

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

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

Relatório de Estágio

**Experiência e satisfação da mulher com liberdade de  
movimentos no Trabalho de Parto**

Vanda Isabel Cerejo Sequeira

Orientador(es) | Maria da Luz Ferreira Barros

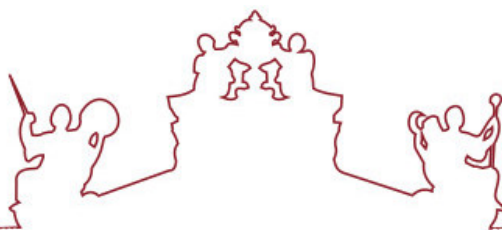
Évora 2024

---

---

---

---



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

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Relatório de Estágio

**Experiência e satisfação da mulher com liberdade de movimentos no Trabalho de Parto**

Vanda Isabel Cerejo Sequeira

Orientador(es) | Maria da Luz Ferreira Barros

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 | A. Frias (Universidade de Évora)

Vogais | Ana Galhanas (Universidade de Évora) (Arguente)  
Maria da Luz Ferreira Barros (Universidade de Évora) (Orientador)

## **AGRADECIMENTOS**

Aos meus pais. Aos meus pais e aos meus pais! Por serem o meu colo, o meu lugar seguro, o meu sossego nas horas de naufrágio, por embarcarem comigo nesta aventura que foi minha, mas sinto conjunta, de mãos dadas, de querer mais, fazer melhor e ACREDITAR! Obrigada por confiarem e me apoiarem incondicionalmente.

À minha família no geral, pela paciência, pelas ausências, pela força, por nunca me deixarem só e por tantas vezes virarem o vosso Mundo para me ajudar a segurar o meu. Ao meu tio Zé, que no caminho me deixou presencialmente e dizia que eu não sabia estar quieta e tinha de andar sempre a inventar, mas que me apoiava sempre e será sempre uma das minhas pessoas “força”.

Aos meus amigos de todos os dias que não me largaram a mão mesmo com toda a minha ausência, descobri nesta caminhada que tenho alguns realmente muito bons.

Aos meus colegas de Mestrado e Casa por todas as horas de estudo, desespero e paródia que tornaram dias difíceis em dias mais leves e felizes, que deram um significado especial a este Mestrado...Vera, Leo, Dé e Catarina! Por todos os dias que surtamos juntos.

Aos meus orientadores de estágio que me permitiram aprender, crescer e aumentar o amor por esta área. Muito em especial, ao EESMO Sérgio Carinhas, não existe gratidão que estas palavras suportem, por tudo o que foi, deu enquanto pessoa e profissional desde sempre e me permitiu ser. Quando for grande, quero ser como ele!

Ao meu chefe e aos meus colegas de trabalho pelas infindáveis trocas e favores que permitiram todas as andanças a mil.

Às professoras do mestrado, em especial à Professora M<sup>a</sup> Luz Barros pela paciência e orientação para este relatório.

Obrigada a mim, à minha força, à minha resiliência, à minha coragem, à minha vontade de querer sempre mais e ser melhor.

## **TÍTULO: EXPERIÊNCIA E SATISFAÇÃO DAS MULHERES COM LIBERDADE DE MOVIMENTOS DURANTE O TRABALHO DE PARTO**

### **RESUMO**

**Introdução:** O exercício profissional como Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstétrica (EESMO) assenta na frequência do curso de Mestrado, que permite a mobilização e aquisição de conhecimentos e competências comuns e específicas, reconhecendo competências científicas, técnicas e humanas para a prestação de cuidados. **Objetivos:** Descrever a experiência clínica; explorar a experiência e satisfação das mulheres com Liberdade de Movimentos (LM) durante o trabalho de parto (TP). **Método:** Descrição dos contextos clínicos, reflexão sobre a aquisição de competências e aprofundamento do tema liberdade de movimentos durante o trabalho de parto e a sua influência na experiência e satisfação das mulheres. **Resultados:** Observada a aquisição das competências propostas. O tema explorado contribuiu para a melhoria dos cuidados e reforço da importância do papel do EESMO no processo educativo e promoção do parto normal. **Conclusão:** A LM demonstrou-se como positiva na experiência e satisfação do TP.

**Descritores (MeSH/DeCS):** Parto Humanizado; Trabalho Parto; Gestantes; Percepção de Movimento; Satisfação Pessoal

**TITLE: WOMAN'S EXPERIENCE AND SATISFACTION WITH FREEDOM OF MOVEMENT DURING LABOR**

**ABSTRACT**

**Introduction:** Professional Practice as a Maternal and Obstetric Health Specialist Nurse (MOHSN) is based on the completion of the Master's program, allowing for the mobilization and acquisition of common and specific knowledge and skills, recognizing scientific, technical, and human competencies for care provision. **Objective:** To describe the clinical experience; explore the experience and satisfaction of women with Freedom of Movement during labor and childbirth. **Methods:** Description of clinical contexts, reflection on skill acquisition, and in-depth exploration of the topic of freedom of movement during labor and childbirth and its influence on women's experience and satisfaction. **Results:** Acquisition of the proposed competencies was observed. The explored topic contributed to the improvement of care and emphasized the importance of the MOHSN role in the educational process and promotion of normal childbirth. **Conclusions:** Freedom of movement was shown to have a positive impact on the experience and satisfaction during labor and childbirth.

**Descriptors (MeSH/DeCS):** Humanizing Delivery; Labor; Pregnant Women; Motion Perception; Personal Satisfaction;

## Abreviaturas e Siglas

ACES - Agrupamento de Centros de Saúde  
ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde  
APA - *American Psychocological Association*  
ARS - Administração Regional de Saúde  
CDPN - Centro de Diagnóstico Pré-natal  
CHS – Centro Hospitalar de Setúbal  
CIMAA - Comunidade Intermunicipal do Alto Alentejo  
CIMAC - Comunidade Intermunicipal do Alentejo Central  
CPPP – Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade  
CSP – Cuidados de Saúde Primários  
CTG - cardiotocografia  
DeCS - Descritores em Ciência da Saúde  
DGS – Direção Geral de Saúde  
DIU - Dispositivo Intrauterinos  
EBSCOhost – *Business Source Complete Editor*  
ECTS - *European Credit Transfer and Accumulation System*  
ECD – Exame Complementar de Diagnóstico  
EESMO - Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstétrica  
ENP – Estágio de Natureza Profissional  
ENPRF - Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final  
E.P.E - Entidades Públicas Empresariais  
HESE - Hospital do Espírito Santo de Évora  
HGO – Hospital Garcia da Orta  
ILG – Interrupção Legal da Gravidez  
IMC – Índice de Massa Corporal  
INE - Instituto Nacional de Estatística  
IVG – Interrupção Voluntária da Gravidez  
Km – Quilómetros  
LAC - Laceração  
LM – Liberdade de Movimentos

MCDT - Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

MCEESMO - Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

MeSH - *Descritores Medical Subject Headings*

MESMO - Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

MEESMO - Mestrado do Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstétrica

NLM® - Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PBE - Prática Baseada na Evidência

PF - Planeamento Familiar

PI – Períneo Integro

PNV - Plano Nacional de Vacinação

PP – Plano de Parto

PubMed - Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos

RCCU - Rastreio do Cancro do Colo do Útero

REPE - Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

RN – Recém-Nascido

SA – Sociedade Anónima

SMO - Saúde Materna e Obstétrica

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SO – Sala de Observação

SUG - Serviço de Urgência Geral

SUGO - Serviço de Urgência de Ginecologia e Obstetrícia

TP – Trabalho de Parto

ULSNA - Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano

UNICEF - *United Nations Children's Fund*

USHA - Unidade de Saúde Hospitalar do Alentejo

USHLVT - Unidade de Saúde Hospitalar de Lisboa e Vale do Tejo

USF – Unidade de Saúde Familiar

WC – Water Closet (casa de banho)



## Índice

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	11
<b>1. CONTEXTO CLÍNICO DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL</b> .....	15
1.1 CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL .....	16
1.1.1. Unidade de Saúde Hospitalar do Alentejo (USHA) – 1 .....	17
1.1.2. Unidade de Saúde Familiar (USF) do Alentejo .....	23
1.1.3. Unidade de Saúde Hospitalar do Alentejo (USHA) – 2 .....	26
1.1.4. Unidade de Saúde Hospitalar de Lisboa e Vale do Tejo (USHLVT) - 1 .....	29
1.1.5. Unidade de Saúde Hospitalar de Lisboa e Vale do Tejo (USHLVT) – 2 .....	32
1.2. METODOLOGIA .....	34
1.2.1. Objetivos do Estágio de Natureza Profissional .....	34
1.2.2. Método de Aprendizagem .....	35
1.2.3. População-Alvo .....	36
<b>2. CONTRIBUTOS PARA A MELHORIA DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA</b> .....	38
2.1. CONCETUALIZAÇÃO .....	38
2.2 METODOLOGIA .....	40
2.3. RESULTADOS .....	42
2.4 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....	46
2.5. ANÁLISE DOS RESULTADOS OBTIDOS NA PRÁTICA CLÍNICA .....	52
<b>3. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS</b> .....	61
3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA .....	61
3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA .....	65
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	79
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	81
<b>APÊNDICES</b> .....	88
Apêndice A: Proposta de Projeto de Tese / Dissertação / Estágio / Trabalho de Projeto .....	89
Apêndice B: Folheto informativo – Orientações Pós-Alta do Recém-Nascido e Mãe .....	96
Apêndice C: Folheto Informativo – Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade - Liberdade de Movimentos durante o Trabalho de Parto .....	98
Apêndice E: Folheto informativo – Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade – Fisiologia do Puerpério e Cuidados de Enfermagem .....	103
Apêndice F: Plano de Sessão – Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade – Liberdade de Movimentos durante o Trabalho de Parto .....	106

Apêndice G: Apresentação Expositiva – Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade - Liberdade de Movimentos durante o Trabalho de Parto .....	109
Apêndice H: Plano de Sessão – Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade – Fisiologia do Puerpério e Cuidados de Enfermagem .....	122
Apêndice I: Plano de Sessão – Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade – Ensinos de Enfermagem – Cuidados de Higiene e Conforto ao RN (Banho).....	125
Apêndice J: Guião de Sessão - Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade – Ensinos de Enfermagem – Cuidados de Higiene e Conforto ao RN (Banho) .....	128
Apêndice K: Plano de Sessão de Formação em Serviço – Liberdade de Movimentos durante o Trabalho de Parto .....	133
Apêndice L: Apresentação Expositiva de Formação em Serviço – Liberdade de Movimentos durante o Trabalho de Parto .....	135
Apêndice M: Orientação Standard para Processo de Enfermagem – Plano de Cuidados em SClínico.....	148
Apêndice N: Tabela de Valores Totais e Resultados .....	152
<b>ANEXOS</b> .....	155
Anexo I: Declaração de Aceitação de Orientação .....	156
Anexo II: Certificado de Presença no Congresso da Associação Portuguesa de Enfermeiros .....	158
Anexo III: Certificado de Participação em Workshop - “Monitorização Materno Fetal, Verticalidade e Mobilidade no período expulsivo .....	160
Anexo IV: Certificado de Presença em Webinar da OE - “Centros de parto normal: a mulher/casal no centro dos cuidados nos serviços do SNS” .....	162

## Índice Figuras

<b>Figura 1:</b> .....	37
Figura 2: Fluxograma PRISMA .....	41
Figura 3: Grávidas e Puérperas por Faixa Etária.....	53
Figura 4: Paridade da Amostra .....	53
Figura 5: Total de Vigilâncias e Prestação de Cuidados a Parturientes .....	54
Figura 6: Parâmetros de Satisfação Positivos das Parturientes.....	55
Figura 7: Parâmetros de Satisfação Negativos das Parturientes .....	56
Figura 8: Plano de Parto e LM .....	56
Figura 9: LM durante o TP .....	56
Figura 10: Medidas de Alívio da Dor .....	57
Figura 11: Verticalidade no Parto .....	57
Figura 12: Número de Partos por Posições Verticalizadas.....	58
Figura 13: Alterações Perineais Pós-Parto com LM .....	59

## Índice Tabelas

Tabela 1: Campos Clínicos, Locais e Período Temporal do ENP .....	15
Tabela 2: Faixa Etária de Grávidas e Puérperas com Vigilância e Prestação de Cuidados ..	37
Tabela 3: Faixa Etária Afetações Ginecológicas com Vigilância e Prestação de Cuidados ...	37
Tabela 4: Formulação da Pergunta PICOT .....	40
Tabela 5: Apresentação dos resultados dos artigos incluídos.....	42
Tabela 6: Índice de Apgar dos RN da amostra .....	58
Tabela 7: Nível Satisfação Quantitativa da Amostra .....	59
Tabela 8: Puérperas e Recém-nascidos alvo de cuidados.....	76

## **INTRODUÇÃO**

O curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MESMO), a decorrer na Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, respeita as orientações da Comunidade Europeia, do *Nursing and Midwives Council*, e da *International Confederation of Midwives*. No seu plano curricular do 2º ano consta o Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final (ENPRF), creditado em 60 ECTS e decorreu no período de 15/09/2022 a 17/07/2023 e do qual se elaborou o presente relatório.

Procedeu-se a uma exposição pormenorizada e reflexiva das experiências vivenciadas e das competências adquiridas na prática, com base nos conhecimentos teóricos lecionados. As experiências foram proporcionadas em seis momentos de estágio, que aconteceram em Campos Clínicos como: Internamento de Grávidas/Ginecologia, Bloco de Partos (BP), Cuidados de Saúde Primários (CSP), Internamento de Puérperas e Serviço de Neonatologia. Todos eles decorreram com supervisão clínica por orientadores Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica (EESMO) e com orientação pedagógica pela docente orientadora.

Para o desenvolvimento do ENPRF, foram apresentados no Planeamento da Unidade Curricular os seguintes objetivos:

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

Desta forma, o Relatório Final será exibido e defendido em provas públicas perante júris da área da especialização em causa e posteriormente creditada a aquisição de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2019a), acrescidas das Competências Específicas do EESMO (OE, 2019b). Assim, é conferido o grau de mestre, registado na Direção-Geral do Ensino Superior (República, 2019a) com reconhecimento pela Ordem dos Enfermeiros (OE). Deste modo, estarão reconhecidas as competências inerentes ao título de EESMO e grau de mestre do EESMO que possibilitam o cuidado à mulher nos contextos de família/comunidade, durante o período pré-concepcional, ciclo gravídico-puerperal, climatério e na sua saúde quer

sexual, quer reprodutiva, com responsabilidade profissional, ética e legal, acrescentando ainda as competências de gestão e liderança.

De forma a dar resposta e sustentar o segundo objetivo supracitado, para o ENPRF, foi submetida uma proposta de Projeto de Estágio para o qual se propôs explorar o tema “Experiência e satisfação das mulheres com liberdade de movimentos (LM) no Trabalho de Parto (TP)”. Este tema relaciona-se com a competência de cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal e de TP, referida no Regulamento das competências específicas do EESMO, no Artigo 4º (OE, 2019b).

No Decreto-lei nº 104/98 de 21 de Abril, no Artigo 4º do Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE, 2012) é citado que o

“Enfermeiro especialista é o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, 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 e que cuidados de enfermagem são as intervenções autónomas ou interdependentes a realizar pelo enfermeiro no âmbito das suas qualificações profissionais.” (p.3).

Acrescenta ainda, segundo o Artigo 9º, que

“Consideram-se autónomas as ações realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respetivas qualificações profissionais, seja na prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação ou na assessoria, com os contributos na investigação em enfermagem” (REPE, 2012, p. 4).

Neste sentido, e de acordo com a competência D2, alínea b) do Artigo 8º do Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2019a), relativo às competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, é referido que o enfermeiro “Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica” (p.2). A OE defende também que

“O uso de uma abordagem baseada na evidência permite-nos desafiar e sermos desafiados sobre a nossa abordagem para a prática, mantendo-nos responsáveis. Permite-nos rever constantemente a nossa prática e procurar formas novas, mais eficazes e eficientes de fazer as coisas, aumentando assim o acesso aos cuidados e bem-estar” (OE, 2012, pp. 5-6).

É, portanto, desta forma que se enfatiza a importância do EESMO, de manter uma procura de melhoria constante no desenvolvimento de competências baseadas em conhecimento científico, permitindo-lhe, de forma autónoma, adequar a sua prática a tomadas de decisões credíveis e seguras, potenciando assim a qualidade e excelência dos cuidados que presta e que, inevitavelmente, se revertem em ganhos em saúde. É nestas premissas, e como futura EESMO com a possibilidade de desenvolver, executar e avaliar intervenções na

prática clínica, que assenta o interesse da mestranda pela contribuição para a modificação do paradigma da forma de parir atual, para a LM durante esse período, com impacto significativo nas experiências vivenciadas pelas mulheres e conseqüentemente na sua satisfação com os cuidados recebidos e o nascimento. Propôs-se assim, como objetivo geral do presente relatório, documentar as experiências e satisfação das mulheres com LM durante o TP a quem foram prestados cuidados.

Este relatório centra-se no modelo teórico de enfermagem de Dorothea Orem, conhecido como a teoria do défice de autocuidado na enfermagem. Esta é considerada a teoria geral que se interliga com três outras: a teoria do autocuidado, a teoria do défice de autocuidado e a teoria dos sistemas de enfermagem. A primeira teoria descreve o como e o porquê das pessoas se cuidarem, fundamentando-se na aprendizagem e execução contínua e deliberada, em conformidade com as necessidades de regulação. Assim, está dependente dos estadios de crescimento e desenvolvimento de cada pessoa, do estado de saúde, do consumo de energia e de fatores ambientais. A segunda teoria explica como as pessoas podem ser ajudadas através da prática de enfermagem. Contempla a subjetividade e o amadurecimento das pessoas relativamente às suas limitações de saúde e autocuidado, deixando-as parcial ou completamente incapazes sobre as condições existente/emergentes para o autocuidado regulador de si ou dos seus dependentes, necessitando de ajuda. Por fim, a terceira teoria descreve e explica as relações que têm de ser criadas e mantidas para se produzir enfermagem, considerando o exercício de atividades de enfermagem a pessoas com limitações de autocuidado relacionadas com a saúde.

Deste modo, o conceito de autocuidado é definido como as atividades que as pessoas põem em prática para favorecer, aperfeiçoar e desempenhar num período de tempo, para seu benefício, com a finalidade de preservar a vida, o seu saudável funcionamento e continuidade do seu desenvolvimento e bem-estar (Tomey & Alligood, 2004). É uma função humana reguladora, em que o próprio ou outro desempenha deliberadamente para preservar a vida, o desenvolvimento e o bem-estar. Neste sentido, é considerado que existem requisitos do autocuidado, ou seja, as razões/objetivos pelos quais se pratica o autocuidado com enfoque nos resultados esperados. São por isso a enunciação sobre ações a serem postas em prática como necessárias ou hipoteticamente, para a regulação do funcionamento e desenvolvimento humano (Tomey & Alligood, 2004). Posto isto, o défice de autocuidado, no sentido que a pessoa está limitada a autocuidar-se, implica orientação nos métodos de ajuda para que a pessoa compreenda o seu papel no autocuidado. No culminar destes conceitos, entende-se que o autocuidado é um sistema de ação, em que a necessidade de se autocuidar e as atividades para o autocuidado são a base justificativa para compreender as condições e

limitações das pessoas com necessidade de cuidados de enfermagem (Tomey & Alligood, 2004).

A elaboração deste relatório, cuja organização engloba quatro capítulos, recai sobre a descrição e reflexão das vivências e aprendizagens da prática clínica nos diversos contextos em Campo Clínico, usando para tal as diretrizes do Regulamento Académico da Universidade de Évora, despacho nº 3144/ 2019 de 21 março, e respeitando a norma *American Psychological Association* (APA, 2020) – *7th Editions*, estando redigido em conformidade com o novo acordo ortográfico.

## 1. CONTEXTO CLÍNICO DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

O ENPRF caracteriza-se por ser uma unidade curricular inerente ao 2º ano do MESMO, a decorrer no ano letivo 2022/2023, desenvolvida em contexto prático, em diversos Campos Clínicos. Estes, dividimos por dois semestres, contemplam: Internamento de Grávidas/Ginecologia (6 semanas), Bloco de Partos (6 semanas), Cuidados de Saúde Primários (6 semanas), Bloco de Partos (4 semanas + 8 semanas), Internamento de Puérperas (5 semanas) e Serviço de Neonatologia (1 semana). Estes decorrem espaço-temporalmente de acordo com a tabela abaixo.

**Tabela 1.**  
Campos Clínicos, Locais e Período Temporal do ENP

Campo Clínico	Grávidas /Ginecologia	Bloco de Partos	Cuidados de Saúde Primários	Neonatologia Internamento de Puérperas	Bloco de Partos	Bloco de Partos
<b>Ano Letivo</b>	<b>2022/2023</b>					
<b>Semestre</b>	<b>1º Semestre</b>			<b>2º Semestre</b>		
<b>Local</b>	Unidade de Saúde Hospitalar do Alentejo (USHA) – 1	Unidade de Saúde Hospitalar do Alentejo (USHA) - 1	Unidade de Saúde Familiar (USF) do Alentejo	Unidade de Saúde Hospitalar do Alentejo (USHA) – 1 e 2	Unidade de Saúde Hospitalar de Lisboa e Vale do Tejo (USHLVT) – 1	Unidade de Saúde Hospitalar de Lisboa e Vale do Tejo (USHLVT) – 2
<b>Período Temporal</b>	12/09 a 21/10/2022 – 6 semanas – 21 turnos – 168,33 horas	24/10 a 02/12/2022 – 6 semanas – 21 turnos – 168,33 horas	05/12/2022 a 27/01/2023 – 6 semanas – 21 turnos – 168,33 horas	06/02 a 17/03/2023 – 6 semanas – 21 turnos – 168,33 horas	20/03 a 21/04/2023 – 4 semanas – 14 turnos - 112,22 horas	24/04 a 16/06/2023 – 8 semanas – 28 turnos - 224,44 horas

Fonte: Elaboração própria

Para a realização do ENPRF foi proposta a elaboração e submissão de um projeto de estágio (Apêndice A) que abrangesse uma temática da preferência da mestranda por forma a explorar conhecimentos no decorrer da experiência clínica. Projetou-se alcançar, transversalmente a todos eles, os objetivos de prestar cuidados de enfermagem com base nas competências comuns do Enfermeiro Especialista e nas competências específicas do EESMO, bem como aprofundar conhecimentos relativos à temática da LM durante o TP e reforçar a influência dos cuidados na experiência e satisfação das mulheres. Deste modo, propôs-se a obtenção de resultados que fundamentem a ação diferenciada do EESMO nas salas de parto. Deste modo, nos Campos Clínicos e nos diferentes contextos, foram colocados



em prática conhecimentos e competências teóricas lecionados no 1º ano do MEESMO através das experiências vivenciadas, permitindo explorar, adquirir e desenvolver competências comuns do Enfermeiro Especialista e específicas do EESMO.

A necessidade de formação em saúde implica pessoas criativas, inovadoras e estimuladas a conhecer outras realidades, desenvolvendo senso crítico, competência reflexiva e capacidade de transformar vivências, perante as complexidades do mundo atual. A qualificação dos profissionais de saúde deve ser estruturada a partir de problematizações do seu processo de trabalho podendo assim transformar as suas práticas (Sérgio et al., 2023). Com efeito, o ambiente em que se desenvolvem as práticas clínicas é um importante influenciador de comportamentos, aprendizagens e ganhos de competências. Este permite complementar as lacunas teórico-práticas de forma crítica para as tomadas de decisão clínica e é assente neste facto que os alunos de Enfermagem passam longos períodos em contextos clínicos. Consideram-se como influenciadores da aprendizagem clínica quatro aspetos: espaço físico, fatores psicossociais e de interação, cultura organizacional e componentes de ensino e aprendizagem (Mbakaya et al., 2020).

Através da exploração da temática relativa à experiência e satisfação das mulheres com LM durante o TP, e da amplificação de conhecimentos teóricos e competências desenvolvidas nos campos clínicos, foi experienciada uma prática contributiva para a qualidade dos cuidados e promoção de experiências positivas e satisfatórias às mulheres. Prestaram-se cuidados especializados centrados na mulher nos seus contextos de família/comunidade, durante o ciclo gravídico-puerperal e na sua saúde sexual e reprodutiva, bem como cuidados ao recém-nascido (RN) e no período pós-concepcional. Foi conseguido o despiste prévio de complicações através de uma PBE e da responsabilidade, ética e profissionalmente legal, aprimorando paralelamente competências de gestão e liderança. Deste modo, consideram-se atingidos os objetivos propostos para o ENP.

## 1.1 CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

Neste capítulo são caracterizados e enquadrados os contextos dos Campos Clínicos onde decorreu o ENP, culminando em quatro Hospitais e um Centro de Saúde (CS). Assim, cito o tipo de unidades que foram integradas enquanto Campos Clínicos e os contextos onde foram desenvolvidos, conforme a tabela 1:

- Unidade de Saúde Hospitalar do Alentejo (USHA) – 1: Serviço de Grávidas e Ginecologia; Bloco de Partos; Internamento de Puérperas;
- Unidade de Saúde Familiar (USF) Alentejo: Cuidados de Saúde Primários;
- Unidade de Saúde Hospitalar do Alentejo (USHA) – 2: Serviço de Neonatologia;
- Unidade de Saúde Hospitalar de Lisboa e Vale do Tejo (USHVT) - 1: Bloco de Partos.
- Unidade de Saúde Hospitalar de Lisboa e Vale do Tejo (USHLVT) - 2: Bloco de Partos.

