aquisição de conhecimentos e de competências, e também assumem um papel muito relevante como guia da prática de cuidados.

Aplicação de Modelo Teórico

Os modelos teóricos de enfermagem são considerados como linhas orientadoras para a procura e entendimento do domínio da enfermagem. Têm como principal objetivo organizar o conhecimento, relatar, explicar e fazer uma previsão acerca da dimensão do conhecimento da enfermagem (Nóbrega & Barros 2001). Por forma a orientar a prática clínica e com o propósito de desenvolver e facilitar o processo de aprendizagem, a mestranda considerou pertinente a utilização de duas Teóricas de Enfermagem, são elas: Callista Roy e Madeleine Leininger.

Callista Roy olha para o indivíduo como um sistema adaptativo, um ser biopsicológico em interação permanente com o meio envolvente em constante mudança. O Modelo da Adaptação desenvolvido por Roy é o método em que o conhecimento e as suas escolhas utilizam o pensamento e o sentimento do indivíduo, de forma a incorporar a componente humana e ambiental. Esta fixação promove o crescimento, a reprodução e a sobrevivência. Diz-nos ainda que quando os agentes stressores incomuns ou a existência de mecanismos de defesa enfraquecidos levam à ineficácia da defesa das pessoas, deste modo os cuidados de enfermagem possibilitam e conduzem à adaptação promovendo o bem-estar do indivíduo (Roy & Andrews, 2001; Rodrigues et al., 2004; Oliveira et al., 2021).

Madeleine Leininger criou e defendeu ao longo da sua vida a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural, esta teoria é suportada pela ideia de que o modo como os indivíduos apreciam o mundo, as dimensões sociais e culturais onde estão inseridos tem influência direta no seu bem-estar, bem como no estado de saúde e de doença. Considerando esta premissa e direcionando a prática de enfermagem para a aplicação da Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural, torna-se fulcral olhar para o indivíduo como um ser holístico conhecendo a sua condição sociocultural (condição económica; condições habitacionais e saneamento básico; história, religião, cultura e valores; perspectiva do mundo; língua; nível de escolaridade) com o intuito de desenhar o plano de atuação indo ao encontro das necessidades do próprio, da sua família e comunidade onde está inserido (Rodrigues et al., 2021).

1.6.3. População-Alvo

A população à qual se dirige a nossa prática clínica neste Estágio de Natureza Profissional incorpora todas as mulheres e/ou famílias inseridas na comunidade onde decorreram os respetivos contextos clínicos que integraram todo o estágio. A população-alvo à qual foram prestados cuidados de saúde diferenciados integra todas as mulheres e/ou famílias que frequentaram os serviços de Consulta Externa na Unidade M; Unidade de Medicina Materno-fetal, Bloco de Partos e Puerpério da Unidade A; e ainda o Bloco de Partos da Unidade F; todas elas Unidades na área da grande Lisboa.

Considerando a tabela 3, que contém os dados estatísticos do Serviço de Estrangeiros e Fronteiras [SEF] cuja última atualização foi a 23/06/2022 e também dados relativos aos CENSOS 2021, podemos aferir que aproximadamente 10,3% da população residente no distrito de Lisboa é estrangeira, sendo as populações mais representativas: Brasil com 77110 residentes, seguindo-se Cabo Verde com 21141, Guiné-Bissau com 14770, outros países com

maior representatividade por ordem decrescente são: Angola, Itália, Índia, Nepal, França, China, Roménia, Reino Unido, Espanha, Ucrânia, Bangladesh, Alemanha, São Tomé e Príncipe, Paquistão, Países Baixos, Estados Unidos da América e Suécia.

De acordo com dados da PORDATA fornecidos pelo Instituto Nacional de Estatística [INE], tendo sido a sua última atualização a 28/04/2023, no ano de 2022, de um total de 83671 nascimentos em Portugal, 14003 são de mães estrangeiras, o que corresponde aproximadamente a 16,7%.

Tabela 3.
Estrangeiros residentes no distrito de Lisboa

NACIONALIDADE	TOTAL	HOMENS	MULHERES
Alemanha	7181	4016	3165
Angola	14646	6429	8217
Bangladesh	8115	6269	1846
Brasil	77110	34995	42115
Cabo Verde	21141	9962	11179
China	10403	5103	5300
Espanha	8522	4440	4082
Estados Unidos Da América	3115	1564	1551
França	11638	6212	5426
Guiné-Bissau	14770	7733	7037
Índia	12329	9199	3130
Itália	14046	7633	6413
Nepal	11853	7117	4736
Países Baixos	3613	2008	1605
Paquistão	4369	3064	1305
Reino Unido	9061	5653	3408
Roménia	10170	5256	4914
São Tomé E Príncipe	6446	2760	3686
Suécia	2335	1296	1039
Ucrânia	8318	3679	4639
Outros	35555	17553	18002
Total de Estrangeiros Residentes no Distrito De Lisboa	294736	151941	142795
População Total Residente no Distrito de Lisboa	2870208	1350446	1519762

Fonte: Elaboração própria, dados recolhidos através de SEF dados atualizados a 23-06-2022 e CENSOS 2021

Assim, deste modo, nas diversas unidades hospitalares onde foram desenvolvidos os campos clínicos integrantes do ENP, existe uma elevada taxa de estrangeiros que recorrem ao serviço. Este facto é um verdadeiro desafio para todas as equipas de saúde, uma vez que em

grande parte das situações estes migrantes não são falantes de inglês e tão pouco de português, sendo a barreira linguística uma grande dificuldade para a prestação de cuidados de saúde, bem como as diferentes culturas, etnias, costumes e valores característicos de cada população e indivíduo.

A população estrangeira que recorre aos serviços de saúde não é apenas aquela com residência habitual no nosso país, mas cada vez mais se observa o fenómeno chamado de “turismo hospitalar” que atualmente ainda apresenta um número bastante reduzido de informações e estudos acerca desta temática. Em contexto clínico, e após ser questionado às mulheres há quanto tempo residem em Portugal, a resposta mais frequente referia que estavam no nosso país há alguns meses. Foi ainda referido pelas parturientes vindas do continente africano, que todas as mulheres com possibilidades económicas vêm parir os seus filhos a Portugal devido às condições de saúde.

Podemos definir turismo de saúde como a busca em território estrangeiro por tratamentos médicos, de bem-estar ou de recuperação, ou podemos encaixar esta dinâmica da prestação de cuidados de saúde na forma tradicional de turismo (Connell, 2006; Deloitte, 2008).

Cada vez mais diferentes populações de diversos países, sejam eles mais ou menos desenvolvidos, estão a recorrer a outras opções na área do turismo médico sendo que o principal objetivo está centrado na qualidade da prestação dos serviços, no seu preço, bem como no tempo de espera para acesso aos cuidados de saúde. Um outro aspeto que se torna bastante importante está relacionado com a realização de procedimentos médicos específicos que não são acessíveis no seu país de origem, sobretudo em países menos desenvolvidos cujas infraestruturas são inadequadas e a equipa técnica pouco habilitada para realização dos procedimentos (Pennings, 2002; Burkett, 2007; Cormany & Baloglu, 2011).

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

A aquisição de novas competências, e a contribuição com conhecimentos que fomentam a melhoria da prática dos cuidados são os pilares para a realização do MEESMO. Seguidamente enumeram-se as estratégias selecionadas para cooperar na prática baseada na evidência e os respetivos contributos para aprimorar os cuidados de enfermagem.

Desta forma foi elaborada uma revisão da literatura sobre a temática em estudo neste relatório, e em seguida será mostrada a experiência desenvolvida ao longo do ENPRF.

2.1. CONCETUALIZAÇÃO

A gravidez pode ser definida com um período, em que, no organismo materno ocorrem inúmeras alterações e transformações, sejam elas físicas, fisiológicas e sociais, com a finalidade de promover e acompanhar a evolução, o crescimento e o desenvolvimento de um feto, considerando sempre a homeostase materna e fetal (Barakat et al., 2012; Hailemariam et al., 2020; Lopes et al., 2021; Alves et al., 2022).

Com vista ao término da gravidez, o organismo materno desencadeia uma série de procedimentos, com o objetivo de expulsar o feto, denominado de trabalho de parto. O trabalho de parto integra várias fases, sendo elas: apagamento e dilatação do colo uterino, período expulsivo e dequitação, e é influenciado por inúmeros fatores desde anatómicos, fisiológicos e psicológicos. Assim, deste modo, é bastante relevante reconhecer a forma de atuação dos profissionais de saúde e proporcionar intervenções que influenciem positivamente este momento tão esperado pela mulher/ família que é o nascimento de um filho (Nené et al., 2016; Barakat et al. 2018).

A prática de exercício físico durante a gravidez é preponderante, pois promove um aumento de peso controlado, bem como a diminuição de ocorrência de desconfortos e patologias próprias da gravidez como são o caso das lombalgias, doenças do foro hipertensivo e metabólico, restrições do crescimento fetal, incontinência urinária, entre outras. Diminui ainda o risco de ocorrência de partos prematuros e de cesarianas, promove uma melhoria do sistema cardiovascular e respiratório, bem como favorece o bem-estar psicológico e social, diminuindo a incidência de depressão pós-parto (Rodríguez-Díaz et al., 2017; Ferreira et al.,

2018; Hailemariam et al., 2020; Ahmadpour et al., 2021; Alves et al., 2022; Baker et al., 2022; Santos-Rocha et al., 2022).

Realizar exercícios de forma continuada ao longo da gravidez promove também uma melhoria da elasticidade dos tecidos ao nível do períneo, o que contribui para a diminuição da incidência de lacerações perineais no período expulsivo e também da necessidade de execução de episiotomias (Barbieri et al., 2013; Paiva et al., 2018; Cruz et al., 2020; Grenvik et al., 2021; Alves et al., 2022; Delgado et al., 2022; Santos-Rocha et al., 2022).

De acordo com Ferreira et al. (2018), a prática regular de exercício durante a gravidez origina uma série de alterações metabólicas e hormonais que influenciam positivamente a contratilidade uterina e a resistência do útero durante o trabalho de parto.

A execução de exercício durante o trabalho de parto é uma prática considerada bastante importante, uma vez que demonstra ter resultados positivos quer para a grávida como para o feto. A utilização de posições verticalizadas para a realização de exercícios, como: andar, dançar, subir e descer escadas ou a realização de básculas com o auxílio de uma bola de *Pilates*, proporcionam a insinuação da apresentação na bacia materna com maior facilidade; uma vez que naturalmente através da movimentação há uma melhor acomodação do feto aos diâmetros da bacia materna proporcionando uma resolução natural para as distócicas de progressão. Outro aspeto a ter em consideração prende-se com a força da gravidade, que no momento da contração potencia o efeito desta tornando-as mais eficazes (Barbieri et al., 2013; Barakat et al., 2018; Paiva et al., 2018; Cruz et al., 2020; Grenvik et al., 2021; Delgado et al., 2022).

Outro fator muito relevante está também relacionado com o facto da realização de exercícios durante o trabalho de parto ser considerado como um método não farmacológico para o alívio da dor, bem como favorece a diminuição dos níveis da ansiedade e stress por parte da grávida/ casal, o que por si só vai facilitar a produção e atuação da ocitocina endógena, contribuindo para o trabalho de parto mais natural, com menos necessidade de intervenção medicamentosa (Barakat et al., 2018; Paiva et al., 2018; Cruz et al., 2020; Digal et al., 2020; Silva et al., 2020; Grenvik et al., 2021; Alves et al., 2022; Barbieri et al., 2022; Lobão & Zangão, 2022)

Uma outra vertente de exercícios também muito pertinente são os exercícios respiratórios, estes são extremamente importantes sobretudo no momento da contração, pois o músculo uterino e o feto têm o aporte de oxigénio reduzido. Uma respiração correta e eficaz no momento da contração uterina ajuda a suprir as necessidades tecidulares ao nível do útero, bem como melhora a oxigenação do feto, contribuindo para o seu bem-estar. Os exercícios

respiratórios são também encarados como uma técnica de autocontrolo corporal, uma vez que distraem a mulher da sua perceção de dor, sendo também considerados como método não farmacológico de alívio da dor (Cruz et al., 2020).

Em algumas condições específicas em que a realização de exercícios durante o trabalho de parto esteja contraindicada, seja por razões clínicas devido a alguma condição patológica, após a realização de analgesia de trabalho de parto, ou simplesmente porque a mulher não quer realizar exercícios, o seu posicionamento no leito ganha relevância, uma vez que através dele e com a utilização de acessórios corretos, como por exemplo a bola amendoim, podemos promover a abertura dos diferentes estreitos da bacia materna e favorecer a acomodação, rotação e descida fetal. (Roth et al., 2016; Grenvik et al., 2019; Hickey & Savage 2019; Outland & Alvarado 2019; Ahmadpour et al., 2021).

É ainda interessante salientar que a utilização de técnicas de analgesia epidural durante o trabalho de parto apresenta maiores taxas de partos vaginais instrumentados, bem como trabalhos de parto mais prolongados, uma vez que está provado que esta técnica de alívio da dor proporciona um relaxamento da musculatura do assoalho pélvico, o que interfere com a rotação da cabeça do feto bem como na capacidade de a mulher realizar esforços expulsivos. Com o intuito de colaborar de forma positiva para a resolução deste acontecimento, a alternância de decúbitos de forma frequente no leito e a utilização de acessórios para o posicionamento da grávida são fundamentais (Hickey & Savage 2019; Ahmadpour et al., 2021; Delgado et al., 2022).

De uma forma global, pode então concluir-se que a realização de exercício físico de forma regular ao longo da gravidez e durante o trabalho de parto interfere de forma positiva na duração do TP: reduz o medo/ ansiedade e stress por parte da parturiente/ casal, diminui a perceção de dor, diminui a necessidade de intervenção médica, encurta a duração de todo este processo; o que contribui positivamente para a satisfação com os cuidados de saúde prestados (Barbieri et al., 2013; Henrique et al., 2016; Rodríguez-Díaz et al., 2017; Barakat et al., 2018; Paiva et al., 2018; Cavalcanti et al., 2019 Hickey & Savage 2019; Grenvik et al., 2021; Baker, et al. 2022).

Deve ainda ser considerado que em situações em que a liberdade de movimentos não possa ser promovida devido a alguma condição específica da parturiente, existem métodos que devem ser aplicados, como é o caso do correto posicionamento, que vai facilitar o decurso do trabalho de parto. É também perentório salientar que o conhecimento que a mulher/ casal detém são dos fatores mais importantes para uma boa adesão a este tipo de

atividades, assim, deste modo o papel do EEESMO é preponderante como veículo de transmissão de conhecimentos proporcionando a adesão ao regime terapêutico.

A realização de exercícios no decorrer da gravidez e no trabalho de parto, bem como a literacia em saúde das populações, remete-nos para uma atitude reflexiva acerca da prática dos cuidados de saúde, uma vez que através dos dados recolhidos durante a prática de cuidados da mestranda foi possível perceber que grande parte das pessoas não detém conhecimentos acerca deste tema, nem procura aumentar os seus conhecimentos através de cursos especializados de preparação para o parto e parentalidade.

A prática destes mesmos exercícios permitem não só proporcionar o desenrolar de um trabalho de parto mais rápido, uma vez que auxilia a acomodação da apresentação na bacia materna e a respetiva descida fetal e, bem como promove a diminuição dos níveis de ansiedade e um maior relaxamento materno o que ajuda na produção e atuação da ocitocina. Outro benefício bastante relevante acerca desta prática é o facto deste ser considerado como um método não farmacológico para o alívio da dor, o que favorece um melhor controlo algico para a parturiente, o que diminui a necessidade de intervenção médica no que respeita a administração de analgesia de trabalho de parto (Barbieri et al., 2013; Barakat et al., 2018; Ferreira et al., 2018; Paiva et al., 2018; Cruz et al., 2020; Digal et al., 2020; Hailemariam et al., 2020; Silva et al., 2020; Grenvik et al., 2021; Ahmadpour et al., 2021; Alves et al., 2022; Barbieri et al., 2022; Baker et al., 2022; Delgado et al., 2022; Lobão & Zangão, 2022).

A prática de exercício físico durante a gravidez é também uma prática recomendada, desde que não existam contraindicações médicas, não só por todos os benefícios da prática de exercício gerais na mulher, como na melhoria da qualidade de vida, da função cardiorrespiratória, prevenção de incontinência urinária no período pós-parto, mas também pelo alívio de sintomas e influência positiva nos problemas característicos da gravidez como é o caso da diabetes gestacional, patologia hipertensiva, lombalgias, diminui o risco de ganho de peso excessivo, melhora a sensação de bem-estar e diminui o risco de ocorrência de problemas do foro psicológico no pós-parto, entre outros. O impacto da prática de exercícios ao longo da gravidez na região perineal é também significativa, uma vez que aumenta a elasticidade dos tecidos, diminui a ocorrência de lacerações e a necessidade de executar episiotomia. Devido à melhoria da condição geral de saúde, como o aumento da flexibilidade e de massa muscular, torna-se também facilitador para a mulher tolerar algumas posições mais específicas durante o trabalho de parto, como é por exemplo a posição de cócoras (Barbieri et al., 2013; Paiva et al., 2018; Cruz et al., 2020; Grenvik et al., 2021; Alves et al., 2022; Delgado et al., 2022; Santos-Rocha et al., 2022).

Relativamente ao recém-nascido, existem também inúmeros benefícios como é o caso do peso ao nascer, que por norma é mais baixo o que facilita o parto, bem como diminui a ocorrência de partos prematuros, de cesarianas e a diminuição do risco de aborto espontâneo (Ferreira et al., 2018; Hailemariam et al., 2020; Ahmadpour et al., 2021; Alves et al., 2022; Baker et al., 2022; Santos-Rocha et al., 2022).

Considerando todos estes benefícios citados anteriormente, torna-se bastante pertinente o estudo desta temática. Demonstrado através da mais recente evidência científica os seus benefícios com o intuito de promover a sua aplicação no contexto de prática clínica por parte do EEESMO, bem como de promover o empoderamento das mulheres acerca desta área tão específica que é o trabalho de parto, e a forma como a parturiente pode colaborar em todo este processo no sentido de promover uma gravidez, um trabalho de parto e um parto numa experiência feliz, humanizada contribuindo para a satisfação da mulher/ casal.

A busca incessante de conhecimento científico na área de enfermagem é considerada o pilar elementar para o desenvolvimento profissional, o que contribui para a promoção da melhoria da prestação de cuidados e o alcance da excelência em Enfermagem (OE, 2006; Souza, Silva, & Carvalho, 2010).

Metodologia

A conceitualização foi construída a partir de uma revisão integrativa (Apêndice E), a qual teve como finalidade confrontar a informação que existe na atualidade acerca de uma determinada área em estudo, neste caso específico acerca dos benefícios da prática de exercício físico durante a gravidez e trabalho de parto. Em seguida irão ser apresentadas as etapas percorridas pela mestranda para a elaboração da mesma.

Numa primeira fase foi definida a questão de investigação, utilizando a metodologia PICO seguindo o acrónimo de enunciação PICO (P-população: Mulheres grávidas e em trabalho de parto; I- Intervenção: Prática de exercício físico; Co- Contexto: Gravidez e trabalho de parto): “Quais os benefícios da prática de exercício físico durante a gravidez e no trabalho de parto?”. Em seguida foram definidos descritores controlados DeCS (Descritores em Ciências da Saúde), MeSH (Medical Subject Headings), e descritores não controlados com a utilização de palavras textuais e sinónimos. Posteriormente foram definidos os critérios de inclusão e exclusão, para facilitar a pesquisa da mais recente evidência científica através das seguintes bases de dados: EBSCOhost, na base de dados CINAHL Complete, MEDLINE Complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Cochrane Database of Systematic Reviews. Seguidamente foi realizada a extração de dados por dois revisores de forma

independente e posteriormente realizada uma análise conjunta. Em caso de discordância entre os dois revisores seria integrado um terceiro revisor, que não foi necessário. No que respeita ao processo de seleção dos artigos este encontra-se esquematizado de acordo com método PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analyses statement) e pode ser encontrado no Apêndice F.

A pesquisa teve como resultado 2455 artigos, tendo sido realizada uma primeira seleção pelo seu texto completo (n= 904), posteriormente pela data da publicação (2016-2022) (n= 743), depois por artigos duplicados (n = 368), foram retirados os artigos por não terem evidência científica (<50%) e estudos em animais (n=260). Foram selecionados 180 estudos para avaliação. Após a leitura do seu resumo foram excluídos 158, sobrando apenas 22 artigos para análise, os quais foram analisados na sua íntegra e 13 foram rejeitados por não apresentarem com precisão a informação pretendida para a investigação.

Por forma a aferir o nível de evidência dos artigos selecionados, os mesmos foram avaliados segundo os instrumentos de avaliação crítica do The Joanna Briggs Institute, tendo cumprido pelo menos 50% dos critérios constantes nas tabelas de avaliação.

2.2. ANÁLISE DOS RESULTADOS OBTIDOS NA PRÁTICA CLÍNICA

Com o intuito de facilitar a apresentação dos dados recolhidos ao longo de todo o ENP considerou-se pertinente apresentar os dados divididos por campo clínico, uma vez que de acordo com o campo clínico assim foram os dados questionados/ obtidos. O principal objetivo das questões realizadas às mulheres procurava saber se tinham realizado curso de preparação para o parto, nos serviços de Bloco de Partos e Puerpério, e relacionar esses mesmo dados com a sua literacia; no serviço de Medicina Materno-Fetal procurou-se perceber se já tinham realizado o curso, ou se teriam interesse em realizar de acordo com o tempo de gravidez de cada mulher.

Numa primeira parte irei apresentar os dados mais gerais que foram recolhidos de igual forma dos diversos contextos clínicos, posteriormente irei fazer a sua separação conforme a sua pertinência e relação com o tema em estudo.

De salvaguardar que os números apresentados em seguida podem ser díspares dos que se encontram na folha de curso com as contagens finais (Apêndice G), uma vez que não foi possível recolher dados a todas as utentes, e algumas utentes apresentaram internamentos longos com diversas avaliações do bem-estar materno-fetal por parte da mestranda, mas apenas com uma colheita de dados.

Caraterização População-Alvo

A população-alvo de cuidados durante a realização do ENP, incorpora 836 mulheres que se encontravam grávidas, em trabalho de parto, ou já puérperas. Destas, a 48 parturientes tivemos a oportunidade de realizar o parto o que corresponde a 6% da população; existiu ainda a possibilidade de assistir e participar de forma ativa em 25 outros partos, correspondendo a 3%. No contexto de bloco de partos vigiámos e acompanhámos o trabalho de parto de 147 mulheres (18%), que se juntarmos com a vigilância de trabalho de parto realizada no contexto de medicina materno-fetal perfaz um total de 173 mulheres, o que corresponde a 21%.

A vigilância da gravidez é uma parcela com peso importante uma vez que em contexto de sala de partos a mestranda acompanhou 44 mulheres, e na unidade de medicina materno-fetal acompanhou 54 mulheres, o que tudo somado perfaz 98 mulheres, o equivalente a aproximadamente 11% da população-alvo, ao adicionar a vigilância da gravidez realizada em contexto de consulta externa este valor aumenta substancialmente perfazendo um total de 436, o que equivale a 51%. No que diz respeito a puérperas, em contexto de sala de partos foram acompanhadas 50 mulheres no puerpério imediato, correspondendo a 6% da população, enquanto no serviço de puerpério, num contexto de puerpério precoce foram acompanhadas 83 mulheres, o que corresponde a 10% da população. Na tabela 4 é possível observar-se de forma mais sintetizada a informação apresentada anteriormente.

Tabela 4.
Assistência às mulheres nos diferentes contextos clínicos

<i>Contexto Clínico</i>	<i>Procedimento Realizado</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>
<i>Consulta externa</i>	Vigilância da gravidez	338	40%
	Puérperas	21	3%
<i>Bloco de Partos</i>	Partos Realizados	48	6%
	Partos Assistidos	25	3%
	Vigilância do Trabalho de Parto	147	18%
	Vigilância da Gravidez	44	5%
	Puerpério Imediato	50	6%
<i>Puerpério</i>	Puerpério precoce	83	10%
<i>Medicina Materno-Fetal</i>	Vigilância do trabalho de parto	26	3%
	Vigilância da Gravidez	54	6%
<i>Total de Parturientes</i>		836	100%

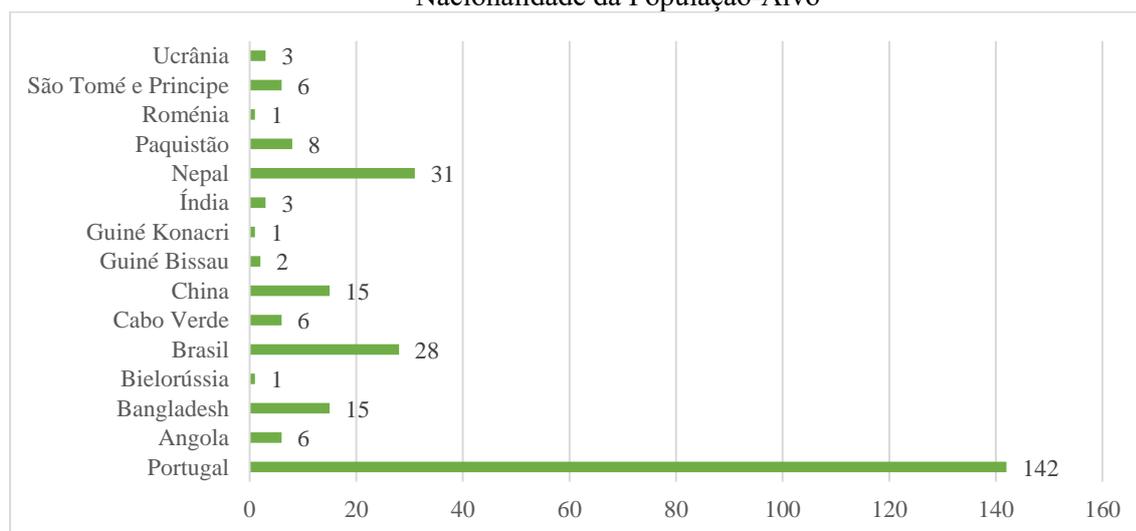
Fonte: Elaboração Própria

Naturalidade/ Nacionalidade

Relativamente à naturalidade/nacionalidade da população-alvo, como referido anteriormente neste documento, a população residente no distrito de Lisboa apresenta uma grande multiculturalidade pelo que os dados espelham bem esse fenómeno.