Todos estes campos clínicos permitiram uma prestação de cuidados privilegiada, no âmbito da formação especializada, a mulheres inseridas na família e na comunidade em planeamento familiar (PF), durante o período pré-concepcional, no período pré-natal, durante o TP, no período pós-natal, a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica e durante o período de climatério.

### **1.1.1. Unidade de Saúde Hospitalar do Alentejo (USHA) – 1**

A USHA – 1, é considerada uma pessoa coletiva, de direito público de natureza empresarial provida de autonomia administrativa, financeira e patrimonial. Sediada em Portalegre, agrega dois Hospitais e a totalidade de Unidades Funcionais de CSP do distrito de Portalegre, contabilizando-se em dezasseis. É regida pelo diploma da sua criação, pelos seus estatutos, pelo presente regulamento interno, pelo regime jurídico aplicável às entidades públicas empresariais e demais legislação vigente para o Serviço Nacional de Saúde (SNS).

Tem como Missão a prestação integrada e personalizada de cuidados de saúde a todos os cidadãos, garantindo uma resposta adequada, de qualidade, em tempo útil, com rigor técnico-científico e com respeito pela dignidade humana, promovendo a confiança dos colaboradores e utentes, na procura contínua de soluções que reduzam a morbilidade e permitam obter ganhos em saúde. A sua Visão incide na imagem de excelência na área da saúde, no respeito pelo primado da complementaridade, em todos os níveis de cuidados de saúde. Para tal, rege-se por Valores como o respeito pela dignidade e direitos dos cidadãos; a excelência técnica; a acessibilidade e equidade aos cuidados; promoção da qualidade; ética, integridade e transparência; motivação e atuação pró-ativa; melhoria contínua; trabalho de equipa; respeito pelas normas ambientais e cultura de rigor e gestão (ULSNA, 2023).

A USHA – 1 está integrada no plano de cobertura hospitalar do País, considerado como Hospital Distrital, abrangendo toda a população dos conselhos do seu distrito, com um número aproximado 104 989 habitantes no ano de 2021 (INE, 2023). Portalegre, cidade do Alto Alentejo e capital de Distrito, tem uma área abrangente de cerca de 447 km<sup>2</sup> de área, e está parcelada em sete freguesias e dezasseis concelhos (CIMAA, 2020). A USHA – 1 foi inaugurada em 1975, mas está em funcionamento desde 1974. Com o avançar do tempo, foi

expandindo os seus serviços em resposta às necessidades dos cuidados, abrangendo atualmente, uma vasta oferta de especialidades (Marques, 2023).

O Serviço de Obstetrícia e Ginecologia (SOG) desta USHA integra-se no Departamento da Saúde da Mulher e da Criança e tem no seu domínio a Maternidade existente desde agosto de 2009. Esta encontra-se em funcionamento no piso 4 e inclui os serviços Internamento, Serviço de Urgência Ginecológica e Obstétrica (SUGO), BP e Consulta Externa (piso 0). Na USHA – 1, no ano de 2022, ocorreram 398 partos, dos quais 257 por via vaginal (eutócicos e distócicos) e 141 cesarianas (Transparências, 2023d). Por necessidade de remodelação e manutenção do SOG, que habitualmente tem funcional duas alas, desde agosto 2022, apenas a direita se encontra operacional, estando o espaço físico adaptado às necessidades. Desde então, o Serviço de Ginecologia encontra-se em funcionamento no piso 3, integrando o serviço de Cirurgia, onde decorriam anteriormente as cirurgias e o recobro de mulheres com necessidade de intervenção cirúrgica. Atualmente, tem como Diretor do Departamento Da Saúde Da Mulher e da Criança um médico pediatra, Diretora de Serviço uma médica obstetra e Chefe do Serviço uma Enfermeira Especialista (Marques, 2023).

Este é um serviço que dedica os seus cuidados à saúde da mulher, desde a preconceção à menopausa, dando ênfase às grávidas em consulta pré-natal de baixo risco ou consulta de alto risco quando identificadas com doença prévia ou durante o período gestacional. São admitidas nesta unidade todas as mulheres triadas para o SUGO, vindas do Serviço de Urgência Geral (SUG) ou das Consultas Externas de Obstetrícia com alterações ginecológicas, em TP, parto eminente ou com desvios do padrão normal de gravidez, para observação e encaminhamento. No caso de mulheres grávidas, esta unidade assume dar resposta às mesmas, caso não exista a possibilidade de parto pré-termo com idade gestacional inferior a 36 semanas, pela inexistência de Cuidados Intensivos de Neonatais. Nestes casos, procede-se a transferência para outra unidade de saúde hospitalar. Mulheres grávidas em qualquer estadió do TP, sem a condição supracitada, ou com indicação médica para indução do TP, são admitidas no BP, permanecendo na sala de dilatação. Nos casos de Cesariana, de urgência ou eletiva, as mulheres são encaminhadas para o Bloco Operatório Central, no piso 3 do hospital e são da responsabilidade dessa mesma equipa, bem como o RN durante a sua permanência no local.

No que se refere ao Serviço de Internamento de Ginecologia, durante o Campo Clínico não estava operacional neste piso, pelas razões supracitadas. Ainda assim, as mulheres encaminhadas do SUG com alterações ginecológicas, são observadas pela equipa médica com apoio da equipa de Enfermagem e feito o encaminhamento mais adequado. Neste sentido, alta clínica e/ou encaminhadas para consulta externa ou, em situações de

necessidade, internamento no serviço de Cirurgia ou transferência de hospital, situação última que não se verificou durante o campo clínico.

Em suma, nesta USHA - 1, atualmente são admitidas mulheres em situação de urgência do foro ginecológico e obstétrico, grávidas patológicas, grávidas em TP ou para indução de parto, em consulta de baixo e alto risco ou para avaliação CTG ( $\geq 37$  semanas de gestação). A USHA – 1 está em funcionamento contínuo, presentemente com estrutura provisória, centrada na ala direita, sendo que a esquerda apenas tem três salas em funcionamento. Na sua constituição comporta áreas, materiais e equipamentos para a prestação de cuidados e procedimentos clínicos, capaz de responder a situações de urgência, internamento de obstetrícia e BP. Contempla ainda áreas reservadas ao suprimento das necessidades dos profissionais de saúde.

Desta forma, o serviço abrange estruturalmente e é equipado com: à entrada do piso existe um hall como sala de espera, gabinete de secretariado e três elevadores. Duas portas automáticas de acesso direto a ambas as alas no exterior, protegidas por código de acesso confidencial a profissionais.

### **Ala Direita**

- Entrada com passagem para ambas as alas;
- Vestiário/balneário para profissionais, com duas áreas distintas para WC e cacifos;
- Gabinete do SUGO, com marquesa obstétrica, material de apoio para procedimentos, ecógrafo, computador, telefone fixo e cadeira para uso profissional e cadeirão para as utentes; à entrada deste, uma sala de espera;
- Sala de cardiocografia (CTG), com três cadeirões para o efeito, três cardiocógrafos, computador, telefone fixo e cadeira para uso profissional, bancada com material de apoio com lavatório; esta sala destina-se à avaliação da realização de Exames Complementares de Diagnóstico (ECD's), nomeadamente para avaliar o bem-estar materno-fetal e em caso de necessidade, como sala de tratamentos;
- WC para utentes, com sanita e lavatório;
- Dois quartos individuais, compostos por WC privativa com sanita, base de duche e lavatório, uma cama articulada, mesa de cabeceira apropriada para refeição, berço, mesa de apoio e cadeira;
- Três quartos duplos, compostos por WC com sanita, base de duche e lavatório, duas camas articuladas, duas mesas de cabeceira apropriadas para refeição, dois berços, uma mesa de apoio e duas cadeiras;

- Um gabinete médico para reuniões e dormitório, com mesa, cadeiras e cama para o efeito. Computador e telefone para uso profissional e WC privada com sanita, base de duche e lavatório;
- WC para profissionais de saúde, composta por duas parcelas, uma com sanita, outra com base e banho e uma área comum com lavatório;
- Sala de Sujos;
- Duas salas de dilatação / partos, equipadas com cama articulada, marquesa de parto, reanimador de RN, aparelho de CTG, material necessário aos procedimentos inerentes ao TP e realização do parto via vaginal, assim como equipamentos para assegurar a adaptação do RN à vida extrauterina (mesa, aspirador, reanimador neonatal), balança para RN, lixos diferenciados. Entre as duas salas existe um WC comum às mesmas para uso das parturientes apenas com sanita e lavatório;
- Sala de arrumos: material de apoio geral, banheiras para RN, banco de parto, roupas de cama e individuais para utentes e profissionais, resguardos, bola de parto e rádio;
- Sala de Armazém, com armários com material diverso;
- Sala de Secretariado, com mesa de apoio e material inerente à função; carrinho de Reanimação de Adulto (encontra-se em frente às salas de dilatação/parto, com acesso fácil a todo o serviço);
- Sala de Trabalho de Enfermagem e Passagem de Turno, composta por duas zonas, uma com armários de armazenamento de medicação e de preparação da mesma com bancada de apoio com lavatório, e dois frigoríficos de medicação; uma outra zona com computadores, telefone fixo, impressora, cadeiras e cadeirões para uso profissional, mesa de apoio de passagem de turno, televisão, armário de apoio à amamentação com material para o efeito, mesa pediátrica com balança para RN (para triagem e avaliação dos RN's), lixos diferenciados;
- Copa para uso dos profissionais, com varanda, com material diverso para o efeito.

#### **Ala Esquerda** (Estruturas em Funcionamento)

- Entrada com passagem para ambas as alas;
- Sala de Preparação para o Parto, composta por cadeiras, mesa de apoio e computador e material diverso para as sessões;
- Gabinete médico para reuniões e dormitório, com mesa, cadeiras e cama para o efeito. Computador e telefone para uso profissional e WC privado;
- Gabinete de Trabalho da chefia de Enfermagem.

No que concerne aos recursos humanos do serviço este é constituído por uma secretaria de unidade, equipa médica de SMO com dois médicos alocados ao serviço e alguns tarefeiros

que prestam serviço esporádico, sempre que necessário recorre ao apoio de Pediatras, sendo dois alocados ao próprio serviço e os restantes também tarefeiros, nove auxiliares de cuidados gerais. A equipa de enfermagem é composta por vinte enfermeiros, dos quais quinze são EESMO, quatro generalistas e um chefe de serviço, Especialista em Médico-cirúrgica. Apenas enfermeiros especialistas dão resposta à urgência obstétrica e a grávidas na sala de parto, em todos os restantes cuidados podem atuar generalistas ou especialistas. É adotado o método de distribuição de trabalho à tarefa, estando cada enfermeiro distribuído para assumir determinado posto/os de trabalho. Geralmente, como prática normativa do serviço, a equipa cumpre turnos rotativos, definidos como manhã, das 8h às 16h, tarde das 16h às 24h e noite das 0h às 8h. Os rácios por turno da manhã e tarde são de três enfermeiros na prestação de cuidados, sendo que dois são ESMO e na noite dois enfermeiros, em que pelo menos um é ESMO.

O Regulamento n.º 743/2019, em Diário da República, consta de que

“Compete à Ordem dos Enfermeiros contribuir para a existência de um modelo de prestação de cuidados que reflita a capacidade de adequação dos recursos humanos face às características demográficas da população, aos perfis de saúde e de doença, às tecnologias de saúde e à maior diversidade de métodos e metodologias de gestão, garantindo, em simultâneo, a qualidade e segurança da prestação de cuidados de saúde, através do reforço dos cuidados de enfermagem, de acordo com as melhores práticas e recomendações internacionais.”

Dito isto, surge as dotações seguras de enfermagem que se refere à atribuição de um enfermeiro com nível de qualificação e perfil de competências a um determinado número de utentes, tendo em conta as suas necessidades, que se traduz em horas de cuidados. O cumprimento das mesmas visa garantir tempo e recursos adequados para a prestação de cuidados com segurança e qualidade e consequentemente contribuir para um sistema de saúde mais eficiente e capacitado (República, 2019b).

As dotações seguras têm um impacto direto na segurança dos utentes, na qualidade dos cuidados e no bem-estar dos profissionais, uma vez que quando não cumpridas por défice, aumentam a sobrecarga de trabalho nas equipas o que, inevitavelmente, aumenta a probabilidade de erros, riscos e complicações.

Desta forma, as dotações seguras desempenham um papel fundamental na prestação de cuidados de saúde seguros e de qualidade. No presente, as instituições enfrentam desafios significativos relacionados com os recursos humanos disponíveis, as restrições financeiras para a contratação de enfermeiros e com a imprevisibilidade de alguns cuidados. Porém, é necessário priorizar a implementação de políticas e práticas que garantam dotações seguras

pois assim, será possível o bem-estar e satisfação dos profissionais de enfermagem e contribuir para um sistema de saúde mais eficaz e sustentável (Poeira et al., 2019).

A Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MCEESMO) define como dotação segura para: indução de TP o rácio de 1:3; 1º estadio do TP, rácio de 1:2; no 2º estadio de 1:1; 3º e 4º estadios rácio igual ao do 2º estadio, uma vez que a responsabilidade da prestação de cuidados é do mesmo profissional; no internamento de materno fetal, para médio risco é de 1:6 e de alto risco de 1:3. Nos serviços de internamento de puérperas, em puerpério normal o rácio constitui-se de 1:6 e de puerpério patológico de 1:3. Por fim, que os serviços de internamento de ginecologia é de pelo menos um EESMO em permanência 24h e que a urgência obstétrica e ginecológica tem de ser assegurada exclusivamente por EESMO. É ainda enunciado que para todos estes campos, a prestação e gestão de cuidados é exclusiva do EESMO pela sua competência, sendo que somente estes podem exercer funções específicas do seu exercício profissional (Ordem dos Enfermeiros, 2019c).

Posto isto e sendo este um serviço que contempla o conjunto de todas estes campos de prestação de cuidados em simultâneo, o rácio em prática é aquém do que se estipula, sendo que existem turnos com apenas um EESMO.

Neste contexto clínico, no que respeita aos recursos informáticos, todos os registos são elaborados, desde a admissão do utente, ao plano de cuidados, validação de intervenções ou outros registos gerais, consulta de prescrição terapêutica e sua validação, através do Sistema Informático Hospitalar em vigor, o SClínico. É também através deste que é possível consultar dados sociodemográficos, resultados de ECD's, diários médicos e outras informações clínicas pertinentes. Em suporte físico existe um dossiê por utente e RN, com etiquetas de identificação, boletim de grávida / boletim de saúde infantil e o de vacinação, respetivamente, bem como exames ou outros documentos pertinentes.

Respeitante ao regime de acompanhamento de pessoa significativa, na urgência é permitido à mulher estar acompanhada por uma única pessoa; no TP, é permitida a permanência de uma única pessoa desde o momento em que a mulher entra na fase ativa do TP, até uma hora pós-parto. É exceção, em parto por cesariana, em que não é permitido a permanência do acompanhante desde a entrada para o Bloco Operatório Geral, até à saída do recobro; no regime de internamento, são permitidas visitas diárias, de uma hora, das 14 às 15h e das 18h às 19h, no máximo de três visitas por mulher, não sendo permitido em simultâneo; só ocorrem visitas simultâneas, no caso de quartos duplos, para mulheres distintas. Desde o início do Campo Clínico, ao abrigo da legislação da Pandemia por coronavírus SARS-CoV2, era obrigatório apresentação de declaração com teste negativo

válido nas últimas 72 horas para acompanhantes e todas as mulheres em regime de internamento eram triadas à entrada. Desde dezembro de 2022, segundo novas diretrizes, estes procedimentos foram suprimidos.

### **1.1.2. Unidade de Saúde Familiar (USF) do Alentejo**

Esta USF encontra-se numa cidade do Alentejo Central, de grande dimensão populacional, com uma população residente de 53 577 habitantes (Pordata, 2021), composta por 12 freguesias (CIMAC, 2020) e alocada nas infraestruturas da maior Unidade Hospitalar do Alentejo. Surgiu em 2006, sendo uma das USF primitiva no país, após uma reestruturação dos CS's no seguimento da Reforma para os CSP. Nesta Reforma visaram criar-se USF's nos CS que cumprissem com a constituição de pequenas equipas multiprofissionais auto-organizadas, que direcionassem a sua Missão na prestação de cuidados de forma mais direta, mais autónoma, funcional e técnica, com um sistema retributivo que permeasse a produtividade, acessibilidade e qualidade (Planície, 2022).

Existe uma distinção de desenvolvimento organizacional de cada USF, podendo estas estar num modelo A, B ou C, sendo o A correspondente a uma fase de aprendizagem e aperfeiçoamento do trabalho de equipa em saúde familiar e os restantes modelos, com supremacia de desenvolvimento. Assim, esta USF integrou-se, em rede, pertencendo ao Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) do Alentejo Central, inicialmente como uma USF modelo A, progredindo para modelo B em 2012, pertencendo à Administração Regional de Saúde (ARS) do Alentejo. A classificação de modelo B significa estar num patamar de “equipas com maior amadurecimento organizacional onde o trabalho em equipa de saúde familiar seja uma prática efetiva e que estejam dispostas a aceitar um nível de contratualização de patamares de desempenho mais exigente” (ACSS, 2023, p. 2).

No ACES do Alentejo Central, funcionam outras unidades de saúde, sendo que existem mais quatro USF, uma Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados, uma Unidade de Cuidados na Comunidade, uma Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados e uma Unidade de Saúde Pública.

Referente aos recursos humanos que constituem a equipa da USF em questão, são parte integrante oito médicos, oito enfermeiros, seis secretários e setes internos da formação de Medicina Geral e Familiar (ACSS, 2022). Toda a equipa tem por base na sua missão na USF a satisfação das necessidades de saúde no âmbito dos CSP dos seus utentes, o cumprimento do Plano Nacional de Saúde através da aplicação de normas oficiais e políticas de saúde vigoradas e corresponder às expectativas de realização profissional e satisfação dos seus profissionais. Como Visão, a USF pretende dar resposta aos cuidados de saúde dos seus



utentes, no âmbito dos CSP, de modo a corresponder à satisfação destes e dos seus profissionais. Para tal, recorre a Valores como a prestação de serviços de qualidade, o respeito pelos direitos humanos, a igualdade de tratamento e respeito no atendimento dos utentes independentemente do seu género, raça ou etnia, religião, estilo de vida, orientação sexual, estatuto social e económico e ainda à responsabilidade pela missão e compromissos assumidos (ACSS, 2022). A coordenação da USF, bem como da área administrativa e de enfermagem é nomeada pela equipa multiprofissional, por um período temporal de dois anos (ACSS, 2022).

Referente às infraestruturas desta USF, esta é parte integrante do principal Hospital da região, tendo na sua constituição um edifício com quatro pisos, o qual partilha com uma outra USF do agrupamento. Constitui-se estruturalmente:

**Piso -1**, piso inferior ao solo:

Dois vestiários com cacifos para profissionais, dois WC's para profissionais (uma para cada USF) com sanita, lavatório e base de duche; duas salas de aprovisionamento/armazém, uma com material diverso clínico/farmácia e outra com material administrativo; sala de sujos.

**Piso 0**, de entrada:

Balcão do segurança; balcão de administrativos; sala de espera de utentes com cadeiras; três WC's de utentes (homens, mulheres e mista para utentes com mobilidade reduzida), com sanita e lavatório; oito gabinetes médicos, sala de tratamentos de enfermagem com secretaria, computadores, impressora, bancada de apoio, marquesas, armário com material de apoio para tratamento de feridas e outros procedimentos; sala de observação (SO) com marquesas, cadeirão, frigorífico de terapêutica, computador, bancada de apoio e material diverso de apoio a procedimentos; espaço para pausa dos profissionais; dois WC's mistos para profissionais com sanita e lavatório; sala de sujos.

**Piso 1**, piso superior ao solo:

Sala de espera de utentes com cadeiras; quatro WC's de utentes (homens, mulheres, crianças e mista para utentes com mobilidade reduzida) com sanita e lavatório; WC misto, para profissionais com sanita e lavatório; um gabinete com dois espaços diferentes para Consulta de Enfermagem de Diabetes, Quiroterapia e Hipertensão; dois gabinetes de Consulta de Saúde Infantil que tem passagem direta entre si, um de Enfermagem e um médico com mesa pediátrica, frigorífico de terapêutica, material diverso de apoio a procedimentos e lavatório; cantinho da amamentação com cadeirão para o efeito, muda fraldas e biombo, dois gabinetes de Consulta de SMO e PF que têm passagem direta entre si, um de Enfermagem e um médico, dois espaços para troca de roupa das utentes; gabinete de Vacinação; gabinete

médico (de reserva); sala de arrumos com material de apoio à preparação para o parto e outros consumíveis; armário de material de contraceção.

Todos os gabinetes de enfermagem e médicos estão mobilados com uma secretária de apoio com computador e telefone fixo para uso profissional, com pelo menos duas cadeiras para médico/enfermeiro/utente, marquesa e equipamento diverso de apoio a procedimentos.

No **piso 2**: Similar ao piso 0, para trabalho da outra USF.

No **piso 3**, último piso superior:

Espaço de refeições / copa para profissionais, composto por frigorífico e micro-ondas, mesa e cadeiras, armário de apoio; sala de reuniões, composta por material de apoio para a realização de reuniões, sessões ou outros com necessidade de computador, projetor de vídeo e colunas de som; Sala de estudo: gabinete equipado com computador, camara de vídeo, colunas de som e microfone. Este espaço tem como finalidade estudo, videoconferências ou teleconsultas; quatro WC's, dois masculinas e dois femininos para uso dos profissionais com sanita e lavatório.

Esta USF contempla uma área de intervenção ampla, com método de trabalho por médico e enfermeiro de família de forma a assegurar uma melhor continuidade e qualidade dos cuidados, disponibilizando serviços como: Consulta de adultos; Consulta de Saúde Infantil/Juvenil; Consulta de Saúde Materna; Consulta de PF; Consulta de Puerpério; Consulta aberta e de intersubstituição; Vacinação; Consulta de enfermagem de vigilância (Diabetes, Hipertensão); Consulta de Enfermagem em Consulta Aberta e de tratamentos; Consulta médica no domicílio; Consulta e tratamentos de enfermagem no domicílio; Consulta de pé diabético (quiropedia); Programa Nascer e Crescer Saudável (Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade (CPPP) e Cantinho de Amamentação – decorre todas as quartas-feiras.

Tudo isto para dar apoio a uma população de 14241 inscritos (ACSS, 2022), oferecendo um espaço com um funcionamento de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, ao fim-de-semana e feriados das 8h às 14h.

A Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MCEESMO) define como dotação segura que a Consulta de Enfermagem de Saúde Materna ou de Enfermagem de Ginecologia seja realizada por um EESMO (OE,2019c). Dito isto, não se verifica de acordo com o praticado, uma vez que nem todos os elementos de enfermagem que realizam este tipo de consulta o são.

### **1.1.3. Unidade de Saúde Hospitalar do Alentejo (USHA) – 2**

A USHA - 2 refere-se a um hospital com 500 anos de história, ao serviço da população e com diversas nomenclaturas neste espaço temporal. Atualmente, é considerado a maior e principal unidade hospitalar de todo o Alentejo, oferecendo maior diferenciação, principalmente a utentes do Alentejo Central. Contudo, tem assumido progressivamente uma maior abrangência, aportando também utentes do Alto, Baixo e Litoral Alentejano, focalizando os seus cuidados a cerca de 498.804 habitantes (HESE, 2022a). Em 2006 transmutou para uma Entidade Empresarial, pelo que sofreu remodelações físicas e organizacionais significativas, e aumentou a diferenciação das suas valências, aumentando a sua capacidade de resposta a cuidados diferenciados à população (HESE, 2022a).

A USHA - 2, tem na sua prática a Visão de proporcionar resposta às necessidades dos cuidados de saúde diferenciados da população, com uma configuração moderna, eficiente, bem inserida na Rede de Referência Nacional e com uma estrutura física e organizacional racional. É considerada um Hospital Central, que pretende a articulação com outros hospitais da região e com os CSP. Pretende alcançar a médio prazo, o estatuto de Hospital de Qualidade, com elevado grau de diferenciação tecnológica (HESE, 2022b). A sua missão assenta na prestação de cuidados de saúde diferenciados, adequados e em tempo útil. Pretende a garantia de padrões elevados de desempenho técnico-científico, de eficaz e eficiente gestão de recursos, de humanização e promoção do desenvolvimento profissional dos seus colaboradores (HESE, 2022b). Objetiva-se a contribuir para a obtenção de ganhos em saúde, em articulação com os CSP, com o setor social e privado; garantir a humanização dos cuidados e os direitos dos utentes; melhorar o acesso e a adequação da oferta de serviços, da eficiência técnica e económica, bem como da qualidade dos cuidados e da organização dos serviços; e valorizar o capital humano (HESE, 2022b). Assim, a USHA - 2 rege-se por valores como: o respeito pela dignidade e direitos dos cidadãos; excelência técnica; cultura da melhor gestão; respeito pelas normas ambientais; promoção da qualidade; ética, integridade e transparência; motivação e trabalho de equipa (HESE, 2022b).

A Comissão Nacional de Saúde Materna e Infantil considerou a USHA – 2 como um hospital de Apoio Perinatal, pelo que, respeitante à área materno-infantil, assume o apoio perinatal diferenciado da região, dispondo de uma Unidade de Cuidados Intensivos de Neonatologia, inaugurada em 1990 (HESE, 2021). Nesta USHA - 2, no ano de 2022, ocorreram 1049 partos, dos quais 607 por via vaginal (eutócicos e distócicos) e 442 por cesariana (Transparências, 2023b).

O serviço de Neonatologia situa-se no 3.º piso do hospital, perto do BP e o seu acesso é protegido por um sistema de segurança nas portas com marcação de código para entrar ou

picagem de cartão profissional. Os RN's internados dispõem de pulseira eletrônica de identificação e segurança, sendo que, se saírem do perímetro delimitado pelas portas do serviço é acionado um alarme. Este serviço assegura cuidados neonatais diferenciados a RN's pré-termo, com idade gestacional superior a 24 semanas, a RN's no período neonatal, até ao 28.º dia após o nascimento. São admitidos RN's provenientes do BP, Serviço de Obstetrícia, Urgência Pediátrica, Bloco Operatório e Consulta Externa do próprio hospital ou da zona de abrangência do mesmo. Os diagnósticos mais frequentes recaem sobre alterações do foro respiratório, prematuridade, baixo peso ao nascer, asfixia neonatal, malformações congénitas, doenças infecciosas, atraso de crescimento intrauterino e hiperbilirrubinemias.

A nível de estrutura e equipamentos, este serviço é provido de uma lotação de doze camas, neste momento só nove operacionais, que se dividem por três salas A, B e C, conforme a necessidade de cuidados dos RN's e por onde passam nesta sequência até ao momento da alta. Por esta disposição, existem nomeadamente três incubadoras de cuidados intensivos, três incubadoras de cuidados intermédios e três berços de cuidados mínimos.

- **Sala A** (sala de cuidados intensivos): determinada para a prestação de cuidados intensivos, ou seja, a RN's com necessidade de ventilação assistida e maior vigilância, com a lotação de três incubadoras com os respetivos postos de ventilação mecânica, monitor cardiorrespiratório, seringas infusoras, bombas infusoras, bem como material diverso de apoio aos cuidados. Existe ainda um desfibrilhador e um carro de reanimação.

- **Sala B** (sala de cuidados intermédios): determinada para a prestação de cuidados intermédios, com três incubadoras e material variado para a higiene do RN nomeadamente fraldas, cremes, toalhetes, entre outros. Esta sala dispõe de uma ligação direta com a sala A, sendo que ambas dividem uma bancada de apoio onde são prestados os cuidados de higiene e conforto ou outros procedimentos necessários passíveis de realização naquele espaço. Nesta sala existe ainda a possibilidade de funcionamento de mais três incubadoras, que ao momento da permanência, estão desativadas.

- **Sala C** (berçário ou sala de cuidados mínimos): destinada à prestação de cuidados mínimos, com capacidade para três berços e com monitores de apneia.

Todas as salas são comportadas por equipamentos e materiais de várias tipologias, essenciais à prestação e qualidade dos cuidados prestados. A separação das mesmas para o corredor exterior comum às três, é envidraçado de forma a facilitar a observação continua. Existe ainda, no corredor, uma incubadora de transporte, com bala de oxigénio, destinada ao transporte de RN's para realização de exames ou transferência para outras unidades.

A USHA – 2 constituiu-se por gabinete médico, gabinete de enfermagem, copa para profissionais, sala de preparação de leites (leite materno e artificiais), uma sala de extração de leite materno para conforto e privacidade das mães, sala de preparação de medicação, sala de arrumos, zona de sujos e dois WC's (uma para profissionais e outra para os pais). Desde o ano de 2004, existe a considerada área da humanização do Serviço, para que as mães pernoitem, em instalações anexas à Unidade de Neonatologia (em caso da área de residência superior a 30 Km de distância ou a praticar aleitamento materno). Por contingências relativas ao COVID-19, durante o Estágio de Observação, esteve desativado.

No que concerne aos recursos humanos do serviço este é constituído por uma Secretária de Unidade, Diretor de Serviço, Coordenador da Unidade de Neonatologia, quatro Pediatras Especialistas em Neonatologia e vários internos, sempre que necessário se articulam com os médicos de SMO. A equipa constitui-se ainda por seis assistentes operacionais e conta com um total de vinte e um enfermeiros. Destes, contabilizam-se dezanove enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, um generalista e um chefe de serviço. Geralmente, como prática normativa do serviço, a equipa cumpre turnos rotativos, definidos como manhã das 8h às 16h30, tarde das 16h às 0h30 e noite, das 0h às 8h30. Os rácios por turno da Manhã são de quatro enfermeiros e Tarde e Noite de três.

Sempre que existe necessidade e de acordo com as mesmas, são articulados cuidados com outros serviços, como são exemplo a oftalmologia, fisioterapia, psicologia, serviço social ou outro.

Para a prestação de cuidados, é adotado o método por distribuição de enfermeiro individual, estando cada enfermeiro distribuído para assumir determinados utentes, distribuição essa realizada pela chefia ou pelo responsável de turno. Respeitante aos registos de enfermagem, estes são efetuados em folha própria em suporte de papel. A folha é feita diariamente no turno da manhã e é preenchida de acordo com o horário em que são prestados os cuidados aos RN's. Os cuidados são realizados de forma organizada e agrupados sempre que possível de 3/3horas. O processo clínico em suporte físico encontra-se numa pasta individualizada na sala de enfermagem com a restante informação, folha de avaliação inicial, diário clínico, folha de prescrição eletrónica impressa, folha de enfermagem, resultados de análises e ECD's, entre outros. Neste serviço de neonatologia é utilizado um sistema informático de prescrição eletrónica, pelo que no gabinete de enfermagem existem três computadores para a consulta da mesma.

#### **1.1.4. Unidade de Saúde Hospitalar de Lisboa e Vale do Tejo (USHLVT) - 1**

A USHLVT - 1 refere-se a uma pessoa coletiva de direito público de natureza empresarial, com autonomia administrativa, financeira e patrimonial. Deu início à sua atividade no ano de 1991, substituindo o hospital distrital que existira até então e que apenas prestava cuidados hospitalares básicos, por incapacidade de resposta à crescente população da sua abrangência. Foi pela aposta no seu desenvolvimento e na diferenciação dos cuidados que, em 2003, se classificou como Hospital Central, único da margem Sul do Tejo e pertencente ao Setor Empresarial do Estado. Inicialmente como sociedade anónima de capitais exclusivamente públicos (SA) e, posteriormente, no ano de 2006, como entidade pública empresarial (E.P.E), que mantém até então. Atualmente, assiste uma estimativa de 350 mil habitantes dos concelhos de Almada e Seixal e alguns serviços/especialidades, abrangendo ainda resposta nos cuidados à população pertencente a toda a Península de Setúbal. Esta USHLVT - 1 tem uma lotação de 590 camas, distribuídas por uma vasta panóplia de serviços e especialidades médicas que apoiam também outros hospitais. É ainda de realçar a sua elevada capacidade de resposta e diferenciação em Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT), comportando alguns únicos no SNS, a Sul do Tejo (HGO, 2023a).

A Missão desta USHLVT - 1 recai na prestação de cuidados de saúde diferenciados e de excelência, assente em práticas da qualidade e segurança, promoção da saúde, prevenção da doença e continuidade dos cuidados. Cumpre as políticas de saúde nacionais e regionais, num contexto humanizado e de respeito pelos direitos dos doentes. Assume ainda na sua missão, assegurar a cada um destes, os cuidados correspondentes às suas necessidades e expectativas, através das melhores práticas de governação clínica e eficiência de recursos. Incentiva um ambiente de trabalho alicerçado numa política de igualdade e não discriminação, onde cada colaborador é valorizado e respeitado, de acordo com as boas práticas da conciliação entre a vida profissional, familiar e pessoal. Promove o desenvolvimento e capacitação das pessoas, através do ensino, da formação pré e pós-graduada e da investigação científica (HGO, 2023a). A sua Visão firma que a USHLVT - 1 se constitui como uma referência, consolidando as suas áreas de excelência e a prestação de cuidados de qualidade em ambiente organizado, assegurando a sustentabilidade e a acessibilidade, bem como, a satisfação das pessoas doentes, colaboradores e outras partes interessadas. Rege-se por Valores como são exemplo, a cultura de prestação de serviço público, a colocação dos doentes no centro da prestação dos cuidados de saúde, a observação de padrões éticos no exercício da atividade hospitalar, a equidade no acesso e prestação dos cuidados de saúde, a cultura e promoção da organização, da qualidade e não discriminação, promoção para conciliação entre vida profissional/familiar/ pessoal, a conservação do património e proteção do meio ambiente e a eficiência na utilização dos recursos (HGO, 2023a). Em suma da sua

Visão e Missão, sustentando uma prática quotidiana coerente com os seus Valores, esta USHLVT - 1 rege, portanto, a sua atividade, por Princípios que se alinham com estas anteriores e que se centram na prossecução do interesse público, na competência e responsabilidade, no profissionalismo e eficiência, na isenção e imparcialidade, na justiça, na igualdade e não discriminação, na transparência, no respeito e boa-fé, na colaboração e participação, na lealdade e integridade, na qualidade e boas práticas, na verdade e humanismo, na sustentabilidade ambiental, na responsabilidade social e na conciliação entre a vida profissional, familiar e pessoal (HGO, 2023a).

A USHLVT - 1, comporta a nível da Ginecologia e da SMO várias áreas de atividade, abrangendo cuidados de saúde no internamento de Ginecologia, internamento de Medicina Materno-fetal, internamento de Puerpério, Consulta Externa, Urgência Ginecológica – Obstétrica, BP, Bloco Operatório e Exames. É uma referência para a zona sul do país e ilhas em Cuidados Perinatais diferenciados, com capacidade de assistência multidisciplinar dirigida a patologias associadas ou concomitantes da gravidez. Dispõe de um centro de diagnóstico pré-natal (CDPN), um centro de infertilidade e reprodução medicamente assistida (CIRMA) e de uma unidade de cuidados intensivos neonatais. É acreditado como Hospital amigos dos Bebés desde o ano de 2005 pela *United Nations Children's Fund* (UNICEF), mantendo esse estatuto até à atualidade (HGO, 2023b). Nesta USHLVT - 1, no ano de 2022, ocorreram 2480 partos, dos quais 1661 por via vaginal (eutócicos e distócicos) e 819 por cesariana (Transparências, 2023c).

O ensino clínico aqui decorrido foi no BP, que fica situado no 1º piso do edifício central, no mesmo piso e próximo do SUGO.

Ao que se refere à estrutura física é composto por gabinete de chefia de enfermagem, copa para profissionais, vestiário, sala de repouso/passagem de turno, duas salas operatórias (capazes de dar resposta a situações de urgência/emergência e cirurgias eletivas em grávidas ou puérperas de risco), dois WC´s para profissionais, um WC com sanita e um WC de duche para utentes, uma sala de sujios/limpos, uma ilha central considerada a zona de trabalho de enfermagem, com computadores para registos e monitor de vigilância dos traçados de CTG; quatro boxes/salas de dilatação/parto individualizadas com marquesas de parto (onde as mulheres permanecem em vigilância até à 2ª hora pós-parto), sala de dilatação com três camas, sala de cuidados imediatos ao RN (o serviço comporta um sistema de segurança e identificação com pulseira eletrónica para o RN), uma SO/cuidados especiais com duas camas (para recobros anestésicos e vigilância e/ou tratamento de grávidas patológicas), ao longo do serviço, existem carrinhos de apoio de material, carro de material de anestesia, carro de apoio ao RN com balança e carrinho de emergência.

É um serviço que abrange uma população de grande diversidade cultural e que procura dar resposta aos interesses das mulheres que assiste, tendo em conta as suas preferências, a sua condição sociofamiliar, cultural, étnica e religiosa. Apoia as mulheres nas suas escolhas e promove o TP e parto natural, a experiência de nascimento e de parentalidade positiva e que, para isso é sustentado com variado material para o efeito. Além de oferecer uma consulta de Plano de Parto (PP) gerida por EESMO, existem disponíveis no BP marquesas de parto articuladas, cardiotocógrafos com possibilidade de telemetria de modo a facilitar a avaliação do bem-estar materno fetal em mulheres que optem pela LM, várias bolas de pilates ou em amendoim, lençol de teto de suporte para movimentos, banco de parto, vários monitores de sinais vitais, rádios com possibilidade de *playlist* própria, sacos de água quente e luminosidade possível de ajustar para prestar cuidados de qualidade a cada mulher.

No que se refere aos recursos humanos, é um serviço constituído por um alargado número de profissionais diferenciados, contando com uma equipa médica de ginecologistas/obstetras, pediatras/neonatalogistas, anestesistas, equipa de enfermagem e de auxiliares de cuidados gerais, em jornada contínua. A equipa de Enfermagem é constituída por quarenta e seis enfermeiros. Destes, contabilizam-se trinta e oito ESMO, uma das quais a chefe e 8 generalistas. Para a prestação de cuidados, é adotado o método por distribuição de enfermeiro individual, estando cada enfermeiro distribuído para assumir determinados utentes, distribuição essa realizada pela chefia ou pelo responsável de turno. Geralmente, como prática normativa do serviço, a equipa cumpre turnos rotativos, definidos como manhã das 8h às 16h30, tarde das 16h às 23h e noite, das 22h30 às 8h30. Os rácios por turno da manhã são de quatro enfermeiros e tarde e noite são de três, todos EESMO.

Conforme a MCEESMO define como dotação segura para a assistência Intra Parto conforme já foi descrito neste relatório, constata-se que os rácios neste serviço são tendencialmente cumpridos, excetuando ocasionalmente por situações imprevistas.

No que respeita aos recursos informáticos, todos os registos são elaborados, desde a admissão do utente (realizada na urgência), ao plano de cuidados, validação de intervenções ou outros registos gerais, consulta de prescrição terapêutica e sua validação, através do Sistema Informático Hospitalar em vigor, o SClínico. É também através deste que é possível consultar dados sociodemográficos, resultados de ECD's, diários médicos e outras informações clínicas pertinentes. Em formato de suporte físico existe um dossiê por utente e RN, com etiquetas de identificação, boletim de grávida / boletim de saúde infantil e o de vacinação, respetivamente, bem como exames ou outros documentos e ainda o partograma que apenas é monitorizado em formato de papel.



Neste serviço, o regime de acompanhamento de pessoa significativa é permitido, podendo permanecer junto da parturiente uma pessoa durante todo o TP, até à 2ª hora após o parto, momento em que é encaminhada para o internamento de puérperas. Em caso de cesariana, também é permitido acompanhante durante a mesma.

#### **1.1.5. Unidade de Saúde Hospitalar de Lisboa e Vale do Tejo (USHLVT) – 2**

A USHLVT - 2 foi inaugurada no ano de 1959, em substituição de um outro hospital que existia na região, na sequência de suprir as dificuldades de resposta ao nível de saúde da população. A sua abertura estreia-se com 250 camas e diversas especialidades médicas. Ao longo dos anos foi evoluindo, diferenciando-se e realizadas diversas obras. Mais significativamente, em 1997/1998 sofreu uma remodelação e amplificação estrutural. Desta forma, os seus encontram-se centrados em duas estruturas físicas, a inicial e a considerada como o edifício novo. Atualmente, é considerada como uma E. P.E, pertencente ao SNS. Em 2005, surge-se como pertencente ao Centro Hospitalar agora existente da região, após fusão com um outro nas proximidades (CHS, 2023a).

Esta USHLVT - 2 tem como Missão a promoção da saúde dos cidadãos no âmbito das suas responsabilidades e capacidades, prestando cuidados de saúde especializados, com respeito pela dignidade dos doentes e estimulando o desenvolvimento profissional dos seus colaboradores, num quadro de qualidade, eficiência e eficácia organizativa (CHS, 2023b). Nesta USHLVT - 2, no ano de 2022, ocorreram 1272 partos, dos quais 939 por via vaginal (eutócicos e distócicos) e 333 por cesariana (Transparências, 2023a).

O ensino clínico decorreu no BP e esporadicamente no SUGO, inserindo-se estes serviços no Departamento da Mulher e da Criança desta unidade hospitalar. Estes, situam-se no 4º piso e está seccionado por SUGO, Internamento de SMO, BP e Sala Operatória.

O espaço físico do SUGO é constituído por dois gabinetes de observação, gabinete de triagem, sala de trabalho multidisciplinar com computadores, dois cadeirões para realizar CTG e monitor com monitorização contínua dos mesmos, espaço com material de apoio diverso aos cuidados e dentro desta sala, ainda um outro gabinete de vigilância/tratamento. Já o BP, é constituído por seis boxes/salas de parto individualizadas, com WC privado com base de duche, monitorização CTG, marquesa de parto articulada, mesa de cuidados imediatos ao RN e todo o material necessário para o TP, parto e cuidados ao RN até à transferência das parturientes à 2ª hora pós-parto, para o internamento de puerpério. Existe um corredor comum a todas as boxes/sala de partos, com um WC para profissionais, com uma área considerada como Sala de Enfermagem provida de computadores para registos clínicos e um monitor com

a monitorização central e contínua dos CTG's, que permite à equipa uma avaliação contínua e em tempo real dos mesmos. É composto ainda por sala de medicação, sala de limpos, sala de sujos, gabinete da chefia de enfermagem e copa para profissionais, onde também existe monitor de CTG's. Do lado oposto e ao fundo desse corredor, localiza-se a sala operatória, que aporta também uma sala de recobro com duas camas e um espaço para cuidados imediatos ao RN, com todo o material para o efeito de ambos. Ainda nesse corredor, num espaço mais amplo existe o carro de apoio a anestesia, carro de urgência, monitores de sinais vitais, armário com medicação e dispositivos médicos gerais.

Neste serviço as mulheres só são admitidas em TP ativo ou, excecionalmente, caso não existam vagas no internamento de grávidas. O regime de acompanhamento de pessoa significativa é permitido, podendo permanecer junto da parturiente uma pessoa durante todo o TP, até à sua transferência. Em caso de cesariana, não é permitido acompanhante na mesma, porém após o nascimento é permitido a presença junto do RN e depois à mulher.

Este serviço conta com uma vasta equipa de profissionais diferenciados, sendo que é comum e rotativa entre os serviços já mencionados, constituída por médicos obstetras/ginecologistas, pediatras/neonatólogos, anestesistas, equipa de enfermagem e de assistentes operacionais, que trabalham em jornada contínua. A equipa de Enfermagem é constituída por cinquenta e um enfermeiros, contabilizam-se quarenta e dois ESMO, dois dos quais na gestão do serviço e nove generalistas. Para a prestação de cuidados, é adotado o método por distribuição de enfermeiro individual, estando cada enfermeiro distribuído para assumir determinados utentes, distribuição essa realizada pela chefia ou pelo responsável de turno. Os enfermeiros especialistas prestam cuidados às parturientes e os generalistas apoiam nas duas intervenções e prestam cuidados imediatos aos RN's.

Como prática normativa do serviço, a equipa cumpre turnos rotativos, definidos como manhã das 8h às 16h00, tarde das 16h às 23h e noite, das 23h00 às 8h00. Os rácios por turno da Manhã são de sete enfermeiros e Tarde e Noite são de seis, distribuídos por sala de partos, sala operatória, urgência e internamento de grávidas, sendo que na sua totalidade não são todos ESSMO. Não se verifica assim assegurado o rácio para cada campo anteriormente descrito neste relatório pela MCEESMO.

No que respeita aos recursos informáticos, todos os registos são elaborados em, desde a admissão do utente (realizada na urgência), ao plano de cuidados, validação de intervenções ou outros registos gerais, consulta de prescrição terapêutica e sua validação, através do Sistema Informático Hospitalar em vigor, o SClínico. É também através deste que é possível consultar dados sociodemográficos, resultados de ECD's, diários médicos e outras informações clínicas pertinentes. Existe ainda um programa para registo de partograma por

grávida, que fica guardado no SClínico para possível consulta. Em formato físico de papel existe um dossiê por utente e RN, com etiquetas de identificação, boletim de grávida / boletim de saúde infantil e o de vacinação, respetivamente, bem como exames ou outros documentos.

## 1.2. METODOLOGIA

Neste capítulo são discriminadas as metodologias utilizadas durante o decorrer do ENPRF que permitiram o desenvolvimento e a aquisição de competências. Os objetivos definidos foram estruturados de acordo com cada contexto clínico e de forma a obter as competências comuns dos enfermeiros especialistas e as específicas dos EESMOS, definidas pela OE, constantes no Plano de Atividades do Projeto de Estágio desenvolvido para o ENPRF.

### 1.2.1. Objetivos do Estágio de Natureza Profissional

De acordo com o Planeamento da Unidade Curricular do ENPRF, os objetivos de aprendizagem centralizam-se nos seguintes pontos:

1. Cuidar da mulher/companheiro inseridos na família e comunidade:
  - a) no âmbito do planeamento familiar e período pré-concepcional;
  - b) no período pré-natal;
  - c) no âmbito da saúde sexual e reprodutiva;
  - d) nos vários estádios do Trabalho de Parto em situação de saúde/desvio de saúde;
  - e) no período puerperal em situação de saúde/desvio de saúde;
  - f) durante o período pós-natal;
  - g) a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica;
  - h) demonstrando responsabilidade ético-deontológica e empenho na melhoria da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais;
2. Demonstrar uma aquisição de conhecimentos conducente a uma proposta de projeto, considerando as vertentes teórico-práticas e a Prática Baseada na Evidência;
3. Defender através de um Relatório apresentado em provas públicas, a sua atuação no ENP.

Ao se evidenciar estes objetivos supracitados, foi producente o desenvolvimento de competências e conhecimentos tanto na prática clínica como na vertente de procura de evidencia científica que os justifiquem, de forma a contribuir para a melhoria dos cuidados prestados em saúde na área da SMO. Os objetivos foram construídos tendo por base as

Competências Específicas do EEESMO, expressas no Regulamento das Competências Específicas do EEESMO (OE, 2019b), sendo elas:

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

Para alcançar os objetivos, inicialmente descritos no Plano de Atividades do Projeto de Estágio, foram desenvolvidas atividades e avaliações (expressas nesse Plano) e propôs-se ainda explorar as experiências e satisfação das mulheres com LM durante o TP, a quem se realizou vigilância e prestação de cuidados.

### **1.2.2. Método de Aprendizagem**

No desenvolvimento do ENP, foram adotadas variadas estratégias como método de aprendizagem para o desenvolvimento de competências. Todo o ENP foi desenvolvido sob acompanhamento e supervisão clínica por parte dos orientadores dos Campos Clínicos, sendo EEESMO, e ainda pela orientadora pedagógica (Anexo I) que são uma mais-valia para a aquisição de estratégias, conhecimentos e competências. Para tal, foram também importantes a observação na prestação de cuidados e a prática dos mesmos pela mestranda para esses ganhos.

É considerado que o desenvolvimento de ensinamentos assenta na tríade: enfermeiro, estudante e professor. A cooperação do enfermeiro orientador é fundamental na supervisão da prática para o desenvolvimento de competências do aluno (Sérgio et al., 2023). O conceito de supervisão recai num processo formal de acompanhamento da prática profissional que visa promover a tomada de decisão autónoma, valorizando a proteção da pessoa e a segurança dos cuidados, através de processos de reflexão e análise da prática clínica. Assim, considera-se a supervisão como um processo dinâmico, sistemático, interpessoal e formal, entre um supervisor clínico e o aluno com o objetivo de desenvolver a aprendizagem, a construção de conhecimento e o desenvolvimento de competências profissionais, analíticas e reflexivas (Spinola et al., 2021)

Por meio do orientador clínico e pedagógico e através da partilha de experiências, ideias, concretizações práticas, estímulos de aprendizagens e atitude crítica e reflexiva, foi possível expandir conhecimentos. Neste sentido, foram ainda proporcionadas reuniões de avaliação intercalares e finais entre enfermeiro/mestranda/docente assim como reuniões individuais e de grupo de acompanhamento pela docente, que permitiram perceber e refletir em pontos de situação já alcançados e de melhoria de aprendizagem. Todas estas estratégias asseguraram competências para uma prestação de cuidados especializados.

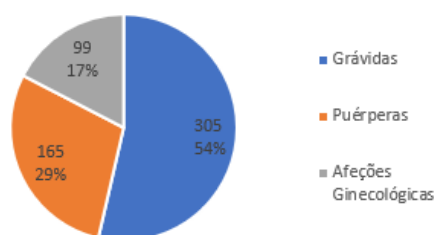
Autores como Bitencourt e colaboradores (2023), referem que a prestação de cuidados de enfermagem eficiente advém de uma análise acurada de dados clínicos e das decisões tomadas pelos profissionais. Intervenções procedentes do raciocínio clínico, com foco nas necessidades de saúde, guiam a tomada da decisão, tornando possível uma escolha adequada para determinadas situações/comportamentos, com alternativas, intenções e aproximações do resultado esperado. Relacionam-se a isso fatores como a prática do dia-dia, conhecimento teórico-prático, capacidade de julgar e correlacionar, raciocínio rápido e também o bom senso do profissional (Bitencourt et al., 2023).

Recorreu-se ainda a outras estratégias de aprendizagem como a observação e prática no saber-fazer nos cuidados prestados; elaboração de revisão da literatura e ainda reflexões da prática clínica experienciada pesquisa bibliográfica de evidência científica centrada na temática proposta e ainda com o desenvolvimento de material de apoio aos campos clínicos como: Panfletos informativos (Apêndices B,C, D e E) sessões para o CPPP com respetivos planos de sessão e/ou guiões e apresentações expositivas (Apêndices F, G, H, I e J), sessão e plano de formação em serviço (Apêndice K, L); elaboração de orientação *standard* para realização de processo de enfermagem em SClínico (Apêndice M).