Analisando o gráfico (Figura 6) apresentado abaixo, podemos verificar que 59% (n=142) da população é portuguesa (sendo que esta se encontra distribuída por vários distritos do país sendo eles Évora (n=4), Guarda (n=1), Leiria (n=5), Lisboa (n=108), Santarém (n=6), Setúbal (n=17), Viseu (n=1)). Seguidamente, as nacionalidades que apresentam uma maior representatividade são: a nepalesa com 12% de representatividade (n=31), seguindo-se a brasileira com aproximadamente 11% (n=28), a comunidade proveniente da China e Bangladesh encontra-se em pé de igualdade com 15 mulheres cada, correspondendo a 6%. Mulheres naturais do Paquistão representam 3% da população (n=8).

Figura 6.
Nacionalidade da População-Alvo

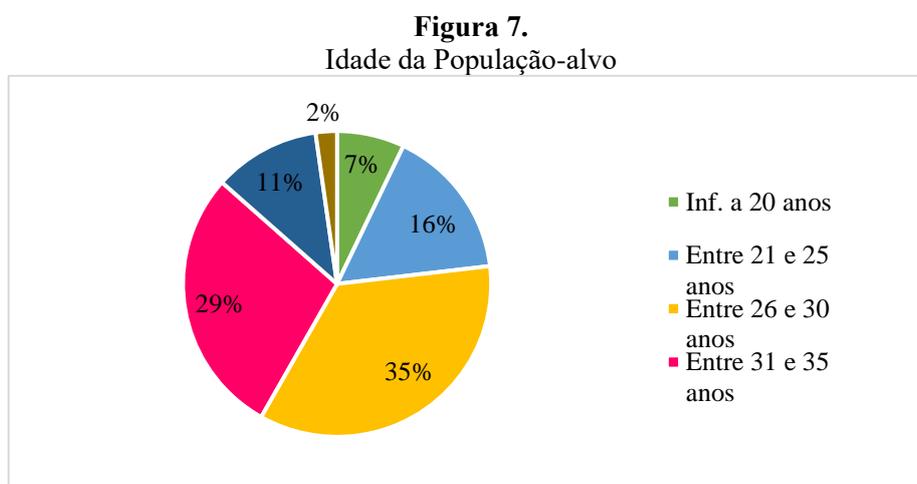


Fonte: Elaboração Própria

Idade

No que respeita às idades da população-alvo (Figura 7), foram organizados em intervalos de cinco anos com o objetivo de facilitar a leitura e interpretação dos dados, pelo que à primeira vista podemos constatar que o intervalo de idades entre os 26 e os 30 anos é o mais representativo com 35% (n=94), seguindo-se o intervalo entre os 31 e 35 anos com 29% (n=76). Com uma menor representatividade, mas ainda com algum peso, temos o intervalo de idades entre os 21 e os 25 anos com 16% (n=43). Entre os 36 e os 40 anos temos 30 mulheres (11%), acima dos 41 anos temos apenas duas mulheres, o que corresponde a 2%. Com idade

inferior a 20 anos, a nossa população tem um total de 19 mulheres, o que representa aproximadamente 7% da população.



Fonte: Elaboração Própria

Dados estatísticos referentes ao ano de 2022 mostram que a idade média para se ter um filho em Portugal é de 32,2 anos de idade. Se compararmos estes dados com anos anteriores, por exemplo em 2000, verificamos que a idade era de 28,6 anos pelo que podemos constatar que a decisão de ter um filho tem vindo a ser adiada pela mulher/ casal (PORDATA, 2023). Se observarmos os dados acerca da idade para ser ter o 1º filho verificamos que no ano de 2022 a idade materna era de 30,8 anos e no ano de 2000 era 26,5 anos (PORDATA, 2023). Ao analisar os dados fornecidos pelo Conselho de Nacional de Saúde, 2022, podemos verificar que no ano de 2019, 30,2% das parturientes tinham idade superior a 35 anos, 6,5% tinham idade superior a 40 anos, e 0,3% com idade superior a 45 anos; ao comparar estes mesmos indicadores com os dados referentes ao ano de 2021 é possível verificar que a idade das parturientes aumentou, passando para 30,7% para parturientes com idade superior a 35 anos, 7,7% com idade superior a 40 anos, e 0,7% com idade superior a 45 anos. Dados estes que corroboram a ideia de que cada vez mais as mulheres adiam a decisão de ter um filho, este facto advém das alterações dos modelos familiares com a evolução da sociedade, das normas sociais, e também exigência laboral que incute na mulher uma grande obrigatoriedade de manter a sua dedicação a níveis máximos (Santos et al., 2011; Barboza, et al., 2020).

Se considerarmos valores referentes à realidade europeia, do ano de 2021 constatamos que a idade média para o nascimento de um filho é de 31,1 anos, não sendo possível comparar com o ano de 2000 por não existirem dados referentes a esse mesmo ano (PORDATA, 2023).

Se avaliarmos os dados europeus para o nascimento do 1º filho no ano de 2021, verificamos que a idade média é 29,7 anos.

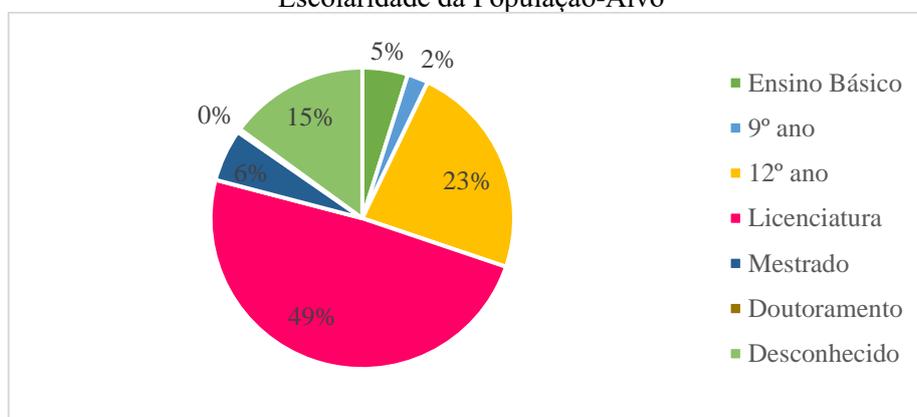
Ao analisarmos os dados obtidos na população-alvo, podemos constatar que a média de idades de toda a nossa população é de 29,1 anos, ficando mesmo assim um pouco abaixo da média nacional e europeia, devendo-se isto ao facto de uma grande parte da população ser estrangeira e cujos seus países de origem, a decisão de ter um filho ocorrer mais precocemente.

Se tivermos em consideração que gravidezes mais tardias podem acarretar mais complicações sejam elas maternas ou fetais, é possível também verificar que a média de idades das mulheres acompanhadas no serviço de medicina materno-fetal é um pouco superior, rondando os 30,8 anos.

Escolaridade

No que respeita à escolaridade da população-alvo (Figura 8), podemos verificar que o grupo com maior representatividade detém uma licenciatura (n=131) o que representa 49% da população. A restante população 5% (n=13) detém o ensino básico completo; 2% tem o 9º ano completo, o que corresponde a seis mulheres; 62 mulheres têm o ensino secundário concluído, o que corresponde a 23%; 15 mulheres são detentoras do Mestrado, o que equivale a 6%; apenas uma utente com doutoramento, o que equivale a 0%; e 15% (n=40) com habilitações literárias desconhecidas. Este grupo de utentes que foram alocadas ao grupo habilitações literárias desconhecidas, e que ainda tem algum peso, está relacionado com vários fatores, nomeadamente: a barreira linguística, o que dificulta bastante o processo de colheita de dados; não ter qualquer tipo de habilitações, uma vez que houve situações que segundo a utente/marido, não sabiam ler ou escrever.

Figura 8.
Escolaridade da População-Alvo

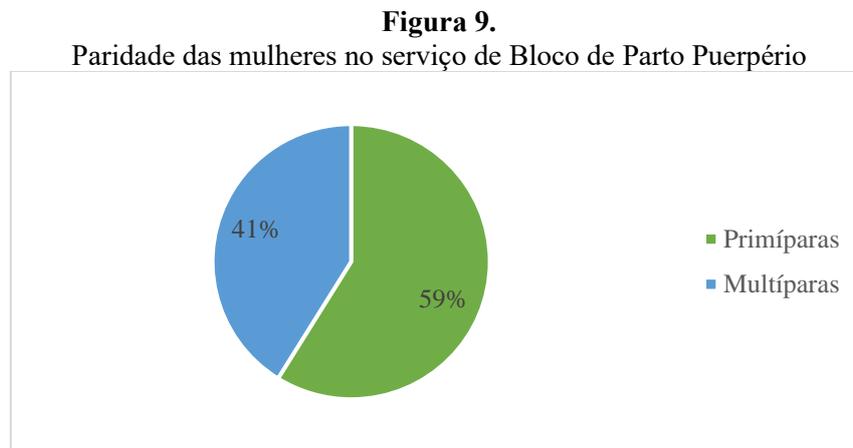


Fonte: Elaboração Própria

Os dados que apresentamos em seguida são referentes apenas à informação recolhida em contexto de sala de partos e puerpério, pelo que o universo de dados fica reduzido a 226, o que corresponde a 100%.

Caraterização Obstétrica das Parturientes

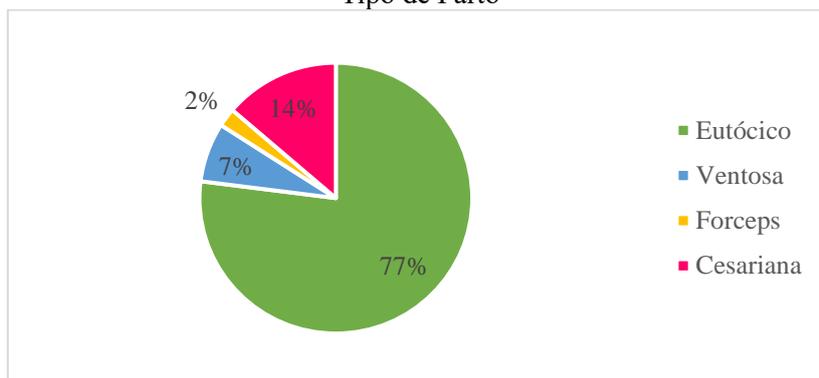
No seguinte gráfico (Figura 9), encontra-se ilustrada a paridade das mulheres que participaram na colheita de dados, onde é possível constatar que 59% são primíparas (n=133), e 41% são múltíparas (n=93).



Fonte: Elaboração Própria

Relativamente ao tipo de parto da população-alvo (Figura 10), podemos aferir que o parto eutócico é aquele que apresenta uma maior expressão, correspondendo a 77% da totalidade dos partos (n=174). Os partos distócicos quer por ventosa, quer por fórceps perfazem um total de 21, o que corresponde a 9% da totalidade dos partos das mulheres em estudo. No que respeita ao número de cesarianas, ocorreram 31 partos por via alta o que equivale a 14%.

Figura 10.
Tipo de Parto

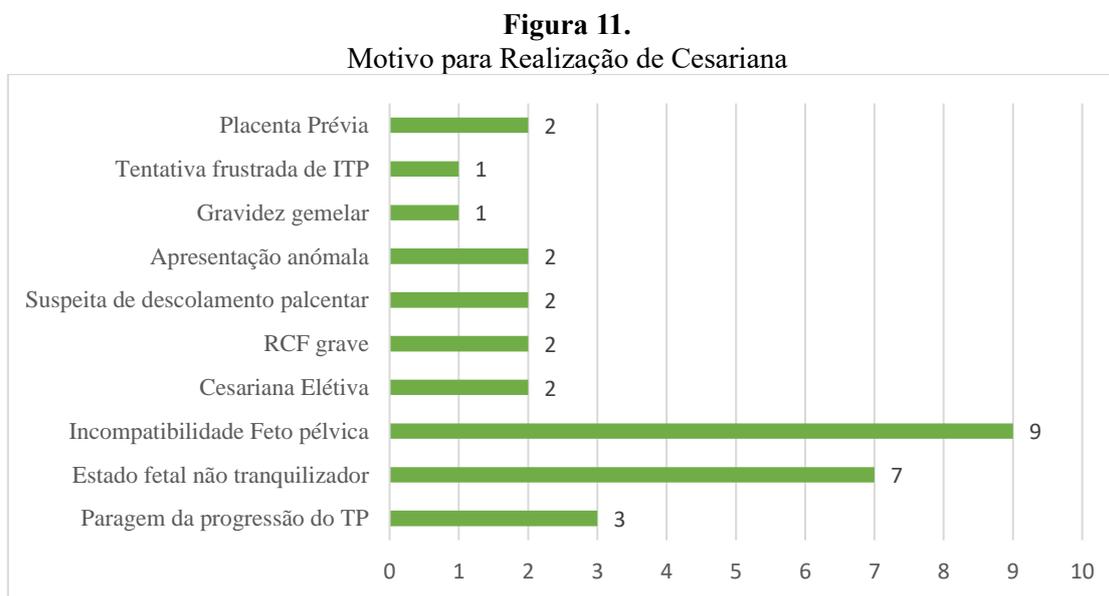


Fonte: Elaboração Própria

De acordo com dados estatísticos, e com a Organização Mundial de Saúde podemos afirmar que o número de cesarianas tem tendência para continuar a aumentar ao longo dos próximos anos. No ano de 2021, a percentagem de ocorrência de partos por via alta foi de 37,1%, tendo subido 9,1% desde o ano de 2000 (OMS, 2021; PORDATA,2023). A execução deste procedimento deve ser ponderada, pois constitui um procedimento cirúrgico que acarreta com ele uma série de riscos, nomeadamente: o risco de hemorragia, risco de infeção, período de recuperação pós-parto/ pós-cirúrgico mais alargado, possíveis complicações em gravidezes futuras, demora em estabelecer o contato pele a pele e consequentemente em iniciar a amamentação. Tomar a decisão de realizar uma cesariana pode ser inevitável em determinadas situações como: a existência de patologia materna em que o parto vaginal esteja contraindicado; anomalia fetal com contraindicação para parto vaginal; patologia característica da gravidez como são por exemplo as alterações placentares; cirurgias prévias ao útero; apresentação fetal anómala; gravidez múltipla com o 1º feto em apresentação anómala; suspeita de incompatibilidade feto-pélvica; indução de trabalho de parto falhada; trabalho de parto não evolutivo; estado fetal não tranquilizador, entre outros. (DGS, 2015; OMS, 2021).

Os partos por via alta que foram executados às parturientes que compõem esta amostra encontram-se descritos no seguinte gráfico (Figura 11), pelo que podemos aferir que a incompatibilidade feto-pélvica é aquela que apresenta mais peso com 29% (n=9); seguindo-se o estado fetal não tranquilizador com 23% (n=7); paragem de progressão do TP com 10% (n=3); seguidamente com 2 casos cada, o que corresponde a aproximadamente 6%, temos: placenta prévia, apresentação anómala, suspeita de descolamento da placenta, Restrição do Crescimento Fetal [RCF] grave e cesariana eletiva por cesariana/cirurgia anterior. Em último

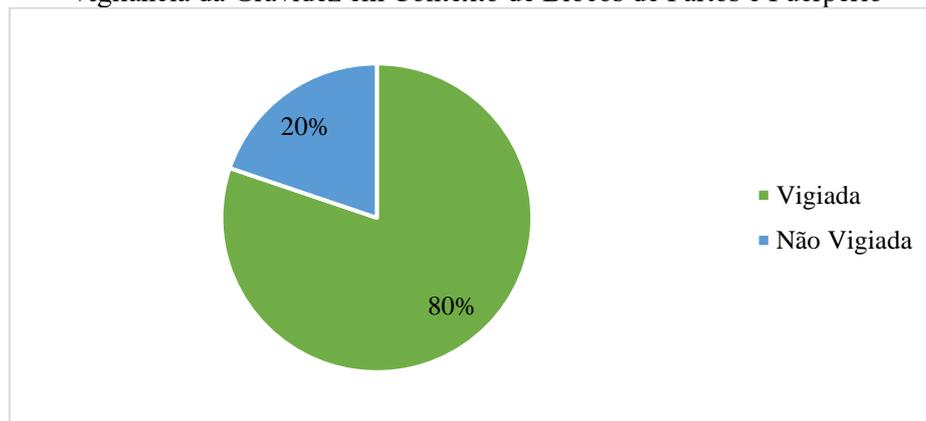
lugar com apenas 1 caso, temos a tentativa frustrada de ITP e gravidez gemelar o que corresponde apenas a 3% cada.



Fonte: Elaboração Própria

Em concordância com a análise realizada considerando o gráfico seguinte (Figura 12), pode afirmar-se que de entre todas as mulheres acompanhadas pela mestranda no contexto de bloco de partos e puerpério 80% (n=215) foram gravidezes vigiadas, os restantes 20% (n=53) foram gravidezes consideradas não vigiadas. Este elevado número, prende-se com situações muito específicas entre elas: recorrer ao Serviço de Urgência [SU] com dores abdominais e descobrir que está grávida e em trabalho de parto; jovens grávidas que esconderam a gravidez da família e acabaram por não realizar a sua vigilância; e grande parte das situações estão relacionadas com o fator da multiculturalidade da população que vive e vem para Portugal apenas algumas semanas antes de parir, sem terem qualquer tipo de registo prévio da vigilância da gravidez.

Figura 12.
Vigilância da Gravidez em Contexto de Blocos de Partos e Puerpério



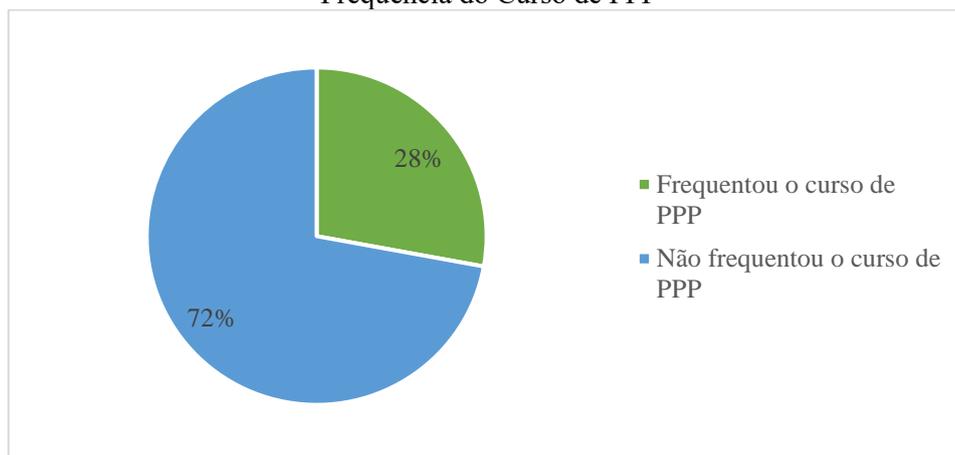
Fonte: Elaboração Própria

Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade

O principal objetivo do Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade [CPPP] pretende fortalecer a confiança, e desenvolver competências quer na grávida, quer no casal e/ou família com o intuito de proporcionar uma experiência positiva na gravidez, parto e transição para a parentalidade feliz, estimulando as capacidades cuidativas e interativas próprias da relação da tríade. O CPPP deve ser desenvolvido e ajustado de acordo com as necessidades do grupo/ grávida/ casal, indo ao encontro das suas expectativas, com o intuito de esclarecer as dúvidas e receios, promovendo a confiança no processo de cuidar do novo Ser, bem como a partilha de experiências com outros casais e proporcionar uma vivência da gravidez saudável (OE, 2016; DGS, 2020).

Considerando a experiência em contexto clínico da mestranda, é possível afirmar que ao contrário do que foi idealizado, a realidade com que a mestranda se deparou foi surpreendente, julgando que a taxa de adesão a este tipo de cursos fosse muito superior ao que realmente é. Apenas 28% da população frequentou o curso de preparação para o parto e parentalidade, o que corresponde a 63 mulheres, as restantes 163 não realizaram esta preparação para o parto e parentalidade, o que corresponde a 72% da população, como é possível verificar na figura 13.

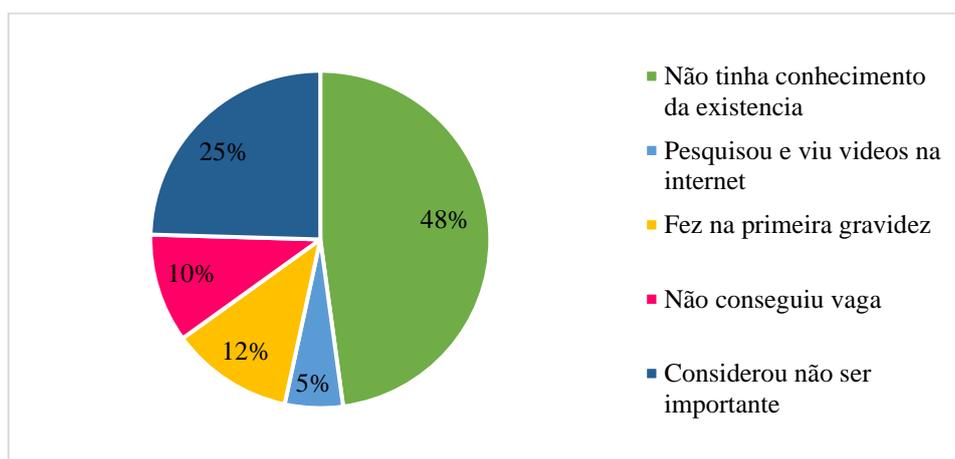
Figura 13.
Frequência do Curso de PPP



Fonte: Elaboração Própria

Quando questionadas acerca da não frequência de um curso de preparação para o parto, 48% (n=78) das mulheres referiram não saber da existência deste tipo de cursos, 25% (n=40) das mulheres considerou não ser importante a frequência deste tipo de cursos, 12% (n=19) das mulheres referem ter feito na primeira gravidez, 10% (n=17) queria realizar, mas não conseguiu vaga nos serviços públicos, e os restantes 5 % (n=9) das mulheres referem ter pesquisado vídeos sobre o tema na *internet* (Figura 14).

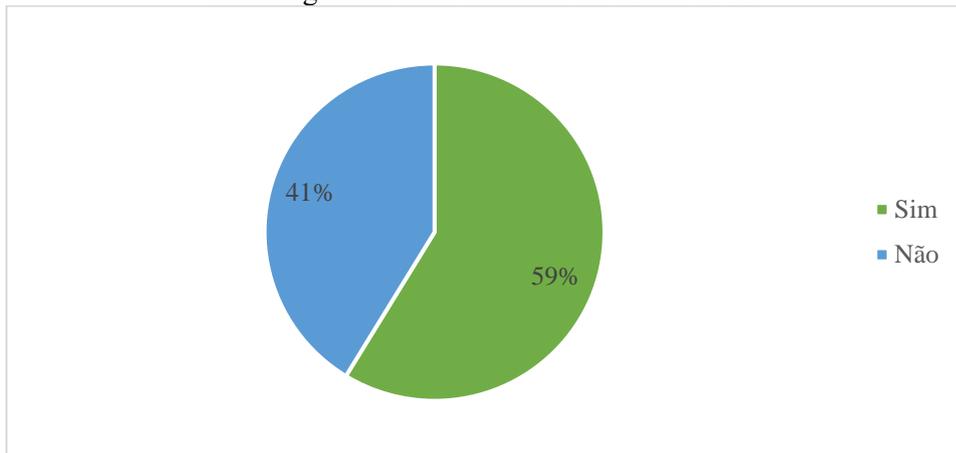
Figura 14. Razões pela não Frequência do Curso de PPP



Fonte: Elaboração Própria

Das mulheres que frequentam o curso procurou-se perceber se a temática do exercício durante o trabalho de parto foi um tema abordado. De um total de 63 mulheres que realizaram este tipo de cursos, em apenas 59% (n=37) das situações este tema foi abordado durante o curso. Em 41% (n=26) dos casos este tema não foi abordado (Figura 15).

Figura 15.
Abordagem do tema exercício no TP no CPPP



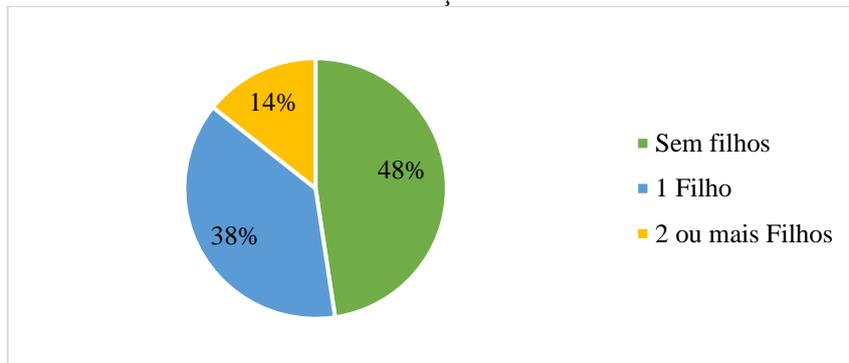
Fonte: Elaboração Própria

Seguidamente apresentaremos os dados recolhidos no serviço de Medicina Materno-Fetal, uma vez que a população deste tipo de serviço é diferente da população encontrada no serviço de Bloco de Partos e Puerpério. O universo de dados aqui é de 42 mulheres, o que corresponde a 100%.

Caraterização Obstétrica das Parturientes

Na figura 16, podemos verificar que no serviço de Medicina Materno-Fetal a População-Alvo foram 48% (n=20), grávidas que ainda não têm filhos. Com apenas um filho temos uma contagem de 16 mulheres o que corresponde a 38%, e com dois ou mais filhos temos seis mulheres o que corresponde a 14%.