### **1.2.3. População-Alvo**

Neste ponto, engloba-se toda a população com quem se contactou, quer mulheres quer famílias/pessoas significativas e RN's, no âmbito da SMO. Contudo, tratando-se de uma área dirigida à mulher, a população alvo recai sobre o sexo feminino, tendo-se tido a oportunidade de acompanhar mulheres, através do conjunto de todos os Campos Clínicos, numa ampla faixa etária, desde os 15 aos 63 anos, no âmbito do PF, da Preconceção, TP, Parto, Puerpério e ainda das alterações ginecológicas. Assim e de forma agrupada, conforme espelha a figura 1, realizou-se vigilância e prestação de cuidados a um total de 569 mulheres, das quais 54% (n=305) eram grávidas, 29% (n=165) puérperas e 17% (n=99) mulheres com afeções ginecológicas.

**Figura 1:**  
Total de Mulheres com Vigilância e Prestação de Cuidados



Fonte: Elaboração própria

No total de 470 mulheres grávidas e puérperas, a quem se realizou vigilância e prestação de cuidados, as idades estão compreendidas entre os 15 e os 42 anos de idade, culminando numa média de idades de 29,50 anos, conforme tabela 2.

**Tabela 2:**  
Faixa Etária de Grávidas e Puérperas com Vigilância e Prestação de Cuidados

Idade	N	Mínimo	Máximo	Média
Grávidas e Puérperas	470	15,00	42,00	29,50

Fonte: Elaboração própria

No total de 99 mulheres com afeções ginecológicas, a quem se realizou vigilância e prestação de cuidados, as idades estão compreendidas entre os 16 e os 63 anos de idade, com média de 39,95 anos, conforme tabela 3.

**Tabela 3:**  
Faixa Etária de Afeções Ginecológicas com Vigilância e Prestação de Cuidados

Idade	N	Mínimo	Máximo	Média
Afeções Ginecológicas	99	16,00	63,00	39,95

Fonte: Elaboração própria

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

A realização do MESMO requer um nível de desenvolvimento acadêmico que permita dar contributos para a área da enfermagem de saúde materna e obstétrica. Assim, neste capítulo será apresentado o trabalho da temática considerada pertinente pela mestranda.

### **2.1. CONCETUALIZAÇÃO**

O parto é um dos eventos mais significativos na vida de uma mulher e as práticas adotadas durante o mesmo são essenciais para a saúde e o bem-estar da mulher e do bebé (Badi et al., 2022). Até ao final do século XIX, o parto era considerado um evento natural e fisiológico, onde as mulheres transmitiam conhecimentos sobre parir de geração em geração. Eram incorporados saberes ancestrais do corpo da mulher, espiritualidade e práticas holísticas e ajudavam-se as gestantes a parir, proporcionando-lhes essencialmente apoio emocional. Contudo, em meados do século XX, o parto e o modelo de assistência ao parto, que até então era domiciliar, alterou-se por conta dos avanços e intervenção da medicina e passou a constituir-se de um evento institucionalizado a nível hospitalar (Silva et al., 2020; Rios et al., 2018).

Com efeito, historicamente, existe referência em todas as culturas de como as mulheres davam à luz sozinhas, em casa e intuitivamente, em diversas posições de parto verticalizadas, sentadas, em pé, de cócoras, ajoelhadas, apoiadas nos quatro membros ou em posições de decúbito lateral, evitando apoiar as costas (Badi et al., 2022; Musie et al., 2019). Fundamentado pelas elevadas taxas de mortalidade tanto materna como infantil, o nascimento passou a ser um evento intervencionista e tendencialmente medicalizado. Para isto, os profissionais de saúde assumiram o domínio das intervenções, diminuindo as escolhas e a autonomia da mulher, sendo uma delas a posição de parir, que passou a ser horizontal (Paiva et al., 2018). Esta tendência para posições mais imóveis, como a de litotomia, associa-se à conveniência dos profissionais para minimizarem esforços físicos na realização de procedimentos e se ter uma visibilidade perineal facilitada. Porém, associado a isto existem inconvenientes, com impacto materno-fetal, como uma maior resistência à descida do feto pela redução dos diâmetros pélvicos e um prolongamento da duração do TP (Huang et al., 2021). Assim, a adoção de posturas eretas favorece a ação uterina efetiva, a descida da

apresentação fetal no canal de parto, a preservação da sensação de empurrão e melhora o fluxo sanguíneo uterino. Encurta ainda o tempo de duração de TP e está associada a maior probabilidade de parto vaginal (Verastegui-Martín et al., 2022).

Mulheres a quem é proporcionada LM para que se sintam mais confortáveis, mostram-se mais satisfeitas psicologicamente, com níveis mais baixos de ansiedade e dor e consideram esta oportunidade como uma componente essencial para a qualidade da assistência ao parto (Badi et al., 2022). Assim, durante o período de TP e parto as mulheres devem ser encorajadas a adotar posições em que se sintam confortáveis (Berta et al., 2019). Com efeito, é recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) a prestação de cuidados de saúde às mulheres que respeitem e dignifiquem a vivência de uma experiência de parto positiva, garantindo-lhes a ausência de malefícios e maus-tratos, com a tomada de decisões informadas e apoiadas no processo de TP e parto (Abebe & Phetoe, 2022).

O respeito pelo contexto social e cultural das gestantes na prestação de cuidados por parte dos enfermeiros é um fator de reconhecimento dos serviços de saúde, da assistência que é prestada, de referência e confiança para as mulheres. Ao mesmo tempo, profissionais de saúde instruídos e que promovam ambientes potenciadores da autodeterminação das mulheres, no sentido de oportunidade de se movimentar livremente e da escolha da posição de parir (encorajando partos mais fisiológicos), têm uma influência positiva na experiência vivida pelas mulheres e na satisfação com os cuidados prestados pelas equipas. Estas intervenções oferecem ainda proteção em relação a resultados maternos e neonatais adversos (Badi et al., 2022; Louise et al., 2022; Ayerle et al., 2018). O parto é um processo fisiológico natural, sendo que parir dessa forma é a escolha mais benéfica para mãe e bebé. A experiência de parto positiva contribui para a saúde materna e promove o vínculo materno-fetal, enquanto uma experiência negativa pode ter repercussões psicológicas graves (Huang et al., 2021).

O papel do EESMO é prestar cuidados centrados na grávida, permitindo às mesmas adotar posições de parto com as quais se sintam confortável e confiante (Musie et al., 2019). Prestar cuidados que potenciem o processo fisiológico do TP e parto, bem como o empoderamento da mulher na tomada de decisões, pode melhorar a sua força e confiança, aumentar a sua capacidade de parir e influenciar positivamente a sua experiência, bem como reduzir intervenções obstétricas. Desta forma, as rotinas adotadas, mesmo que em meio hospitalar, têm repercussões na qualidade dos cuidados, dos seus resultados e na experiência das mulheres (Bohren et al., 2017).



## 2.2 METODOLOGIA

As pesquisas e reflexões a partir das leituras sobre o tema levaram à elaboração de uma Revisão Temática da Literatura, na qual foram cumpridas 6 fases: 1) elaboração de questão norteadora, 2) delineamento dos critérios de inclusão e exclusão; 3) pesquisa de artigos científicos em bases de dados; 4) apresentação dos artigos selecionados e resultados em tabela; 5) discussão dos resultados e 6) reflexão das considerações finais. Desta forma, esta revisão temática é constituída por: Contextualização, Metodologia, Resultados, Discussão dos Resultados e Considerações Finais, tendo esta metodologia sido adotada por ser facilitadora da organização e sistematização de informação, bem como de análise de resultados, visando assim um melhor entendimento.

Com base no método PICOT, formulou-se a questão norteadora desta revisão, segundo Diaz et al., citado por (Sousa et al., 2018) que ficou definida como: “A LM durante o trabalho de parto influencia a experiência e satisfação das mulheres?”, conforme esquematizado na tabela 4. Foi então elaborada uma tabela resumo para cada artigo, composta por: Título do Artigo, Autores, Ano, Tipo de Estudo, Nível de Evidência, Objetivo do Estudo, Amostra e Resultados Obtidos.

**Tabela 4:**  
Formulação da Pergunta PICOT

ACRÓNIMO	DESCRIÇÃO	COMPONENTE DA QUESTÃO
P	População (Participantes)	Mulheres
I	Intervenção	Liberdade de Movimentos
C	Comparações das Intervenções	Restrição de Movimentos
O	Resultados (melhorias ou efeitos)	Experiência e Satisfação da mulher
T	Tempo de estudo	Trabalho de Parto

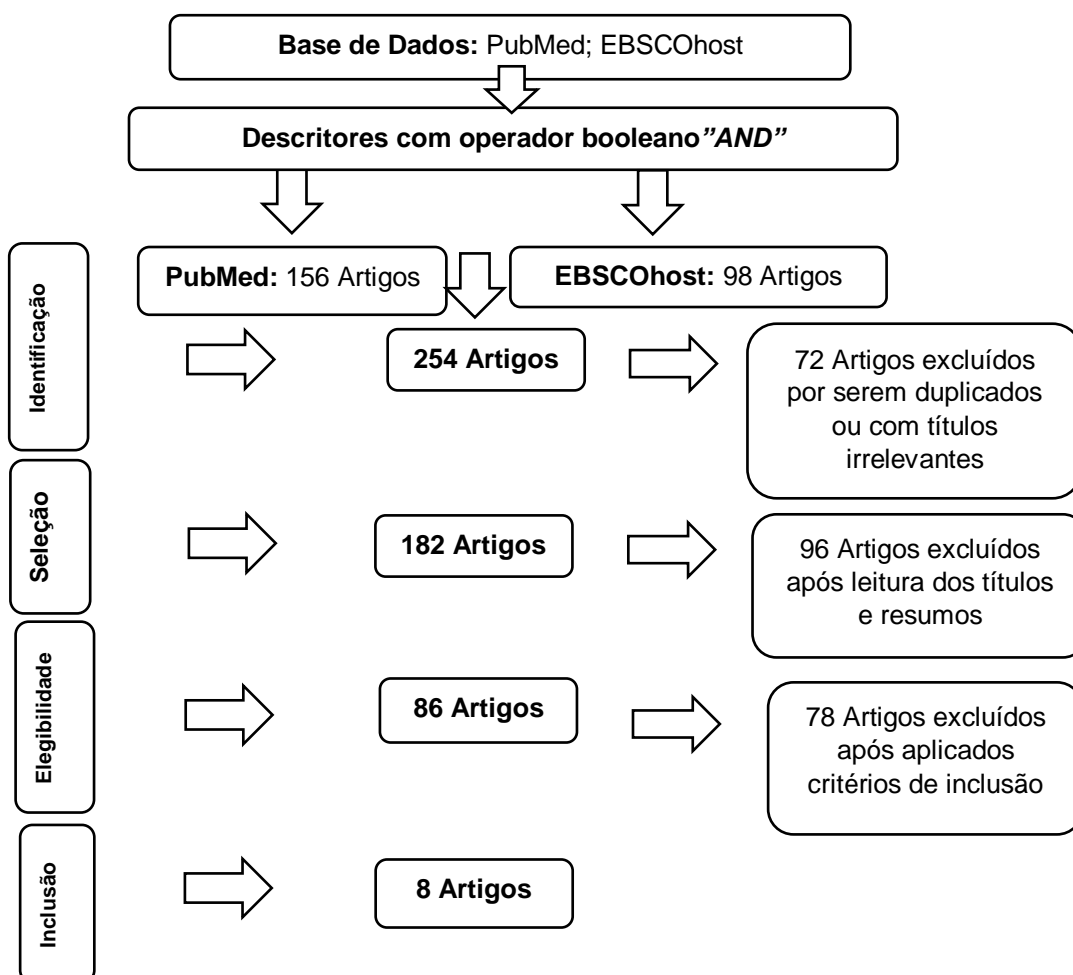
Fonte: Elaboração própria, adaptado de Sousa et al. (2018).

Para esta revisão foi delineado como objetivo explorar a experiência e satisfação das mulheres com LM durante o TP. Para suportar o objetivo, foi realizada pesquisa de artigos que abordam estes temas no período de tempo compreendido entre 2015 e 2023. Foram estabelecidos critérios de inclusão e de exclusão, sendo os primeiros: Intervalo Temporal 2015-2023, Texto Completo, Revisão por pares; Texto em português, inglês ou espanhol; e os segundos: Revisão da Literatura; Duplicados; Título e resumo divergente do tema; Texto incompleto; Sem tipo de estudo descrito.

A seleção dos artigos foi realizada por meio de pesquisa de publicações nos motores de busca Biblioteca Nacional de Medicina (NLM) dos Estados Unidos - PubMed e Elton Bryson Stephens Company (EBSCOhost), no período de janeiro a fevereiro do ano 2023. Foram identificadas palavras-chave pertinentes para a pesquisa, inseridas nos Descritores em Ciência da Saúde (DeCS): *Humanizing Delivery; Labor; Pregnant Women; Motion Perception; Personal Satisfaction*, e utilizado o operador booleano "AND", alcançando um total de 254 resultados. Consequente de toda a pesquisa, resultaram 8 artigos.

Representa-se de seguida, na figura 2, um fluxograma sustentado na metodologia PRISMA com a sequência da seleção dos artigos e os critérios aplicados, de modo a obter o número de artigos final (Moher et al., 2015). Foi ainda tido em conta o Nível de Evidência preconizado por Joanna Briggs Institute Manual (Briggs, 2013).

**Figura 2:**  
Fluxograma PRISMA



Fonte: Elaboração própria, adaptado de Galvão et al., 2015.

## 2.3. RESULTADOS

Consideraram-se oito artigos relevantes para responder à questão de investigação e aos objetivos propostos para esta revisão, sistematizados na tabela 5.

**Tabela 5:**  
Apresentação dos resultados dos artigos incluídos

Artigo, Autores, Ano Tipo de Estudo e Nível de Evidência Objetivo Estudo e Amostra	Resultados Obtidos
<p><b>1. Avaliação da satisfação de mulheres com trabalho de parto e parto em hospital de ensino – (Ramos et al., 2022).</b></p> <p><b>Estudo Observacional, Analítico e Transversal – Nível de Evidência 3.</b></p> <p><b>Objetivo Estudo: avaliar a satisfação de puérperas quanto ao trabalho de parto e parto.</b></p> <p><b>Amostra: 243 puérperas</b></p>	<p>- Elevada satisfação com o trabalho de parto e parto. Porém, e de contraditória, foi demonstrada assistência com baixa adesão a boas práticas baseadas na evidência científica, como uso métodos não farmacológicos de alívio da dor, predominância de partos em posição de litotomia, pouca informação sobre as boas práticas de atenção ao parto no pré-natal e assistência medicalizada.</p> <p>- A percepção das mulheres sobre a satisfação com a experiência pode ter sido influenciada pela falta de informação, o que é uma consequência da falha do processo educativo durante a assistência pré-natal. Esta condição pode diminuir o discernimento e a capacidade de julgamento crítico das parturientes sobre a experiência vivenciada.</p>
<p><b>2. Associations between perceptions of care and women’s childbirth experience: a population-based cross-sectional study in Rwanda – (Mukamurigo et al., 2017).</b></p> <p><b>Estudo Transversal Retrospectivo – Nível de Evidência 3.</b></p> <p><b>Objetivo Estudo: investigar como as percepções das mulheres sobre os cuidados recebidos durante o trabalho de parto e parto se relacionam com a sua experiência geral de parto.</b></p> <p><b>Amostra: 898 puérperas.</b></p>	<p>- Uma boa experiência de parto está interligada a assistência de boa qualidade.</p> <p>- Para melhorar o atendimento ao parto é importante garantir aspetos de qualidade como: ir ao encontro das preferências, criar confiança, fornecer informações, tratar as mulheres/famílias com respeito, fornecer apoio profissional e colocar o recém-nascido em contato precoce pele a pele com a mãe.</p>
<p><b>3. Preferência pelo tipo de parto, fatores associados à expectativa e satisfação com o parto – (Silva et al., 2017).</b></p> <p><b>Estudo Quantitativo Transversal – Nível de Evidência 3.</b></p> <p><b>Objetivo Estudo: analisar a preferência e a satisfação das</b></p>	<p>- O parto por cesariana foi a via de maior prevalência, embora o parto normal tenha sido o de maior preferência pelas gestantes.</p> <p>- Mulheres que vivenciaram parto normal têm percepções positivas, sendo este mais tranquilo, rápido, simples e prático. Mulheres que tiveram parto normal continuam a optar pelo mesmo. Nas primíparas, que possuem dúvidas, acabam por ser influenciadas pela mídia, familiares e por quem já vivenciou o parto.</p>

<p><b>mulheres com o tipo de parto e a associação com as características sociodemográficas e obstétricas.</b></p> <p><b>Amostra: 190 puérperas</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Motivos que levaram as mulheres a preferir o parto normal são: recuperação materna mais rápida, o parto mais natural e saudável para mãe e recém-nascido e a dor momentânea no parto.</li> <li>- Motivos que levaram as mulheres a preferir cesariana: médico assistente no parto ser o mesmo que no pré-natal (prevalente nas unidades privadas), idade materna &gt;30 anos, maior nível de escolaridade, gravidez planeada e história de cesariana prévia.</li> <li>- É necessário reavaliar as práticas obstétricas com o intuito de proceder a alterações na assistência ao parto, respeitando a fisiologia da mulher e favorecer os interesses de todos os intervenientes.</li> <li>- Os enfermeiros, principalmente os EESMO, têm um papel crucial, no processo educativo das gestantes.</li> <li>- A vivência anterior de parto exerce influência na expectativa e escolha pela via de parto. Porém, esta expectativa não exerceu influência na satisfação com o tipo de parto em que resultou.</li> </ul>
<p><b>4. Factors promoting or inhibiting normal birth - (Prosser et al., 2018).</b></p> <p><b>Estudo Transversal Retrospectivo – Nível de Evidência 3.</b></p> <p><b>Objetivo Estudo: identificar fatores que podem facilitar ou impedir o parto normal.</b></p> <p><b>Amostra: 5840 puérperas</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Existe uma menor probabilidade de ter parto normal (sem indução de parto, epidural, raquianestesia/anestesia geral, parto distócico (fórceps e/ou ventosa) - relacionada a fatores não modificáveis como: idade avançada da mulher; primíparas; cesariana anterior; parto gemelar; doença obstétrica (alterações de tensão arterial, placenta baixa, diabetes gestacional ou outras de risco); idade gestacional baixa; viver em cidades de grandes dimensões.</li> <li>- Existe uma maior probabilidade de ter parto normal, relacionada a fatores modificáveis como: mulheres com atendimento público, que tiveram continuidade de cuidados durante o trabalho de parto e parto, não conheciam nenhum profissional de saúde, com liberdade de movimentos e posições durante o trabalho de parto e parto, não tiveram monitorização fetal contínua e com nascimento em posição não supina. Os fatores modificáveis têm maior impacto clínico na probabilidade de as mulheres terem parto normal.</li> <li>- Para apoiar a promoção do parto normal, os profissionais de saúde e as mulheres devem estar cientes das evidências existentes de como os fatores relacionados ao cuidado influenciam os resultados do parto e a satisfação das mulheres.</li> </ul>
<p><b>5. Fatores associados à ocorrência de parto em posição vertical no Brasil – (Neto et al., 2022).</b></p> <p><b>Estudo Transversal – Nível de Evidência 3.</b></p> <p><b>Objetivo Estudo: Identificar os fatores associados aos partos na posição vertical realizados em hospitais vinculados à Rede Cegonha no Brasil.</b></p> <p><b>Amostra: 3073 puérperas.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fatores positivamente associados ao parto por via vaginal: ser mulher negra, parir em hospital de referência para gestação de alto risco, quarto “pré-parto, parto e pós-parto (PPP) (referente a quarto equipado para acompanhamento nos três estádios que possibilite deambulação, acompanhamento por família e profissionais de saúde de obstetria e que permita monitorização fetal); a oferta de boas práticas como receber massagem, utilizar banco de parto durante o trabalho de parto e parto e não solicitar/não receber analgesia, fatores associados a maior probabilidade de parir em posição verticalizada.</li> </ul>

<p><b>6. Fatores associados a uma Experiência de Parto Positiva em mulheres usuárias de Unidades de Saúde da família de Aracaju – (Silva et al., 2019).</b></p> <p><b>Estudo Multimétodo de análise quali-quantitativa – Nível de Evidência 3.</b></p> <p><b>Objetivo Estudo: Avaliar a satisfação materna com a experiência de parto; identificar fatores que propiciam uma experiência positiva e analisar a relação entre procedimentos realizados no trabalho de parto e satisfação materna com o processo.</b></p> <p><b>Amostra: 198 puérperas.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Não ter complicações durante o parto e não ser submetida a episiotomia, são fatores importantes na percepção de experiência positiva das puérperas;</li> <li>- Mulheres que não tiveram complicações no momento do parto e primíparas apresentam percepção mais positiva em relação à confirmação de expectativas, autocontrolo, autoconfiança, conhecimento, prazer e satisfação com a experiência de parto.</li> <li>- A dor sentida influencia bastante a satisfação das mulheres com o processo de parto, pelo que é importante a adoção de métodos de alívio da dor, farmacológicos ou não.</li> <li>- O baixo nível de conhecimento das mulheres sobre o trabalho de parto pode interferir na percepção e satisfação com o atendimento recebido. São necessárias ações de formação nesse sentido para que as mulheres tenham consciência do que é esperado e do que pode ser considerado como limitações da assistência.</li> </ul>
<p><b>7. The relationship between women's perception of support and control during childbirth on fear of birth and mother's satisfaction – (Demirel et al., 2021).</b></p> <p><b>Estudo Descritivo – Nível de Evidência 3.</b></p> <p><b>Objetivo Estudo: determinar a relação entre a percepção das mulheres de apoio e controle durante o parto sobre o medo do parto e a satisfação da mãe.</b></p> <p><b>Amostra: 725 puérperas.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A cesariana é das cirurgias obstétricas mais comuns realizadas atualmente, sendo que as suas taxas aumentaram constantemente no século passado.</li> <li>- Mulheres preferem o parto vaginal porque é saudável.</li> <li>- O nível de satisfação foi significativamente maior entre mulheres que planejaram a gravidez, não sofreram intervenção durante o parto vaginal, não tiveram laceração perineal, não tiveram nenhum problema durante a gravidez e no pós-parto e tiveram interação mãe-bebê nos primeiros 20 minutos após o parto.</li> <li>- Níveis crescentes de controlo percebido durante o parto influenciam positivamente a experiência de parto das mulheres.</li> <li>- O medo do parto afetou substancialmente as mulheres.</li> <li>- Uma percepção mais forte de apoio e controle durante o parto reduz o medo do parto, mas também aumenta os níveis de satisfação com o atendimento durante o parto vaginal e cesariana.</li> </ul>
<p><b>8. Mixed-method study of women's assessment and experience of childbirth care – (Manzanares et al., 2021).</b></p> <p><b>Estudo Descritivo – Nível de Evidência 3.</b></p> <p><b>Objetivo Estudo: Examinar as avaliações das mulheres sobre a qualidade do atendimento a partir de suas perspetivas.</b></p> <p><b>Amostra: 1082 puérperas.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Melhores níveis de satisfação em mulheres: com parto vaginal, períneo íntegro ou laceração, bebê sem complicações, parto domiciliar, ser multipara, trabalho de parto ≤12 h, sem uso de epidural, início espontâneo do trabalho de parto, amamentação precoce e nascer de termo; sensação de ser ajudada e apoiada pelos profissionais, de forma empática, dedicada e atenciosa, inclusive com cedência de informações e conhecimentos e uso de medidas não farmacológicas quando não optam por epidural (liberdade de adotar diferentes posições, controlo da respiração).</li> <li>- Variáveis que mais se mostraram capazes de modificar a satisfação das mulheres: tipo de parto, tipo de trauma perineal, admissão do bebê; parto hospitalar ou domiciliar, paridade e duração do trabalho de parto; relação estabelecida com os</li> </ul>

	<p>profissionais e as suas capacidades; contato pele a pele precoce com o bebé após nascimento; medidas para alívio de dor e continuidade dos cuidados por profissionais especializados.</p> <p>- Quando as expectativas excedem o resultado real, há sentimentos de frustração e culpa. Sentem que elas e os seus corpos falharam. Sentem pressão social em relação ao que se espera delas e o não ter correspondido a essas expectativas. Enfatizam a experiência de parto ideal e atribuem menos importância à preparação, mesmo vendo-o como contraproducente. O parto deixa de ser considerado como o evento importante e vital importando-lhes o seu bem-estar e do bebé.</p>
--	---

Fonte: Elaboração própria

## 2.4 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Após a análise dos artigos e a sintetização dos seus resultados/conclusões, é possível evidenciar que:

- A experiência de parto por parte das mulheres está relacionada com diversos fatores que influenciam a sua satisfação, nomeadamente: assistência de qualidade, resposta às suas preferências, relação de confiança e apoio com os profissionais de saúde, transmissão de informação e conhecimentos no pré-natal e nascimento, respeito pelas próprias e pelo acompanhamento familiar, contato pele a pele e amamentação precoce logo após o nascimento, uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor e não uso de epidural, LM em TP, não haver complicações durante o parto para mãe e bebé, não ser submetida a episiotomia, ter períneo íntegro (PI) ou ausência de lacerações, gravidez planeada, preferência por tipo de parto, início espontâneo de TP, duração do TP  $\leq 12$  horas, nascimento de termo e parto domiciliar. Mulheres que têm este tipo de intervenção garantida apresentam percepção mais positiva em relação à confirmação de expectativas, autocontrolo, autoconfiança, conhecimento, prazer e satisfação com a experiência de parto. Estes resultados são congruentes com estudos que relatam que a satisfação materna é influenciada por múltiplas variáveis objetivas como a dor no TP, a autoavaliação da saúde física, o método de parto, a intervenção dos profissionais de saúde e a segurança da mãe e do RN (Abebe & Phetoe, 2022). Está ainda relacionada com fatores cognitivos e emocionais, como as expectativas da mãe, medo da dor, autoeficácia do parto, participação na tomada de decisões e percepção materna de apoio pelos profissionais de saúde. É neste sentido que durante o processo de parto, é necessário respeitar as mulheres, promover-lhe acompanhamento e vigilância, não as perturbar, julgar, culpabilizar ou repreender, não lhes negar cuidados ou desprezar. As suas escolhas, satisfação e experiência de parto serão influenciadas pelo apoio da equipa (Zhang & An, 2022). Está comprovado que a deambulação livre e a adoção de posições confortáveis diminui o sofrimento fetal e a asfixia neonatal, reduzindo o risco de Apgar  $< 7$ , o que promove a interação precoce entre a mãe/RN e o início da amamentação (Badi et al., 2022). O uso de episiotomia intensifica os resultados perineais negativos e o recurso a intervenções sem evidência científica - aumenta o risco de comportamentos iatrogénicos, que colocam em risco o binómio mãe/bebé e ainda contribuem para o desenvolvimento de medo e depressão pós-parto (Souza et al., 2021).

- As taxas de cesariana aumentaram e é uma das cirurgias mais comuns atualmente; o parto por cesariana é a via de maior prevalência, embora o parto normal seja o de eleição das mulheres. Quando as expectativas se revelam diferentes do resultado real, surgem sentimentos de frustração e culpa e acabam por sentir pressão social em relação ao que se espera. As mulheres priorizam o seu bem-estar e do bebé, atribuindo menos importância à

sua preparação. A preferência pelo parto normal pode estar associada à livre escolha de posições de parto proporcionando-lhes conforto. Essa possibilidade resulta numa satisfação psicológica e resulta na redução de *stress* e dor (Badi et al., 2022). A LM e a verticalização do TP são práticas que potenciam o equilíbrio fisiológico e o alívio da dor (Souza et al., 2021). Em contrapartida, o TP pode ser prolongado e existir pressão para a sua brevidade, principalmente quando as mulheres são internadas no início de TP. Nesta sequência, ainda se verifica uma intervenção excessiva pelos profissionais de saúde para intensificar o TP. Essa conduta perturba a fisiologia normal do mesmo e restringe a capacidade da mulher conseguir lidar com o processo, resultando em intervenções sequenciais, que aumentam o risco para a mulher e RN, bem como de cesariana (Lothian, 2019). As cesarianas estão associadas ao aumento do risco de morbilidade e mortalidade materna (Ayerle et al., 2018).

- Mulheres que vivenciam parto normal têm percepções positivas, considerando este mais tranquilo, rápido, simples e prático. Mulheres que tiveram parto normal continuam a optar pelo mesmo, pois consideram ser mais saudável. Estudos anteriores comprovam que as posições flexíveis do sacro, permitidas por LM e posições verticais, diminuem a duração do segundo estadio do TP uma vez que a gravidade influencia as contrações uterinas e o alinhamento fetal ao canal de parto (Badi et al., 2022). Demonstram ainda que práticas como estas, são claramente úteis e devem ser incentivadas proporcionando um ambiente seguro e de respeito para um parto fisiológico (Souza et al., 2021). A concretização de um parto por via baixa tem resultados significativamente melhorados centrados na mulher e na sua satisfação (Ayerle et al., 2018). Prestar cuidados centrados no processo fisiológico normal, como permitir o início de TP espontâneo, a LM e a alteração de posição, permitir posições verticais e apoio no TP, melhora os resultados e a segurança do parto, torna-o mais saudável e positivo para a mãe e bebé, recorrendo-se a intervenções mais excessivas apenas quando se justificar clinicamente (Lothian, 2019). A OMS e o Respectful Maternity Care Charter recomendam que as mulheres possam escolher as posições durante o TP e parto da sua preferência, estando implicadas nessa decisão (Badi et al., 2022). É benéfico tanto para a mãe como para o bebé, por razões fisiológicas, o nascimento em posições verticalizadas uma vez que potencia a força e eficiência da contração uterina e que o bebé está numa posição facilitadora para a passagem pélvica, diminuindo o tempo de descida do mesmo (Berta et al., 2019). Isto acontece, uma vez que adotando posições intuitivamente verticalizadas facilitará o TP, favorecendo a força da gravidade, associando-se isto a melhores resultados maternos e neonatais (Musie et al., 2019).

- O medo do parto afeta substancialmente as mulheres, principalmente as primíparas, pois possuem dúvidas sobre o tipo de parto, sendo influenciadas pelos média, familiares e por quem já vivenciou o parto. Estas dúvidas podem assentar na vivência da dor, corroboradas por esta ser considerada subjetiva, percebida individualmente e com influências culturais,



resultado de construções simbólicas, passadas entre gerações. Este medo é imposto por meio de histórias familiares, de amigos e pela cultura a que pertencem. Existindo relatos de experiências negativas de parto, estas vão interferir com o medo exacerbado pelo desconhecido (Travancas & Vargens, 2020). A dor é uma sensação multifatorial e individual, podendo estar relacionada com a influência sociocultural, económica, psicológica, emocional e ambiental (Silva et al., 2020).

- Motivos que levam as mulheres a preferir o parto normal são: recuperação materna mais rápida, o parto mais natural e saudável para mãe e RN e a dor momentânea no parto. A maior probabilidade de ter parto normal, está relacionada a fatores modificáveis como: atendimento público, continuidade de cuidados durante o TP e parto, não conhecer nenhum profissional de saúde, LM e posições durante o TP e parto, não serem submetidas a monitorização fetal contínua e nascimento em posição não supina. Os fatores modificáveis têm maior impacto clínico na probabilidade, das mulheres, terem parto normal. Há evidências de que o uso de práticas não invasivas durante o TP é percebido pelas mulheres como uma experiência positiva (Silva et al., 2023). Maior mobilidade e períodos prolongados em posição ortostática durante o TP reduzem significativamente os riscos de episiotomia e o recurso a analgesia epidural, bem como têm uma maior probabilidade de parto por via baixa (Ayerle et al., 2018). Existe ainda evidência de que para favorecer um parto mais seguro e saudável, as mulheres podem comer e beber durante o TP, realizar-se monitorização do bem-estar fetal de forma intermitente, ter acesso a diversas formas de alívio da dor e parir em ambientes que respeitem o tempo de TP (Lothian, 2019). Estes resultados sustentam-se ainda pelo o uso de práticas como a LM, utilização de partograma, uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor e entre outros, não existir limitações clínicas de risco, podendo ser cruciais na assistência de qualidade ao parto, desde que a mulher esteja estável (Souza et al., 2021). A adoção de posições lateralizadas são consideradas altamente protetoras contra lacerações perineais (Badi et al., 2022). A monitorização do bem-estar fetal pode ser dificultada com a alternância de posições, porém o uso de bola de parto, cadeira ou colchão podem ser usados para monitorização do bem-estar intermitente (Ayerle et al., 2018). Está comprovado que o uso de intervenções não farmacológicas como banho, técnicas de locomoção, meditação, apoio do acompanhante e massagem diminuem o medo e a ansiedade da mulher, aumentando assim a sua satisfação (Travancas & Vargens, 2020).

- Motivos que levam as mulheres a preferir cesariana são: médico assistente no parto ser o mesmo que no pré-natal (prevalente nas unidades privadas), idade materna >30 anos, maior nível de escolaridade, gravidez planeada e história de cesariana prévia. A menor probabilidade de ter parto normal (sem indução de parto, epidural, raquianestesia/anestesia geral, parto distócico (fórceps e/ou ventosa), está relacionada a fatores não modificáveis como: idade avançada da mulher; primíparas; cesariana anterior; parto gemelar; doença

obstétrica (alterações de tensão arterial, placenta baixa, diabetes gestacional ou outras de risco); idade gestacional baixa; viver em cidades de grandes dimensões. Estes motivos podem associar-se a justificativas de estudos que assentam nas mulheres considerarem que há ações que não são invasivas na vivência do parto por serem um auxílio para o mesmo e para a brevidade do nascimento, pelo que consideram uma rotina necessária/essencial. Além disso, sentem que não têm capacidades e conhecimento suficiente para avaliar a conduta profissional, pois consideram o profissional como a pessoa qualificada para resolver as questões do parto e definir as condutas necessárias (Silva et al., 2020). A assistência à maternidade é ainda altamente medicalizada e intervencionista, especialmente nas unidades de saúde privadas (Filha et al., 2022). Acrescendo a isto, as complicações de uma cesariana e a dor no puerpério são subestimadas pelas mulheres, tendo estas uma ideia equivocada de maior segurança para si e para o bebé. A experiência positiva de cesariana anterior, ou negativa de parto normal também influenciam a sua escolha (Travancas & Vargens, 2020). A indução eletiva de TP sem indicações clínicas baseadas em evidência científica deve ser desencorajada pois deve ter como critério de consideração os riscos relacionados com a mãe e bebé (Souza et al., 2023). A indicação médica para parto por cesariana e a sua aceitação deve apenas existir após avaliação clínica da existência de riscos potenciais para a mãe e para o bebé (Filha et al., 2022). Estes motivos, podem ainda justificar-se por mulheres que dão à luz em hospitais privados apresentarem maior probabilidade de cesariana do que nos hospitais públicos (Souza et al., 2023).

- Fatores positivamente associados ao parto por via vaginal: ser mulher negra, parir em hospital de referência para gestação de alto risco, quarto “pré-parto, parto e pós-parto (PPP)” (referente a quarto equipado para acompanhamento nos três estadios que possibilite deambulação, acompanhamento por família e profissionais de saúde de obstetria e que permita monitorização fetal). Acresce ainda como fator positivo a oferta de boas práticas como receber massagem, ter LM durante o TP, controlo da respiração, banhos, não solicitar/não receber analgesia, sendo estes associados a maior probabilidade de parir em posição verticalizada e utilização de métodos como o banco de parto no parto. A adesão a uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor, informação sobre boas práticas de atenção ao parto e nascimento no pré-natal e assistência não medicalizada, são ainda fatores referidos como positivos. Os níveis crescentes de controlo percebido durante o parto influenciam positivamente a experiência de parto das mulheres. Vários são os estudos que evidenciam estes fatores, reforçando que o acompanhamento por enfermeiro obstetra durante o processo de parto aumenta a satisfação materna no processo de nascimento, pela sua capacidade de proporcionar cuidados e medidas de conforto (Rios et al., 2018). A dor sentida no TP influencia bastante a satisfação das mulheres com o processo de parto, pelo que é importante a adoção de métodos de alívio da dor, farmacológicos ou não. Está, neste sentido

recomendado pela OMS o uso de analgesia para mulheres em TP, tendo em conta as suas solicitações e preferências (Abebe & Phetoe, 2022). Nos partos vaginais deve ser garantida e disponibilizada analgesia, caso as mulheres o solicitem (Souza et al., 2021). Fornecer uma vasta variedade de medidas de alívio da dor e aumentar o conforto da mulher, pode incluir banhos de chuveiro ou banheira, LM e apoio no TP, ajudando a lidar com a dor, podendo evitar ou retardar o uso de analgesia epidural (Lothian, 2019). Contudo, recorrer a epidural de baixas dosagens é possível paralelamente ao estímulo de LM durante todo o processo de parto. A mobilidade e as mudanças de posição melhoram os resultados do parto aquando do uso de analgesia com estas características, não sendo observados efeitos prejudiciais, sendo assim a combinação de ambas uma escolha segura. A analgesia epidural tradicional comparativamente a duas técnicas diferentes de baixa dose, indicou que 1 em cada 4 partos instrumentalizados pode ser evitado com o recurso a baixas doses, pela preservação da função motora (Verastegui-Martín et al., 2022). Neste sentido, está ainda documentado que intervenções humanizadas como a promoção de banho morno, massagens, ambiente acolhedor e de privacidade, LM, agachamento pélvico e deambulação, discurso motivacional e contacto visual empático aliviam a dor e a satisfação da mulher (Rios et al., 2018). A hidroterapia e aromoterapia são técnicas que proporcionam conforto e bem-estar, com o acréscimo de intensificar o vínculo entre a mulher e profissional (Souza et al., 2021). A declaração de qualidade da OMS enfatiza que tanto as mulheres como a família devem receber apoio emocional, direcionado às suas necessidades de forma a fortalecer as suas capacidades, sendo os acompanhantes um foco de apoio físico, emocional e espiritual, tendo isso um impacto positivo na experiência e resultados do parto (Abebe & Phetoe, 2022). A falta de acompanhante gera insegurança na mulher, principalmente em primíparas (Travancas & Vargens, 2020). Parturientes que lhe é proporcionado a LM para que se sintam mais confortáveis, demonstram-se mais satisfeitas psicologicamente e com níveis mais baixos de ansiedade e dor. Consideram esta oportunidade como uma componente essencial para a qualidade da assistência ao parto (Badi et al., 2022). Por estas razões, durante o período de TP e parto as mulheres devem ser encorajadas a adotar posições confortáveis para si (Berta et al., 2019). A adoção de posturas eretas favorece a ação uterina efetiva, a descida da apresentação fetal no canal de parto, a preservação da sensação de empurrão e melhora o fluxo sanguíneo uterino. Encurta ainda o tempo de duração de TP e está associado maior probabilidade de parto vaginal (Martín et al., 2022).

- A vivência anterior de parto exerce influência na expectativa e escolha pela via de parto, porém, esta expectativa não exerce influência na satisfação com o tipo de parto em que resultou; existe elevada satisfação com o TP e parto, porém e de forma contraditória, os dados demonstraram assistência com baixa adesão a boas práticas baseadas na evidência científica. Esta premissa pode ser esclarecida, através de evidências já comprovadas, de que

a mulher já tem incorporado o parto por cesariana como uma prática normalizada, pelo que não afeta a sua experiência de parir (Filha et al., 2022). Pode também estar associada ao que outros estudos revelam, de que a satisfação com o parto depende não só do tipo de parto que vivenciaram, mas também da consistência entre suas expectativas e experiência (Zhang & An, 2022). Ensiná-las sobre intervenções não invasivas na assistência ao parto com recurso a estratégias como a bola obstétrica, chuveiro ou banheira, deambulação, técnicas de respiração, agachamento e massagem é promotor da diminuição da ansiedade, dor e sofrimento, do momento singular de parto e influencia a perceção e experiência do processo de parto. A intensidade e duração da dor também são fatores importantes (Travancas & Vargens, 2020). Intervenções direcionadas às suas preferências e um ambiente mais caseiro, como oferecer LM e alternância de posições corporais permite-lhes relaxar e melhorar o seu bem-estar (Ayerle et al., 2018).

- O baixo nível de conhecimento das mulheres sobre os acontecimentos relativos ao TP pode interferir na perceção e satisfação com o atendimento recebido, sendo isto consequência da falha do processo educativo durante a assistência pré-natal. Esta condição pode diminuir o discernimento e a capacidade de julgamento crítico das mulheres sobre a experiência vivenciada. São necessárias ações de educação para a saúde sobre o processo de TP para que as mulheres tenham consciência do que é esperado e do que pode ser considerado como limitação da assistência. Este princípio está também reconhecido em estudos que defendem que a falta de conhecimento do próprio corpo e dos processos fisiológicos repercute-se em sentimentos de insegurança para as mulheres, como a dúvida e incerteza, influenciando a vivência do parto (Travancas & Vargens, 2020). É necessário reavaliar as práticas obstétricas com o intuito de proceder a alterações na assistência ao parto, respeitando a fisiologia da mulher e favorecer os interesses de todos os intervenientes. Para isto, defende-se que as mulheres devem ter acesso a conhecimentos na área dos cuidados obstétricos adequados à tomada de decisões compartilhadas com a equipa, através de ensinamentos qualificados desde o pré-natal com ações educativas em saúde livres de preconceitos (Silva et al., 2020). Os profissionais têm de estar informados e treinados para assumir a possibilidade de as mulheres adotarem posições alternativas para o parto e providenciar-lhes essa escolha, estando também assim a protegê-las contra resultados maternos e neonatais adversos (Badi et al., 2022).

- Os enfermeiros, principalmente os EESMO, têm um papel crucial, no processo educativo das mulheres. Está documentado que processos educativos tanto para a comunidade como para gestantes sobre cuidados respeitosos com a maternidade são essenciais e que devem ser feitos através das unidades de saúde e por meios de comunicação social (televisão, rádio, folhetos, cartazes) (Abebe & Phetoe, 2022). Existem relatos que o reforço de informação desde o pré-natal através do uso de palestras, preparação

psicológica, orientações educacionais e apoio promovem a compreensão do processo de parto, diminui influências externas, a ansiedade, o medo e a vulnerabilidade relativa ao momento (Travancas & Vargens, 2020).

- Para apoiar a promoção do parto normal, os profissionais de saúde e as mulheres devem estar cientes das evidências e de como os fatores relacionados aos cuidados influenciam os resultados do parto e a sua satisfação. Apoiado por estudos, é necessária a construção de estratégias para a promoção da adesão e implementação de modelos assistenciais baseados em evidência científica (Souza et al., 2021). Mulheres assistidas em ambiente hospitalar estão expostas a uma assistência mais intervencionista do que mulheres que elegem outros locais, como casas de parto e partos domiciliares, contribuindo para isso diretrizes institucionais, o espaço físico e aspetos culturais, bem como a organização do sistema de saúde de cada país (Souza et al., 2023).

É neste sentido que o conceito de parto humanizado implica um conjunto de ações iniciadas no pré-natal, baseadas em conhecimentos que garantam cuidados seguros e de qualidade, com benefícios comprovados para a mulher e para o bebé, tendo em vista a redução de intervenções desnecessárias. Assim, é possível melhorar os cuidados ao binómio mãe-bebé para que o processo de nascimento seja acolhedor e gratificante para a mulher (Rios et al., 2018).

## 2.5. ANÁLISE DOS RESULTADOS OBTIDOS NA PRÁTICA CLÍNICA

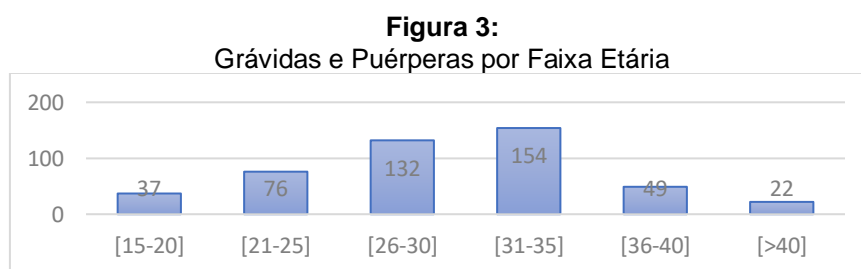
Após a pesquisa e análise da literatura referente à temática da Satisfação e Experiência das Mulheres com LM durante o TP e o ganho desses conhecimentos, foi assegurada uma PBE durante os Campos Clínicos.

O parto é um dos eventos mais significativos na vida de uma mulher e as práticas adotadas durante o mesmo são essenciais para a saúde e bem-estar da mulher e do bebé (Badi et al., 2022). O TP e parto representam uma ligação multifacetada e complexa entre a mãe e o bebé, consequentes a acontecimentos emocionais e fisiológicos que resultam no nascimento de uma nova vida/família (Silva et al., 2020). A visão sobre o conceito de parto e a sua vivência é algo singular a cada mulher, pelo que os cuidados devem ser personalizados à sua condição geral, clínica e às suas preferências (Rios et al., 2018).

Neste sentido, surge a necessidade de refletir e confrontar os resultados obtidos da revisão temática da literatura com a manifestação das mulheres da sua experiência e satisfação com a LM durante o TP. Para tal, foram delineados critérios de inclusão e exclusão para definir o grupo alvo da amostra, resultando: inclusão - mulheres a quem a mestranda

prestou cuidados; exclusão: mulheres que a mestranda não assistiu o TP e parto; mulheres que recusaram responder; amostra – mulheres a quem a mestranda realizou parto assistido que relataram a sua experiência e o seu grau de satisfação (N=42). Ainda assim, dada a sua pertinência, são ainda incluídos outros resultados não relacionados com a avaliação da experiência e satisfação das mulheres com LM durante o TP e parto são contemplados.

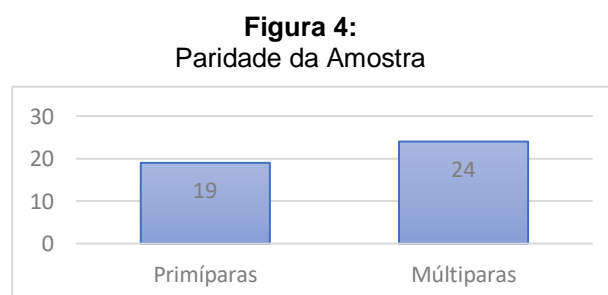
Relativo à totalidade de grávidas e puérperas (n=470) a quem foi realizada vigilância e prestação de cuidados, estas têm idades compreendidas no intervalo de 15 aos 42 anos, com uma média de idade de 29,5 anos. Por faixa etária (figura 3) resultam (n=37) dos 15 aos 20 anos, (n=76) dos 21 aos 25 anos, (n=132) dos 26 aos 30 anos, (n=154) dos 31 aos 35 anos, (n=49) dos 36 aos 40 anos e (n=22) com mais de 40 anos, verificando-se uma maior predominância no intervalo dos 31 aos 35 anos e logo a seguir dos 26 aos 30 anos (figura 3).



Fonte: Elaboração própria

Estes resultados são coincidentes com a idade média da mãe ao nascimento do primeiro filho em Portugal, que se situa nos 30,8 anos (Pordata, 2023). Comparando este valor com a amostra, a idade mínima foi de 18 anos e máxima de 41, sendo a média de 29,5 anos, ficando ligeiramente abaixo da média de idade das grávidas e puérperas a quem foi realizada vigilância e prestados cuidados e da média nacional. Não obstante, estes resultados podem estar influenciados por não estar contemplada a idade por paridade.

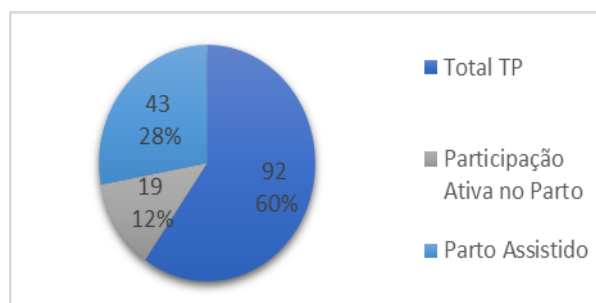
Relativamente à paridade (figura 4), observa-se que (n=19) são primíparas, o que significa que pariram pela primeira vez, e (n=24) múltiparas, já tendo, portanto, experienciado pelo menos um parto anteriormente.



Fonte: Elaboração própria

No total de grávidas (n=305) (Apêndice N), foram realizadas vigilâncias e prestação de cuidados a parturientes (N=154), das quais 60% (n=92) em TP, tida uma participação ativa em 12% (n=19) e assistido o parto a 28% (n=43) (figura 5).

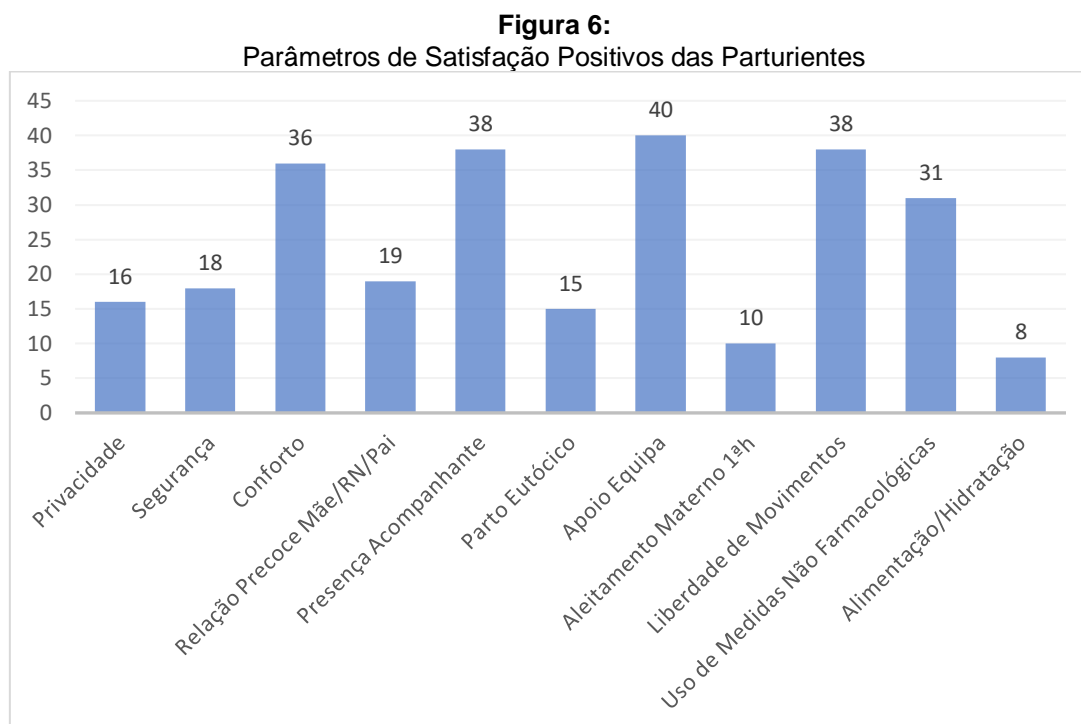
**Figura 5:**  
Total de Vigilâncias e Prestação de Cuidados a Parturientes



Fonte: Elaboração própria

É de ressaltar o fato da amostra ser bastante diminuída e conseqüentemente os resultados pouco significativos, bem como a cultura de intervenção na prestação de cuidados dos Campos Clínicos ser similar, podendo isso interferir no enviesamento dos resultados.