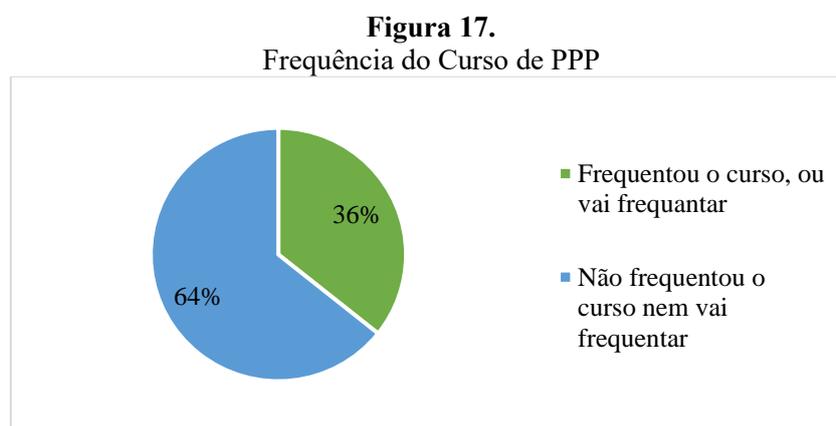
Figura 16.
Paridade das mulheres no serviço de Medicina Materno-Fetal



Fonte: Elaboração Própria

Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade

Relativamente à frequência do curso de preparação para o parto, num universo de 42 mulheres, apenas 36% frequentou ou vai frequentar um CPPP o que corresponde a 15 mulheres. Contrastando com isto, temos 64% (n=27) da população-alvo que não realizaram este mesmo curso e /ou não pretendem realizar (Figura 17).

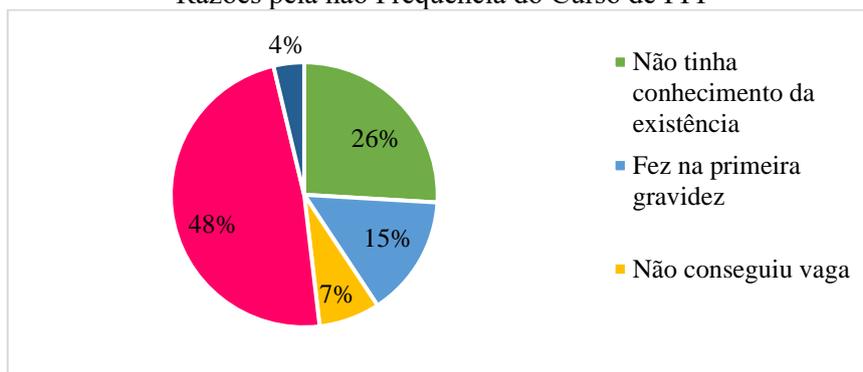


Fonte: Elaboração Própria

Após serem questionadas se realizaram ou se pretendiam realizar o curso de preparação para o parto, e caso a sua resposta fosse negativa, procurou-se saber o motivo dessa não frequência, pelo que os dados se encontram representados graficamente em seguida (Figura 18). Constatou-se que a maior parte (48%, n= 13) considerou não ser importante a realização deste curso, 26% (n=7) refere não ter conhecimento da existência deste tipo de cursos, 15% (n=4) reconhece a importância do curso, mas afirmam já ter feito numa primeira gravidez. Não conseguir uma vaga foi também um dos motivos, com 7% de representatividade, o que corresponde a 2 casos. Há ainda uma situação de uma mulher que pratica Ioga com regularidade, e como tal não considera pertinente realizar este tipo de cursos, pois o tema que mais interesse lhe suscita prende-se com a prática de exercícios numa componente mais física ou exercícios respiratórios, tema que já aborda nas suas aulas.

Figura 18.

Razões pela não Frequência do Curso de PPP

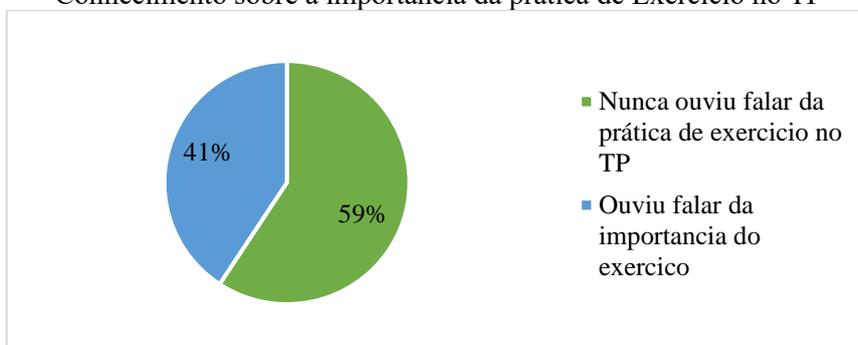


Fonte: Elaboração Própria

Das 27 mulheres que não realizaram o curso de preparação para o parto ou que não demonstram interesse na sua realização, apenas 41% (n=11) ouviram falar da pertinência da realização de exercícios durante o trabalho de parto, procurando informações através dos seus pares ou através de pesquisa na internet. As restantes mulheres, 59% (n=16), nunca ouviram falar sobre tema nem reconheceram a sua pertinência (Figura 19).

Figura 19.

Conhecimento sobre a importância da prática de Exercício no TP

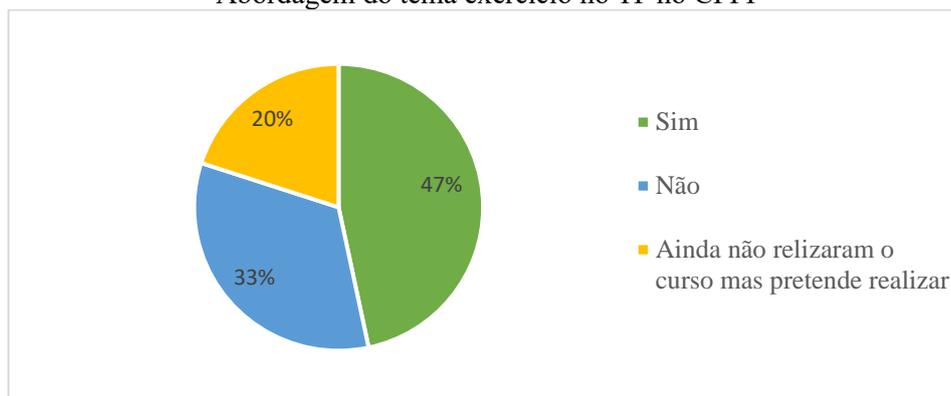


Fonte: Elaboração Própria

Foi ainda possível verificar que a abordagem ao tema acerca da prática de exercício no trabalho de parto não está presente em todos os cursos, pelo que segundo as inquiridas, em 15 mulheres que realizaram o curso ou pretendem realizar, apenas em 7 situações o tema foi abordado o que corresponde a 47%; 33% (n=5) responderam que o tema não foi abordado e 20% (n=3) ainda não tinham realizado este curso na sua totalidade ou ainda o iriam frequentar. (Figura 20).

Figura 20.

Abordagem do tema exercício no TP no CPPP



Fonte: Elaboração Própria

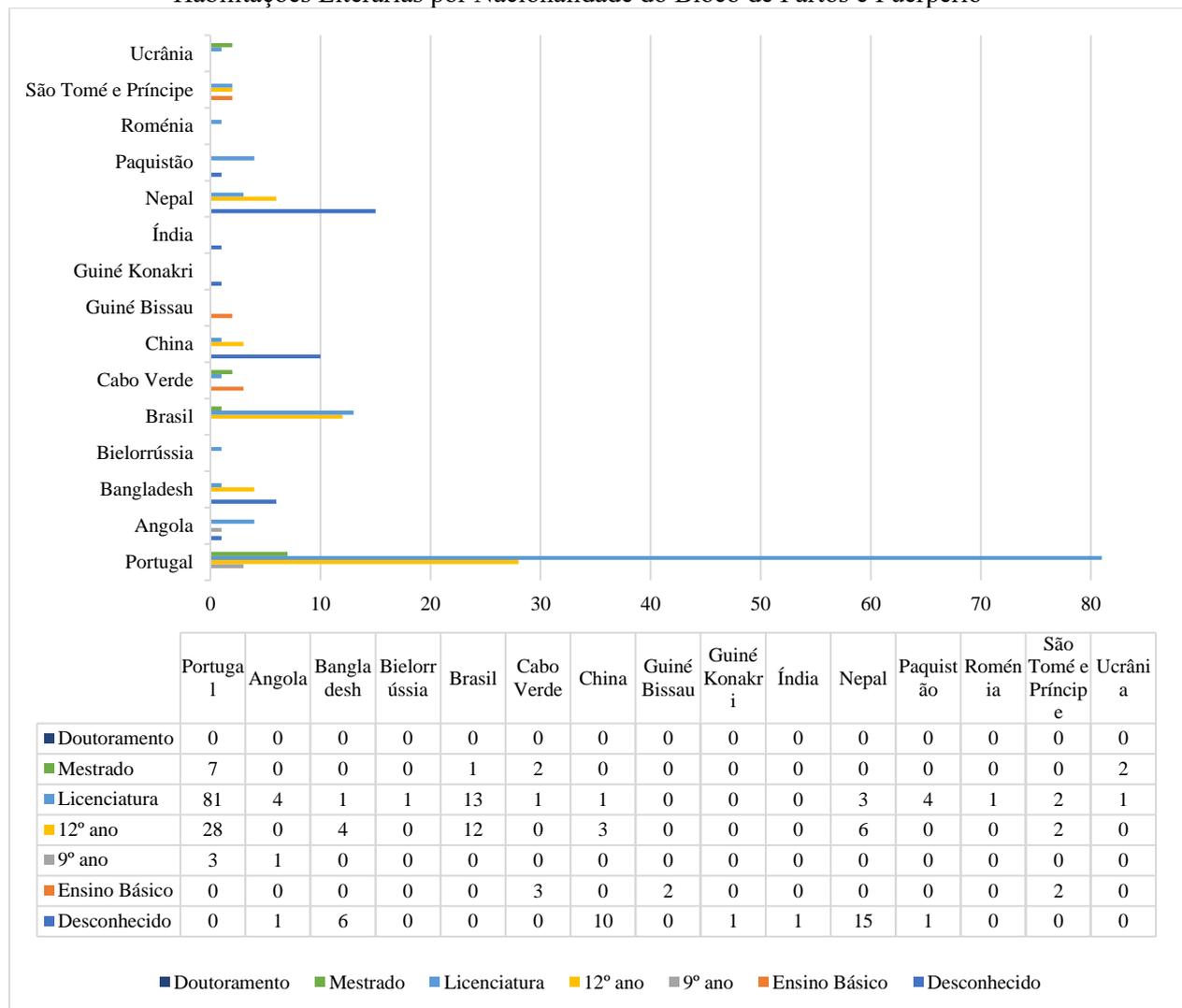
Seguidamente irão ser apresentadas as conexões entre dados com o intuito de perceber a relação existente entre a Nacionalidade e as Habilitações Literárias, Habilitações Literárias a frequência do Curso de Preparação para o Parto, Nacionalidade e frequência do Curso de Preparação para o Parto (Figura 21).

Ao olhar para o panorama referente às Habilitações Literárias tendo em consideração a nacionalidade da população, de grosso modo podemos aferir que, países mais desenvolvidos têm números mais altos relativamente a graus académicos mais elevados. De uma forma pormenorizada podemos constatar que em Portugal (n=119), o menor grau académico encontrado é o 9º ano de escolaridade com apenas três mulheres, seguindo-se o 12º ano com 28 mulheres, depois a licenciatura com 81 mulheres e por fim o mestrado com sete mulheres. Angola (n=6), uma pessoa tem habilitações desconhecidas, uma tem o 9º ano de escolaridade e quatro são licenciadas. Provenientes do Bangladesh (n=11), seis pessoas integram o grupo de habilitações desconhecidas, quatro têm o equivalente a estudos secundários e apenas uma é licenciada. No que respeita ao Brasil (n=26) 12 pessoas têm o equivalente ao 12º ano em Portugal, 13 são licenciadas e uma é mestre. População Cabo Verdiana (n=6), três são detentoras do ensino básico, uma é licenciada e duas são mestres. A população chinesa (n=14), 10 apresentam habilitações desconhecidas, três têm o equivalente ao 12º ano, e uma é licenciada. Na Guiné-Bissau, as duas mulheres têm apenas o ensino básico, na Guiné Konakri (n=1) o seu nível de escolaridade é desconhecido, bem como na Índia (n=1). No que respeita ao Nepal (n=24), o nível de escolaridade desconhecido é o mais representado (n=15), seguindo-se o 12º ano com seis mulheres, e com três mulheres a licenciatura. A população proveniente do Paquistão (n=5), uma não tem nível académico conhecido e quatro são licenciadas. No que concerne a São Tomé e Príncipe (n=6), encontram-se distribuídas de igual

forma (n=2) entre ensino básico, 12º ano e licenciatura. A Ucrânia (n=3), uma mulher é licenciada e duas têm o grau de mestre. Na Bielorrússia e Roménia a situação é muito semelhante, com uma mulher de cada nacionalidade detentora de licenciatura.

De acordo com dados recolhidos em contexto de prática clínica, mulheres provenientes do continente africano, desde que com alguma capacidade financeira, recorrem a Portugal para parir os seus filhos na procura de melhores condições de saúde e segurança.

Figura 21.
Habilitações Literárias por Nacionalidade do Bloco de Partos e Puerpério

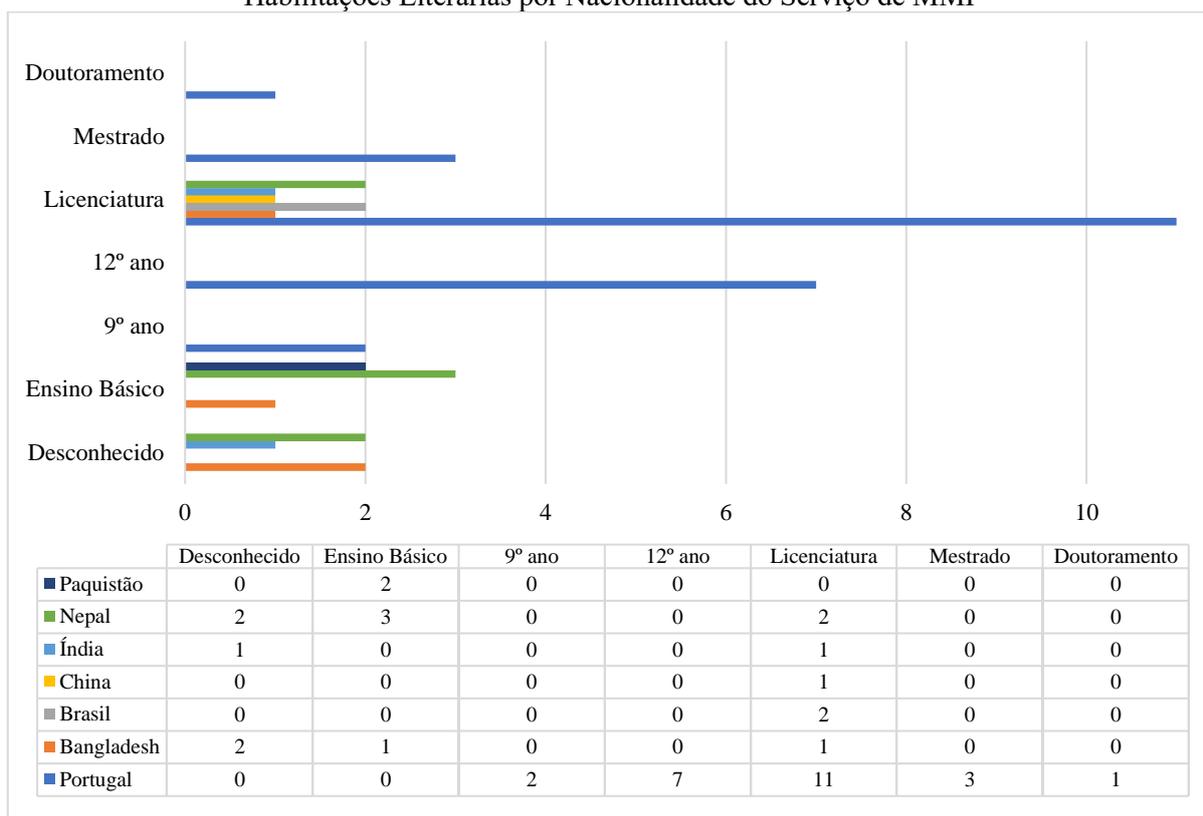


Fonte: Elaboração Própria

Considerando os dados recolhidos no serviço de MMF (Figura 22), e de acordo com os dados apresentados pelas Nações Unidas (2021) é possível constatar que as populações provenientes de Países Menos Desenvolvidos [PMD], como é por exemplo, o caso do Bangladesh, Nepal, Índia e Paquistão, apresentam índices de escolaridade mais baixos. Ao

fazer uma análise de dados percebemos que da população proveniente do Bangladesh (n=4) apenas uma mulher é detentora de licenciatura, outra do ensino básico e as restantes duas têm habilitações literárias desconhecidas, ou não têm mesmo qualquer tipo de habilitação. O caso é semelhante quando olhamos para o Paquistão, em que as duas pessoas que representam esta população têm o equivalente ao ensino básico de escolaridade. Relativamente à população Nepalesa (n=7), duas mulheres são licenciadas, três são detentoras do ensino básico e as restantes duas não têm dados acerca da sua escolaridade. Relativamente à população indiana (n=2), uma é detentora de licenciatura e outra não tem nenhum grau académico conhecido. A única utente de nacionalidade chinesa é licenciada, bem como as duas mulheres de nacionalidade brasileira. Relativamente à população portuguesa, com o 9º ano concluído temos duas mulheres, com o 12º ano temos sete utentes, licenciadas temos 11 utentes, mestres temos três mulheres, e detentoras de doutoramento apenas uma mulher.

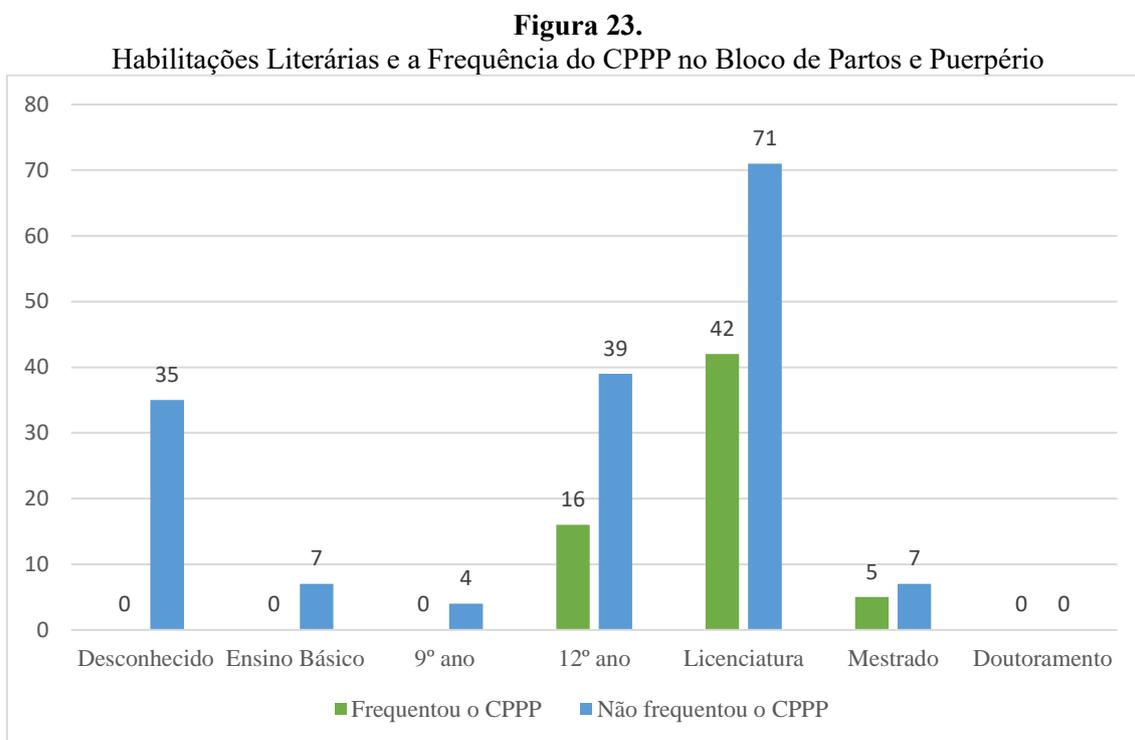
Figura 22.
Habilitações Literárias por Nacionalidade do Serviço de MMF



Fonte: Elaboração Própria

Relativamente às habilitações literárias e à frequência do CPPP nas utentes do Bloco de Parto e Puerpério, ao observar o gráfico (Figura 23) seguinte podemos verificar que a frequência do CPPP surge apenas em mulheres detentoras de pelo menos o 12º ano (n=16), de

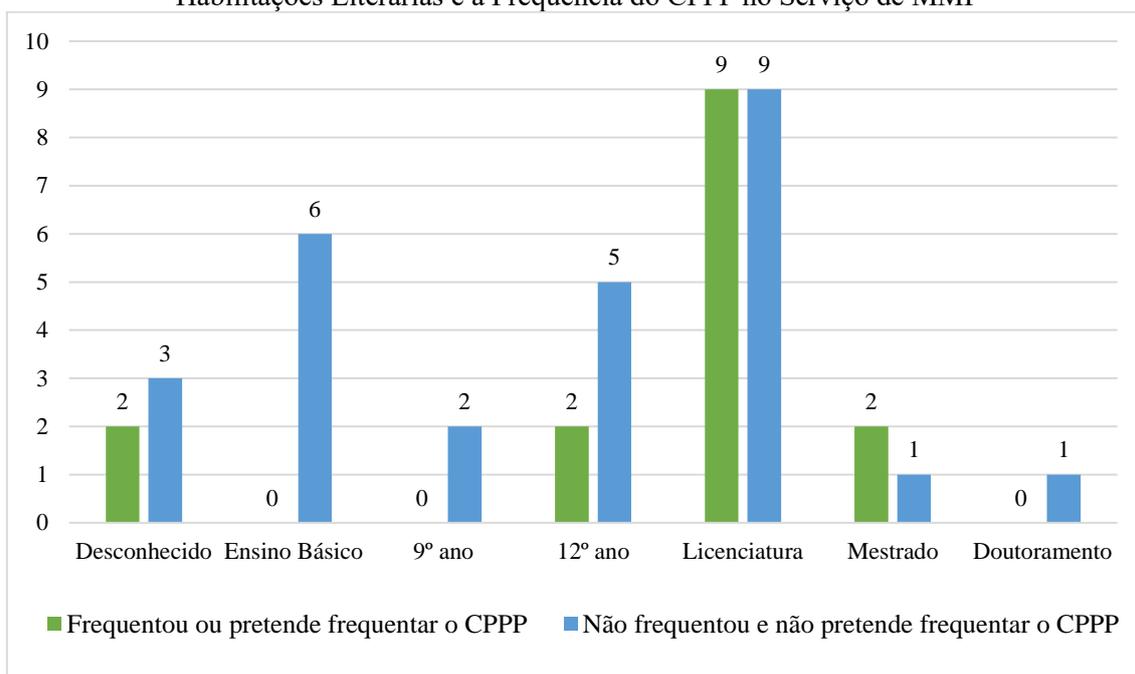
licenciadas (n=42) e mestradas (n=5). Mulheres com habilitações literárias inferiores ou desconhecidas, nenhuma frequentou o CPPP. Ainda assim é de salientar que em todos os graus académicos descritos a população que não frequenta o CPPP é sempre superior quando comparada com a que realiza o curso.



Fonte: Elaboração Própria

Como é possível verificar no serviço de MMF (Figura 24), mulheres com habilitações literárias desconhecidas apenas duas fizeram o CPPP, e três não o fizeram ou não referiam interesse em fazer. De todas as mulheres detentoras do ensino básico (n=6) nenhuma frequentou o curso ou pretende frequentar, a situação é semelhante quando analisamos os dados das mulheres com o 9º ano de escolaridade (n=2). Mulheres com o ensino secundário completo (n=7), cinco das mesmas não realizaram o curso ou não pretendem frequentar, enquanto duas mulheres já realizaram ou pretendem realizar o CPPP. Relativamente às mulheres licenciadas a situação encontra-se em pé de igualdade com nove mulheres que não realizaram ou não pretendem realizar, e nove mulheres que frequentam o curso ou pretende frequentar. A situação inverte-se em mulheres com mestrado, uma vez que duas mulheres realizaram o curso ou pretendem realizar, enquanto apenas uma não realizou ou não tem interesse. A única mulher doutorada não realizou o curso ou não pretende realizar.

Figura 24.
Habilitações Literárias e a Frequência do CPPP no Serviço de MMF

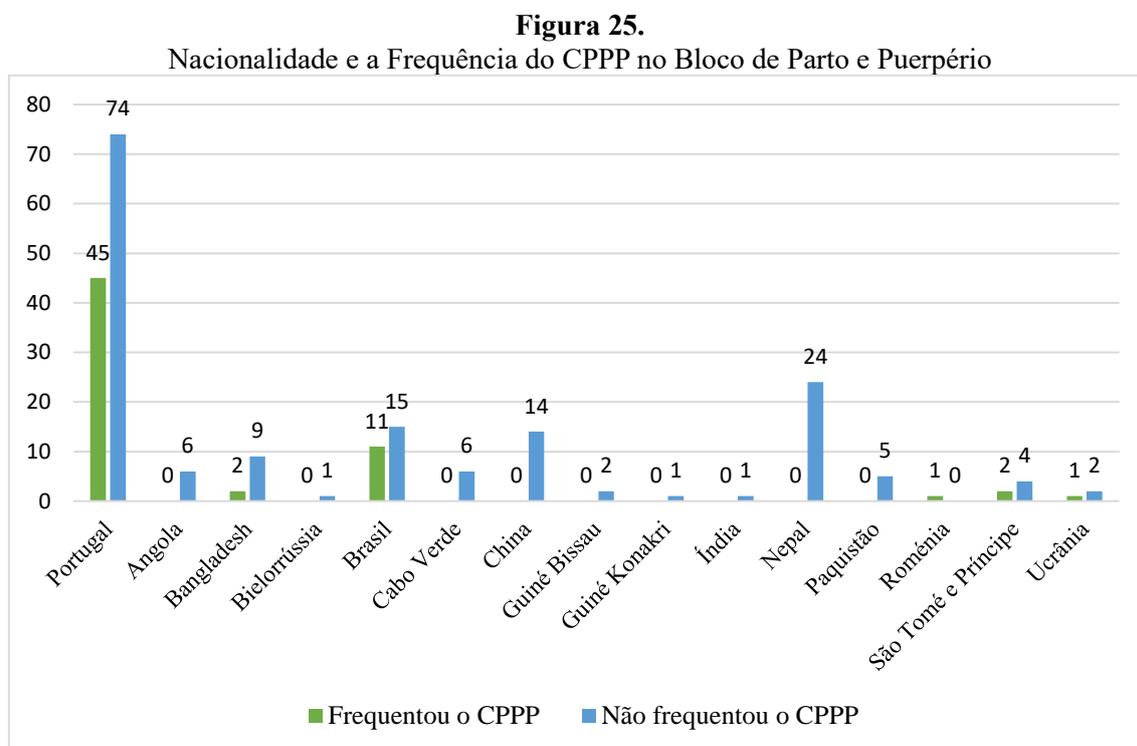


Fonte: Elaboração Própria

Ao relacionar os dados referentes à nacionalidade das mulheres e a frequência de um CPPP nas mulheres do Bloco de Parto e Puerpério (Figura 25), é possível perceber que, independentemente da nacionalidade, a população que não frequenta este curso é sempre superior àquela que o frequenta, pelo que implementar medidas que fomentem a adesão deste tipo de cursos seria relevante para a maioria da população. Mesmo com as medidas implementadas em algumas instituições de saúde no sentido de se tornar acessível a mais cidadãos, a Unidade A preparou um CPPP totalmente em inglês com o intuito de se tornar acessível à população não falante de português. Ainda assim poucas mulheres o frequentam, não reconhecendo a sua importância ou por não saberem da sua existência. De um total de 119 mulheres de nacionalidade portuguesa, 74 mulheres não frequentaram o curso e 45 mulheres frequentaram. Relativamente à população proveniente do Bangladesh (n=11), seis mulheres frequentaram e duas mulheres não frequentaram o curso. Ao olhar para a população vinda do Brasil (n=26), 15 mulheres não frequentaram e 11 mulheres frequentaram o curso. De um total de três mulheres provenientes da Ucrânia, apenas uma mulher realizou o CPPP, bem como de São Tomé e Príncipe, em que de um total de seis mulheres apenas duas mulheres frequentaram o curso. No que respeita à população da Roménia (n=1), a totalidade frequentou o CPPP. A totalidade da população proveniente de Angola (n=6) não frequentou a

CPPP, bem como da Bielorrússia (n=1), Cabo Verde (n=6), China (n=14), Guiné-Bissau (n=2), Guiné Konakri (n=1), Índia (n=1), Nepal (n=24), Paquistão (n=25).

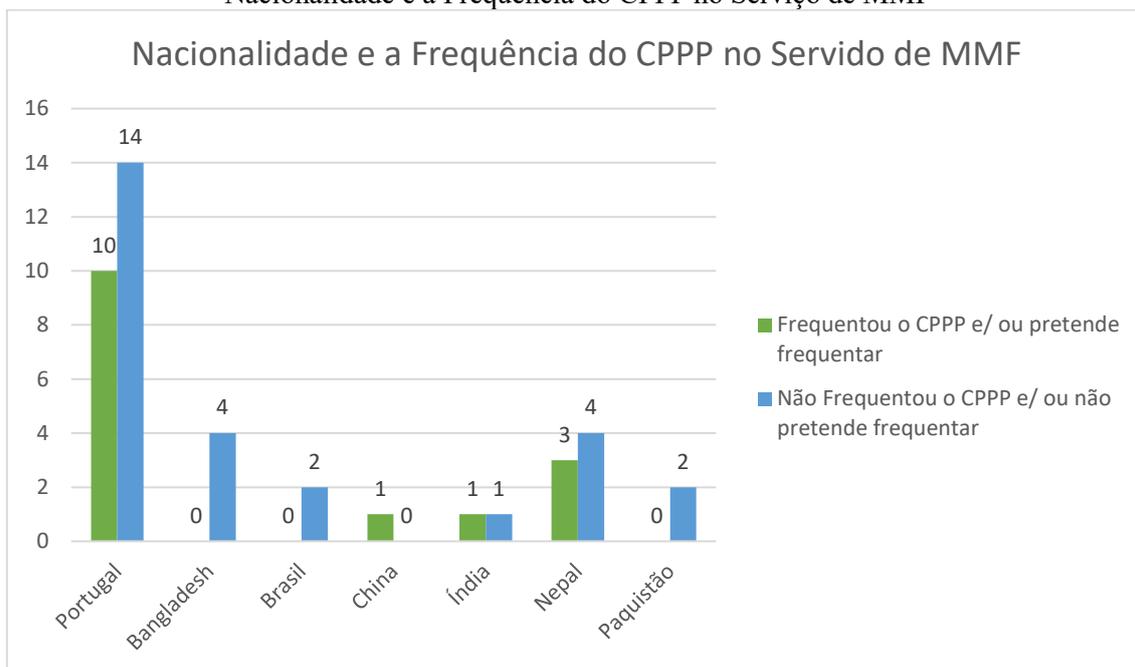
É possível perceber que a população descarta tudo aquilo que seja a promoção e aquisição de conhecimento, sendo a literacia em saúde uma grande lacuna patente na nossa sociedade.



Fonte: Elaboração Própria

Relativamente às mulheres a quem prestámos cuidados no serviço de MMF (Figura 26), verificámos que a maioria das utentes neste serviço são de nacionalidade portuguesa (n=24), sendo que destas, 10 mulheres realizaram ou pretende realizar o CPPP, contrastando com as 14 mulheres que não realizaram nem pretendem realizar o curso. Quando olhamos para o Bangladesh (n=4), para o Brasil (n=3) e para o Paquistão (n=2), nenhuma mulher proveniente destes países frequentou ou pretende frequentar estes cursos, sendo que algumas delas nem detém conhecimento acerca da sua existência. Avaliando os dados relativos ao Nepal (n=7), 4 mulheres não realizaram o curso ou não pretendem realizar, e 3 realizaram ou pretende realizar este mesmo curso. Relativamente à Índia a situação é equiparável com 1 mulher que frequentou o curso e/ou pretende frequentar e outra que não frequentou e que não pretende frequentar. No que respeita à única mulher proveniente da china, esta frequentou ou pretende frequentar o curso.

Figura 26.
Nacionalidade e a Frequência do CPPP no Serviço de MMF



Fonte: Elaboração Própria

Tendo em consideração a prática clínica da mestranda e as experiências vivenciadas é possível afirmar que mulheres que realizaram o CPPP reconhecem a importância da prática de exercício durante o trabalho de parto, bem como a liberdade de movimentos e posições verticalizadas. Mulheres sem qualquer conhecimento acerca desta prática mostram-se bastante renitentes quando incentivadas à sua prática. Após uma breve explicação acerca dos benefícios da prática destes exercícios, da importância da alternância de posicionamento e da escolha de posições mais verticalizadas durante o trabalho de parto, acabam por aceitar e por norma mostram-se muito recetivas e interessadas em participar. Falando de um modo genérico, a população portuguesa e brasileira é bastante colaborante neste sentido, comparativamente com outras populações, nomeadamente as mulheres vindas do Nepal, Bangladesh, Paquistão, entre outros, estas não mostram abertura para colaborar, pelo que acabam por desenvolver o seu trabalho de parto no leito conforme a sua vontade. Este fenómeno está relacionado com a questão cultural inerente a cada país.

Como é sabido, e tem vindo a ser visível ao longo deste relatório, a prática de exercício físico quer seja ao longo da gravidez, ou durante o trabalho de parto, apresenta inúmeros benefícios quer para a mãe quer para o feto, e neste sentido o EEESMO detém um papel de grande importância como fonte de conhecimento, e mais importante ainda na concretização desse mesmo conhecimento. Deparando-se com a prática clínica, o papel da mestranda

enquanto futura EEESMO é exatamente o de partilha de conhecimentos e de implementação de atitudes terapêuticas, indo sempre ao encontro das necessidades e preferências de cada mulher/ casal tendo em conta o contexto social e cultural onde esta está inserida tal como defendido por Callista Roy (Oliveira et al., 2021).

Considerando todas as alterações inerentes a todo este processo que é a gravidez e o trabalho de parto, as intervenções desenvolvidas devem de ir sempre ao encontro daquilo que é necessário ao nível do contexto médico, tendo em consideração a vontade da mulher/ casal. Uma das grandes dificuldades com que a mestranda se deparou esteve relacionada com as questões culturais, uma vez que grande parte da população alvo era proveniente de países com raízes culturais bem distintas das do nosso país. E nesse sentido e indo ao encontro das teóricas que dão suporte a este relatório, a prestação de cuidados foi sempre desenvolvida numa perspetiva holística, tendo em consideração as condições culturais, financeiras e sociais da unidade familiar bem como as demais dimensões da componente humana onde o a família está inserida, com o intuito de promover o seu bem-estar de acordo com os recursos disponíveis neste momento de adaptação familiar (Oliveira et al., 2021; Rodrigues et al., 2021).

Durante o contexto clínico, onde foram postos em prática alguns exercícios durante o trabalho de parto, foi possível perceber a sua real importância e a capacidade que estes têm de influenciar todo o processo de trabalho de parto. Foi possível perceber que em situações não muito favoráveis para um parto vaginal, no que respeita ao posicionamento da apresentação, nomeadamente, quando esta se encontrava bastante alta, após a realização de alguns exercícios ou a adoção de posições mais verticalizadas como por exemplo: caminhar, dançar, simular o processo da pisa da uva, realizar agachamentos, básculas com ou sem bola de *Pilates* revelaram ser bastante favoráveis no auxílio e rotação da descida fetal, encurtando também o tempo de duração do trabalho de parto, uma vez que minimizam a ocorrência de distócicas de progressão bem como diminuem a necessidade de partos instrumentados (Digal et al., 2020; Silva, et al. 2020; Lobão & Zangão, 2022; Delgado et al., 2022).

Constatou-se também que posições verticalizadas favorecem a contratilidade uterina, potenciando a sua amplitude e ritmando a sua frequência, pelo que a necessidade de hormonas sintéticas é mais reduzida e o trabalho de parto ocorre de forma mais natural e fisiológica, cumprindo os *timings* que o próprio organismo exige no momento do período expulsivo em que a contratilidade é um pouco mais espaçada (OE, 2013b; Silva et al., 2020; Digal et al., 2020; Lobão & Zangão, 2022). Com o decorrer dos diversos contextos clínicos foi possível verificar que mulheres que promovem um trabalho de parto em movimento, têm um padrão

de contratilidade mais regular e de maior amplitude, bem como têm uma maior tolerância à dor quando comparamos com mulheres que permanecem no leito. Mobilizar-se funciona também como um fator de distração, o que diminui a percepção da dor sentida, embora que em posições mais verticalizadas a dor tende a ser superior uma vez que a contratilidade uterina é mais intensa e regular (OE, 2013b; Barbosa, 2018; Silva et al., 2020; Digal et al., 2020; Lobão & Zangão, 2022).

Nas situações em que as mulheres não podem, devido a alguma condição clínica, desenvolver o trabalho de parto em movimento ou quando se mostram pouco colaborantes, tendo em consideração a experiência clínica e a evidência científica, a alternância de posicionamentos no leito com a utilização da bola amendoim ganha relevância, uma vez que por parte da mulher apenas é necessário que esta cumpra os posicionamentos adequados a cada fase do trabalho de parto. Como foi explicado anteriormente a utilização desta bola permite que exista a abertura do canal de parto, as posições utilizadas devem ser escolhidas de acordo com o plano em que se encontra a apresentação, uma vez que os posicionamentos variam de acordo com o estreito da bacia que se pretende abrir para favorecer a passagem do feto (Hickey & Savage 2019; Ahmadpour et al., 2021; Delgado, et al. 2022). Na Unidade F, local onde a mestranda teve a oportunidade de pôr em prática a utilização da bola amendoim, projeto que ainda se encontrava numa fase bastante inicial, mas onde foi possível verificar avanços significativos do trabalho de parto aquando da utilização desta mesma bola, sobretudo em situações de pouca colaboração por parte da parturiente no trabalho de parto, ou após a administração de analgesia do trabalho de parto. Esta mesma bola apresenta várias dimensões pelo que tem também diferentes aplicações, e deve ser selecionada indo ao encontro das características físicas da mulher. Bolas mais pequenas são utilizadas como meio auxiliar do posicionamento, enquanto bolas de maiores dimensões são utilizadas para sentar à semelhança da típica bola de *Pilates* onde é possível a realização de básculas e alguns exercícios específicos. Estas bolas promovem a abertura dos diferentes estreitos da bacia em colaboração com rotação dos membros inferiores em diferentes ângulos, e foi possível verificar como descrito pelos demais autores supracitados que estas auxiliam a rotação e a descida da apresentação, encurtando o trabalho de parto, bem como foi também possível constatar uma melhoria do bem-estar fetal através da avaliação do traçado cardiográfico em situações de CTG suspeito, e ainda alterações significativas no padrão de contratilidade, aumentando estas de intensidade e tornando-as mais ritmadas (Roth et, al 2016; Grenvik et al., 2019; Hickey & Savage 2019; Outland & Alvarado 2019; Ahmadpour et al., 2021; Delgado, et al. 2022).

A realização de posicionamentos no leito promotores da descida fetal são muito importantes, visto que após a administração de analgesia de trabalho de parto, via epidural, a mobilidade dos membros inferiores pode ficar um pouco condicionada, bem como é promovido o relaxamento do assoalho pélvico, o que dificulta a acomodação da apresentação devido a uma menor colaboração deste no auxílio da rotação da cabeça fetal, e ainda existe uma vontade de realizar esforços expulsivos diminuída, fator este que contribui para trabalhos de parto mais demorados e períodos expulsivos instrumentados (Hickey & Savage 2019; Ahmadvour et al., 2021; Delgado et al., 2022).

A utilização da bola amendoim, sentar a mulher em posição de buda ou de Koala são importantes nesta fase transitória até que exista novamente a capacidade da mulher se levantar e ter a sua liberdade de movimentos por completo. Em contexto de prática clínica foi possível verificar que estas posições facilitam a descida fetal, principalmente em situações cuja apresentação se encontre alta, uma vez que proporcionam abertura do estreito superior. Foi ainda possível verificar a rotação da apresentação quando esta se encontrava posterior. A mestranda teve a oportunidade de constatar que na posição de Koala esta situação é ainda mais notória, pois como a parturiente realiza balanços laterais vai provocando ligeiras assimetrias da bacia o que facilita bastante todo este processo.

Envolver o acompanhante em todo este processo é também uma componente importante, a oxitocina, também chamada de hormona do amor, tende a fluir com mais facilidade quando existe contato físico entre o casal, contribuindo para a regular contratilidade uterina. Com o intuito de promover a sua produção intrínseca, podemos incentivar a prática de exercícios conjuntos, a realização de massagem como método de estimulação sensorial para alívio do desconforto, colocar música conforme o gosto e preferências do casal e incentivar à dança/movimentação, promover um ambiente mais descontraído reduzindo por exemplo a luminosidade são medidas que favorecem e promovem a evolução do trabalho de parto (Gallo et al., 2011; Barbosa, 2018; Silva et al., 2020; Delgado et al., 2022; Lobão & Zangão, 2022).

Em todas as instituições por onde a mestranda teve oportunidade de passar, há uma grande tentativa por parte das equipas para proporcionar um parto humanizado e o mais natural possível, pelo que são promovidos ambientes mais informais e intimistas entre o casal com o propósito de favorecer a produção da oxitocina endógena e reduzir a necessidade de intervenção médica. Na Unidade A, existe uma sala de *sniezelen* que as parturientes podem frequentar sozinhas ou acompanhadas, onde podem desenvolver algumas atividades, sejam elas com bola de *Pilates*, no colchão ou sem qualquer método auxiliar, e que segundo as mulheres é um ótimo espaço para descontrair com a utilização de aromaterapia, cromoterapia,

musicoterapia e hidroterapia. A mulher tem uma liberdade total de movimentos, podendo deambular de acordo com a sua vontade, bem como dançar na companhia da sua pessoa de referência. Realizando uma avaliação da cervicometria às parturientes previamente à utilização desta sala e outra após, é notória uma grande diferença, com alterações favoráveis do colo uterino, bem como é referido por elas uma grande sensação de bem-estar e de alívio da sensação dolorosa.

A maior desvantagem encontrada na liberdade de movimentos durante o trabalho de parto prende-se com a dificuldade de uma monitorização contínua do bem-estar fetal, uma das condicionantes encontradas está relacionada com o facto dos cabos de ligação não terem um grande alcance condicionando a mobilidade da mulher, e também em situações que seja mais difícil localizar e posicionar o sensor de modo a fazer uma leitura correta e contínua da frequência cardíaca fetal. Um outro aspeto a ter em consideração está também relacionado com o aumento do risco de queda na grávida sob o efeito da analgesia epidural (Desseauve et al., 2017; Silva et al., 2020).

Para além de tudo isto referido anteriormente, ao longo do trabalho de parto e de acordo com o Projeto Maternidade com Qualidade da OE, no período expulsivo, pode ser relevante a alternância de posições, neste momento a mulher deve respeitar a vontade do corpo, pois ele próprio solicita o posicionamento mais adequado para a ocasião (OE, 2013b).

De acordo com a OE, (2013b), as salas de parto em Portugal não apresentam as condições ideais para incentivar este tipo de parto onde se proporciona a liberdade de movimentos, bem como a falta de literacia em saúde por parte das mulheres/ casais, o que consequentemente diminui empoderamento da mulher levando a que a posição de litotomia continue a ser a mais utilizada.

De acordo com o descrito por vários autores e a análise dos diversos artigos para a realização da revisão da literatura, e como comprovado em contexto de prática real, foi possível observar avanços significativos no trabalho de parto quando se coloca em prática os demais exercícios; estes influenciam positivamente a duração do trabalho de parto, encurtando-o; reduzem a utilização de métodos farmacológicos para alívio da dor, bem como também diminuem a probabilidade de indução do trabalho de parto e ocorrência de cesarianas.

Considerando os resultados obtidos com a realização da revisão da literatura é possível verificar que os mesmos vão ao encontro daquilo que foi encontrado na prática clínica. Embora existindo muitos estudos acerca deste tema, muitos deles não apresentam resultados consistentes que promovam ainda mais a implementação desta prática em contexto clínico,

bem como a falta de conhecimento da população em geral sobre o tema, o que leva a uma menor adesão quer por parte dos profissionais, quer por parte das mulheres e casais.

3. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE MOBILIZAÇÃO DE COMPETÊNCIAS

Na presente secção estão discriminadas as intervenções desenvolvidas na prática clínica que contribuíram para o desenvolvimento e aquisição de competências e habilitações com o propósito de alcançar os objetivos previamente estabelecidos.

A junção entre as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e as Competências Específicas delineiam aquilo que são as competências especializadas do EEESMO. Estas competências têm o intuito de facilitar o enquadramento regularizador, de modo a certificar as competências e garantir a todos os utentes cuidados especializados, continuados e de máxima qualidade (Diário da República, 2019).

A OE clarifica a definição de Enfermeiro Especialista como “...aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem” (Diário da República, 2019, p.4744). Considerando esta premissa, e de acordo com o mesmo autor, atualmente os cuidados de saúde na área da saúde, mais precisamente em Enfermagem, ganharam uma maior relevância e preciosismo, quer técnico quer científico, e nesse sentido, a qualificação, diferenciação e especialização dos seus profissionais ganha uma enorme pertinência.

3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Numa primeira etapa é imposto ao Enfermeiro Especialista que este adquira uma série de habilitações comuns a todas as áreas de especialidade de enfermagem, estas, de acordo com a OE, são enunciadas como:

“competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (Diário da República, 2019, p.4745).

É necessário ter um conhecimento acerca dos domínios gerais que fazem parte das competências comuns do Enfermeiro Especialista com a finalidade de adquirir competências específicas da sua área de especialização, são elas:

1. Responsabilidade Profissional, Ética e Legal
2. Melhoria Contínua da Qualidade
3. Gestão dos Cuidados

4. Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

A metodologia desenvolvida para obtenção destas mesmas competências envolve uma série de atividades desenvolvidas em concordância com o Regulamento nº140/2019 de 6 de fevereiro do ano 2019, estas mesmas serão enumeradas seguidamente (DRE, 2019b).

1. Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

Competência 1.1: 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: A integração nos demais contextos clínicos onde decorreu o ENPRF assumiram um papel preponderante para a mestranda. Houve a necessidade de se integrar acerca das dinâmicas dos serviços, conhecer as suas equipas de enfermagem bem como as respetivas equipas multidisciplinares, consultar os protocolos de atuação de enfermagem, de modo a dar suporte à prática clínica de acordo com o método de atuação de cada instituição/serviço. Uma das grandes preocupações foi preservar a segurança, a dignidade e assegurar a privacidade de todas as utentes, pelo que foi sempre questionado à mulher e/ou família se existia algum inconveniente acerca da presença da mestranda na prática de cuidados, enquanto formanda do mestrado.

A promoção de cuidados, centralizados na individualidade são evidenciados quando proporcionamos uma tomada de decisão consciente e compartilhada entre o utente e a equipa de saúde, da mesma forma como quando promovemos uma comunicação eficaz e promovemos a própria gestão intrínseca do Ser. Numa prática em que os cuidados são centrados no indivíduo não representa a atribuição/satisfação dos seus desejos, reflete sim a consideração acerca das suas preferências e a chegada a um consenso acerca daquele que é o necessário e o esperado (Silva, 2014). O desenvolvimento de cuidados de enfermagem individualizados, seguros e centralizados no doente são as premissas que sustentam a prestação de cuidados de qualidade (Fragata, 2012). Indo ao encontro do descrito anteriormente e considerando as teóricas que sustentam a realização do presente relatório, durante todos estes meses em que decorreu o ENPRF promoveu-se sempre a que os cuidados de saúde prestados à mulher/casal/família decorressem numa perspetiva holística, indo ao

encontro com as suas escolhas e preferências, tendo por base uma tomada de decisão consciente, considerando o meio onde a unidade familiar está inserida e os recursos físicos, económicos e sociais que têm ao seu dispor com o objetivo de alcançar o bem-estar (Oliveira et al., 2021; Rodrigues et al., 2021).

A obtenção de conhecimentos e competências promovem a qualidade e a segurança da prática clínica levando à aquisição de ganhos em saúde na prestação de cuidados (OE, 2018). Por forma a garantir o processo de aprendizagem, e para que seja facilitada a obtenção e desenvolvimento de competências, é necessário manter um suporte efetivo na relação entre o aluno e supervisor, assim, é possível a consolidação de saberes, e é também possível desenvolver a própria identidade enquanto futuro EEESMO.

Competência 1.2: 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: No decorrer dos mais diversos contextos clínicos a mestranda demonstrou sempre uma atitude de respeito e consideração pelos direitos humanos e pelas suas responsabilidades enquanto profissional de saúde. O respeito pela multiculturalidade, pelas diferenças étnicas, crenças e valores culturais da mulher/família foram sempre tidas em consideração, uma vez que a população-alvo dos cuidados por parte da mestranda pertenciam a diferentes países, com valores e raízes culturais bem distintas das nossas. Foi sempre promovido a que houvesse uma tomada de decisão informada e consciente, sendo o papel do EEESMO muito importante e funcionando como elemento facilitador para a tomada de decisão informada, devido à dificuldade em estabelecer a comunicação. Em muitos dos casos o acompanhante/ marido funcionava como elo de comunicação para com a mulher, pelo que nem sempre era possível validar a compreensão por parte desta, o que condiciona a prestação de cuidados e o acesso aos cuidados de saúde. Considerando os autores Wittenberg-Lyles et al., (2013) a comunicação dita eficaz possibilita a satisfação do utente, o que naturalmente leva a uma maior adesão dos cuidados de saúde, apresentando resultados positivos desde que a metodologia de comunicação utilizada seja apropriada às competências cognitivas, à componente cultural, educacional, bem como às crenças e valores do indivíduo. Os casos mais evidentes prendem-se com a realização de analgesia no trabalho de parto, em que muitos acompanhantes não autorizam a realização da técnica. Houve ainda muitas situações em que a

mulher mesmo esclarecida acerca da realização da técnica, e de querer promover o alívio da sua dor, aguardam pelo acompanhante para ter “autorização” para a sua realização. Outra situação que também surge neste contexto é a recusa de prestação de cuidados por profissionais do sexo masculino.

2. Melhoria Contínua da Qualidade

Competência 2.1: 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.

Competência 2.2: 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: No sentido de promover uma melhoria dos cuidados de saúde, bem como promover a imparcialidade e o respeito na sua prestação, a dimensão da qualidade nos cuidados de saúde tem um papel preponderante. De acordo com a DGS (2015), a qualidade em saúde pode ser descrita como a prestação de cuidados disponíveis de forma igualitária e acessível, e que tendo em conta os recursos materiais e humanos disponíveis consegue alcançar a adesão e satisfação considerando as necessidades individuais de cada indivíduo, com um nível elevado de excelência. Assim, deste modo, e de acordo com a WHO (2020) é imperativo a procura contínua da melhoria da qualidade dos cuidados com a principal finalidade de promover a segurança do doente, por forma a que a utilização dos recursos seja utilizada da melhor forma, que os trabalhos cuidativos sejam aplicados de forma equitativa e adequada, sempre com o intuito de alcançar a satisfação dos utentes e indo ao encontro das suas expectativas. No sentido da melhoria contínua e de promover a qualidade máxima dos cuidados, a mestranda teve a possibilidade de presenciar algumas ações de formação dinamizadas pelas equipas dos serviços. Como por exemplo a formação acerca da bola amendoim (Anexo I), e outras seções informais acerca de posicionamento no trabalho de parto ou até mesmo sobre aromaterapia. O princípio que suporta o crescimento e desenvolvimento quer pessoal quer ao nível profissional no contexto da enfermagem é a formação contínua desenvolvida ao longo do tempo, seja ela em serviço ou formação

suplementar, proporcionando uma prática da enfermagem de forma inovadora de acordo com as melhores práticas e com a mais recente evidência científica (Chicória, 2013).