O levantamento do relato das experiências e satisfação das mulheres foi realizado através de diálogo com as mesmas, onde foi solicitado que descrevesse a sua experiência de TP qualitativamente ao seu critério e como experiência negativa ou positiva e quantitativamente numa escala de 0 a 10 (em que 0 – Nada Satisfeita, 5 – Satisfeita e 10 – Totalmente Satisfeita). Após a análise das respostas qualitativas, foram transcritas e agrupadas em parâmetros positivos (figura 6) e negativos (figura 7). Ressalva-se que uma das mulheres da amostra demonstrou uma postura pouco colaborante com a equipa na prestação de cuidados e nesta altura recusou responder.



Fonte: Elaboração própria

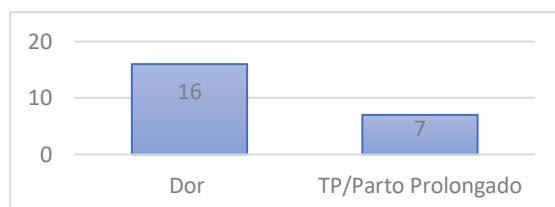
Perante os resultados da figura 6, percecionam-se os parâmetros Privacidade, Segurança, Conforto, Relação Precoce Mãe/RN/Pai, Presença de Acompanhante, Parto Eutócico, Apoio da Equipa, Aleitamento Materno na 1ªh de pós-parto, Liberdade de Movimentos, Uso de Medidas Não Farmacológicas e Alimentação que as parturientes referiram como fatores positivos para a sua experiência e satisfação durante o TP. É de denotar que a maioria das mulheres relatou o Conforto (n=36), a Presença de Acompanhante (n=38), o Apoio da Equipa (n=40), a Liberdade de Movimentos (n=38) e o Uso de Medidas Não Farmacológicas para Alívio da Dor (n=31), permitindo concluir serem fatores de relevo que afetam a sua experiência e satisfação.

Focalizando estes resultados à temática em epígrafe, sendo que do total da amostra (n=42) parturientes consideraram como positivo a LM (n=38), parece ser um parâmetro de grande importância e relevo para o contributo para a experiência a satisfação das mulheres para a vivência do TP positiva. De uma forma mais específica, olhando para o grupo de múltiparas, no que se refere à sua experiência e satisfação, apurou-se nos seus relatos que muitas elaboravam a sua avaliação em comparação com as experiências anteriores (positivas e negativas), sendo isso na maioria das vezes um fator positivo pela consideração na melhoria dos cuidados. Através dos seus relatos pode ainda apurar-se que o medo e a gestão da dor, principalmente em primíparas pelo desconhecido é um dos principais fatores de ansiedade e de insatisfação, conforme também se demonstra na figura 7.



Com efeito, e contrariamente ao observado na figura 6, as mulheres referiram a dor (n=16) e TP e/ou parto prolongados (n=7) como parâmetros influenciadores negativamente da sua experiência e satisfação.

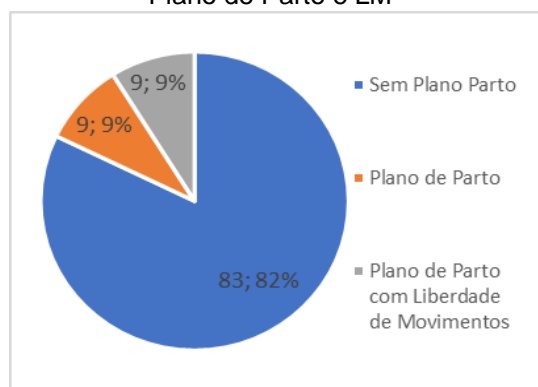
**Figura 7:**  
Parâmetros de Satisfação Negativos das Parturientes



Fonte: Elaboração própria

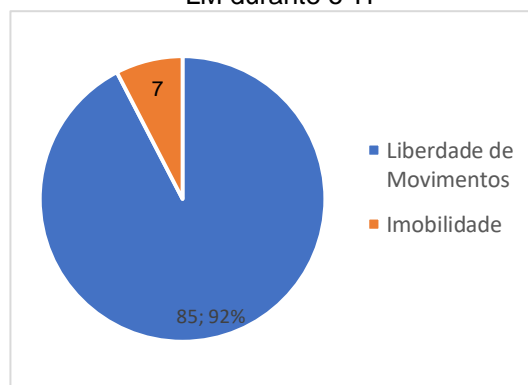
Não sendo possível avaliar a experiência e satisfação de todas as parturientes, mas considerando que foi tido em conta os resultados da revisão da literatura e aplicados na sua generalidade, durante os Campos Clínicos, evidencia-se que das mulheres em TP (N=92) em que estão incluídas as com parto assistido, 9% (n=9) tinham PP, 9% (n=9) tinham PP com LM e 82% (n=83) não possuíam PP (figura 8).

**Figura 8:**  
Plano de Parto e LM



Fonte: Elaboração própria

**Figura 9:**  
LM durante o TP

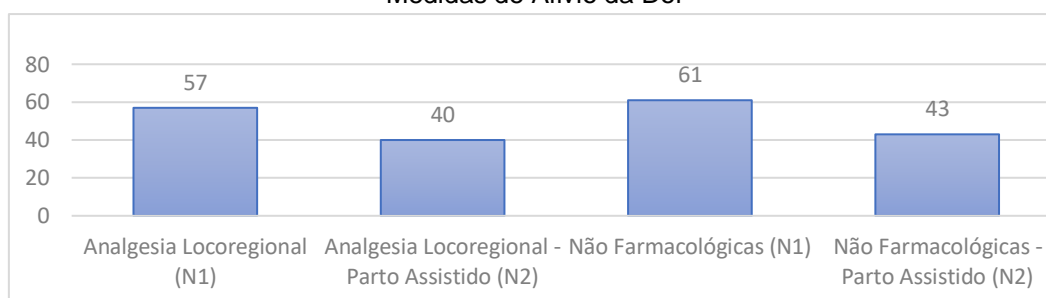


Fonte: Elaboração própria

Se olharmos para os números referentes à efetiva LM observada durante o TP, identifica-se que 92% (n=85) das mulheres tiveram liberdade de movimentos e que 8% (n=7) tiveram restritas à imobilidade (figura 9). Agregando estes dados, e com as devidas cautelas, constata-se que, da totalidade das mulheres com PP, todas desejavam um parto com LM, e que mesmo as grávidas sem PP que expressasse claramente o desejo de LM, a grande maioria aderiu à LM. Os motivos para a imobilidade das mulheres recaíram em indicação médica por motivos clínicos ou por escolha própria. Ressalva-se que das mulheres a quem foi assistido o parto (n=43), foi dada a possibilidade de LM durante o TP à totalidade (n=43) 100% da amostra.

Promovendo a LM e as condições para tal, no sentido em que as mulheres se movimentam conforme a sua preferência e conforto, foram proporcionadas estratégias promotoras do TP para o alívio da dor, fatores estes referidos como influenciadores da sua experiência e satisfação. Assim, das parturientes em TP (N1=92) e das que foi assistido o parto (N2=43), foram proporcionadas medidas de alívio da dor (figura 10) farmacológicas (anestesia locoregional) (n1=57; n2=40) e não farmacológicas (n1=61; n2=43). Os motivos pelos quais não foi aplicada uma ou ambas recaem na vontade da parturiente ou na impossibilidade clínica.

**Figura 9:**  
Medidas de Alívio da Dor



Fonte: Elaboração própria

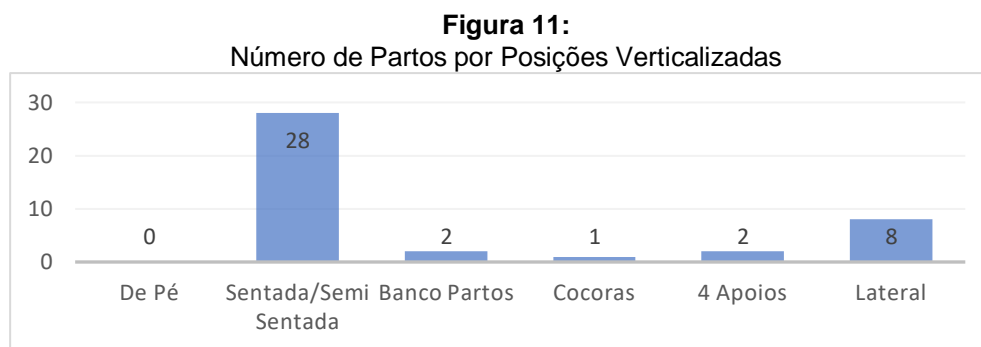
Foi ainda proporcionada a LM no momento do parto ao grupo representado pela amostra (N=43), tendo culminado em (n=41) partos em posições verticalizadas e (n=2) partos em litotomia (figura 11), verificando-se notoriamente pela preferência das mulheres em parir em posições verticalizadas.

**Figura 10:**  
Verticalidade no Parto



Fonte: Elaboração própria

Dos partos assistidos em posições verticalizadas (N=41) (figura 12), contabilizaram-se (n=0) na posição de pé, (n=28) sentada/semi-sentada, (n=2) no banco de partos, (n=1) de cócoras, (n=2) em quatro apoios e (n=8) em posição lateral. Em termos gerais, percebe-se assim que a grande maioria das mulheres preferiu parir na posição sentada/semi-sentada, existindo mulheres que se dispõem a parir de outras formas ainda consideradas pouco usuais na cultura atual, mas que são confortáveis para si.



Fonte: Elaboração própria

Sendo o bem-estar dos RN's uma preocupação chave por parte das parturientes e equipas, realizou-se uma avaliação do Índice de Apgar ao 1º, 5º e 10º minuto dos RN da amostra, de modo a verificar a segurança da liberdade de movimentos durante o TP no RN. Assim, verificou-se que o índice de Apgar (tabela 6) mínimo ao 1º minuto foi de 7, ao 5º de 9 e ao 10º de 10; que o máximo ao 1º, 5º e 10º minuto foi de 10; e que o valor médio ao 1º minuto foi de 9,2, ao 5º de 9,9 e ao 10º de 10. Verifica-se, então, pelos dados aqui revelados que a LM não comprometeu o bem-estar do RN no momento do parto sendo que todas as mulheres a quem foi assistido o parto tiveram essa possibilidade conforme a sua escolha durante o TP e/ou parto.

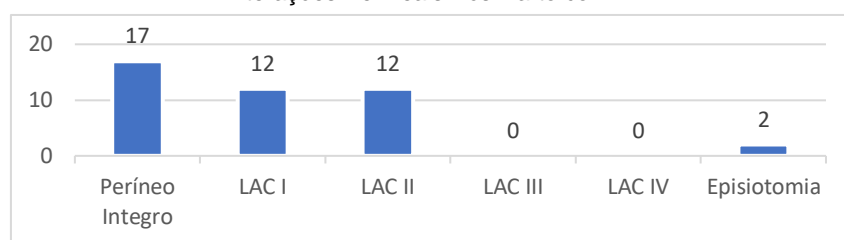
**Tabela 6:**  
Índice de Apgar dos RN da amostra

Índice de Apgar	N	Mínimo	Máximo	Média
1º min.	43	7	10	9,2
5º min.	43	9	10	9,9
10º min.	43	10	10	10

Fonte: Elaboração própria

Apesar das participantes não terem referido na sua avaliação a ausência de episiotomia ou períneo íntegro como fatores influenciadores da sua satisfação, considerou-se fazer essa análise, sustentada no que revela a prática baseada na evidência, onde se destaca este parâmetro como relevante para as mulheres. Desta forma, averiguou-se as alterações perineais pós-parto com LM durante o TP das mulheres a quem foi assistido o parto e observa-se (figura 13): do total de partos assistidos (N=43), resultaram (n=17) períneos íntegros, 12 lacerações perineais grau I, 12 lacerações grau II, 0 lacerações grau III e IV e foram realizadas (n=2) episiotomias.

**Figura 12:**  
Alterações Perineais Pós-Parto com LM



Fonte: Elaboração própria

Não existe uma forma inequívoca de verificar que o recurso à LM durante o TP interfere diretamente com as alterações perineais decorrentes do parto, naturais ou instrumentalizadas. Contudo, em termos gerais, perante os resultados obtidos e de acordo com os estudos na área, estes sugerem que com a LM a maioria das mulheres não tem alterações perineais significativas, e que quando existem lacerações são de baixo grau, afetando a pele e/ou mucosa, não interferindo com estruturas mais complexas e de maior gravidade.

É ainda de salientar que em situações que se verificou a presença de circulares do cordão no RN não existiu dificuldade em reverte-las ou complicações acrescidas decorrentes da LM durante o parto. No caso de situações de distócia de ombros, verificou-se que a LM é promotora da resolução facilitada da mesma, por permitir diâmetros mais flexíveis para a rotação do RN.

O levantamento do nível de satisfação foi efetuado no geral da experiência e satisfação com o TP, sendo que perante o exposto e na escala considerada, de 0 a 10 (em que 0 – Nada Satisfeita, 5 – Satisfeita e 10 – Totalmente Satisfeita), do total de partos assistidos (N=43), registou-se que (n=1) recusou responder, o valor mínimo de satisfação foi de 7 valores e o máximo de 10 valores, sendo a média das respostas de 9,63 valores (tabela 7). Com estes resultados é possível constatar que a totalidade das mulheres que responderam ficaram satisfeitas com a experiência de parto sendo a média da avaliação “Totalmente Satisfeita”.

**Tabela 7:**  
Nível Satisfação Quantitativa da Amostra

Nível de Satisfação	N	Nulos	Mínimo	Máximo	Média
[1-10 valores]	43	1	7	10	9,63

Fonte: Elaboração Própria

Através da análise de todos os resultados demonstrados, baseados na prática clínica, é possível verificar que todos eles corroboram os resultados da revisão temática da literatura efetuada, inclusive que a LM é um fator positivo para a experiência e satisfação das mulheres.

Uma possível investigação futura pode recair sobre a influência das infraestruturas e materiais disponíveis nos blocos de partos e a adesão à LM durante o TP quer pelos profissionais de saúde, quer pelas parturientes.

### **3. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS**

O desenvolvimento e aquisição de competências inerentes ao EESMO iniciou-se durante o 1º ano do curso de mestrado com a componente teórica, tornando-se mais consolidada durante o 2º ano, ao longo da execução prática dos ensinamentos clínicos do ENP. Este ganho foi possível conforme descrito no REPE (2012), que olha para o Enfermeiro Especialista como

“O enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, 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” (p. 3).

Desta forma, estão descritas neste capítulo as competências comuns do enfermeiro especialista segundo os objetivos estabelecidos, com enfoque no Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2019a) e discriminadas as atividades concebidas no ENP, conforme as mesmas e as enunciadas no Regulamento das Competências Específicas do EESMO (OE, 2019b).

#### **3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA**

De acordo com o Regulamento das competências específicas do EESMO (OE, 2019b), o conjunto de competências especializadas decorre do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais e concretiza-se em competências comuns e em competências específicas de cada área de especialidade. Refere ainda que,

“A certificação das competências clínicas especializadas assegura que o enfermeiro especialista possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que, ponderadas as necessidades de saúde do grupo-alvo, mobiliza para atuar em todos os contextos de vida das pessoas e nos diferentes níveis de prevenção” (OE, 2019b, p.4745).

Desta forma, para a aquisição de competências específicas da sua área de especialização, é necessário integrar os Domínios de competências comuns do Enfermeiro Especialista, entre elas, as seguintes: Responsabilidade profissional, ética e legal; Melhoria contínua da qualidade; Gestão dos cuidados e Desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2019a).

Refletindo sobre estes domínios e as respetivas competências:

- **Responsabilidade profissional, ética e legal** – as competências deste domínio (segundo a OE, 2019a) recaem sobre o desenvolvimento de “uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional” (p.4745) e garantir uma “práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (p. 4745).

Para a aptidão destas competências, recorreu-se ao aprofundamento e à mobilização de conhecimentos concebidos teoricamente no decorrer do 1º ano do Mestrado e alguns já incutidos na prática como enfermeira generalista. Sem esses conhecimentos norteadores das boas práticas, a sua aplicação recairia sobre o senso comum individual, que poderia pôr em causa a qualidade destas competências e consequentemente dos cuidados prestados. Na prática clínica foi tido em conta os aspetos ético-legais, normas e valores socioculturais, e aplicada uma conduta de respeito e privacidade por cada pessoa e pela sua situação e contexto de vida, promovendo a sua segurança e dignidade. Para isto, a tomada de decisões na prestação de qualquer cuidado foi assegurada com a partilha de informação e decisão conjunta. Acrescenta-se ainda a prática assegurada do sigilo profissional e a confidencialidade e proteção de dados, pontos com tamanha importância para o respeito pelo outro. Neste sentido e considerando ter posto em prática com rigor estes pressupostos, defendo atingidas as competências previstas.

- **Melhoria contínua da qualidade** — as competências deste domínio (OE, 2019a) recaem em garantir “um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica” (p.4745), desenvolver “práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua” (p.4745) e garantir “um ambiente terapêutico e seguro” (p.4745).

Para a aptidão das competências supra enumeradas foi essencial que, em cada campo clínico, acontecesse a integração na equipa multidisciplinar e nas dinâmicas praticadas, e exploração de normas, protocolos, procedimentos e instruções de trabalho de cada Unidade de Saúde/Serviço, assim como projetos a decorrer e em vista de elaboração. Em cada Campo Clínico foi realizado um levantamento, com os orientadores clínicos, das áreas que poderiam ter uma atuação dinamizadora no sentido de potenciar práticas de qualidade e melhoria nos cuidados. Neste sentido, foi elaborada uma sessão de formação em serviço sobre a LM durante o TP (Apêndice K), fomentando na equipa uma reflexão sobre as suas práticas e a necessidade de manter ou inovar formas de intervenção com base em evidencia científica atual e normas da Direção Geral de Saúde (DGS). Realizou-se ainda, para um serviço específico, uma Orientação para a elaboração do Processo de Enfermagem – Plano de

Cuidados em SClínico (Apêndice M), que ficou disponível no serviço. Ao mesmo tempo que é uma realidade a necessidade de individualizar os planos de cuidados, é também uma realidade a necessidade de uniformização de registos, tendo sido nesse sentido que a orientação elaborada contribui para uma prática mais homogénea entre os profissionais, relativamente a aspetos comuns às necessidades das mulheres e RN's do serviço. A verdade é que os registos de Enfermagem, apesar de com o mesmo foco de intervenção e população-alvo, se alteram de acordo com a Unidade de Saúde em questão: a forma de se realizarem é diferente, verificando-se o mesmo conteúdo de um modo geral. Ao deparar-me com esta realidade, não tendo ficado como orientação em outros serviços, foi realizado o mesmo tipo de orientação para meu uso pessoal para todos os serviços, de forma a garantir uma prática uniformizada com a implementada em cada serviço e assim aumentar a segurança de cada utente e diminuir erros e falhas na prestação de cuidados.

Foi possível ainda realizar material de apoio a aulas do CPPP, de forma a que a sua execução fosse mais dinamizadora e facilitadora de aprendizagem e retenção de conhecimentos pela população-alvo, contribuindo para a melhoria no cuidado prestado e na sua segurança (Apêndices C, D, E, F, G, H, I, J). Paralelamente, realizou-se pesquisa bibliográfica que suportasse e expandisse conhecimentos para a prestação de cuidados em segurança do utente e enquanto profissional, maior qualidade e à-vontade. Posto tudo isto, considero ter atingido as competências para este domínio definidas.

- **Gestão dos cuidados** — as competências deste domínio (segundo a OE, 2019a) recaem sobre gerir “cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde” (p.4745) e adaptar “a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados” (p.4745).

Para a aptidão das competências supra enumeradas, no decorrer dos ensinamentos clínicos, recorreu-se a intervenções autónomas e a intervenções interdependentes no seio das equipas multidisciplinares, adaptando a gestão dos cuidados às necessidades individuais de cada utente. Em todos os campos clínicos se verificou a necessidade e a importância do trabalho conjunto, de forma partilhada e em equipa, no todo dos profissionais que a constituem. Cada elemento tem uma área de atuação específica e com limites, de acordo com as suas responsabilidades e especialização, permitindo assim respostas diferenciadas. É com o culminar da atuação de todos que se promove e atinge cuidados de qualidade e eficazes. Ainda assim, dependendo de vários fatores (frequentemente frágeis), como os recursos humanos, os espaços físicos e materiais disponíveis, é necessário agilizar e adaptar às circunstâncias, com espírito de liderança e tomadas de decisão potenciadoras da garantia da qualidade dos cuidados. Para tal, é necessário existir uma boa articulação, agilização e



comunicação entre a equipa multidisciplinar. São vários os exemplos onde no decorrer da prática estas competências se evidenciam. Ao nível do BP, o EESMO tem a sua autonomia nas intervenções no cuidado às grávidas de baixo risco, porém, perante situações como a dor sem alívio com métodos não farmacológicos e/ou desvios do padrão de baixo risco, existe a necessidade de articular com outros profissionais capazes de intervir diferenciadamente e assim garantir a qualidade dos cuidados. O mesmo se verifica no Internamento de Grávidas, Puerpério ou Ginecologia, sendo que há uma panóplia de necessidades que o enfermeiro autonomamente não consegue suprir. No CS, o mesmo acontece, uma vez que o seguimento e vigilância contínuo e completo das utentes não passa apenas pela esfera de atuação do ESSMO. Saber quando (tanto temporalmente como em que situações) e a que recursos recorrer consoante as situações apresentadas e de forma eficiente é uma gestão de extrema importância e que implica uma liderança sólida e consciente na garantia do suprimento de cuidados de saúde de qualidade. Através da observação e da aplicação desta competência conforme as necessidades que surgiam ao longo dos Campos Clínicos, esta competência foi atingida, no decorrer do tempo com maior facilidade e de forma mais sólida contribuindo assim para a qualidade dos cuidados.

- **Desenvolvimento das aprendizagens profissionais** — as competências deste domínio (OE, 2019a) recaem sobre desenvolver “o autoconhecimento e a assertividade” (p. 4745) e basear “a praxis clínica especializada em evidência científica” (p.4745).

Para a aptidão destas competências recorreu-se a variada pesquisa bibliográfica, tanto relativa ao tema da revisão temática proposta no projeto ENP, como consequência de reflexões, curiosidades e/ou dificuldades sentidas, quer em teoria, quer na sua aplicação na prática. A procura de evidência científica atual desperta interesses e conhecimentos que favorecem a assertividade e a fundamentação das boas práticas e a melhoria dos cuidados, dando-lhes maior segurança e qualidade. Livros, artigos em bases de dados, diretrizes/orientações/normas, participação no Congresso da Associação Portuguesa de Enfermeiros (Anexo II) e em Workshop sobre “Monitorização Materno Fetal, Verticalidade e Mobilidade no período expulsivo” (Anexo III), participação em Webinar da OE, nomeadamente “Centros de parto normal: a mulher/casal no centro dos cuidados nos serviços do SNS” (Anexo IV), são exemplos de estratégias utilizadas para a aquisição desta competência.

A reflexão sobre comportamentos, decisões, situações e emoções permite uma expansão da consciência das fragilidades e dos pontos fortes de cada um, das suas características, dos seus valores, princípios e crenças, permitindo amplificar o autoconhecimento. Durante o desenvolvimento dos Campos Clínicos foi sentida várias vezes essa necessidade, servindo como oportunidade de melhoria para futuras situações e até mesmo de preparação

antecipatória para algumas delas. Como exemplo, a pesquisa e reflexão sobre a morte fetal, em que era uma certeza acontecer em algum momento no percurso como EESMO e que pairava a dúvida da capacidade empática para a situação enquanto pessoa e profissional. Para isso, foi realizada pesquisa no âmbito desse tema para que quando sucedesse, a conduta profissional fosse garantida com a humanização devida para o momento. Tal como para esta situação, o mesmo sucedeu com outras, umas antecipatórias e outras no pós, para que fosse conseguida uma aprendizagem capaz de melhorar as capacidades de decidir, atuar e gerir e assim garantir maior segurança e autonomia na prestação dos cuidados. Pelo trabalho desenvolvido, considera-se que as competências neste domínio foram alcançadas.

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

Segundo o Regulamento das competências específicas do EESMO (OE, 2019b), o perfil de competências específicas do EESMO integra, juntamente com o perfil das competências comuns, o conjunto de competências clínicas especializadas que promovam um enquadramento regulador para a certificação das competências e a comunicação aos cidadãos do que podem esperar da sua intervenção. Refere ainda que o EESMO assume a responsabilidade pelo exercício das seguintes áreas de intervenção: PF e preconcepcional, Gravidez, Parto, Puerpério, Climatério, Ginecologia e Comunidade.