Competência 2.3: 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: Um dos aspetos prioritários na prática de cuidados de enfermagem prende-se com a qualidade dos mesmos. A melhoria da qualidade promove a diminuição de riscos evitáveis, melhora o acesso aos cuidados de saúde, bem como promove a imparcialidade e o respeito para a prestação desses mesmos cuidados.

Durante o ENPRF, no decorrer da prestação de cuidados de enfermagem especializados, foi possível experienciar as competências comuns do enfermeiro especialista, com a finalidade de assegurar um ambiente terapêutico e seguro. O papel do enfermeiro é de grande relevância, uma vez que tem a responsabilidade de identificar situações de risco que possam ocorrer durante a sua prática clínica, fazendo a gestão de um ambiente seguro e terapêutico, assegurando a segurança do utente e do profissional e que possam comprometer a qualidade dos cuidados (OE, 2006). Um exemplo onde se pode verificar este tipo de situação está relacionado com as grávidas em trabalho de parto sem dor controlada. A dor é subjetiva, própria de cada indivíduo, e durante o trabalho de parto é muito variável, sendo diretamente influenciada pela componente psíquica, temperamental, cultural, orgânica e os fatores que proporcionam desvios da normalidade (Nilven et al., 2011). Esta condição faz com que por vezes haja um descontrolo físico e psicológico favorecendo a ocorrência de comportamentos descontrolados, levando a alterações no bem-estar dos intervenientes na situação, nomeadamente, grávida, acompanhante, e equipa de saúde multidisciplinar. Assim, deste modo deve ser oferecida a oportunidade de realização de analgesia durante o trabalho de parto, caso a parturiente o deseje, ou se por condições clínicas esta não for exequível ou se de momento não estiver disponível, devem ser promovidas estratégias não farmacológicas para o alívio da dor, no sentido de diminuir o desconforto causado por esta, aumentando o bem-estar e proporcionando um ambiente seguro para todos os intervenientes. Estas estratégias não farmacológicas para o alívio da dor podem ser: cromoterapia, musicoterapia, aromaterapia, liberdade de movimentos, deambulação, técnicas de respiração e relaxamento, massagem, hidroterapia (Balbino et al., 2022). Episódios de dor descontrolada são muito frequentes, uma vez que é próprio do trabalho de parto devido à distensão tecidual e também devido ao medo,

stress e ansiedade que toda a situação gera na mulher, e desta forma os cuidados devem ser adequados com o intuito de minimizar esta ansiedade (Balbino et al., 2022). Considerando os fatores culturais, valores, história, religião, entre outros, de acordo com a teoria de Madeleine Leininguer, a grávida deve ser encarada como um ser holístico e devem ser proporcionadas intervenções em todas as dimensões da componente humana no sentido de promover o bem-estar (Rodrigues et al., 2021).

3. Gestão dos Cuidados

Competência 3.1: Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde.

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.

Competência 3.2: 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: A prática clínica do quotidiano do enfermeiro está integrada num método de atuação multiprofissional, pelo que a gestão adequada dos cuidados de saúde é um pilar para assegurar a qualidade e continuidade da prestação de cuidados. A pessoa encarregue de realizar a gestão do serviço tem como missão, coordenar a resposta de toda a equipa de saúde com a finalidade de promover uma tomada de decisão consciente e adequada a cada situação. Promover este trabalho de articulação entre equipas, e realizar esta gestão é um enorme desafio, pois é necessário ter uma grande capacidade de comunicação, de autonomia e de promoção da cooperação entre os diferentes profissionais, com uma linguagem objetiva e precisa que seja percebida por toda a equipa multidisciplinar (OE, 2021).

Considerando a OE (2021) e os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem definidos, existem duas tipologias de intervenções de enfermagem, são elas as autónomas e as interdependentes. As intervenções autónomas são aquelas que são iniciadas pelo enfermeiro, através da sua própria indicação; as intervenções interdependentes são desenvolvidas após a prescrição de um outro profissional de saúde. Em enfermagem, e neste caso na prática diária do EEESMO não existem rotinas propriamente definidas, é necessária uma correta avaliação das demais situações e definir a sua priorização, bem como ser capaz de articular e solicitar a

cooperação de outros profissionais de acordo com a sua área de atuação e especialização. Inevitavelmente, a dimensão da Saúde Materna e Obstétrica [SMO] que tem mais peso acaba por ser o período gravídico e o puerpério, mas não devemos esquecer que o EEESMO é responsável pela mulher ao longo de todo seu ciclo vital, pelo que deve ter a capacidade de realizar um correto encaminhamento de diferentes situações que se encontram fora da sua área de atuação. Visto que a atuação do EEESMO se desenvolve ao longo de todo o ciclo vital da mulher, e de acordo com Callista Roy e Madeleine Leininger, este deve ter a capacidade de promover a adaptação da mulher e da sua unidade familiar às diferentes condições inerentes ao momento vivenciado, tendo por base uma observação holística e considerando a condição socioeconómica, bem como os fatores geradores de stress inerentes a todo o processo de saúde/doença visando sempre o alcançar o bem-estar da unidade familiar. (Oliveira et al., 2021; Rodrigues et al., 2021).

4. Desenvolvimentos das Aprendizagens Profissionais

Competência 4.1: 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.

Competência 4.2: 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: No decurso do ENPRF a exigência e o rigor foram fundamentos que estiveram sempre presentes para a aquisição de novos conhecimentos, o que por vezes se tornou um grande desafio conseguir justificar todas as práticas desenvolvidas com os conhecimentos teóricos perante as equipas constituintes dos diferentes serviços, bem como do supervisor clínico. A prática clínica no âmbito dos cuidados do EEESMO é constituída por momentos muito positivos, de felicidade, de emotividade e por vezes momentos muito complexos e de grande tensão, e tendo esta premissa em consideração, o autoconhecimento, o conhecimento científico e a assertividade ganham uma grande importância, bem como o desenvolvimento pessoal e profissional, sempre com o apoio e supervisão dos orientadores clínicos. A supervisão e ensinamentos transmitidos vão permitir desenhar o início da construção da identidade enquanto futuro EEESMO. O enfermeiro é um ser que se encontra

em constante evolução, em desenvolvimento das suas aprendizagens em prologo da sua autoformação e conhecimento, e assim a sua prática deve ser atualizada constantemente tendo por base a mais recente evidência científica. Desta forma e no sentido de promover e aprofundar conhecimentos foram desenvolvidos alguns trabalhos entre eles: um relato de caso acerca da ITP na grávida patológica, (Apêndice B), um folheto acerca dos exercícios a realizar durante o trabalho de parto (Apêndice C), um Ciclo Reflexivo de Gibbs (Apêndice D), e ainda uma Revisão da Literatura acerca da prática de exercício durante a gravidez e trabalho de parto que se encontra em processo de revisão de pares para publicação (Apêndice E).

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

À semelhança das competências comuns do enfermeiro especialista, as competências específicas do enfermeiro especialista em SMO servem como guia orientador da prática clínica dos diferentes contextos relacionados com a saúde materna e obstetrícia, sejam eles em cuidados de saúde primários ou no campo hospitalar. Posto isto, e considerando a OE, as competências do Enfermeiro especialista são

“... competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas” (Diário da República, 2019, p.4745).

Seguidamente são apresentadas e definidas as competências no que concerne à especialização na área de enfermagem, indo ao encontro do Regulamento n.º 391/2019 de 3 de maio, e serão apresentadas as respetivas exposições acerca das competências respeitando as convicções éticas, deontológicas garantindo a integridade e veracidade dos registos clínicos realizados.

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

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

Atividades: O conceito de Planeamento Familiar [PF] reporta para um conjunto de estratégias que proporcionam aos indivíduos/casal planearem a conceção, isto é, dá a

possibilidade de planejar no período que assim o desejarem, o número de filhos que pretendem ter, bem como o intervalo entre cada um dos nascimentos. Os seus principais objetivos são: proporcionar uma experiência sexual positiva e em segurança; prevenir a ocorrência de gravidezes indesejadas; diminuir as situações de diagnósticos das Infecções Sexualmente Transmissíveis [IST]; diminuir as taxas de mortalidade e morbidade quer maternas quer perinatais e infantis e ainda promover uma parentalidade saudável. É um direito consagrado na lei e que deve ser acessível a todos os indivíduos; ele engloba o aconselhamento e o fornecimento de informação alusiva à saúde sexual e reprodutiva (Lowdermilk & Perry, 2006; APF, 2022).

Ambos os elementos do casal devem ser responsáveis pelo controlo da vida sexual, mas ainda nos dias de hoje o PF mantém como figura central e como alvo das suas intervenções a figura feminina. A maioria dos métodos contraceptivos que temos ao nosso dispor são utilizados pela mulher, fazendo com que exista a necessidade de acompanhamento e vigilância por parte do utilizador, neste caso a mulher, sendo a maioria dos métodos utilizados considerados medicamentosos. A figura feminina é aquela que por norma recorre e solicita estes serviços de saúde, adotando um papel preponderante na tomada de decisão acerca da gestão de quando quer engravidar e quantos filhos ter (Lowdermilk & Perry, 2006; Santos & Freitas, 2011).

No período de estágio respeitante à consulta externa, houve a possibilidade da mestrandia executar consultas de revisão pós-parto, realizar consultas de enfermagem no âmbito da IVG bem como participar nas consultas médicas, onde lhe foi dada a oportunidade de fornecer às utentes as mais diversas informações e esclarecimentos acerca dos demais métodos contraceptivos disponíveis, levando a uma tomada de decisão consciente e indo ao encontro da sua vontade, tentando escolher o método que mais se adequa às suas necessidades. Foi ainda possível ajudar a identificar alguns problemas descritos pelas utentes que influenciam negativamente a vivência da sua sexualidade, bem como promover o encaminhamento de situações que estão para além da área de atuação do EEESMO considerando os recursos disponíveis na comunidade. Estes esclarecimentos de dúvidas acerca da vida sexual e também sobre a anticoncepção foram ainda postos em prática no campo clínico do puerpério, sobretudo no momento da alta, momento esse onde se abordam as temáticas da sexualidade e onde o casal é alertado para utilização de métodos contraceptivos com o intuito de prevenir uma futura gravidez indesejada, e claro, sempre que surgiam dúvidas relativamente ao tema. Foi ainda possível constatar através de conversas com os demais casais que esta temática do planeamento familiar é uma responsabilidade da mulher.

Relativamente à consulta da IVG, é possível afirmar que foi uma experiência bastante desafiante, uma vez que a esta consulta recorrem mulheres de diversas faixas etárias com as mais diferentes histórias de vida, histórias essas que as levam à tomada desta decisão. Torna-se angustiante ver as mulheres mais jovens a realizarem este procedimento com a maior descontração, sem a perceção do peso que este procedimento realmente tem, ver jovens a utilizarem a IVG como “método contraceutivo” torna-se desconcertante. Por outro lado, nas mulheres com uma idade mais avançada e com filhos, é possível ver o seu desespero, a tristeza e angústia nos seus rostos e nas suas palavras, o verdadeiro peso da tomada desta difícil decisão por não poderem ter mais um filho, pois as circunstâncias da sua vida não o permitem. A experiência desenvolvida neste tipo de consulta mostrou ser a imagem nítida de que a adesão ao PF não é o mais adequado, sobretudo na população mais jovem, não pelo desconhecimento da existência deste serviço, mas sim pela vergonha para recorrer ao mesmo. É necessário desmistificar a questão do planeamento familiar, promovendo a adesão das camadas mais jovens, bem como é necessário integrar e capacitar os elementos do sexo masculino acerca dos métodos disponíveis com o intuito de promover uma tomada de decisão consciente, e em casal. Com a constante evolução e o aparecimento de novos métodos, torna-se preponderante a atualização de conhecimentos por parte das equipas de saúde, tendo sempre em vista a qualidade dos cuidados prestados, neste caso ao nível da saúde sexual e reprodutiva assegurando a segurança dos individuais/ casais e família. (Consenso sobre Contraceção, 2020).

Competência 2: Cuida 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.

Atividades: O contexto clínico desenvolvido no âmbito da consulta externa fomentou a obtenção de competências ao nível do Diagnóstico Pré-Natal, onde a mestranda teve a oportunidade de desenvolver inúmeras consultas, bem como a avaliação da mulher com patologia no campo clínico referente ao internamento de Medicina Materno-Fetal.

O período gravídico é uma fase da vida da mulher em que há o desenvolvimento de um novo ser no interior do seu corpo, e desta forma, há um conjunto de modificações fisiológicas, físicas, psicológicas e sociais, o que constitui um processo adaptativo que culmina com o nascimento de um ou mais recém-nascidos (Hailemariam et al., 2020; Lopes et al., 2021).

Com o passar dos anos, é possível constatar que houve um aumento da acessibilidade aos cuidados de saúde no período pré-concepcional, durante a gravidez, no momento do parto e no pós-parto, levando a uma melhoria da qualidade efetiva nos cuidados de saúde contribuindo para a diminuição da morbimortalidade materna e fetal, tudo isto decorrente de uma melhor vigilância no período pré-natal e neonatal. Esta vigilância, desde que seja uma gravidez considerada de baixo risco, pode ser efetuada nos cuidados de saúde primários; em contrapartida, gravidezes que tenham algum risco adjacente, e de acordo com os critérios estabelecidos, são seguidas em contexto hospitalar no serviço de consulta externa (DGS, 2015).

Nestas mesmas consultas eram realizadas pequenas entrevistas com o intuito de colher os dados pessoais, familiares e obstétricos relevantes para o desenvolvimento da gravidez, eram avaliados os parâmetros antropométricos e obstétricos, monitorizada a gravidez, realizados esclarecimentos de dúvidas existentes, bem como ensinamentos considerando a idade gestacional e patologia associada. Para além das consultas de seguimento de gravidez com risco associado, eram ainda feitas as denominadas consultas de referência obstétrica, estas consultas estão integradas no Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco e são destinadas a todas as grávidas com 36 semanas de gestação e têm como finalidade identificar qualquer desvio da normalidade ou intercorrência que ainda não tenha sido identificada ao longo da gravidez. Nesta consulta é avaliado o bem-estar fetal; são feitos ensinamentos acerca dos sinais e sintomas de alerta para recorrer ao Serviço de Urgência de Ginecologia e Obstetrícia [SUGO], bem como o material necessário e como fazer a mala da maternidade; programar ITP; esclarecimento de dúvidas sobre os demais temas da maternidade, do trabalho de parto e parto (DGS, 2015). Tanto no serviço de consulta externa, como no serviço de internamento de MMF, foi possibilitado o desenvolvimento de competências como: esclarecer e orientar acerca dos estilos de vida saudáveis durante o período gravídico; monitorizar a gravidez; alertar, informar e orientar a mulher grávida sobre os sinais e sintomas de riscos; identificar e monitorizar a saúde materno-fetal utilizando os recursos humanos e materiais necessários e adequados a cada situação; instruir acerca das estratégias que pode adotar com o intuito de promover o alívio dos desconfortos da gravidez, próprios de cada trimestre; encorajar e orientar a mulher/casal para a realização de um plano de parto tendo por base uma tomada de decisão consciente informada; identificar e monitorizar desvios à gravidez fisiológica promovendo o encaminhamento e referência dessas mesmas situações para além da sua área de atuação (DRE, 2019).

A existência de recursos insuficientes para a comunidade no âmbito do PF, e também relacionada com a desinformação da população, leva a que haja um aumento da existência de situações de gravidez indesejada (OMS, 2015). A ocorrência de uma gestação não desejada propicia a que as mulheres se socorram da realização de um aborto, ao que normalmente chamam de IVG. A IVG, de acordo com a legislação nº 16/2007 é um ato médico e seguro, utilizado para pôr termo à gravidez não desejada, até às 10 semanas de gravidez, calculadas a partir da Data da Última Menstruação [DUM], e é feito através da toma de medicação específica para o efeito (Interrupção Medicamentosa da Gravidez, 2007). A sua legalização foi bastante benéfica, uma vez que deixou de existir a necessidade de realizar este procedimento de forma clandestina, o que implicava um risco aumentado para a saúde da mulher. Relativamente à consulta de IVG, os cuidados da mulher concentram-se sobretudo na realização de esclarecimentos e ensinamentos acerca do procedimento da IVG, e ainda, a orientação e a promoção de conhecimento acerca dos recursos existentes na comunidade para dar apoio a este tipo de situações e o encaminhamento para que uma gravidez indesejada não volte a ocorrer. A primeira consulta é realizada pelo EEESMO, nesta consulta a mulher é esclarecida acerca de todo o processo de como decorre a realização da interrupção da gravidez e são avaliadas todas as condições para a realização do procedimento, é feita uma anamnese onde são recolhidos os dados relevantes para todo este processo (dados sociodemográficos, estado civil, passado obstétrico, ginecológico e contraceptivo, dados estatísticos solicitados pela DGS), bem como é verificada a datação da gravidez com base na DUM e com a verificação através de uma ecografia. Numa segunda consulta, também realizada pelo EEESMO, 3 dias após a primeira, para que se cumpra o período de reflexão, a grávida tem a oportunidade de esclarecer alguma dúvida ainda existente, assinar o consentimento informado e esclarecido e é feita a primeira toma de medicação (mifepristone), seguidamente a mulher leva para casa a restante medicação (misoprostol) com as respetivas indicações para a sua toma. Uma semana depois a mulher volta novamente ao serviço para uma nova consulta, desta vez com a equipa médica, para realizar uma ecografia de controlo no sentido de perceber se o procedimento foi bem-sucedido. A mulher é ainda incentivada a marcar uma consulta de PF nos cuidados de saúde primários e a escolher o seu novo método contraceptivo. Com a realização destas consultas em contexto hospitalar, foi possibilitado adquirir competências como: promoção da tomada de decisão informada e esclarecida acerca da interrupção voluntária da gravidez, assegurando e disponibilizando a informação necessária garantindo a orientação para os recursos disponíveis na comunidade; identificação e supervisão acerca do procedimento de aborto; conceção, planeamento, implementação e avaliação das intervenções com o intuito de

promover a saúde da mulher durante o abortamento e pós-aborto; identificação de complicações pós -aborto, encaminhando as situações que se encontra fora da sua área de competência; informar, esclarecer e orientar a mulher acerca da sexualidade na fase pós-aborto (DRE, 2019).

No decorrer do ENPRF, a mestranda realizou 521 exames pré-natais e vigiou 44 gravidezes consideradas de risco (Apêndice G).

Competência 3: Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto.

Descritivo: Cuida a 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.

Atividades: O trabalho de parto integra vários estádios e é importante compreender e diferenciar cada um deles, no sentido de realizar uma correta avaliação e desenvolver intervenções específicas para cada fase. Definir o início da fase ativa do trabalho de parto tem sido um tema que não gera consenso, pelo que, de acordo com diferentes autores as suas definições são diferentes. Um dos primeiros autores que produziu conhecimento na área da saúde materna e obstétrica foi *Friedman*. Este autor, no ano de 1981, desenvolveu um estudo com vista a compreender qual o tempo médio que uma mulher em trabalho de parto demorava para que o colo do útero dilatasse 1cm. Para facilitar a análise e compreensão deste fenómeno da dilatação do colo do útero, este mesmo autor decidiu realizar uma representação gráfica conhecida como “*Friedman labour curve*”, e constatou-se que o autor reconhece a Fase Latente do trabalho de parto até aos 4cm de dilatação cervical, demorando mais de 8 horas para a alcançar. Considerando a sua representação gráfica, verificou que entre os 4 cm e os 10 cm de cervicometria a evolução era mais rápida, demorando em média cerca de 5 horas, considerou assim esta como a Fase Ativa do trabalho de parto. Com a dilatação completa, este mesmo autor afirma ainda que a mulher pode estar cerca de 1 hora a executar esforços expulsivos. Néné et al. (2016) corrobora com a ideia de *Friedman*, e afirma também que a Fase Latente decorre entre os 0 e os 4 cm de dilatação, e a Fase Ativa decorre entre os 4 cm de dilatação até atingir a dilatação completa. Novas correntes mais recentes afirmam que a Fase Latente é definida até aos 6 cm de dilatação cervical e que a Fase Ativa do trabalho de parto é considerada a partir dos 6 cm de dilatação até atingir a dilatação completa (Rhoades & Cahill, 2017). Considerando a WHO (2018) e as orientações constantes no *Intrapartum care for a positive childbirth experience*, o início da Fase Ativa do trabalho de parto é considerado a

partir do momento que existam contratilidade regular, dolorosa e uma dilatação cervical de 5 cm. Deste modo podemos constatar como já afirmado anteriormente, que não existe uma única opinião sobre as fases do primeiro estágio do trabalho de parto.

Com o decorrer dos contextos clínicos no Bloco de Parto, foi possível adquirir diversos conhecimentos e vivenciar inúmeras experiências. Foram executados 48 partos eutócicos, em 5 dos partos houve a necessidade de colocar a prática de episiotomia e em 32 procedeu-se à realização de perineorrafia. Teve ainda a oportunidade de participar ativamente em 25 partos realizados por outros profissionais de saúde (Apêndice G).

Ao longo de todo o ENPRF o tempo destinado à permanência em sala de partos foi o que mais se evidenciou, somando um total de 18 semanas, divididas por três partes em que a mestranda optou por realizar em duas unidades hospitalares diferentes com o objetivo de experienciar realidades e formas de trabalho distintas, o que proporcionou uma experiência mais enriquecedora, permitindo fomentar o seu espírito crítico relativamente às atividades desenvolvidas em cada instituição, e desenvolver a sua identidade própria na prestação de cuidados. Ao longo destas semanas foram desenvolvidas inúmeras atividades com vista à aquisição da competência acima descrita, são elas: implementar intervenções com vista à promoção do conforto e bem-estar da mulher e/ou família e realizar a sua avaliação; implementar e avaliar intervenções que promovem a vinculação mãe/pai/recém-nascido/conviventes significativos; implementar intervenções com o intuito de promover, proteger e apoiar o aleitamento materno; colaborar com profissionais de diferentes áreas de atuação na realização de intervenções que promovem, previnem e ajudam no controlo da dor; identificar e monitorizar o trabalho de parto; identificar e monitorizar a existência de risco materno-fetal no decorrer do trabalho de parto e parto, e fazer o encaminhamento da situação para além da sua área de atuação; identificar e monitorizar desvios do padrão normal de evolução do trabalho de parto, e fazer o encaminhamento da situação para além da sua área de atuação; avaliar e perceber a adequação da estrutura pélvica relativamente ao feto no decorrer do trabalho de parto; executar intervenções à parturiente com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez durante o trabalho de parto; avaliar a integridade do canal de parto e aplicar técnicas de reparação, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação (DRE, 2019). Durante as semanas destinadas à prática clínica na sala de partos, foi possível prestar cuidados a mulher grávida em TP desde a sua admissão até às duas horas do pós-parto, momento esse em que a puérpera é transferida de serviço. A mestranda teve a oportunidade de preencher o partograma, prestar cuidados à parturiente nas mais diversas condições e fases do trabalho de parto; promover a adaptação do RN à vida

extrauterina, bem como fomentar a vinculação precoce, a amamentação e o contato pele a pele o mais precocemente quanto possível. Em ambos os contextos clínicos, foram fomentadas e utilizadas ao máximo as estratégias não farmacológicas para o alívio da dor, bem como a liberdade de movimentos durante todo o trabalho de parto, sendo que se encontravam em implementação num dos serviços a tecnologia de CTG *Wireless*, esta tecnologia acaba por ser bastante motivadora e proporciona uma maior liberdade de movimentos não confinando a mulher ao leito. Relativamente à realização do toque vaginal foi possível constatar que em grande parte das situações as recomendações por parte da DGS (2023) de realização do toque vaginal de quatro em quatro horas são parcialmente cumpridas, os toques vaginais não são considerados rotineiros, mas são executados com alguma frequência, nomeadamente quando existe um aumento das queixas álgicas maternas, ou por exemplo quando existe uma alteração significativa no traçado cardiotocográfico. Em todas as situações, e desde que fosse desejo da mulher e acompanhante, este foi sempre integrado na prestação de cuidados, sendo incentivado a colaborar na realização de massagens, técnicas de relaxamento, como a respiração, auxílio na realização de exercícios quer na bola de *Pilates* ou exercícios em posições verticalizadas.

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.

Atividades: O momento que se inicia logo após a dequitação e que se prolonga no tempo durante seis semanas é chamado de puerpério. O puerpério pode ser também considerado como o período em que o organismo recupera da gravidez e do parto com o retorno de todos os órgãos à sua posição pré-gravídica. Esta fase é dividida em 3 períodos temporais distintos: o Puerpério imediato, que corresponde às duas primeiras horas após o parto; o Puerpério precoce que se inicia duas horas após a dequitação e vai até ao 10º dia de pós-parto; e seguidamente o Puerpério tardio que variando de acordo com os autores, podendo ir até às seis semanas após o nascimento, ou até que os órgãos voltem à sua posição pré-concepcional. Esta fase é considerada muito singular na vida da mulher, pois é neste período que surgem demasiadas alterações físicas e emocionais de uma forma muito rápida e muito intensa. Olhando para o puerpério, e tendo em consideração que não são só alterações no organismo da mulher, mas que acarretam também inúmeras alterações no seu núcleo familiar, devemos

ter em atenção a adaptação do papel parental e também às restantes relações familiares. Sendo este um momento de grande suscetibilidade, deve ter-se sempre em consideração aspetos relacionados com a recuperação física, emocional, bem como as necessidades do recém-nascido e da sua família. Neste momento, é essencial uma avaliação constante e rigorosa do estado de saúde da mulher, do recém-nascido bem como avaliar a adaptação da tríade à sua nova realidade (DGS, 2005; Lowdermilk & Perry, 2006; DGS, 2015; Néné et al., 2016).