Desta forma, é defendido neste subcapítulo a aquisição das competências específicas inerentes ao EESMO, que foram igualmente tidas em conta nos objetivos a que a mestranda se propôs no projeto de Estágio (Apêndice A). A prática clínica é o que espelha a aprendizagem, desenvolvimento e aquisição de competências, neste caso, específicas ao EESMO, pelo que seguidamente serão relatadas as atividades desenvolvidas nos Campos Clínicos frequentados para o efeito, por competência.

#### **▪ Cuidar a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período preconcepcional;**

A Saúde Reprodutiva é um estado de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade, em todos os aspetos relacionados com o sistema reprodutivo, suas funções e processos. Implica que as pessoas possam ter uma vida sexual satisfatória, segura e decidir se, quando e com que frequência têm filhos. O PF é uma componente fundamental na prestação de cuidados em Saúde Reprodutiva. É um conjunto variado de serviços, medicamentos e produtos essenciais que possibilitam individualmente e

em casal, alcançar e planejar o número de filhos desejados e o espaçamento dos nascimentos. A decisão de ter ou não filhos, assim como a escolha do momento para ter filhos, é um direito que assiste a todos os indivíduos e famílias (Marques, 2022).

É desta forma que o PF possibilita dotar os utentes com conhecimentos, informações e métodos que lhes garantam segurança e eficácia para que possam viver uma vida sexual em pleno, dentro das suas preferências e potencialidades. No decorrer do Campo Clínico em CSP foi posta em prática a competência supracitada através de várias atividades com prestação de cuidados especializados, com supervisão clínica. Estas, foram centradas na presença e concretização de consultas onde se realizaram intervenções promotoras da saúde, como ensinamentos, informações e aconselhamento ao nível da sexualidade, da prevenção e diagnósticos de infeções sexualmente transmissíveis (IST's), do rastreio e do cancro do colo do útero (RCCU) e da mama, do período pré-concepcional e de puerpério e ainda da prevenção do tabagismo. É neste âmbito que o modelo teórico de Enfermagem de Dorothea Orem faz sentido, pois através destas intervenções é possível chegar à população e promover/potenciar a necessidade destas se autocuidarem, como e porquê o devem fazer.

Nestas consultas, seja de PF, seja de vigilância do Puerpério, após a mulher ser admitida no secretariado é inicialmente avaliada em ambiente de gabinete, depois em Consulta de Enfermagem e de seguida encaminhada para Consulta Médica. É realizada, em primeiro lugar, uma entrevista diagnóstica e avaliação de sinais vitais (nomeadamente tensão arterial e frequência cardíaca e/ou temperatura, se necessário), bem como de peso e Índice de Massa Corporal (IMC). Sempre que se façam acompanhar de Boletim de Saúde Reprodutiva e PF, ou quando da primeira vez é cedido o mesmo e este é atualizado e preenchido com informação atual. A todas as mulheres é confirmado o cumprimento do Plano Nacional de Vacinação (PNV). Se durante a entrevista e diálogo terapêutico é diagnosticado algum foco de intervenção comprometido fora do domínio das competências do EESMO, procede-se ao encaminhamento necessário, seja para o médico, ou outro necessário sempre com o seu conhecimento e consentimento. Faculta-se informação e orientações sobre recursos disponíveis na comunidade no âmbito do PF e preconcepcional. Mais uma vez, se aplica o modelo teórico de Orem, baseado no défice do autocuidado em que através da enfermagem a população é ajudada e encaminhada conforme as suas necessidades.

Aquando da observação médica e a realização de ECD's, se necessário, como são exemplo a colpocitologia, observação vaginal e observação mamária, ou outras alterações / doenças do foro ginecológico, foi possível o acompanhamento e participação ativa, várias vezes, em todos estes procedimentos com supervisão da orientadora clínica e em parceria com a equipa médica, sendo uma mais valia para a experiência de saber-fazer. Ao nível da

contraceção, foram cedidos métodos contraceptivos disponibilizados pelo SNS, após aconselhamento, como a pílula e anel vaginal e foi presenciada a colocação de dispositivos intrauterinos (DIU) e de implantes contraceptivos. Investiu-se a nível de ensinos em diversas áreas da saúde sexual e reprodutiva, em diferentes faixas etárias, o que implica um desenvolvimento de conhecimentos amplo desde a idade fértil ao climatério. Em todas as consultas e procedimentos é assegurado o sigilo profissional e privacidade da mulher.

As intervenções acima mencionadas no âmbito do PF e Preconceção foram também desenvolvidas em contexto hospitalar, no internamento de Puerpério. Previamente à alta clínica, à mulher/casal, com orientações para a importância da vigilância do puerpério, adoção de estilos de vida saudáveis e da utilização de métodos contraceptivos como meio de evitar gravidezes indesejadas e recursos disponíveis na comunidade no âmbito do PF e preconcepcional. Aqui, foi cedido panfleto informativo (Apêndice B) como meio de validação e reforço da informação e ensinos transmitidos.

Verificou-se no decorrer dos campos clínicos que a responsabilidade do PF e preconceção está muito focalizado na mulher, sendo que os homens se presenciam mais na altura apenas do puerpério e que existe uma grande necessidade de expandir conhecimentos aos mesmos.

#### **▪ Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal**

A gravidez é um processo fisiológico e não um estado de doença, vivenciado por uma imensidade de mulheres desde a existência do ser humano. Durante este processo são várias as alterações que se constata, sendo inevitavelmente fisiológicas, mas também ao nível estrutural da vida enquanto ser individual, em casal/familiar e social. Gerar um novo ser humano, requer uma adaptação à nova condição de ser mãe/pai, e uma modificação fisiológica corporal e emocional que culmina com o nascimento de uma ou mais crianças. A forma como se vivem estas transições e transformações é individual e única. Todas as gestações são diferentes, mesmo quando vividas pela mesma mulher, em diferentes circunstâncias ao longo do tempo (DGS, 2015).

As Consultas de vigilância da gravidez, são da responsabilidade exclusiva do EEESMO e reúnem todos os cuidados necessários, como a vigilância do bem-estar materno fetal através da monitorização da Frequência Cardíaca Fetal, Altura Uterina, CTG, Manobras de Leopold, prescrição e interpretação de ECD's (OE, 2012). Em Portugal, com a introdução do programa nacional de vigilância da gravidez na Rede de Referência Materno-Infantil, com a articulação com os CSP e nos Cuidados Hospitalares, aliados à implementação de medidas de saúde pública, constituíram marcos determinantes para grandes avanços nos cuidados pré-natais. Assim, diminuiu-se a morbidade e mortalidade materno-infantil, estando Portugal

entre os países com melhores indicadores na saúde materno-infantil. Nos últimos 35 anos, o número de mulheres em consultas de vigilância pré-natal, o número de partos em meio hospitalar e com assistência especializada, aumentaram significativamente (DGS, 2015).

No decorrer do Campo Clínico em CSP e também em contexto hospitalar foi posta em prática a competência supracitada através de várias atividades com prestação de cuidados especializados, sob supervisão clínica. Estas, foram centradas na presença e concretização de consultas de Diagnóstico Pré-Natal, de SMO, em Sessões para o CPPP e ainda, em consultas no SU aquando da necessidade de vigilância do bem-estar materno-fetal ou outros cuidados do pré-natal. Em todas as consultas foi estabelecida uma relação de confiança e abertura para que a mulher/casal pudesse expressar as suas expectativas, sentimentos, dificuldades relativas à gravidez, ao parto e ao processo de parentalidade, assegurando sempre a sua privacidade e o sigilo profissional. Aqui, mais uma vez é notável o modelo teórico de Orem, na teoria dos sistemas de enfermagem que visa a importância da relação estabelecida para se produzir enfermagem. Estes momentos também foram possíveis nas Sessões do CPPP sempre que a mulher/casal sentiu necessidade durante a mesma, ou no final. O CPPP/ Cursos de Preparação para o Nascimento são uma intervenção a que todas as grávidas/casais devem ter acesso no decorrer da gravidez, que lhes permite a expressão e o esclarecimento de medos, dúvidas e angústias decorrentes destas fases, num ambiente de grupo e de suporte mútuo. Tem o objetivo de preparar para o parto e parentalidade, através da informação concedida sobre tomadas de decisão no TP, alívio da dor, cuidados ao RN, aleitamento materno e competências parentais (DGS, 2015).

A gravidez é um período crítico e vulnerável para a saúde mental da mãe, podendo pôr em risco o desenvolvimento da gravidez de forma saudável. Segundo a DGS (2015), processos relacionados com a gravidez e parentalidade implicam adaptações psicológicas e sociais que têm como consequência um acréscimo de incidência de perturbações da saúde mental, nomeadamente ansiedade e depressão, não necessariamente psicopatológicas. As consultas de vigilância da gravidez são uma excelente oportunidade de detetar situações de vulnerabilidade nesse sentido, pelo que na UCSP existe um programa a ser desenvolvido que permitiu a monitorização de parâmetros de risco durante a gravidez e em seguimento no puerpério, que caso se verifiquem, processa-se um acompanhamento e encaminhamento precoce adequado às necessidades da mulher.

O esquema de vigilância pré-natal depende da existência ou não de patologia, determinada pelo grau de risco da gravidez. Conforme o risco da mesma, assim são adaptadas intervenções individualizadas que suplementem as necessidades da grávida.

Considera-se gravidez de baixo risco aquela em que não é possível identificar, após avaliação clínica de acordo com a avaliação do risco pré-natal baseada na escala de Goodwin modificada, nenhum fator acrescido de morbilidade materna, fetal e/ou neonatal. O risco, sendo dinâmico durante a gravidez, deve ser reavaliado em todas as consultas (DGS, 2015).

Nas consultas na UCSP, foi realizada entrevista diagnóstica, onde é aprofundada a história clínica detalhada, inclusive obstétrica e avaliação de sinais vitais (nomeadamente tensão arterial e frequência cardíaca e/ou temperatura, se necessário), bem como de peso e IMC. Foi explorado com a grávida comportamentos e estilos de vida, tanto ao nível diagnóstico como de ensinos. Sempre que se façam acompanhar de Boletim de Grávida, ou quando da primeira vez é cedido o mesmo e este é atualizado e preenchido com informação atual. A todas as mulheres é confirmado o cumprimento do PNV e se necessário, perante o seu consentimento, atualizado. Além das avaliações suprarreferidas, realiza-se ainda teste de urina rápido e sua avaliação, medição de perímetro abdominal, confirmação da data provável de parto e confirmação de semanas de gestação e ainda exames pré-natais como a altura do fundo do útero, manobras de Leopold e auscultação cardio-fetal através de aparelho doppler (dependendo das semanas de gravidez). Foram cedidas informações e feitos ensinos sobre a gravidez e as suas alterações fisiológicas, o bem-estar materno-fetal, e o processo de transição para a parentalidade responsável. Além do contexto de consulta, também nas sessões semanais do CPPP, quer na forma oral como expositiva e de folhetos, pois segundo a DGS (2015) existe evidência de que a entrega de folhetos informativos aumenta o conhecimento das grávidas/casais. Todas as intervenções postas em prática, foram executadas autonomamente com supervisão da orientadora clínica e também em parceria com a equipa médica, considerando um ganho pelas experiências e trocas complementares de saberes.

Em contexto hospitalar, também se realizaram todas estas atividades e intervenções em mulheres que recorreram ao SU, com o acréscimo da monitorização CTG, ou em Consulta de PP.

Em suma, no decorrer dos diferentes contextos dos Campos Clínicos, a competência em epigrafe foi conseguida através da transmissão de informação e ensinos sobre estilos de vida saudáveis, contemplando alimentação, atividades física, saúde oral, sexualidade na gravidez, comportamentos de risco, sinais e sintomas de alerta, alterações fisiológicas e psicológicas, desconfortos da gravidez e medidas de alívio, tabagismo e consumo de outras drogas, segurança rodoviária, promoção de PP de forma esclarecida, parto e parentalidade positiva e responsável, monitorização da gravidez e de desvios padrão da evolução da mesma ou do bem-estar materno-fetal, com adequação das intervenções autónomas e interdependentes a

cada situação. Não foram prestados cuidados de saúde diretos a mulheres em fase de decisão para Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG) ou Interrupção Legal da Gravidez (ILG) pois os Campos Clínicos não ofereciam diretamente esse serviço, tendo sido fornecidas informações e orientações sobre os recursos disponíveis na comunidade para o efeito e ensinos no sentido de uma decisão esclarecida.

Durante todo o ENP, foram realizados um total de 712 exames pré-natais, vigiadas 305 grávidas, das quais 241 saudáveis e 59 de risco (Apêndice N).

▪ **Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto**

Os cuidados de saúde durante o TP devem ser assegurados por uma equipa multidisciplinar, com uma clara definição de atividades, tarefas e responsabilidades dos diferentes intervenientes, tendo em conta as competências legalmente estabelecidas, de acordo com os riscos de saúde individuais de cada parturiente e a necessidade de resposta a cada momento (DGS, 2023b).

Define-se o TP em diferentes fases, sendo que é considerado como fase latente do 1º estadio, o intervalo desde o início das contrações uterinas rítmicas e os 5 cm de dilatação (exclusive); fase ativa do 1º estadio como o intervalo entre a dilatação cervical  $\geq 5$  cm com apagamento/extinção  $\geq 80\%$  e a dilatação completa; fase latente do 2º estadio do TP como o intervalo entre o momento em que a dilatação cervical está completa e o momento em que se iniciam esforços expulsivos maternos; fase ativa do 2º estadio do TP como o intervalo entre o início dos esforços expulsivos maternos e o nascimento completo do feto (DGS, 2023b).

No decorrer dos Campos Clínicos nas Unidades de Saúde Hospitalar, nomeadamente no BP foi posta em prática a competência supracitada através de várias atividades com a prestação de cuidados especializados, com supervisão clínica. Em todos os blocos de parto, é realizado o acolhimento ao serviço e entrevista de admissão à parturiente, ambos registados em formulário próprio no SClínico; avaliação de sinais vitais, nomeadamente tensão arterial, frequência cardíaca, temperatura e ainda, monitorização e avaliação CTG contínua ou intermitente (idas ao WC, duche), conforme as necessidades. Sempre que disponibilizado nos serviços foi possibilitado o uso de telemetria de forma a facilitar a mobilidade e aumentar o conforto da parturiente. No acolhimento é avaliado o Boletim de Grávida e confirmados parâmetros como o índice obstétrico, vigilância da gravidez, referencia a patologia materna durante a gravidez ou anterior, validado o grupo de sangue e a existência de análises de sangue (hemograma e bioquímica), com serologias e pesquisa de Estreptococos B atualizadas e ecografias. Todos estes parâmetros são importantes na medida em que através deles se previnem situações de risco para a mulher e para o bebé. Quando se observava algum parâmetro que não estivesse de acordo com os critérios de Gravidez de Baixo Risco,

era sempre referenciado para outra área de atuação, assegurando o bem-estar materno fetal. A avaliação do risco gestacional contempla informação desde a história clínica (abrangendo aspetos demográficos, culturais e socioeconómicos) a exames laboratoriais e imagiológicos. A classificação do risco gestacional assenta na avaliação sistemática de elementos como os antecedentes, condições e doenças coexistentes e complicações da gravidez atual (DGS, 2023a).

Mulheres com PP, dão conhecimento do mesmo à entrada (por vezes entregues nos serviços antecipadamente, presencialmente ou via email) e são aprovacionados os recursos de acordo com as suas expetativas. Em todos os Campos Clínicos, apenas não é cumprido o delineado pela mulher caso exista algum risco para a grávida ou RN, a qualquer altura do TP ou parto. Esta informação é cedida a todas as parturientes, mesmo que não tenham PP, bem como realizados ensinios nesse sentido, sendo que para cada situação normal ou de desvio padrão é dado conhecimento dos procedimentos a adotar e solicitado consentimento informado para que possa decidir de forma consciente e informada. A vigilância do TP de baixo risco é responsabilidade do EEESMO, porém sempre que se identifique o aparecimento de sinais de alerta e de desvios ao padrão normal de evolução do TP, deve transmitir esta informação ao Médico de SMO. Estes poderão sempre interagir com as parturientes, e determinar junto com os EEESMOS, qual a melhor conduta clínica. Poderão também, a qualquer altura, alterar a classificação para um TP de vigilância acrescida, quando clinicamente justificável (DGS, 2023b).

A realização atempada e combinada de rastreios e intervenções, associada a medidas de educação para a saúde durante todo o período pré-natal, relaciona-se com ganhos em saúde e diminuição da morbilidade materna e perinatal (DGS, 2015). Com efeito, o esquema de vigilância e conduta durante a gravidez dependem da existência ou não de patologia e a identificação de um fator de risco ou de uma situação anómala determina a atuação subsequente. Por isso, pode ser estabelecido um esquema comum para todas as grávidas numa gravidez de baixo risco, sendo as intervenções acrescidas estabelecidas para a situação clínica específica (DGS, 2015).

A presença no BP implica TP ativo, sendo que as mulheres permanecem em salas/boxes de nascimento durante todo o processo de dilatação e parto, exceto em situações de cesariana. Durante o TP, salvo situações de risco e contraindicado, foi proporcionado à mulher a LM quer em movimentar-se, quer em repousar, promovendo-se um ambiente calmo, relaxante com foco na temperatura e luminosidade, recurso a musicoterapia, ou outras medidas de conforto desde que a parturiente o deseje e sejam realizáveis com as acessibilidades disponíveis no serviço. Foram oferecidos recursos como a bola de pilates e



lençol de suspensão para a realização de exercícios do seu agrado e/ou após ensinamentos, promotores da progressão do TP. Foi possível que as parturientes se alimentassem e hidratassem, segundo as diretrizes atuais. Oferecer líquidos claros (água, chá com ou sem açúcar, colas, sumos sem polpa de fruta), gelatina ou gelados de água com sabor a fruta, conforme a parturiente desejar, se a evolução do TP e a monitorização fetal forem normais (DGS, 2023b). Caso fosse manifesta vontade da mulher, desde que em fase ativa de TP, foram cedidas informações, realizados ensinamentos nesse sentido e agilizada com a equipa de anesthesiologia, a administração de analgesia epidural/sequencial. Todas as salas de nascimento reúnem as condições necessárias para a realização deste procedimento em segurança. Foi providenciado, o material e as condições, bem como assistido o médico na sua execução, priorizando o apoio emocional e bem-estar materno-fetal.

Em todos os blocos de parto onde decorreram as experiências clínicas, foi dada às parturientes a possibilidade de realizar o TP e o parto com LM e de parir pelo modo que lhe fosse mais confortável. Assegurou-se a avaliação e monitorização do TP através de cervicometria e da estática fetal, do recurso ao partograma, intervenções farmacológicas e não farmacológicas para controlo de dor (deambulação, exercícios de mobilidade, aplicação de quente local, relaxamento, ambiente, massagem, banho, acupressão, técnicas de respiração, entre outras), assistência ao parto em diversas posições e com recurso a diversas estratégias de parto natural. Sendo uma preocupação atual do EESMO o uso de estratégias de prevenção de traumatismo perineal (Lopes et al., 2021), durante o parto promoveram-se intervenções de proteção do períneo, como a massagem perineal, aplicação de água e/ou compressas quentes e lubrificantes e controlo da descida fetal aquando à vulva. Só foi executada episiotomia em caso de necessidade e com consentimento da parturiente, numa posição médio-lateral à fúrcula vaginal. Foram executadas técnicas de reparação perineal como perineorrafia e episiorrafia.

Após o nascimento foi promovido sempre que seguro, o corte tardio do cordão pelos pais, o contato pele a pele imediato e o aleitamento materno na 1ª hora de vida. Avaliado o índice de APGAR ao 1º e ao 5º minuto do RN, sempre que grupo de sangue da mãe negativo, colhido sangue do cordão. Executaram-se intervenções num todo e de forma holística que potenciassessem uma experiência de TP positiva e satisfatória para cada parturiente/família, sendo desta forma possível, mais uma vez, aludir a teoria de Enfermagem de Orem às práticas desenvolvidas, no contexto do autocuidado, do défice do mesmo e da relação necessária para conseguir aplicar enfermagem com benefício.

Em suma, para a aquisição da competência supra enumerada desenvolveram-se intervenções no âmbito do TP que promoveram a segurança, o conforto e o bem-estar

materno-fetal e também da pessoa significativa a acompanhar, da vinculação da tríada mãe/RN/pessoa significativa, do aleitamento materno, da identificação e monitorização do TP bem como da estática fetal e adequação à estrutura pélvica, foram identificadas precocemente situações de risco e de desvio do padrão da sua normal evolução. Foram assegurados os cuidados ao nível da integridade do canal de parto e na sua correta reparação pós-parto, na promoção do controlo de dor, quer com intervenções autónomas, quer com interdependentes. Em todas as situações, sempre que as intervenções necessárias fosse além da área de intervenção do EESMO, foram referenciadas para outros elementos da equipa.

Para o desenvolvimento da competência em epígrafe, foram várias as situações que contribuíram. Prestaram-se cuidados a um total de 305 grávidas, das quais 241 eram consideradas saudáveis e 59 de risco (exemplos: infeções várias, hemorragias, hipertensão induzida pela gravidez, pré-eclampsia, hiperémese gravídica, diabetes gestacional, obesidade, rotura prematura de membranas, anemia, descolamento placentário, gravidez mal ou não vigiada, entre outros); foram ainda realizados 712 exames pré-natais; assistidos como responsável de parto (com supervisão clínica) 43 partos eutócicos, dos quais em 2 se procedeu a episiotomia e episiorrafia, 24 lacerações perineais (LAC), das quais 12 grau I, 12 grau II, 0 grau III e IV, com respetivas perineorrafias e 17 períneos íntegros. Considera-se o “responsável pelo parto” o profissional de saúde que presta a principal assistência à parturiente e ao feto na altura da realização dos esforços expulsivos maternos e do parto, bem como os principais cuidados à mulher no pós-parto imediato. Nos partos eutócicos, será preferencialmente um EESMO, enquanto nos partos vaginais instrumentados será sempre um Médico de Obstetrícia e Ginecologia (DGS, 2023b). Participou-se ativamente ainda em 19 outros partos (cesarianas, partos por ventosa e fórceps), não tendo existido a oportunidade de experienciar na prática clínica partos pélvicos ou gemelares. Foram vigiadas 92 mulheres em TP, das quais 21 em TP de risco (Apêndice N).

▪ **Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal**

O Puerpério é considerado o período de recuperação física e psicológica da mãe. Inicia - se imediatamente após o nascimento do(s) RN(s) e estende-se por 6 semanas/42 dias pós-parto. Nesta fase é importante avaliar o estado de saúde da mulher e do recém-nascido bem como a adaptação da díade/tríade ao seu novo papel (DGS, 2015). É o período desde o parto até que a mulher restabelece o seu estado físico anterior à gravidez, pelo que ocorrem grandes ajustes fisiológicos, tanto no corpo da mulher, como também psicológicos que implicam grandes modificações, num curto espaço de tempo. Caracteriza-se também pela adaptação psicossocial, incluindo as transformações no papel parental, nas relações familiares e na autoperceção e imagem corporal. Estas prolongam-se, inúmeras vezes por

mais do considerado período de puerpério. Estas transições e mudanças juntamente com a resposta às necessidades do bebé, concede ao puerpério um momento de vulnerabilidade para a saúde geral das mulheres (Almeida et al., 2018).

É neste sentido que se enaltece a importância de avaliar o bem-estar físico, emocional e social da mulher, do RN e enquanto família de forma continuada. No decorrer dos Campos Clínicos nas Unidades de Saúde Hospitalar e na Unidade de Saúde de CSP, nomeadamente no BP, Internamento de Puerpério e CS foi posta em prática a competência supracitada através de várias atividades com a prestação de cuidados especializados e ainda no Serviço de Neonatologia através de observação dos mesmos, com supervisão clínica.

Assim, no BP foram prestados cuidados ao nível do puerpério imediato (desde o nascimento até à 2ª hora pós-parto) à puérpera e ao RN. À puérpera e como responsável de parto, a avaliação de perdas hemáticas vaginais e necessidade de administração de terapêutica, avaliação da integridade placentária para despiste de complicações devidas à presença de restos placentares, integridade vulvar, perineal e anal, contração uterina e sinais vitais, exame vaginal e reparação perineal, sempre que necessário. Ao RN, executados os cuidados imediatos após o nascimento em partos com participação ativa, tanto distócico como em cesariana, nomeadamente registo de hora de nascimento, índice de APGAR ao 1º e 5º minuto, e cuidados inerentes à sua segurança clínica bem como promotores da vinculação afetiva.

Na vigilância do puerpério até à 2ª hora de vida, à puérpera foram prestados cuidados como avaliação das perdas hemáticas vaginais, sinais vitais, contratura uterina, garantida restrição alimentar até à 2ª hora e tolerância após retoma da mesma, se puérpera sem intercorrência. Foi ainda promovido e dada assistência ao início da amamentação e da vinculação mãe/RN/pessoa significativa. Sempre que possível clinicamente pela puérpera e pelo RN é diligenciado o alojamento conjunto mãe/RN. Ao RN, foram prestados cuidados como a monitorização do peso, administração de vitamina K (sempre que autorizado pela puérpera e registado em processo clínico se negado), identificação do RN, inclusive com pulseira eletrónica de segurança e cumprida profilaxia de infeção ocular quando existência de critério. Em todas as situações, sempre que as intervenções necessárias fosse além da área de intervenção do EESMO, foram referenciadas para outros elementos da equipa com maior abrangência de cuidados. Em todo este processo são cedidas informações das intervenções a desenvolver, tendo em conta o consentimento das puérperas e ensinios para uma transição mais facilitada e positiva, bem como de alerta para sinais e sintomas de possíveis complicações. Após a avaliação na 2ª hora pós-parto, RN e puérpera, em situações de baixo risco, são transferidos para o internamento de puerpério.