Numa fase da vida tão específica como esta, e que acarreta um sem número de alterações a todos os níveis, sejam eles fisiológicos, psicológicos, do contexto económico e familiar, e indo ao encontro das teóricas selecionadas para dar suporte à linha de pensamento ao longo deste relatório, devemos encarar a mulher/casal/família como uma unidade holística num contexto de mudança, considerando todas as vertentes que constituem o Ser, nomeadamente a sua condição sociocultural onde se inclui: condição económica; condições habitacionais e saneamento básico; história, religião, cultura e valores; perspetiva do mundo; língua; nível de escolaridade. Assim, e realizando uma abordagem global devem ser desenvolvidas estratégias para ir ao encontro das necessidades individuais num contexto de adaptação à nova realidade, que é o nascimento de um novo indivíduo como todas as fragilidades e agentes stressores que esta fase da vida acarreta sempre com a finalidade de obter o bem-estar da tríade (Roy & Andrews, 2001; Oliveira et al., 2021; Rodrigues et al., 2021).

Neste momento, é considerado elementar a correta avaliação do estado de saúde materno e do recém-nascido de forma regular e rigorosa, e ainda ao desenvolvimento do papel parental pela tríade. Com o intuito de promover a vinculação da díade mãe-bebé, o aleitamento materno assume o papel preponderante no bem-estar materno-infantil, bem como previne o desenvolvimento de complicações no período pós-parto, como são os problemas do foro psicológico, diminuição do risco de ocorrência de hemorragias, e ainda diminui o risco de ocorrência de neoplasias nos demais órgãos que compõem o sistema reprodutor feminino (DGS, 2015).

No serviço de puerpério onde teve lugar o contexto clínico, bem como nos dois contextos de bloco de partos por onde a mestrande teve oportunidade de passar, foi possível desempenhar atividades que conduzem à aquisição de competências, nomeadamente: realização do exame físico da puérpera e do recém-nascido; realização de diversos ensinamentos com o intuito de promover a capacitação da puérpera e acompanhante para a prestação de cuidados ao recém-nascido; ensinamentos referentes aos sinais e sintomas de alerta tanto para a puérpera como do recém-nascido, sinais esses que devem ser tidos em consideração para recorrer a apoio especializado nas instituições de saúde; promoção da amamentação e auxílio

no processo de aleitamento materno, referenciação e encaminhamento de mulher/família com alterações da adaptação à parentalidade, promoção da transição para o período puerperal; prestação de cuidados de saúde a mulheres e recém-nascidos com alguma patologia associada; realização de ensinamentos relativos à utilização de medidas contraceptivas bem como auxiliar na colocação de implantes contraceptivos.

Ao longo de todo o estágio no que concerne à vigilância do puerpério, a mestranda teve oportunidade de prestar cuidado a um total de 154 mulheres, sendo 113 saudáveis e as restantes 41 com patologia associada. Relativamente aos recém-nascidos, foram prestados cuidados a 142 recém-nascidos, 115 saudáveis e 27 recém-nascidos de risco. (Apêndice G)

É possível integrar ainda nesta dimensão a experiência no serviço de neonatologia onde foi possibilitado à mestranda uma curta passagem com a duração de 1 semana, sendo a abordagem a este serviço mais num contexto de observação. Esta experiência neste contexto de cuidados foi considerada bastante pertinente, sendo elementar para oferecer uma perceção de quais as reais necessidades dos recém-nascidos prematuros, bem como das suas famílias. A abordagem das práticas cuidativas neste tipo de serviços são focalizadas acima de tudo no desenvolvimento no RN, com a finalidade de promover o seu neuro desenvolvimento e com o objetivo de capacitar a família para a prestação de cuidados, considerando as carências e necessidades do bebé. Este tipo de unidades, são altamente diferenciadas, e requerem um grande investimento não só financeiro, mas também de recursos técnicos e humanos especializados no sentido de promover o processo adaptativos à vida, bem como a promoção do crescimento e desenvolvimento das crianças. Estes cuidados para além de serem direcionados para o Recém-Nascido Prematuro [RNP], são prestados em parceria com a sua família sendo considerada uma abordagem holística tanto da criança como da família onde está inserida.

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.

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.

Atividades: Podemos considerar o climatério como sendo um período de mudança na vida da mulher, nesta fase surgem inúmeras modificações tanto a nível corporal, como na sua dimensão social, amorosa, sexual e familiar. Para algumas mulheres esta fase pode ser caracterizada como um momento de crise pessoal, onde a mulher deve refletir acerca do seu passado com a intenção de direcionar e preparar o seu futuro, reconstruindo a sua identidade própria. Cada vez mais, e com a evolução da sociedade e do mundo atual, este processo de reorganização com vista à adaptação das alterações características desta é mais exigente (Selbac et al., 2018).

Todas estas alterações despoletadas nesta fase do ciclo vital prendem-se com a diminuição da função ovárica, e conseqüentemente o declínio hormonal que daí advém. Os sintomas mais comuns são: irregularidades menstruais, afrontamentos, sudorese noturna, alterações do humor, alterações no padrão normal do sono (Fatela et al., 2021). Ao período que decorre desde o momento que se iniciam as irregularidades menstruais e que culmina com a última menstruação é denominado de perimenopausa, incluindo ainda um ano após a ocorrência desta última menstruação, uma vez que o diagnóstico desta só é feito após este tempo (Fatela et al., 2021).

Considerando todas estas alterações inerentes à mulher, e que surgem com o avançar da idade, é necessário desenvolver estratégias com o intuito de melhorar a sua condição, deste modo, e tendo em conta o modelo teórico desenvolvido por Callista Roy, a mulher deve ser encarada como uma ser biopsicológico que se encontra em constante interação com o meio onde está inserido, sendo que este também se encontra em constante evolução, o que obriga a uma adaptação considerando sempre o seu conhecimento, as suas escolhas e sentimentos (Oliveira et al., 2021).

No decorrer de todo o ENPRF, a mestranda não teve oportunidade de passar por um campo clínico específico destinado a patologia ginecológica e ao climatério. Ainda assim, sempre que foi possível, a mestranda procurou a aquisição de aprendizagens nesta área de atuação, tendo colaborado na prestação de cuidados a mulheres com afeções do foro ginecológico que recorreram ao serviço de urgência. Os casos mais comuns encontrados, e que levam as mulheres a recorrerem aos serviços hospitalares são as metrorragias, dor abdominal, miomas uterinos. Foi possibilitado à mestranda participar nos cuidados a estas mulheres, identificando as suas modificações físicas, sexuais e psicológicas, inerentes a esta fase do ciclo vital, bem como a realização dos mais diversos ensinamentos sobre dúvidas existentes e ainda promover o encaminhamento das diferentes situações para os serviços de saúde adequados.

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.

Atividades: Uma metodologia educativa cuja finalidade pretendida é promover a autonomia da população, através da capacitação dos indivíduos com o objetivo de promover a aquisição de conhecimento adequado e credível, chama-se educação para a saúde. A educação para a saúde é desenvolvida entre a população-alvo em parceria com a equipa de saúde, e envolve uma partilha de conhecimento, fomentando a que haja uma tomada de decisão consciente e informada. O planeamento familiar é desenvolvido num contexto de educação para a saúde, e o objetivo é providenciar conhecimento onde mulher e homens em idade fértil possam exercer os seus direitos no que diz respeito à conceção e contraceção e ainda disponibiliza o meios e métodos necessários para o controlo da fertilidade (Santos & Freitas, 2011; Bezerra, 2018; APF, 2022). Considerando a influência que a mulher recebe do meio onde está envolvida, quer seja através de amigas, família ou mesmo a influência do mundo digital, toda as opções devem ser consideradas e a escolha feita tendo por base uma tomada de decisão informada com o auxílio do EEESMO (Lowdermilk & Perry, 2006).

No decorrer do ENPRF, foi no serviço de consulta externa e no puerpério onde a mestranda teve a possibilidade de desenvolver intervenções no âmbito da educação para a saúde a mulher/casais em idade fértil, esta oportunidade foi surgindo também nos demais contextos clínicos embora de uma forma muito residual. As temáticas que suscitam maior interesse por parte da população-alvo prendem-se com dúvidas relativas à utilização de métodos contraceptivos, bem como acerca de comportamentos relacionados com a saúde sexual e reprodutiva. É relevante salientar que ao longo da prática clínica, as diferentes nacionalidades da população, bem como a sua cultura, hábitos, costumes, crenças e valores tiveram de ser tidos em conta, e ainda a barreira linguística existente. Sendo muitas vezes difícil perceber se a informação transmitida foi compreendida na íntegra, ou se o companheiro a transmitia de maneira correta à mulher, uma vez que os acompanhantes funcionam muitas vezes como tradutores. Considerando isto, e até mesmo a transmissão de conhecimento e informação à população portuguesa é importante que a mestranda enquanto futura EEESMO desenvolva também competências comunicacionais. A aquisição de conhecimentos é também um fator imperioso para a correta transmissão de conhecimentos, de modo que seja possível responder às necessidades e corresponder as expectativas da população. Neste sentido a formação contínua em enfermagem é uma lei essencial para salvaguardar o desenvolvimento pessoal e o crescimento enquanto profissional de saúde, baseando a sua prática clínica na

mais recente evidência científica. A aquisição de novos conhecimentos teóricos, bem como as alterações inerentes à sua prática do dia a dia promovem o desenvolvimento do espírito crítico e colaboram positivamente para a criação da sua individualidade enquanto profissional especializado, e ainda na segurança do doente, como na qualidade e satisfação dos utentes (OE, 2020).

Ao longo de todos estes meses em que decorreu o ENPRF, é possível afirmar que esta experiência foi extremamente rica no que concerne à aprendizagem de novos conhecimentos, mas também devido à evolução e crescimento pessoal e profissional. Chegando ao fim, é legítimo afirmar que foram tempos complexos e bastante intensos, onde houve um grande investimento tanto por parte da mestranda, como por parte de todos os enfermeiros supervisores nos vários contextos clínicos. No decurso de todos estes meses, e no sentido de promover a aprendizagem foram discutidas e esclarecidas dúvidas com os enfermeiros responsáveis pela orientação, bem como com a orientadora pedagógica com o intuito de promover a reflexão crítica e ainda promover a consolidação de conhecimentos teórico-práticos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com vista à obtenção do grau de mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica torna-se perentório a obtenção de habilitações e conhecimentos específicos acerca da saúde da mulher. Estes mesmos conhecimentos são apreendidos e desenvolvidos por meio de um processo aprendizagem contínuo e gradual, que tem início com o primeiro ano eletivo deste curso de mestrado, correspondendo à parte teórica do mesmo, e posteriormente segue-se o segundo ano onde se colocam em funções os conhecimentos teóricos apreendidos, e se tem o contato direto com a prática clínica com o desenrolar do Estágio de Natureza Profissional.

A redação do presente Relatório de Estágio pode ser considerada como um método de reflexão acerca da prática de cuidados de enfermagem especializados desenvolvidos ao longo dos últimos meses, considerando que a informação presente imerge da investigação e de uma análise reflexiva e crítica sobre o desempenho da mestranda ao longo do período de prática clínica, bem como tem o intuito de descrever o caminho realizado para a obtenção e desenvolvimento das competências do EEESMO.

Neste momento, em que nos encontramos na última fase de todo este longo processo formativo, é possível constatar que estes dois anos foram um período de aprendizagem constante e sobretudo de partilha de experiências e de conhecimento, tentando sempre fazer o máximo proveito de todas as oportunidades que surgiram, utilizando os recursos disponíveis, com o intuito de desenvolver o conhecimento próprio e a melhoria no desempenho da prática de cuidados, bem como a construção da própria identidade profissional. A abordagem específica de cada um dos enfermeiros supervisores, juntamente como a prática clínica da mestranda, embora que em diferentes contextos, teve um papel fundamental para o alcance da identidade profissional. Ainda que, tendo sempre em mente que esta identidade profissional é mutável e ajustável ao longo do tempo devido ao conhecimento apreendido e à prática clínica do dia-a-dia.

Ao longo da redação deste relatório final tentou-se demonstrar o percurso efetuado, bem como os seus contributos para o desenvolvimento de competências enquanto futura EEESMO. A aplicação da prática baseada na mais recente evidência científica leva a uma melhoria da qualidade assistencial na área da enfermagem, favorecendo uma postura reflexiva e rigorosa nos atos praticados no decurso da prática clínica. Assim, deste modo e para a realização deste relatório, foi escolhida pela mestranda uma área de interesse sujeita ao aprofundamento de conhecimentos, levando à melhoria dos cuidados prestados à sua

população-alvo. Foi assim possível perceber a conveniência da pesquisa, bem como a pertinência da prática baseada na evidência nesta área tão específica que é a saúde da mulher. O tema selecionado para desenvolver este relatório, adveio da curiosidade por parte da mestranda acerca da realização de exercícios durante o trabalho de parto, e de que forma estes poderiam colaborar nos mais diversos aspetos relacionados com o trabalho de parto. Após um primeiro contato com as utentes no contexto de consulta externa, e após abordar este tema com as grávidas a mestranda chegou à conclusão de que a literacia em saúde acerca deste tema era muito reduzida, o que se veio a comprovar no decorrer do contexto clínica.

Tendo por base a evidência científica, pode-se afirmar que a prática de exercício físico em qualquer fase da gravidez e também no trabalho de parto, desde que não esteja contraindicada devido a alguma condição materna, acarreta inúmeros benefícios tanto para a mulher, como para o feto, e ainda no sentido de abreviar o trabalho de parto. Após a realização das entrevistas com as demais mulheres, foi possível constatar que esta temática era uma grande lacuna no seu conhecimento, e que ao contrário do que foi idealizado pela mestranda, os cursos de preparação para o parto são pouco frequentados pela população em geral, por desconhecimento, pela inexistência, ou pela incapacidade de resposta das solicitações das grávidas por parte das equipas de saúde. Nos cursos existentes, e que foram frequentados pelas mulheres com quem a mestranda teve a oportunidade de trabalhar, a temática do exercício no trabalho de parto muitas vezes não foi abordada.

Após serem elucidadas acerca dos benefícios da realização de exercícios, a adesão por parte das parturientes era bastante positiva. A dimensão cultural, as crenças e valores característicos dos diferentes povos, bem como a língua, são fatores que condicionam a adesão e a colaboração da mulher durante o trabalho de parto, mas que com algum trabalho e incentivo podem ser contornados. Assumindo a singularidade de cada mulher/ casal foram desenvolvidos cuidados personalizados e direcionados a cada parturiente, indo ao encontro das suas necessidades e expectativas tendo sempre em consideração a mais recente evidência científica e também a experiência advinda da prática clínica. Considerando isto, pode-se assumir este princípio como a linha norteadora para a prestação de cuidados, bem como a resiliência e a superação de encarar desafios diferentes e complexos.

Ao longo de todos os contextos clínicos foi possível vivenciar e experienciar diversas realidades de trabalho em diferentes unidades hospitalares, facto este muito importante para a construção da identidade própria enquanto profissional de saúde. É característica própria do ser humano a resistência à mudança, mas com o desenvolvimento da prática clínica com base no conhecimento empírico e sustentado no conhecimento científico é possível fomentar a

confiança do EEESMO para a promoção e adoção das melhores escolhas para a sua prática clínica.

Findo isto, pode afirmar-se que os objetivos traçados foram alcançados, ainda que considerando as diversas limitações advindas da barreira linguística e cultural devido à diversidade cultural encontrada. Ainda assim, podemos afirmar que concluindo o presente relatório de estágio, bem como a formação académica para obtenção do título de mestre, com a consciência da importância do percurso realizado, e sempre com o intuito de alcançar a excelência dos cuidados com a prática clínica que irá ser desenvolvida ao longo dos próximos anos como Mestre e Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AEFML, <https://www.aefml.pt/historia-do-hospital-de-st-maria> , acessido a 30 de abril de 2023
- Ahmadpour, P., Mohammad-Alizadeh-Charandabi, S., Doosti, R., & Mirghafourvand, M. (2021). Use of the peanut ball during labour: A systematic review and meta-analysis. *Nursing Open*, Doi:10.1002/nop2.844
- Alves, D., Pacheco, R. & Frias, A. (2022). O exercício físico na gravidez: uma revisão sistemática da literatura. In Frias, A., Barros, M. (Orgs.), *Literacia Em Para Uma Gravidez Saudável Saúde Promoção Da Saúde No Período Pré-Natal*. Guarujá - SP: Científica Digital, 2022. ISBN 978-65-5360-204-5. p. 63-74. DOI: 10.37885/220609207
- American Psychological Association (2020). *Publication manual of the American Psychological Association (7th ed.)*. American Psychological Association
- Andrade, S.R., Ruoff, A. B., Piccoli, T., Schmitt, M.D., Ferreira, A., & Xavier, A.C. (2017). O estudo de caso como método de pesquisa em enfermagem: uma revisão integrativa SciELO, 1-12
- APF. Métodos Contracetivos. Acessível em <https://apf.pt/informacao-tematica/metodos-contracetivos/>
- Baker, O., Otaibi, A., Khunaizi, A., & Ammar, K. (2022). Effect of regular exercise during pregnancy on duration of labor: a systematic review and meta-analysis. *Middle East Journal of Nursing* 16(1): 12-19. DOI: 10.5742/MEJN2022.9378018
- Balbino, E., Santos, M., & Borges, M. (2020). Uso de métodos não farmacológicos no alívio da dor no trabalho de parto: a percepção de mulheres no pós-parto. *Revista Brasileira Multidisciplinar* Vol. 23, n. 2, p 65-78. DOI: doi.org/10.25061/2527-2675/ReBraM/2020.v23i2Supl..812
- Barakat, R., Franco, E., Perales, M., López, C., & Mottola, M. (2018). Exercise during pregnancy is associated with a shorter duration of labor. A randomized clinical trial. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*. DOI: 10.1016/j.ejogrb.2018.03.009
- Barakat, R., Pelaez, M., Lopez, C., Montejo, R., & Coteron, J. (2012). Exercise during pregnancy reduces the rate of cesarean and instrumental deliveries: results of a

- randomized controlled trial. *The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 25(11): 2372–2376. DOI: 10.3109/14767058.2012.696165
- Barbieri, M., Henrique, J., Chors M., Maia, L., & Gabrielloni, C. (2013). Banho quente de aspersão, exercícios perineais com bola suíça e dor no trabalho de parto. *Acta paulista enfermagem* 26(5):478–84. DOI: 10.1590/S0103-21002013000500012
- Barbosa, M. (2018). Posições de parto vaginal e prevenção de traumas perineais. *Revista Eletrônica -Atualiza Saúde*. Salvador, v. 8, n. 8, p. 72-80, jul./dez. 2018. Acessível em <https://atualizarevista.com.br/wp-content/uploads/2022/05/posicoes-de-parto-vaginal-e-prevencao-de-traumas-perineais-v-8-n-8.pdf>
- Barboza, B., Calil, C., Trigo, I., Eller, J., Silva, L., & Vaz, M. (2020). Idade materna avançada e seus desfechos. *Revista Cadernos de Medicina*, 2, 146-151.
- Betran, A., Ye, J, Moller A., Sousa, J., & Zhang, J. (2021). Tendências e projeções das taxas de cesariana: global e regional estimativas. *BMJ Global Health*; 6:e005671. DOI: 10.1136/ bmjgh-2021-005671
- Burkett, L. (2007). Medical Tourism. *Journal of Legal Medicine*, 28(2), 223–245. DOI: 10.1080/01947640701357763
- Carvalho, J. (2009). Metodologia do Trabalho Científico (E. Editora, Ed. 2ª edição ed.).
- Chicória, M. (2013). *Cuidados de Enfermagem: Uma Prática Baseada na Evidência*. Escola Superior de Saúde de Coimbra. Coimbra
- CHLC, <https://www.chlc.min-saude.pt/historia/>, acessido a 30 de abril de 2023
- CNS, (2022). Conselho Nacional de Saúde. A pandemia de COVID-19: Desafios para a saúde dos Portugueses. ISSN: 2184-6960
- Connell, J. (2006). Medical tourism: Sea, sun, sand and ... surgery. *Tourism Management* 27(6), 1093–1100. DOI: 10.1016/j.tourman.2005.11.005
- Cormany, D. & Baloglu, S. (2011). Medical travel facilitator websites: An exploratory study of web page contents and services offered to the prospective medical tourist. *Tourism Management* 32(4), 709–716. DOI: 10.1016/j.tourman.2010.02.008
- Costa, R. & Padilha, M. (2011). A Unidade de Terapia Intensiva Neonatal possibilitando novas práticas no cuidado ao recém-nascido. *Revista Gaúcha Enfermagem*. 32 (2). Acessível em <https://doi.org/10.1590/S1983-14472011000200006>
- Cruz, C., Costa, C., Brito, R., Reis, L., Sá, L. & Paciência, I. (2020). Recursos fisioterapêuticos aplicados no trabalho de parto natural humanizado: uma revisão bibliográfica. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, (41), e2731. Acessível em <https://doi.org/10.25248/reas.e2731.2020>

- Delgado, A., Katz, L., Melo, R., Amorim, M., & Lemos, A. (2022). Eficácia do uso da bola de amendoim para mulheres com analgesia peridural no trabalho de parto: uma revisão sistemática e meta-análise. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, DOI: 10.1080/01443615.2021.1997959
- Deloitte. 2008. Medical Tourism – Consumers in Search of Value, Deloitte Center for Health Solutions, Washington, D.C.
- Desseauve, D., Fradet, L., Lacouture, P., & Pierre, F. (2017). Position for labor and birth: State of knowledge and biomechanical perspectives. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology*, 208, 46–54. Acessível em <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2016.11.006>
- DGS. (2005). Puerpério: alterações emocionais e psicológicas. Acessível em <https://www.chts.minsaude.pt/barrigas-e-rebentos/puerperio-alteracoes-emocionais-e-psicologicas>
- DGS. (2015). *Norma n.º 001/2015 de 19/01/2015: Registo de Indicações de Cesariana*. Acessível em https://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/DGS_001_2015%2001.2015.pdf
- DGS. (2015). *Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco*. (D. a. o.-G. d. Saúde, Ed.).
- DGS. (2020). PARTO E A PARENTALIDADE – CPPP CURSOS DE RECUPERAÇÃO PÓSPARTO - CRPP Equidade na transição para a maternidade e a paternidade. Acessível em <https://www.dgs.pt/documentos-em-discussao-publica/documento-em-audicao-publica-pdf.aspx>
- DGS. (2023). Cuidados de saúde durante o trabalho de parto. Lisboa: Direção Geral da Saúde, 2023
- DRE. (2007). Decreto-Lei n.º16/2007 de 17 de abril da Exclusão da ilicitude nos casos de interrupção voluntária da gravidez. Acessível em <https://data.dre.pt/eli/lei/16/2007/p/cons/20160229/pt/html>
- DRE. (2018). Regulamento n.º 366/2018, Regulamento da Competência Acrescida Diferenciada e Avançada em Supervisão Clínica. Acessível em <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/366-2018-115504842>
- DRE. (2019a) Decreto-Lei n.º 85, 2ª série, 3 de maio de 2019, Regulamento n.º 391/2019 Regulamento das competências específicas do enfermeiro

- especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica. Acessível em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/17072/regulamento-n%C2%BA-391-2019_regulamento-das-compet%C3%A2ncias-espec%C3%ADficas-do-eesmo.pdf
- DRE. (2019b). Decreto-Lei nº 26, 2.^a série, 6 de fevereiro de 2019, Regulamento n.º 140/2019 Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Acessível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Estrela, J., Lopes, S., Menezes, A., Sousa, P., & Machado, R. (2022). Relatório de Imigração, Fronteiras e Asilo 2021, ISSN: 2183-2935
- Fatela, A., Neves, A., Couto, D., Arteiro, D., Águas, F., Geraldês, F., Ramilo, I., Carvalho, M., Caramelo, O., Gonçalves, S., & Ramos, V. (2021). Consenso Nacional sobre Menopausa
- Ferreira, C., Guerra, C., Silva, A., Rosário, H., & Pereira, M. (2018). Exercício na gravidez: impacto de um programa de intervenção na duração do trabalho de parto e via de parto. *Revista Brasileira Ginecologia Obstetricia*. DOI: 10.1055/s-0038-1675613. ISSN0100-7203
- Fragata, J. (2012). Segurança dos Doentes- Uma abordagem prática (Lidel, Ed.). (OE, 2018).
- Gallo R., Santana L., Marcolin A., Ferreira C., Duarte, G., & Quintana S. (2011). Recursos não-farmacológicos no trabalho de parto: protocolo assistencial. *FEMINA* vol 39, nº 1
- Gibbs, G. (2013). Learning by doing. (R. Sharpe, Ed.) (First.). Oxford Brookes University.
- Grenvik, J., Rosenthal, E., Wey, S., Saccone, G., Vivo, V., Prisco, A., García, B., & Berghella V. (2021). Birthing ball for reducing labor pain: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*. DOI: 10.1080/14767058.2021.1875439
- Hailemariam, T., Gebregiorgis, Y., Gebremeskel, B., Haile, T., & Spitznagle, T. (2020). Physical activity and associated factors among pregnant women in Ethiopia: facility-based cross-sectional study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20:92. DOI: 10.1186/s12884-020-2777-6
- Hickey, L., & Savage, L. (2019). Efeito da bola de amendoim e mudanças de posição em mulheres em trabalho de parto com peridural. *Enfermagem para a Saúde da Mulher*. DOI: 10.1016/j.nwh.2019.04.004
- Lobão A., & Zangão M. (2022). Influência da mobilidade e posturas verticais na duração do primeiro estágio do trabalho de parto: revisão integrativa. *Revista da Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras*, Vol. 22, N.º 1, pp. 36-51. DOI: <https://doi.org/10.53795/rapeo.v22.2022.17>

- Lopes, F., Nomura, R., & Nakamura, M. (2021). Satisfação de mulheres com o parto em um hospital público no Brasil. *Nascimento*, 48:251–256. DOI: 10.1111/nascimento.12534
- Lowdermilk, D., & Perry, S. (2006). *Enfermagem na Maternidade*. 7ª edição. LUSODIDACTA
- Mbakaya, B. C., Kalembo, F. W., Zgambo, M., Konyani, A., Lungu, F., Tveit, B., Kaasse, A., Simango, M., & Bvumbwe, T. (2020). Nursing and midwifery students' experiences and perception of their clinical learning environment in Malawi: a mixed-method study. *BMC Nurs*, 19, 87. DOI: 10.1186/s12912-020-00480-4
- Médicos do Mundo. (2023). Aumento de cesarianas nos hospitais privados. Má prática obstétrica, ou não?. Consultado em 08 de agosto de 2023. Acessível em <https://www.medicosdomundo.pt/noticia/aumento-de-cesarianas-nos-hospitais-privados-ma-pratica-obstetrica-ou-nao>
- Meirinhos, M., & Osório, A. (2010). O estudo de caso como estratégia de investigação em educação. *EDUSER: revista de educação*, Vol 2(2), Inovação, Investigação em Educação, ISSN 1645-4774.
- Nações Unidas (2021). Manual para a Categoria de Países Menos Desenvolvidos: Inclusão, Graduação e Medidas de Apoio Especiais, 4ª Edição, ISBN: 9789211046984
- Néné, M., Marques, R., & Batista, M. (2016). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. LIDEL.
- Nilsen, E., Sabatino, H., & Lopes, M. (2011). Dor e comportamento de mulheres durante o trabalho de parto e parto em diferentes posições. *Revista Escola Enfermagem USP*; 45(3):557-65
- Nóbrega, M., & Barros, A. (2001). Modelos Assistenciais para a prática de Enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 1. Acessível em <https://doi.org/https://doi.org/10.1590/S0034-71672001000100009>
- OE. (2006). *Investigação em enfermagem: tomada de posição*. Lisboa. Acessível em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf
- OE. (2006). *Tomada de Posição sobre Segurança do Cliente*. Acessível em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_2Maio2006.pdf
- OE. (2013). *Projeto Maternidade com Qualidade*. Acessível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-p%C3%A1ginas-antigas/projeto-maternidade-com-qualidade/>

- OE. (2013b). *Projeto Maternidade com Qualidade: Influência da Posição do Parto na Mãe e no Recém-Nascido – Indicador de Evidência*. Acessível em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MaternidadeComQualidade/INDICADOR_PosicaodeParto_ProjetoMaternidadeComQualidade.pdf
- OE. (2016). *Parecer N.º 04/ 2016: Sessão E Tempos De Duração Dos Cursos De Preparação Para O Nascimento E Curso De Recuperação Pós-Parto*. Acessível em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer04_2016_MCEESMO_SessaoTemposCursoPreparacaoCursoRecuperacaPosParto.pdf
- OE. (2019). *Parecer N.º 43/ 2019: Cálculo De Dotações Seguras Nos Cuidados De Enfermagem De Saúde Materna E Obstétrica (SMO)*
- OE. (2020). *A supervisão clínica no desenvolvimento profissional*. Acessível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/norte/noticias/conteudos/a-supervisãocl%C3%ADnica-no-desenvolvimento-profissional-vai-a-debate/>
- OE. (2021). *Padrões De Qualidade Dos Cuidados Especializados Em Enfermagem De Saúde Materna E Obstétrica*. 2ª Assembleia Ordinária Do Colégio Da Especialidade De Enfermagem De Saúde Materna E Obstétrica, Lisboa. Acessível em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23179/ponto-3_padr%C3%B5es-qualidade-dos-cuidados-eesmo.pdf
- Oliveira, A., Gomes, B., Vargas, C., Venâncio, G., Teixeira, K., Martins, L., Malagutti, M., Gomes, M., & Pires, W. (2021). Teoria Callista Roy. In Souza, D., Brandão, V., Martins, M., Moraes, J., & Jesus, N. (Org.) *Teorias De Enfermagem: Relevância Para A Prática Profissional Na Atualidade*. Mato Grosso do Sul: Editora Inoval, 2021. ISBN 978-65-80476-74-9. P. 32-33
- Organização Mundial de Saúde. (2015). Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf, acessido a 08 de agosto de 2023
- Organização Mundial de Saúde. (2018). WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience. World Health Organization. Acessível em <https://apps.who.int/iris/handle/10665/260178>
- Outland, L., & Alvarado, Y. (2019). Preventing cesareans with peanut ball use. *Journal of Nursing Education and Practice*, 10(1), 107. DOI:10.5430/jnep.v10n1p107
- Pacheco, A., Costa, A., Lanhoso, A., Santos, A., Rodrigues, C., Rebelo, C., . . . & Ferraz, T. F. (2020). *Consenso sobre Contraceção*.

- Paiva, E., Sthal, H., Paulino, V., & Leite, G. (2018). Posições assumidas durante o parto normal: Percepção das puérperas atendidas numa maternidade de Jataí-Goiás. *Itenerarius Reflectionis* V.14, N. 4 ISSN: 1807-9342
- Pennings, G. (2002). Reproductive tourism as moral pluralism in motion. *Journal of Medical Ethics*, 28(6), 337–341. DOI:10.1136/jme.28.6.337
- Pordata (2021) <https://www.pordata.pt/censos/quadro-resumo-municipios-e-regioes/area+metropolitana+de+lisboa-572> acessido a 17 de julho de 2023
- Pordata (2023) <https://www.pordata.pt/portugal/nados+vivos+de+maes+residentes+em+portugal+tota+l+e+por+nacionalidade+da+mae-2512>, acessido a 14 de julho de 2023
- Pordata, (2022) [https://www.pordata.pt/portugal/cesarianas+nos+hospitais+\(percentagem\)-1985](https://www.pordata.pt/portugal/cesarianas+nos+hospitais+(percentagem)-1985), acessido a 12 de julho de 2023
- Pordata, (2023) <https://www.pordata.pt/europa/idade+media+da+mae+ao+nascimento+de+um+filho-2408>, acessido a 12 de julho de 2023
- Pordata, (2023) <https://www.pordata.pt/portugal/idade+media+da+mae+ao+nascimento+de+um+filho-417>, acessido a 12 de julho de 2023
- Pordata, (2023) <https://www.pordata.pt/portugal/idade+media+da+mae+ao+nascimento+do+primeiro+filho-805>, acessido a 12 de julho de 2023
- Rhoades, J. S., & Cahill, A. G. (2017). Defining and Managing Normal and Abnormal First Stage of Labor. *Obstet Gynecol Clin North Am*, 44(4), 535- 545. Acessível em <https://doi.org/10.1016/j.ogc.2017.07.001>
- Ribeiro, C., Moura, C., Sequeira, C., Barbieri, M., & Erdmann, A. (2015). Percepção de pais e enfermeiros sobre cuidados de Enfermagem em neonatologia:uma revisão integrativa. *Revista de Enfermagem*, 137- 146. Acessível em <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.12707/RIV14023>
- Rodrigues, A., Valadares, B., Lima, G., Teodoro, L., Silva, M., Silva, M., & Alves, N. (2021). Teoria De Madeleine Leininger. In Souza, D., Brandão , V., Martins , M., Morais, J., & Jesus, N. (Org.) *Teorias De Enfermagem: Relevância Para A Prática Profissional Na Atualidade*. Mato Grosso do Sul: Editora Inoval, 2021 ISSN 978-65-80476-74-9. P. 21-22

- Rodrigues, D., Pagliuca, L., & Silva, R. (2004). Modelo de Roy en la enfermería obstétrica: el análisis bajo el punto de vista de Meleis. *Revista Gaúcha Enfermagem*, Porto Alegre (RS) ago; 25(2):165
- Rodríguez-Díaz, L., Ruiz-Frutos, C., Vázquez-Lara, J.M., Ramírez-Rodrigo, J., Villaverde-Gutiérrez, C., & Torres-Luque G. (2017). Efectividad de un programa de actividad física mediante el método Pilates en el embarazo y en el proceso del parto. *Enfermagem Clínica*. 27(5):271–7. Acessível em <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2017.05.008>
- Roth, C., Dent, A., Parfitt, E., Hering, L., & Bay, C. (2016). Randomized Controlled Trial of Use of the Peanut Ball During Labor. *MCN, The American Journal of Maternal/Child Nursing* [Internet] 41(3):140–6. DOI: 10.1097/NMC.0000000000000232
- Roy, C., & Andrews, H. (2001). Teoria da Enfermagem – O modelo de Adaptação de Roy (Instituto Piaget), ISBN 9789727711758
- Santos, J., & Freitas, P. (2011). Planejamento familiar na perspectiva do desenvolvimento. *Ciência e Saúde Coletiva*, 1813-1820
- Santos, V.; Moura, M.; Pinho, J.; Almeida, V. & Maio, J. (2011). Características sociodemográficas das puérperas e seguimento da gravidez - O que mudou em 17 anos? *Acta Medica Portuguesa*. v.24. n.6. p.877-884
- Santos-Rocha, R., Fernandes de Carvalho, M., Prior de Freitas, J., Wegrzyk, J., & Szumilewicz, A. (2022). Gravidez ativa: um programa de exercícios físicos que promove a boa forma e a saúde durante a gravidez - desenvolvimento e validação de uma intervenção complexa. *Revista Internacional de Pesquisa Ambiental e Saúde Pública* 19, 4902. DOI: 10.3390/ijerph19084902
- Selbac, M., Fernandes, C., , Marrone, L., Vieira, A, Silveira, E., & Morgan-Martins, M. (2018). Mudanças comportamentais e fisiológicas determinadas pelo ciclo biológico feminino: climatério à menopausa. *Aletheia*, 51(1-2), 177-190. Acessível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942018000100016&lng=pt&tlng=pt.
- Silva, D. (2014). Helping measure person-centred care. The Health Foundation.
- Silva, L., Scotti, M., Garcia, S., & Souza, V. (2020). Métodos não-farmacológicos no controle da dor no trabalho de parto e parto: uma ação do enfermeiro. In Molin, S. *Enfermagem: Inovação, Tecnologia E Educação Em Saúde*. Capítulo 25, Páginas 345-360. DOI:10.37885/200801078

- SNS, <https://www.sns.gov.pt/entidades-de-saude/hospital-professor-doutor-fernando-fonseca-epe/>, acessido a 30 de abril de 2023
- Souza, M., Michelly, D., & Carvalho, R. (2010). Revisão integrativa: o que é e como fazer: Integrative Review: What is it? How to do it? *Einstein*, v.8, p. 102-106.
- UNICEF (2018). Dez Passos Para O Sucesso Do Aleitamento Materno UNICEF - https://www.unicef.pt/media/2300/iab_10-medidas_sucesso-aleitamento-materno-2018-09.pdf, acessido a 23 de abril de 2023
- WHO. (2015). OMS: gravidez indesejada resulta de falta de serviços de planeamento familiar. Acessível em <https://news.un.org/pt/story/2019/10/1692151>
- WHO. (2020). Guidelines on physical activity and sedentary behaviour. Geneva: World Health Organization. Licence: CC BY-NC SA 3.0 IGO. Acessível em <https://www.who.int/publications/i/item/9789240015128>
- WHO. (2020). Manual de políticas e estratégias para a qualidade dos cuidados de saúde: uma abordagem prática para formular políticas e estratégias destinadas a melhorar a qualidade dos cuidados de saúde
- WHO. (2021). Declaração da OMS sobre taxa de cesarianas (D. d. S. d. R. e. Pesquisa, Ed.). Human Reproduction Program
- Wittenberg-Lyles, E., Goldsmith, J., Richardson, B., Hallett, J. S., & Clark, R. (2013). The practical nurse: a case for COMFORT communication training. *Am J Hosp Palliat Care*, 30(2), 162-166. Acessível em <https://doi.org/10.1177/104990911244684>

ANEXOS

Anexo I: Declaração de presença - Formação bola amendoim

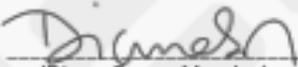
 **HFF**
HOSPITAL PROFESSOR
DOUTOR FERNANDO FONSECA

CERTIFICADO

Certifica-se que **Daniela Maria Bicho Alves**, frequentou o curso “**A Bola Amendoim: um recurso valioso durante o trabalho de parto(SUOG)**”, realizado no Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca E.P.E., que decorreu no(s) dia(s) 07.02.2023, com a duração total de 3 (três) horas.

Amadora, 18 de dezembro de 2023

A Coordenadora da Unidade de Formação e Ensino


(Diana Sousa Mendes)

Declaração nº [

APÊNDICES

10. ORIENTAÇÃO (Anexar declaração(ões) de aceitação)	
Nome: <u>Maria Otília Brites Zangão</u>	
Universidade/Instituição: <u>Universidade de Évora/ Escola Superior de Enfermagem São João de Deus</u>	
N.º Identificação Civil: <u>09294982 - 7 ZX5</u> Tipo de Identificação: <input type="checkbox"/> BI <input checked="" type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> Passaporte <input type="checkbox"/> Outro:	
Telef.: <u>+ 351 963543933</u> E-mail: <u>otiliaz@uevora.pt</u> ID ORCID: <u>0000-0003-2899-8768</u>	
Nome: _____	
Universidade/Instituição: _____	
N.º Identificação Civil: _____ - _____ Tipo de Identificação: <input type="checkbox"/> BI <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> Passaporte <input type="checkbox"/> Outro: _____	
Telef.: _____ E-mail: _____ ID ORCID: _____	
Nome: _____	
Universidade/Instituição: _____	
N.º Identificação Civil: _____ - _____ Tipo de Identificação: <input type="checkbox"/> BI <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> Passaporte <input type="checkbox"/> Outro: _____	
Telef.: _____ E-mail: _____ ID ORCID: _____	
11. ÁREA DISCIPLINAR E PALAVRAS-CHAVE DO TRABALHO	
Domínio Científico e Tecnológico (Área FOS): <u>Ciências da Saúde</u> <input checked="" type="checkbox"/>	
<small>Consulte a lista de Áreas FOS em: http://www.dgeec.mec.pt/np4/28</small>	
Palavras-chave (5 palavras, separadas por ';'): _____	
12. DOMÍNIO A INVESTIGAR/TEMA	
<u>Empoderamento da mulher por parte do EESMO e a prática de exercício físico no trabalho de parto</u>	
13. RESUMO, PLANO E CRONOGRAMA [Se necessário submeter como anexo a este impresso]	
Documento em anexo	
Descritores (DeCs): <u>Trabalho de parto; Parto; Exercício Físico; Recém-Nascido; Empoderamento</u>	
Descriptors (DeCs): <u>Labor, Childbirth; Parturition; Exercise; Infant, Newborn; Empowerment</u>	
Descritores (DeCS): <u>Trabajo de Parto; Parto; Ejercicio Físico; Recién Nacido; Empoderamiento</u>	
14. DOCUMENTOS ANEXOS	15. DECLARAÇÃO DO ESTUDANTE
<input checked="" type="checkbox"/> Plano do Trabalho <input checked="" type="checkbox"/> Cronograma <input checked="" type="checkbox"/> Declaração de Orientador(es) <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> Outros: _____	<p>Nos termos do Regulamento Académico da Universidade de Évora (RAUE) em vigor, entrego o projeto de Tese/ Dissertação/Estágio/Trabalho Projeto (conforme indicado no quadro 6 deste impresso) do qual, após aprovado pelo Conselho Científico, será efetuado o respetivo registo nos Serviços Académicos na Universidade de Évora.</p> <p>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.</p>

Serviços Académicos - Rua Duques de Cadaval - 7000-083 Évora :: Telefone: 266 760 220 :: SAC.Online: <http://estudimento.sac.uevora.pt>

13. RESUMO, PLANO E CRONOGRAMA

O curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MESMO), é um curso de 2º ciclo que permite a obtenção de grau de Mestre. Este encontra-se disponível na Universidade de Évora (UE), registado na Direção-Geral do Ensino Superior (R/A-Ef 1783/2011/AL03) e com um parecer favorável pela Ordem dos Enfermeiros (OE) (SAI-OE/2017/9022 e SAI-OE/2019/5981). O curso disponibiliza os conhecimentos e competências necessários para a atribuição do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EESMO). Com a frequência deste curso é possível adquirir as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Reg.nº 140/2019 de 6 de fevereiro) e as Competências Específicas do EESMO (Reg.nº 391/2019 de 3 de maio), estas oferecem ao EESMO competência e responsabilidade para a prestação de cuidados de enfermagem especializados nas seguintes etapas da vida da mulher, nomeadamente: educação sexual, planeamento familiar, vigilância da saúde da mulher no seu período reprodutivo, no processo de saúde/doença desde o período pré-concepcional, pré-natal, intraparto e pós-natal, área ginecologia, climatério e saúde pública e também a promoção da saúde e deteção precoce de complicações na saúde do recém-nascido até ao 28º dia de vida.

Em concordância com as orientações do Plano de Estudos da UE (Aviso n.º 15812/2019; DR 7/10/2019), o Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final (ENPRF) é uma das Unidades Curriculares (UC) definidas, sendo assim obrigatório a apresentação em provas públicas do Relatório Final, o qual contempla uma descrição minuciosa das competências adquiridas ao longo dos diversos contextos clínicos, bem como o tema escolhido pelo estudante. O ENPRF detém 60 ECTS, e decorre ao longo de vários meses tendo o seu início dia 12/09/2022 e o seu término a 24/06/2023, é composto por diversos campos clínicos, sendo eles: Cuidados de Saúde Primários/ Consulta Externa; Internamento de Grávidas/Ginecologia; Internamento de Puérperas e Bloco de Partos.

Os objetivos do ENPRF, encontram-se descritos no planeamento do UC, são eles: Cuidar da mulher/ companheiro inseridos na família e comunidade; Demonstrar uma aquisição de conhecimentos conducente a uma proposta de melhoria de cuidados, considerando as vertentes de teórico-práticas e a Prática Baseada na Evidência; Defender através de um Relatório apresentado em provas públicas, a sua aquisição de competências ao longo do Estágio de Natureza Profissional.

Foi concretizado um plano de atividades onde se descrevem os objetivos definidos, atividades a desenvolver e também os resultados esperados no decorrer dos diversos campos clínicos.

O Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem (REPE, 2012, p. 22), define o Enfermeiro Especialista como “o enfermeiro habilitado com um curso de especialização (...) a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade”.

A reflexão sobre as intervenções realizadas na prática clínica permite uma participação mais ativa e crítica sobre a prestação dos cuidados de enfermagem especializados, desta forma é possível uma melhor compreensão sobre todo o processo de enfermagem, sendo facilitado o processo de consolidação de conhecimentos baseados na mais recente evidência científica e também a resolução de problemas. Considerando esta premissa, e sendo o principal objetivo a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade, é de extrema importância aprofundar conhecimentos, explorar e analisar a conduta no EESMO no empoderamento da mulher relativamente à prática de exercício físico durante o trabalho de parto, sendo este tema enquadrado na assistência da mulher e recém-nascido durante o trabalho de parto e parto.

O exercício físico é definido como um tipo de atividade física que integra a movimentação do corpo de forma planeada, estruturada e repetitiva (World Health Organization, 2020). A prática de exercícios, sejam eles com uma componente mais física ou exercícios respiratórios durante o trabalho de parto apresentam inúmeros benefícios, nomeadamente no controlo algico, encurtamento da duração do trabalho de parto, redução do stress, tensão, medo e fadiga, menos intervenção médica, nomeadamente cesariana entre outros. Estes exercícios podem ser desenvolvidos com recurso a diversos materiais como por exemplo a bola de *Pilates*, um simples colchão ou uma cadeira (Matos et al., 2021). Uma das grandes vantagens da realização destes exercícios prende-se com a maior facilidade do feto em se adaptar aos diâmetros da bacia materna, bem como o aporte de oxigénio ao feto e também todos tecidos maternos que é promovido com a realização dos mesmos, e que se vêm comprometidos no momento da contração. O papel do EESMO na promoção de um parto humanizado tem uma grande relevância uma vez que promove a segurança, o conforto e a satisfação da mãe, do seu bebé e também do casal (Matos et al., 2021).

Para a adesão das mulheres à realização deste tipo de exercícios o papel do EESMO é fundamental, uma vez que mulheres informadas, esclarecidas e confiantes com o papel do enfermeiro tendem a aderir com mais facilidade ao que lhes é proposto (Matos et al., 2021).

A escolha deste tema remete o EESMO para uma prática reflexiva, uma vez que promover um trabalho de parto ativo com a prática de pequenos exercícios muito simples podem ter um impacto tão positivo no trabalho de parto, acelerando-o e facilitando-o, na experiência vivenciada pela mulher e também no Índice Apgar do recém-nascido. Torna-se assim importante o estudo deste tema de forma a facilitar a tomada de decisão do EESMO, com base na mais recente evidência científica.

Para a realização do relatório final, é elementar a realização de uma revisão integrativa da literatura, proporcionando a aplicação da evidência científica na prática dos cuidados de enfermagem, com o intuito de sustentar e melhorar a prática clínica do dia-a-dia (Sousa et al., 2016).

Os objetivos gerais definidos para os campos clínicos são: a) aprofundar o conhecimento no contexto clínico; b) desenvolver competências, tendo por base a relação que a teoria e a prática detém na evidência. Considerando os objetivos definidos e as atividades planeadas em cada contexto clínico. Os resultados esperados vão ao encontro das competências comuns e específicas do EESMO designadas pela Ordem dos Enfermeiros(OE, 2019), sendo estas fundamentais para a evolução profissional e aquisição do título profissional e grau académico.

PLANO DE ATIVIDADES

Campo Clínico	Objetivos	Atividades a Desenvolver	Resultados Esperados	Processo de Avaliação
Consulta Externa (Consulta de Medicina Materno-Fetal; Consulta de Diagnóstico Pré-Natal)	Objetivo 1. Cuidar da mulher/casal no período pré-natal	1.1. Orientação e assistência da mulher na vigilância da gravidez de risco.	Promover a saúde da mulher grávida durante o período gestacional.	Registos validados por orientador clínico: Boletim da Grávida SClínico/ GInt Protocolos do serviço Registos curriculares: Exames pré-natais Avaliação da puérpera saudável e mulheres com afeição ginecológica
		1.2. Orientação e assistência da mulher em fase de diagnóstico pré-natal.	Diagnosticar de forma precoce e prevenir complicações na saúde da mulher durante o período pré-natal.	
		1.3. Orientação e assistência da mulher em fase de decisão para Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG).	Prestar cuidados à mulher no período pré-natal nas situações de interrupção da gravidez.	
		1.4. Orientação e assistência da mulher em fase de decisão para interrupção voluntária da gravidez.		
	Objetivo 2. Cuidar da mulher/casal no período pós-natal	2.1. Orientação e assistência da mulher que experencia um processo de saúde/doença no domínio do planeamento familiar, sexualidade e período pós-concepcional.	Promover a saúde da puérpera no período pós-natal. Diagnosticar de forma precoce e prevenir complicações na saúde da	Estudo da temática estabelecida: Perceber qual a expectativa da grávida em relação ao trabalho de parto e à prática de

			mulher/casal durante o período pós-natal.	exercício durante o mesmo.
Serviço de Grávidas/ Ginecologia	Objetivo 3. Cuidar da mulher/casal no período pré-natal	3.1. Prestação de cuidados de enfermagem a grávidas patológicas.	Diagnosticar de forma precoce prevenir complicações na saúde da mulher durante o período pré-natal.	Registos validados por orientador clínico: SClinico / GInt Partograma Protocolos do serviço Registos curriculares: Exames pré-natais Mulheres com afeção ginecológica Estudo da temática estabelecida: Perceber qual a expectativa da grávida em relação ao trabalho de parto e à prática de exercício durante o mesmo.
		3.2. Prestação de cuidados de enfermagem a grávidas de termo.	Promover a monitorização contínua da gravidez	
		3.3. Prestação de cuidados de enfermagem a grávidas pré-termo.	Avaliar bem-estar materno-fetal através dos meios clínicos e técnicos adequados.	
		3.4. Prestação de cuidados de enfermagem a grávidas em indução de trabalho de parto.		
		3.5. Prestação de cuidados de enfermagem a grávidas com feto morto ou em processo de interrupção médica da gravidez.	Promover a saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de aborto	
		3.6. Realização de um estudo de caso.	Aprofundar conhecimentos sobre a temática em estudo.	
Objetivo 4. Cuidar da mulher/ família que vivencia processos de saúde/doença ginecológica	4.1. Prestação de cuidados de enfermagem a mulheres em situação de aborto até às 18 semanas de idade gestacional.	Identificar e monitorizar o processo de aborto. Promover a saúde ginecológica da mulher.		
	4.2. Prestação de cuidados de enfermagem pré e pós-operatórios a mulheres submetidas a cirurgias do foro ginecológico e/ou ginecológicas oncológico.	Diagnosticar de forma precoce e/ou prevenir complicações relacionadas com afeções do aparelho genito-urinário e/ou mama. Promover a adaptação da mulher com patologia ginecológica à nova situação clínica.		
	4.3. Prestação de cuidados de enfermagem à mulher com afeção do aparelho genito-urinário e/ou da mama.			
Serviço Bloco de Partos	Objetivo 6. Cuidar da mulher/casal durante o trabalho de parto	6.1. Prestação de cuidados de enfermagem a grávidas durante o trabalho de parto.	Promover a saúde da mulher durante o trabalho de parto e otimizar a adaptação do recém-nascido à vida extrauterina. Diagnosticar precocemente e prevenir complicações para a saúde da mulher e do recém-nascido.	Registos validados por orientador clínico: SClinico / GInt Partograma Protocolos do serviço Registos curriculares: Número/tipo de partos Realização de episiotomias / episiorrafias Estudo da temática estabelecida: Recolha e análise de dados indicadores da influência do exercício físico durante o trabalho de parto, parto.
		Objetivo 7. Cuidar da mulher/casal durante o período pós-natal	7.1. Prestação de cuidados de enfermagem a puérperas no período pós-natal imediato (até 2 horas pós-parto, puerpério imediato)	
	Objetivo 8. Gerir a prestação de cuidados de enfermagem em Saúde Materna e Obstetria com segurança e qualidade	8.1. Prestação de cuidados de enfermagem nas diferentes áreas clínicas. 8.2. Melhoramento dos conhecimentos acerca da influência da prática de exercício durante o trabalho de parto e a forma como este o influencia. 8.3. Capacitação do EEESMO acerca da prática de exercício durante o trabalho de parto e a forma como este o influencia positivamente. 8.4. Colheita de informação através da análise do partograma e de entrevistas realizadas de forma informal sobre a realização de exercício durante o trabalho de parto.	Perceber qual a importância da prática de exercícios durante o trabalho de parto e a forma como estes o influenciam positivamente.	
Serviço de Obstetria/ Puerpério	Objetivo 5. Cuidar da mulher/casal no período pós-natal	5.1. Prestação de cuidados de enfermagem a puérperas. 5.2. Prestação de cuidados de enfermagem a recém-nascidos.	Promover a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal. Diagnosticar de forma precoce e prevenir complicações para a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal.	Registos validados por orientador clínico: SClinico / GInt Protocolos do serviço Boletim de Saúde Infantil e Juvenil

			Proporcionar cuidados em situações que possam afetar negativamente a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal.	Aleitamento Materno Registos curriculares: Cuidados a puérperas e recém-nascidos saudáveis
		8.2. Melhoramento dos conhecimentos acerca da influência da prática de exercício durante o trabalho de parto.		
		8.3. Capacitação do EEESMO acerca da prática de exercício durante o trabalho de parto.		
		8.4. Realização de entrevistas informais às parturientes para recolha de informação sobre o seu trabalho de parto e parto.		

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

TAREFAS/ ATIVIDADES	ANO 2022				ANO 2023												
	SET	OUT	NOV	DEZ	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	
Reuniões para elaboração do Projeto																	
Revisão da Literatura																	
Elaboração do Projeto																	
Submissão do Projeto																	
Recolha de informação																	
Tratamento e análise da informação																	
Redação do Relatório Final																	
Entrega do Relatório Final																	
Discussão do Relatório Final																	

REFEÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Barradas, A., Torgal, A. L., Gaudêncio, A. P., Prates, A., Madruga, C., Clara, E., . . . Rocha, V. (2015). Livro de Bolso- Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstetrícia/ Parteiras. Portugal: Goody S.A.

Europeiras, O. C. (1989). Directiva do Conselho. Jornal Oficial das Comunidades Europeias , 19- 29.

Matos, S., Souza, A., Cordeiro, C., Silva, F., Parente, E., Lima, N., Fernandes, J., Fernandez, A., Lopes, M., Oliveira, S., Dantas, F., Monteiro, C. (2021). Terapia por exercício no trabalho de parto em uma unidade hospitalar da Amazônia. Society and Development. Obtido de DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i5.14313>

OE. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista n.º 140/2019. Diário da República n.º 26/2019, Série II, 4744-4750.

OE. (2019). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Diário da República n.º 85/2019, Série II, 13560- 13565.

República, A. d. (4 de Março de 2009). Diário da República, 1.ª série — N.º 44 — 4 de Março de 2009. 1466-1530.

República, A. d. (2019). Universidade de Évora Aviso n.º 15812/2019- Parte E. Diário da República, 2.ª série, 139-140.

REPE. (2012). Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro. 22.

Sousa, A. M., Souza, K. V., Rezende, E. M., Martins, E. F., Campos, D., & Lansky, S. (2016). Práticas na assistência ao parto em maternidades com inserção de enfermeiras obstétricas, em Belo Horizonte, Minas Gerais. Obtido de DOI: 10.5935/1414-8145.20160044

WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour. Geneva: World Health Organization; 2020. Licence: CC BY-NC SA 3.0 IGO.

Apêndice B: Relato de Caso - Indução do Trabalho de Parto na Grávida Patológica

Indução do Trabalho de Parto na Grávida Patológica: Relato de Caso

Induction of Labor in Pathological Pregnancy: Case Report

Inducción del Parto en el Embarazo Patológico: Informe de un caso

Daniela Maria Bicho Alves

Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central

<https://orcid.org/0000-0002-9181-6982>

Lisboa - Portugal

E-mail: m50420@alunos.uevora.pt

Maria Otília Brites Zangão

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

Investigadora do Comprehensive Health Research Center (CHRC)

<https://orcid.org/0000-0003-2899-8768>

Évora - Portugal

Resumo: Introdução: A Indução de trabalho de parto é um processo no qual se pretende desencadear o início do trabalho de parto de forma programada tendo em consideração a condição a condição clínica da mulher e do feto. **Objetivo:** Elaborar uma proposta de plano de cuidados com ênfase nas intervenções realizadas numa grávida em indução de trabalho de parto, com patologia associada. **Métodos:** Relato de caso organizado segundo as diretrizes do Case Report, referente a uma grávida com diabetes gestacional e hipertensão arterial crónica em que foi realizada indução do trabalho de parto. Foram recolhidos dados seguindo o Modelo Teórico de Nancy Roper, e para a elaboração do plano de cuidados de enfermagem, foi utilizada a taxonomia CIPE. **Resultados:** Tendo em conta a avaliação inicial foram identificados 13 diagnósticos de enfermagem, sendo os mais relevantes: Dor, Gravidez, Trabalho de parto, Gestão do regime terapêutico, Perda sanguínea vaginal e Ansiedade. **Conclusões:** A vigilância da grávida em Indução do trabalho de parto exige uma

grande competência por parte do EESMO, principalmente em situações em que existe alguma patologia associada seja ela materna ou fetal, neste sentido deve ser tido sempre em consideração o bem-estar de ambos. A indução do trabalho de parto é um processo complexo que engloba vários fatores (Índice de Bishop) o que nem sempre origina o desfecho mais favorável que é a ocorrência de um parto vaginal. Considerando isto, o bem-estar materno e fetal são perentórios para a continuidade deste procedimento.

Descritores (DeCS): Diabetes Gestacional; Hipertensão; Trabalho de Parto Induzido

Abstract: Introduction: Induction of labor is a process that aims to trigger the onset of labor in a programmed way taking into account the clinical condition of the woman and fetus.

Objective: To prepare a proposal for a care plan with emphasis on the interventions performed in a pregnant woman in induction of labour with associated pathology. **Methods:**

Case report organized according to the Case REport guidelines, concerning a pregnant woman with gestational diabetes and chronic hypertension in whom labor was induced. Data were collected following Nancy Roper's Theoretical Model, and for the elaboration of the nursing care plan, the ICNP taxonomy was used. **Results:** Taking into account the initial assessment, 13 nursing diagnoses were identified, being the most relevant: Pain, Pregnancy, Labor, Management of therapeutic regimen, Vaginal blood loss and Anxiety. **Conclusions:**

The surveillance of pregnant women in induction of labor requires a great competence on the part of the EESMO, especially in situations where there is some pathology associated either maternal or fetal, in this sense should always be taken into account the welfare of both. The induction of labor is a complex process that encompasses several factors (Bishop's Index) that does not always lead to the most favorable outcome, which is the occurrence of a vaginal delivery. Considering this, maternal and fetal welfare are essential for the continuity of this procedure.

Descriptors (DeCS): Diabetes, Gestational; Hypertension; Labor, Induced

Resumen: Introducción: La inducción al trabajo de parto es un proceso en el que se pretende llevar a cabo el inicio del trabajo de parto de forma programada teniendo en cuenta las condiciones clínicas de la mujer y del feto. **Objetivo:** Elaborar una propuesta de plano de cuidados con énfasis en las intervenciones realizadas en una gestante en inducción de

trabajo de parto, con patología asociada. **Métodos:** Relato de caso organizado según las directrices del Case REport, referido a una mujer embarazada con diabetes gestacional e hipertensión arterial crónica en la que se realizó inducción do trabalho de parto. Los datos

fueron recogidos siguiendo el Modelo Teórico de Nancy Roper, y para la elaboración del plan de cuidados de enfermería se utilizó la taxonomía ICNP. **Resultados:** Teniendo en cuenta la valoración inicial, se identificaron 13 diagnósticos de enfermería, siendo los más relevantes: Dolor, Embarazo, Trabajo de parto, Gestión del régimen terapéutico, Pérdida de sangre vaginal y Ansiedad. **Conclusiones:** La vigilancia de la embarazada en la inducción del trabajo de parto exige una gran competencia por parte del EESMO, principalmente en situaciones en que existe patología asociada, sea ella maternal o fetal, es en este sentido debe ser considerado siempre el bienestar de ambos. La inducción del parto es un proceso complejo que engloba varios factores (Índice de Bishop) y que no siempre conduce al resultado más favorable, que es la ocurrencia de un parto vaginal. Considerando esto, el bienestar materno e fetal es esencial para la continuidad del procedimiento.

Descriptor (DeCS): Diabetes Gestacional; Hipertensión; Trabajo de Parto Inducido

Apêndice C: Folheto - Exercícios para o Trabalho de Parto Ativo

Exercícios respiratórios

Estes promovem um maior aporte de oxigénio para o seu bebé e também para o seu útero, uma vez que no momento da contração o fornecimento de oxigénio é restrito. Para a realização deste exercício, deve fazer uma inspiração profunda contando mentalmente até 4, e expirando (libertar o ar) enquanto conta até 8.



Posição de borboleta

A semelhança dos exercícios com a bola de Pilates esta posição ajuda também a melhorar a flexibilidade da pelve e aumenta o fluxo sanguíneo. Deve sentar-se no chão, unindo as plantas dos pés. Seguidamente segura os pés/tornozelos e procura aproximar os calcanhares o mais perto que consiga do seu corpo. Deve manter esta posição cerca de 10 segundos e repetir este processo várias vezes alternando com períodos de relaxamento.



Promover um trabalho de parto ativo é considerada uma ferramenta muito importante, uma vez é considerado um método não farmacológico de alívio da dor, diminui a necessidade de intervenção médica nomeadamente a incidência de cesarianas, inclui o acompanhante na prestação de cuidados à grávida e aumenta o grau de satisfação dos cuidados prestados.

Fonte de imagens: Pinterest 2022

Referências bibliográficas:

FERRERA, C. Estamos grávidas! E agora? - MANUSCRITO. Lisboa p. 164-170. 2020 ISBN 9789968975331

NEVE, M., MARQUES, R., & BATISTA, M. Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. LIDEL. Lisboa. p.308-347. 2018 ISBN 97899687521461



Serviço de Medicina Materno Fetal
Hospital Santa Maria

Exercícios para o trabalho de parto ativo



Lisboa, Outubro de 2022

Aluna do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica: Enfermeira Daniela Aivos, nº 50420

Orientação: EESMO 

Sob orientação de Professora Cláudia Zangão

Trabalho de parto

É um processo fisiológico que ocorre no corpo da mulher fazendo com que este se prepare para o nascimento do bebê. Este processo leva a que ocorra a dilatação e apagamento do colo uterino preparando o canal de parto para a passagem do bebê. Inicia-se com contrações uterinas, que com o passar do tempo se tornam cada vez mais regulares e intensas. É composto por três estádios:

1º estágio- apagamento e dilatação do colo uterino

- Fase latente, até aos 3 cm de dilatação,
- Fase ativa, deste os 4 cm de dilatação até a dilatação completa, é nesta fase que as contrações se tornam mais regulares, com maior frequência e intensidade.

2º estágio- período expulso

- Tem início aquando da dilatação completa do colo uterino e termina com a expulsão do feto.

3º estágio- Dequitação

- Momento que se inicia após a expulsão do feto e termina com a saída da placenta.

De modo a facilitar todo este processo existem alguns exercícios que podem ajudar o feto a progredir no canal de parto. Ao mobilizarse vai ajudar o seu bebé a adaptarse mais facilmente às dimensões da sua bacia facilitando a progressão no canal de parto, acelerando todo este processo.

Alguns exercícios que podem ajudar:

Exercícios na bola de Pilates

Estes exercícios proporcionam o alongamento dos ligamentos pélvicos, aumentam a irrigação de sangue à pelve facilitando a dilatação e ajudam também a que o feto se encaixe na sua bacia. Para a realização deste exercício basta sentarse numa bola de pilates e fazer movimentos circulares com a sua bacia, movimentos para a frente e para trás, desenhando o número "8" e também saltos ligeiros.



Posição de 4 apoios

Esta posição promove o afastamento dos ossos pélvicos, facilitando a introdução da cabeça fetal na bacia da mulher. É também uma posição que diminui o desconforto na região lombar provocado pelas contrações. A grávida deve colocarse na posição de "gatas", podendo apoiar os membros superiores no chão, numa cadeira, ou bola de Pilates. As pernas devem estar afastadas à largura dos quadris e seguidamente deve fazer movimentos para a frente e para trás de uma forma lenta, e também para os lados. É importante manter sempre a coluna numa posição alongada.



Caminhar, subir e descer escadas, dançar



Posições mais verticais, dada a força da gravidade, ajudam a que o seu bebé se encaixe na bacia. Ao mobilizarse vai fazer com que este se adapte aos diâmetros da sua pelve mais facilmente.

Apêndice D: Reflexão utilizando o Ciclo de Reflexivo de Gibbs

REFLEXÃO UTILIZANDO O CICLO REFLEXIVO DE GIIBS

Descrição

No decurso do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica durante a prática clínica no contexto de sala de partos, vivenciei uma experiência que ficou marcada na minha memória por motivos menos bons e a qual me fez pensar e repensar sobre a minha prática de cuidados.

Uma mulher de 33 anos de idade, grávida de 37 semanas + 2 dias, recorreu ao SU por contratilidade regular cerca das 00h. Índice obstétrico: 2.0.1.2, com partos eutócicos anteriores nos anos de 2019 e 2021. Grupo Sanguíneo: ARh+. Sem antecedentes pessoais relevantes. Nega/ desconhece atopias. É internada com o diagnóstico de início de trabalho de parto, apresenta um colo posterior, formado permeável a 1 dedo, CTG normal com registo de contratilidade uterina regular de pequena amplitude. Grávida que refere queixas algicas no momento da contração, mas sem fácies ou expressão corporal de dor. Ainda sem critérios para analgesia do trabalho de parto, são promovidas estratégias não farmacológicas para alívio da dor como a liberdade de movimentos, deambulação, duche com água quente, exercícios na bola de *Pilates*, cromoterapia aromaterapia. Cerca das 03 h grávida refere uma grande pressão e dor ao nível na sínfise púbica e vontade para cumprir esforços expulsivos. À avaliação apresenta dilatação completa, e apresentação ao nível de -1 no plano de Lee. 03h:15 Parto eutócico, de feto vivo do sexo feminino com 3150 gr. Índice de APGAR 10-10-10. Períneo íntegro. Recém-nascido sem malformações aparentes, rosado, com choro vigoroso. Adaptado à mama na 1ª hora de vida com bom reflexo de sucção e deglutição.

Sentimentos

Esta foi uma situação que me deixou muito desconfortável, uma vez que apesar das queixas algicas referenciadas pela mulher, comuniquei à minha enfermeira supervisora no sentido de realizar uma avaliação da cervicometria que não me foi proposta e não a realizei para não de ir contra a prática da enfermeira supervisora e também devidos as recomendações da WHO que nos diz que os toques vaginais não devem ser feitos “a toda a hora”. Após tudo isto senti-me muito frustrada por não ter tido a proatividade para fazer a avaliação da cervicometria da mulher, bem como de ter desvalorizado um pouco as suas queixas.

Avaliação

Esta grávida desenvolveu um trabalho de parto precipitado, sendo que o seu colo apagou e dilatou por completo num período de 03 h. Segundo historial da utente os partos anteriores decorreram sem intercorrências dentro dos *timings* normais. Mesmo sendo um 3º filho nada indicava que em cerca de 3 horas o seu trabalho de parto ficava concluído. Apesar de ter manifestado várias vezes que sentia dor intensa no momento da contração uterina, e de ter solicitado inúmeras vezes analgesia epidural durante este tempo e mesma nunca foi feita e acabou por parir sem qualquer analgesia de trabalho de parto. As suas queixas só foram realmente valorizadas quando a grávida referiu uma grande dor e pressão na região supra-púbica e vaginal e a necessidade de cumprir esforços expulsivos.

Análise

De acordo com a WHO (2018) a avaliação da cervicometria está recomendada que seja feita em intervalos iguais ou superiores a 04 horas no 1º estágio de trabalho de parto em mulheres com gravidez considerada de baixo risco.

Numa fase inicial de trabalho de parto, em mulheres saudáveis, devem ser também promovidas medidas não farmacológicas para o alívio da dor como técnicas de relaxamento, nomeadamente: exercícios respiratórios, música, indo sempre ao encontro dos gostos e necessidades da mulher e deve também ser encorajada à liberdade de movimentos e à verticalidade (WHO, 2018).

A analgesia epidural é também uma prática recomendada pela WHO, devendo-se sempre preservar ao máximo as capacidades motoras da mulher, esta deve ser realizada de acordo com o desejo e a vontade de grávida desde que a sua condição clínica o permita (WHO, 2018).

Considerando as premissas anteriores a realização do toque vaginal, foi protelado ao máximo, a analgesia epidural não foi feita por supostamente ainda estar numa fase muito inicial do trabalho de parto. Foram promovidas medidas não farmacológicas para controlo de da dor, como o relaxamento e também a liberdade de movimentos.

Conclusões

Fazendo uma análise retrospectiva sobre este episódio a maior conclusão que posso tirar desta situação é que independentemente da avaliação da cervicometria feita previamente, se a grávida referir queixas, estas devem ser sempre valorizadas e deve ser feita uma nova avaliação sempre que necessário, mesmo que esta prática vá contra as diretrizes sobre o toque vaginal. Apesar de todas a *guidelines* de boas práticas sobre a necessidade do toque vaginal as queixas da mulher são soberanas e devem ser sempre valorizadas.

Plano de Ação

Considerando que neste momento me encontro a realizar a componente prática do curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e sendo este o primeiro campo clínico em que tive contato com o bloco de partos, o meu grande objetivo é desenvolver a minha aprendizagem e consolidar conhecimentos teórico-práticos sendo a minha prática baseada no conhecimento e no espírito crítico desenvolvido ao longo de tempo. A ocorrência deste tipo de situações não deve ser vista necessariamente como um mau momento da nossa prática, mas deve ser encarado como um momento de aprendizagem com o objetivo de melhoria da nossa prática de cuidados.

Bibliografia

WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization; 2018. ISBN 978-92-4-155021-5

Apêndice E: Revisão da Literatura: Exercício físico na gravidez e no trabalho de parto

10.18606/2318-1419/amazonia.sci.health.v11n4p77-93

ARTIGO DE REVISÃO

<< Recebido em: 10/08/2023 Aceito em: 22/10/2023. >>

REVISTA
AMAZÔNIA
Science & Health
ISSN 2318-1419

Exercício físico na gravidez e no trabalho de parto: Revisão da literatura

Physical exercise in pregnancy and labor: a review of the literature

Daniela Maria Bicho Alves¹, Maria Otília Brites Zangão²

RESUMO

Introdução: A prática de exercício físico durante a gravidez, desde que seja considerada uma gravidez de baixo risco, tem benefícios, neste sentido, a mulher também deve estar preparada para o momento do parto, e assim deve ser elucidada sobre todo este processo, e dotada dos conhecimentos necessários para a tomada de decisão consciente de forma a proporcionar um parto ativo e humanizado, o que contribui para um parto feliz e para a satisfação da mulher/casal. **Objetivo:** Identificar através de evidências científicas os benefícios do exercício durante a gravidez e o trabalho de parto. **Metodologia:** Uma Revisão Integrativa da Literatura foi realizada de 20 de setembro de 2022 a 31 de janeiro de 2023, utilizando a plataforma EBSCOhost, CINAHL Complete, MEDLINE Complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive Cochrane Database of Systematic Reviews. **Resultados:** A pesquisa na base de dados eletrônica identificou 2455 referências. Um total de 8 estudos foram finalmente incluídos. **Conclusão:** O exercício físico durante a gravidez e o trabalho de parto tem inúmeros benefícios maternos e fetais, diminui o risco de desenvolver condições patológicas, influencia positivamente a duração do trabalho de parto e proporciona maior satisfação materna.

Palavras-chave: Trabalho de parto. Parto. Exercício. Recém-nascido. Empoderamento.

ABSTRACT

Introduction: The practice of physical exercise during pregnancy, as long as it is considered a low-risk pregnancy, has benefits, in this sense, the woman must also be prepared for the moment of delivery, and thus must be enlightened about this whole process, and endowed with the necessary knowledge to make a conscious decision in order to provide an active and humanized delivery, which contributes to a happy delivery and to the satisfaction of the woman / couple. **Objective:** To identify through scientific evidence the benefits of exercise during pregnancy and labor. **Methodology:** An Integrative Literature Review was conducted from September 20, 2022 to January 31, 2023, using the EBSCOhost platform, CINAHL Complete, MEDLINE Complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive Cochrane Database of Systematic Reviews. **Results:** The electronic database search identified 2455 references. A total of 8 studies were finally included. **Conclusion:** Physical exercise during pregnancy and labor has numerous maternal and fetal benefits, decreases the risk of developing pathological conditions, positively influences the duration of labor, and provides greater maternal satisfaction.

Keywords: Labor, Obstetric. Parturition. Exercise. Infant, Newborn. Empowerment.

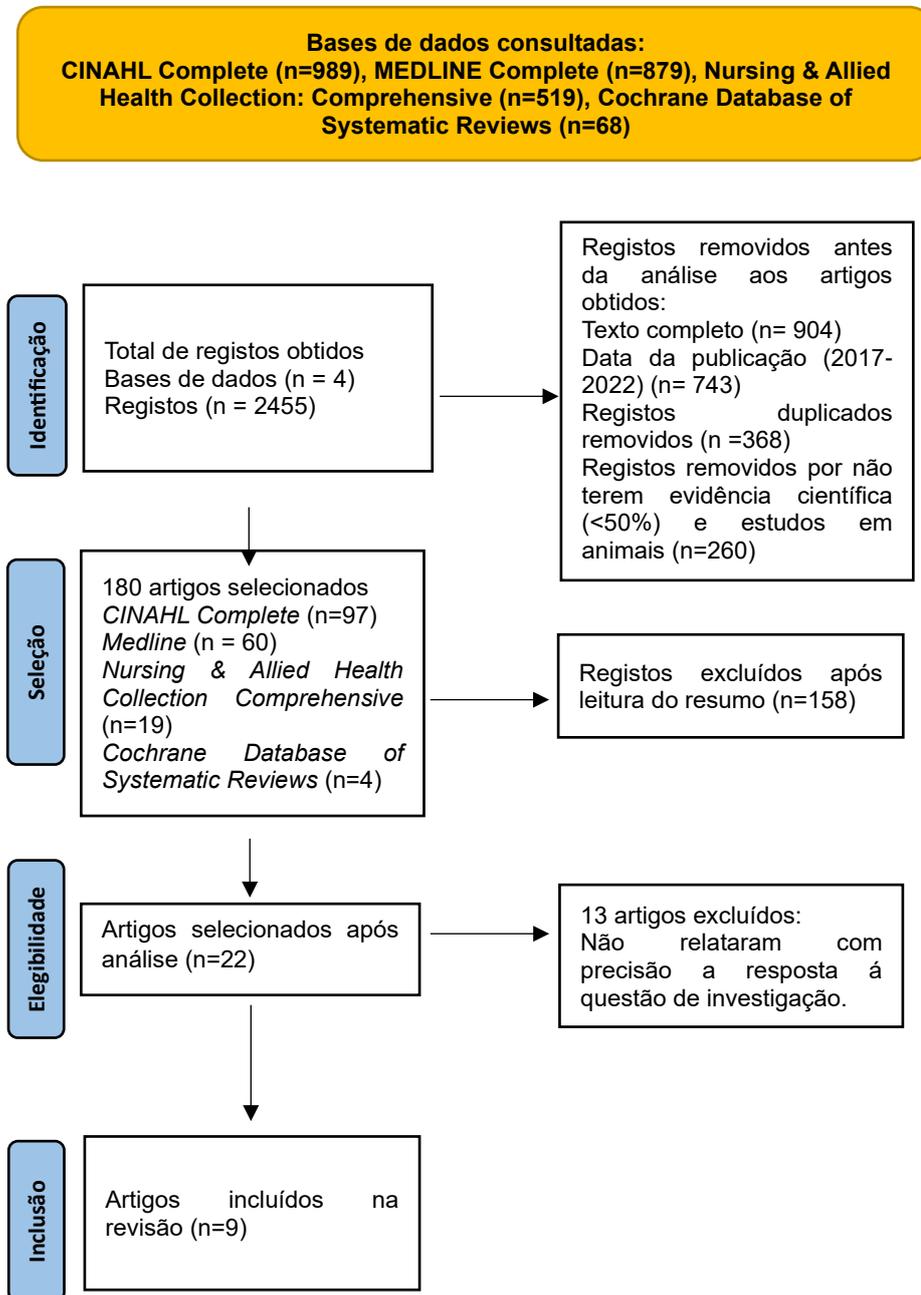
¹ Enfermeira. Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, Lisboa - Portugal . Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-9181-6982>

E-mail: daniela_alves@live.com.pt

² Professora Doutora. Centro de Investigação em Saúde Integral, Departamento de Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem, Universidade de Évora, Évora - Portugal. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-2899-8768>

E-mail: otillaz@uevora.pt

Apêndice F: Diagrama de PRISMA



APÊNDICE G: Experiências realizadas durante o Estágio de Natureza Profissional



DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final
Ano Letivo 2022 /2023

Nome do Aluno Damião Ilaris Bicho Alves Nº 50420

1 - Vigilância e prestação de cuidados à grávida • Exames pré-natais (100)	521
2 - Vigilância e prestação de cuidados à parturiente	
• Partos eutócicos (40) -----	48
• Participação activa em partos pélvicos -----	0
• Participação activa em partos gemelares -----	0
• Participação activa noutros partos -----	25
• Episiotomia -----	5
• Episiorrafia / perineorrafia-----	32
3 - Vigilância e prestação de cuidados a mulheres em situação de risco (40)	
• Gravidez -----	44
• Trabalho de parto -----	139
• Puerpério -----	41
4 - Vigilância e prestação de cuidados a puérperas saudáveis (100)	113
5 - Vigilância e prestação de cuidados a RN saudáveis (100)	115
6 - Vigilância e prestação de cuidados a RN de risco	27
7 - Vigilância e prestação de cuidados a mulheres com afecções ginecológicas.	54

Rubrica Professor