Ao nível do internamento de Puerpério foram prestados cuidados que visam a vigilância do bem-estar materno e do RN, através da avaliação física de ambos e também psicológica e emocional da puérpera. Incidiu-se sobre ensinamentos de sinais e sintomas de alerta e de complicações do pós-parto, da vigilância da puérpera e do RN no pós-alta hospitalar, em ensinamentos à puérpera/casal sobre a parentalidade responsável e positiva, nomeadamente nos cuidados ao RN e à sua segurança, sobre contraceção pós-parto e sobre processos adaptativos e recursos de apoio disponíveis na comunidade. Promovida e apoiada a amamentação, bem como realizados ensinamentos nesse sentido e no processo de alimentação alternativa do RN. Mulheres com necessidades de cuidados perineais e ou de cuidados a penso cirúrgico após cesariana, foram realizados ensinamentos de controlo de dor e de encaminhamento para a comunidade no pós-alta para tratamento. Estes cuidados recaíram sob puéperas saudáveis e também em puéperas de risco, sendo que para todas elas se procedeu à individualização dos cuidados perante as necessidades e sempre que possível foi incluído o pai/pessoa significativa nos mesmos. Foram aproveitados os momentos de execução de cuidados à puérpera ou da mesma ao RN para potenciar os ensinamentos e a aprendizagem dos mesmos.

Neste serviço encontra-se protocolado que puéperas de partos eutócicos fazem levantar entre as 6 a 8 horas pós-parto, no caso de cesarianas, às 12 horas pós-parto, em ambos os casos com supervisão de enfermeiro. O tempo de internamento é incerto, dependendo das condições clínicas da puérpera e do RN, contudo estipula-se como padrão que, puéperas de partos eutócicos ou distócicos têm alta após as 48 horas de vigilância e partos de cesariana após as 72h após o nascimento. Caso existam desvios ao padrão de normalidade de pós-parto da mãe ou do RN que necessitem de intervenção além da área de atuação do EESMO, são referenciados à equipa multidisciplinar e, no caso de RN poderão ser transferidos para o serviço de Neonatologia/Pediatria mais adequado à situação, dentro ou fora da unidade hospitalar em questão.

Todos os RN são avaliados por um médico pediatra na presença da equipa de enfermagem. Ao dia da alta, procedeu-se à vacinação do RN de acordo com o PNV e em alguns casos assistiu-se aos rastreios das cardiopatias congénitas e auditivas. Destacam-se aqui os ensinamentos feitos para a importância do cumprimento do teste do pezinho (Teste de Guthrie), até ao 6º dia de vida. Foi entregue à mãe, boletim de vacinas, boletim de saúde infantil do RN, devolvido boletim de grávida e documentação de alta validando os ensinamentos efetuados.

No Campo Clínico de Neonatologia, onde apenas foi feita observação, incidiu-se na análise reflexiva dos cuidados ao RN prematuro e, portanto, de risco, bem como na promoção

de ensinamentos aos pais, conforme já supracitados e adequados às condições clínicas presentes. O cuidado aqui assistido é centralizado no desenvolvimento e crescimento do RN e das competências parentais neste sentido.

No âmbito dos CSP, neste campo clínico, esta competência foi posta em prática na observação e execução de consultas de puerpério. Nestas consultas foram realizadas intervenções como a validação dos conhecimentos e reforço de ensinamentos da puérpera/casal/pessoa significativa sobre a recuperação puerperal, esclarecidas as suas dúvidas, reforçaram-se os ensinamentos com vista à promoção da saúde do RN, foram enfatizados ensinamentos e aconselhamentos relativos à sexualidade e contraceção pós-parto, adoção de estilos de vida e comportamentos saudáveis (alimentação, exercício físico), realizou-se avaliação física (peso, sinais vitais, estado nutricional) da mulher e da amamentação (mamas e mamada) e prestaram-se ensinamentos, apoio e assistência à manutenção da mesma, bem como de alimentação alternativa do RN. Executadas entrevistas no sentido de perceber alterações ou situações de risco da Saúde Mental (através de diálogo e implementação de projeto de Saúde Mental a decorrer no CS em parceria com o Hospital de referência) e referência para equipa multidisciplinar em situações que ultrapassem a área de intervenção do EESMO.

De modo a prevenir complicações na saúde da mulher no puerpério, realizou-se avaliação de feridas perineais e cirúrgicas decorridas do parto e remoção de material de sutura. Todos os dados recolhidos e intervenções realizadas foram registados no SClínico e no boletim de Saúde da Grávida e no Boletim de Saúde Reprodutiva/Planeamento Familiar.

No conjunto dos Campos Clínicos referidos, prestaram-se cuidados a um total de 165 puérperas (dados completos podem ser encontrados no Apêndice N), das quais 142 saudáveis e 23 de risco; e a um total de 155 RN, dos quais 133 saudáveis e 22 de risco (tabela 8):

**Tabela 8:**  
Puérperas e Recém-nascidos alvo de cuidados

Puérperas	Saudáveis		De risco		Recém-Nascidos	Saudáveis		De risco	
(N=165)	142	(86%)	23	(14%)	(N=155)	133	(86%)	22	(14%)

Fonte: Elaboração Própria

- **Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério**
  
- **Cuidar a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica**

O climatério é considerado como o período que compreende o potencial máximo e a incapacidade produtiva da vida da mulher, onde existe ao longo do tempo um declínio gradual da função ovárica. Associa-se a este período alguns sinais e sintomas específicos que se denominam por “Síndrome Climatérica” e que engloba três fases, sendo elas a pré, peri e pós-menopausa (Fatela et al., 2021).

No decorrer dos Campos Clínicos na USHA Unidade de Saúde Hospitalar do Alentejo 1 e USHLVT 2, em que foram prestados cuidados no SUGO em simultâneo com os estágios a decorrer e na USCSP, foram postas em prática ambas as competências supracitadas através de várias atividades com a prestação de cuidados especializados, com supervisão clínica. Nos SUGO's foi possível através da colaboração e execução da admissão de mulheres em diferentes fases do Ciclo de Vida Reprodutivo, inclusive no climatério com queixas variadas ginecológicas (como são exemplo: feridas ginecológicas, infeções do trato urinário e/ou ginecológicas, metrorragias, dismenorreia, amenorreia, dor pélvica por quistos anexiais, endometriose, aborto tardio, entre outros) em que foram prestados cuidados como avaliação de sinais vitais, administração de terapêutica e assistidos ECD's como observação vaginal com ou sem espéculo, ecografias, realização de análises, exsudados, entre outros. Procurou-se neste campo clínico apoiar a mulher no processo de adaptação ao climatério e menopausa.

Na unidade de Saúde de Cuidados Primários, foram presenciadas e executadas consultas de PF que abrangiam mulheres em diferentes fases do Ciclo de Vida Reprodutivo, inclusive no Climatério, onde a avaliação da mulher decorre em ambiente de gabinete, primeiramente em consulta de enfermagem e posteriormente é encaminhada para consulta médica. A todas as mulheres é realizada entrevista diagnóstica e avaliação de sinais vitais (nomeadamente tensão arterial e/ou outros, se necessário), bem como de peso. Observou-se e experienciou-se a avaliação física e a realização de ECD's em parceria e com supervisão do EESMO orientador e com a equipa médica, como são exemplo a colpocitologia, observação vaginal com e sem especulo e observação e palpação mamária, alterações/ físicas do foro ginecológico. Prestaram-se cuidados e realizaram-se ensinamentos relativos a todos estes procedimentos, à vivência da sexualidade nesta fase de vida, à transição inevitável e de necessária adaptação às alterações fisiológicas, corporais e emocionais.

Nestes contextos surgiu ainda a oportunidade de prestar cuidados de enfermagem especializados a mulheres com abortos espontâneos, induzidos (tendo sido identificado um que foi induzido de forma ilegal), abortos completos, incompletos, precoces e tardios, a mulheres com gravidez ectópica tubária e consequente cirurgia, com neoplasia do colo do útero, da mama, metrorragias, infeções ginecológicas, entre outras diversas alterações. Integrando as duas competências supramencionadas e os Campos Clínicos em que se desenvolveram atividades para o seu ganho, foram prestados cuidados a 99 mulheres com afetações ginecológicas.

▪ **Cuidar o grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade.**

O descritivo desta competência assenta em que o EESMO cuida o grupo-alvo promovendo cuidados de qualidade, culturalmente sensíveis e congruentes com as necessidades da população, premissa esta que foi posta em prática em todos os contextos clínicos e simultaneamente à descrição do ganho de todas as restantes competências. Isto foi conseguido através da intervenção direta, dos ensinamentos, dos cuidados de saúde no geral prestados para a promoção do bem-estar, conforto e saúde de cada mulher tendo em conta o seu contexto psicossocial e baseado no modelo teórico de enfermagem de Dorothea Orem.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Com a elaboração deste relatório, é apresentado detalhadamente e de modo reflexivo o desenvolvimento do ENPRF e os seus contributos para a aquisição de competências exigidas para a obtenção do grau de mestre e título de EESMO.

A temática explorada relativa à experiência e satisfação de parto das mulheres permitiu perceber que esta é influenciada por vários fatores, entre eles sociodemográficos, físicos, emocionais, modelos de assistência, estruturais e institucionais. Todos eles, assentam essencialmente no que se reverte na perceção da mulher como ganho para si, bebé e família. Estão relacionados com a qualidade dos cuidados assistenciais, ao respeito pelos seus direitos, preferências e às suas expetativas.

É notória a tendência para a implementação de processos de partos cada vez mais naturais e fisiológicos, holísticos, menos interventivos e medicalizados, dando resposta à Humanização do mesmo, baseado este crescendo na evidência científica. Acrescido a isto é possível ainda, através desta assistência, tornar a experiência de parto mais satisfatória e gratificante para a mulher, inculcando ao nascimento, um momento único e de fortalecimento da díade mãe/bebé.

A LM, que compreende a livre movimentação do corpo, permitindo alteração de posição, deambulação e realização de exercícios de forma espontânea, demonstrou-se como um fator positivo na forma como as mulheres vivenciam a experiência e satisfação do TP. Esta possibilidade promove a emancipação da mulher no respeito pela sua auto-regulação, pelo seu conforto e bem-estar, quer a nível físico como emocional. A sua prática não só empodera a mulher na sua autonomia de se cuidar, como também de decidir como o fazer livremente, com o benefício acrescido no alívio da dor, evento crítico e de bastante apreensão considerado pela mulher durante o TP, pelo sofrimento associado.

Sendo a experiência e satisfação critérios de qualidade na prestação de cuidados em saúde, é de extrema importância que os profissionais de saúde estejam dotados de conhecimentos baseados em evidência científica e disponíveis para a aplicação de intervenções que as potenciem, tanto no processo educacional das mesmas como na sua prática clínica. Neste sentido, é fulcral trabalhar no incentivo e investimento não só dos profissionais de saúde, como também das instituições, públicas e privadas, para a crescente adoção políticas e condições propensas à sua aplicação.



Esta revisão revelou limitações de pesquisa, uma vez que atualmente existem poucos artigos científicos disponíveis direcionados, especificamente, ao tema da experiência e satisfação das mulheres com LM durante o TP. Ainda assim, foi possível dar resposta à questão inicial. Sugere-se mais investigação nesse sentido para reforçar o seu impacto.

Concluindo, a experiência académica e prático-clínica desenvolvida nos dois anos do curso de Mestrado, e que culmina com a redação deste relatório, permite competências com uma maturidade pessoal e profissional que possibilita o exercício como EESMO.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abebe, A. H., & Phetoe, R. M. (2022). Respectful maternity care in health centres of Addis Ababa city: a mixed method study. *BMC Pregnancy and Childbirth* 22(792), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-05129-5>
- ACSS. (2022). *Bilhete de Identidade dos Indicadores dos Cuidados de Saúde Primários para o ano de 2022*. Ministério da Saúde. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/4/40007/4070572/Pages/default.aspx>
- ACSS. (2023). *Unidades de Saúde Familiar: Modelos Organizacionais* Administração Central do Sistema de Saúde - Ministério da Saúde. <https://www.acss.min-saude.pt/DepartamentoseUnidades/DepartamentoGest%C3%A3oeFinanciamentoPrestSa%C3%BAde/CSa%C3%BAdePrim%C3%A1rios/CuidadosdeSa%C3%BAdePrim%C3%A1rios/ACES/USF/modelosorganizacionais/tabid/771/language/pt-PT/Default.aspx>
- Almeida, E., Barros, H., & Silva, R. (2018). *Puerpério: alterações emocionais e psicológicas*. CHTS - SNS. Retrieved 2023 from <https://www.chts.min-saude.pt/barrigas-e-rebentos/puerperio-alteracoes-emocionais-e-psicologicas/>
- APA. (2020). *Concise guide to APA Style, 7th ed* [doi: 10.1037/0000173-000]. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000173-000>
- Ayerle, G. M., Schafers, R., Mattern, E., Striebich, S., Haastert, B., Vomhof, M., . . . Seliger, G. (2018). Effects of the birthing room environment on vaginal births and client-centred outcomes for women at term planning a vaginal birth: BE-UP, a multicentre randomised controlled trial. *Trials*, 19(641), 1-13. <https://doi.org/10.1186/s13063-018-2979-7>
- Badi, M. B., Abebe, S. M., Weldetsadic, M. A., Christensson, K., & Lindgren, H. (2022). Effect of Flexible Sacrum Position on Maternal and Neonatal Outcomes in Public Health Facilities, Amhara Regional State, Ethiopia: A Quasi-Experimental Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 19(9637), 1-14. <https://doi.org/10.3390/ijerph19159637>
- Berta, M., Lindgren, H., Christensson, K., Mekonnen, S., & Adefris, M. (2019). Efeito das posições maternas de parto na duração da segunda fase do trabalho de parto: revisão sistemática e meta-análise. *Gravidez e Parto BMC* 19(466), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2620-0>
- Bitencourt, J. V. O. V., Biffi, P., Migliorança, D. C. M., Dors, J. B., Franzamann, K. L., Maestri, E., Galvan, A. C. L. (2023). Estratégias de ensino-aprendizagem para formação clínica em enfermagem: uma revisão integrativa. *Revista Enfermagem Atual in Derme* 97(1), 1-22. <https://doi.org/10.31011/reaid-2023-v.97-n.1-art.1515>
- Bohren, M. A., Hofmeyr, G. J., Sakala, C., Fukuzawa, R. K., & Cuthbert, A. (2017). Continuous support for women during childbirth (Review) *Cochrane Library* (7), 1-130. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003766.pub6>

- Briggs, J. (2013). JBI Levels of Evidence. *Joanna Briggs Institute*, 1-5. [https://doi.org/http://jbi.global/sites/default/files/2019-05/JBI-Levels-of-evidence\\_2014\\_0.pdf](https://doi.org/http://jbi.global/sites/default/files/2019-05/JBI-Levels-of-evidence_2014_0.pdf)
- CHS. (2023a). *Hospital de São Bernardo*. Centro Hospitalar de Setúbal - Ministério da Saúde. <https://www.chs.min-saude.pt/setubal/centro-hospitalar-de-setubal/>
- CHS. (2023b). *Missão*. Centro Hospitalar de Setúbal - Ministério da Saúde. <https://www.chs.min-saude.pt/missao/>
- CIMAA. (2020). *Município de Portalegre*. Comunidade Intermunicipal do Alto Alentejo. <https://www.cimaa.pt/municipio-de-portalegre/>
- CIMAC. (2020). *Município de Évora*. Comunidade Intermunicipal do Alentejo Central. <https://www.cimac.pt/visitante/municipios-associados/municipio-de-evora/>
- Demirel, G., Kaya, N., & Evcili, F. (2021). A relação entre a percepção das mulheres sobre apoio e controle durante o parto sobre o medo do parto e a satisfação da mãe *Revista de Obstetrícia e Ginecologia*, 1-8.
- DGS. (2015). *Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco*. Direção Geral de Saúde.
- DGS. (2023a). *Norma 001/2023 - Organização dos cuidados de saúde na preconcepção, gravidez e puerpério*. DGS - SNS - República Portuguesa.
- DGS. (2023b). *Orientação nº 002/2023 - Cuidados de saúde durante o trabalho de parto*. DGS - SNS - República Portuguesa.
- Fatela, A., Neves, A. R., Couto, A., Arteiro, A., Águas, F., Geraldês, F., Ramos, V. (2021). *Consenso Nacional sobre Menopausa*. Secção Portuguesa de Menopausa.
- Filha, M. M. T., Leite, T. H., Baldisserotto, M. L., Pereira, A. P. E., & Leal, M. C. (2022). Quality improvement of childbirth care (Adequate Birth Project) and the assessment of women's birth experience in Brazil: a structural equation modelling of a cross - sectional research. *Reproductive Health* 20(2), 1-15. <https://doi.org/10.1186/s12978-022-01536-1>
- HESE. (2021). *Neonatologia*. Hospital Espírito Santo Évora - Ministério da Saúde. <https://www.hevora.min-saude.pt/2020/01/07/neonatologia/>
- HESE. (2022a). *O Hospital*. Hospital Espírito Santo Évora - Ministério da Saúde.
- HESE. (2022b). *Objetivos, Missão, Valores, Visão*. Hospital Espírito Santo Évora - Ministério da Saúde. <https://www.hevora.min-saude.pt/2021/08/02/missao-objetivos-valores-visao/>
- HGO. (2023a). *História do HGO*. Hospital Garcia de Orta - Ministério da Saúde. <https://www.hgo.min-saude.pt/category/institucional/instituicao/>
- HGO. (2023b). *Área Materna e Infantil - Ginecologia e Obstetrícia*. Hospital Garcia de Orta - Ministério da Saúde. <https://www.hgo.min-saude.pt/category/servicos/area-materna-e-infantil/>
- Huang, B., Lu, Y., Zhang, Y., Zhang, W., & Wang, X. (2021). Application of natural shoulder delivery combined with free position delivery in maternal delivery. *Am J Transl Res* 13(12), 14168-14175.

- INE. (2023). *Freguesias por localização geográfica*. [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_indicadores&userLoadSave=Load&userTableOrder=9956&tipoSelecao=1&contexto=pq&selTab=tab1&submitLoad=true&xlang=pt](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&userLoadSave=Load&userTableOrder=9956&tipoSelecao=1&contexto=pq&selTab=tab1&submitLoad=true&xlang=pt)
- Lopes, M. F., Coutinho, E. de C., Santos, M. J., Ferreira, M., & Dias, H. (2021). Efeitos da massagem perineal durante o trabalho de parto. *Revista INFAD de Psicologia. International Journal of Developmental and Educational Psychology.*, 2(1), Artigo 1. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2021.n1.v2.2132>
- Lothian, J. A. (2019). Healthy Birth Practice #4: Avoid Interventions Unless They Are Medically Necessary. *O Jornal de Educação Perinatal*, 28(2), 94-103. <https://doi.org/10.1891/1058-1243.23.4.198>
- Louise, L. K., Hannah, G. D., & M., R. D. (2022). Expectations of the upcoming birth – A survey of women’s self-efficacy and birth positions. *Elsevier*, 34(100783), 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2022.100783>
- Manzanares, T., Amagro, J., Martínez, A., Hernández, G., & Fernández, L. (2021). Estudo de método misto sobre avaliação e experiência de mulheres na assistência ao parto. *Revista de Enfermagem Avançada* 4195-4210
- Marques, J. (2023). *Cuidados de Saúde Hospitalares: Hospital Dr. José Maria Grande*. Unidade Local de Saúde Norte Alentejano - Ministério da Saúde. <https://www.ulsna.min-saude.pt/category/servico-de-cuidados-continuados-integrados/servicos/cuidados-de-saude-hospitalares/>
- Marques, P. (2022). *Planeamento Familiar - Manual Boas Práticas*. USF Cartaxo Terra Viva - ARS LVT. Retrieved 2023 from
- Martín, M. V., Fresneda, A. P., Barbero, J. A. J., Ruiz, I. J., & Meseguer, C. B. (2022). Influence of Laboring People’s Mobility and Positional Changes on Birth Outcomes in Low-Dose Epidural Analgesia Labor: A Systematic Review with Meta-Analysis. *Journal of Midwifery & Women’s Health* 84-98. <https://doi.org/10.1111/jmwh.13446>
- Mbakaya, B. C., Kalembo, F. W., Zgambo, M., Konyani, A., Lungu, F., Tveit, B., . . . Bvumbwe, T. (2020). Experiências e percepção dos estudantes de enfermagem e obstetrícia sobre o seu ambiente de aprendizagem clínica no Malawi: um estudo de método misto. *Enfermagem BMC* 1-14.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., & Altman, D. G. (2015). Principais itens para relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises: A recomendação PRISMA *Epidemiol. Serv. Saúde*, 24(2), 335-342. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742015000200017>
- Mukamurigo, J. U., Berg, M., Ntaganira, J., Nyirazinyoye, L., & Dencker, A. (2017). Associations between perceptions of care and women’s childbirth experience: a population-based cross-sectional study in Rwanda. *BMC Pregnancy and Childbirth* 17(181), 1-7. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1363-z>
- Musie, M., Peu, M. D., & Pema, V. (2019). Factors hindering midwives’ utilisation of alternative birth positions during labour in a selected public hospital. *African Journal of Primary Health Care & Family Medicine* 1-8.
- Neto, C. M., Campelo, C. L., Lima, J. F. B., Mendes, K. D. S. M. M., Mouzinho, L. S. N., Santos, A. M., & Thomaz, E. B. A. F. (2022). Fatores associados à ocorrência de parto em posição vertical no

- Brasil *Revista Brasileira de Epidemiologia* 25, 1-10. <https://doi.org/10.1590/1980-549720220041.2>
- Parecer N.º22/2012, 1-3 (2012).
- OE. (2019a). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista n.º 140/2019*. Diário da República n.º26/2019, Série II
- OE. (2019b). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica n.º 391/2019*. Diário da República n.º85/2019, Série II
- OE. (2019c). Parecer No43/2019: *Cálculo de dotações seguras nos cuidados de enfermagem de saúde materna e obstétrica*. Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.
- Paiva, E. F., Sthal, H. C., Paulino, V. C. P., & Leite, G. R. (2018). Posições assumidas durante o parto normal: percepção de puérperas atendidas numa maternidade de Jataí-Goiás. *Revista Eletrónica Graduação/Pós-Graduação em Educação: Educação e Saúde - Dossiê de Enfermagem*, 14(4), 1-21.
- Planície, U. (2022). *Manual de Acolhimento*. Unidade de Saúde Familiar Planície.
- Pordata. (2021). *População residente em Évora*. Pordata. <https://www.pordata.pt/censos/quadro-resumo-municipios-e-regioes/evora-620>
- Pordata. (2023). *Idade média da mãe ao nascimento do primeiro filho*. <https://www.pordata.pt/portugal/idade+media+da+mae+ao+nascimento+do+primeiro+filho-805>
- Poeira, A. F., Nunes, L., Cerqueira, A. F., Silva, A., & Lopes, N. (2019). Dotações seguras na qualidade dos cuidados de enfermagem: revisão sistemática. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 4(3), 1604. [https://doi.org/10.24902/r.riase.2018.4\(3\).1604](https://doi.org/10.24902/r.riase.2018.4(3).1604)
- Prosser, S. J., Barnett, A. G., & Mille, Y. D. (2018). Fatores que promovem ou inibem o parto normal. *Gravidez e Parto BMC* 1-10.
- Ramos, T. M., Carmonaa, E. V., Balaminuta, T., & Sanfelicea, C. F. O. (2022). Avaliação da satisfação de mulheres com trabalho de parto e parto em hospital de ensino *Revista Gaúcha de Enfermagem* 43, 1-13. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2022.20210286.pt>
- REPE. (2012). *Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE)*. Lisboa: Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro
- República, D. d. (2019a). *Universidade de Évora - Aviso n.º 15812/2019*. Diário da República
- República, D. d. (2019b). *Ordem dos Enfermeiros - Regulamento n.º 743/2019*. Diário da República
- Rios, A., N. K. M., Souza, M. N. A., Silva, M. A., & Sousa, M. S. (2018). O processo de parir assistido pela enfermeira obstétrica sob a luz da Teoria Humanística. *Cadernos ESP*, 12(1), Art. 1.
- Silva, A. C. L., Félix, H. C. R., Ferreira, M. B. G., Wysocki, A. D., Contim, D., & Ruiz, M. T. (2017). Preferência pelo tipo de parto, fatores associados à expectativa e satisfação com o parto. *Rev. Eletr. Enf.* , 19-34. <https://doi.org/10.5216/ree.v19.44139>

- Silva, C. M., Pereira, B. P., Bento, P. A. S. S. B., & Vargens, O. M. C. (2020). Interação social de puérperas com procedimentos invasivos no parto. *Revista enfermagem UERJ*, 28(0), 1-9. <https://doi.org/10.12957/reuerj.2020.52496>
- Silva, C. S., Moura, T., & Vargas, M. M. (2019). Fatores associados a uma experiência de parto positiva em mulheres usuárias de unidades de saúde da família de aracaju *Unidade Ciências Biológicas e de Saúde* 5 (2 ), 183-192.
- Silva, S. R., Luz, J. J. F., Floriani, D. T. G. C., & Rosa, T. (2023). Lacunas no conhecimento das gestantes: falhas na assistência pré-natal e o papel do enfermeiro *Revista Contemporânea* 3 (1 ), 299-329. <https://doi.org/10.56083/RCV3N1-019>
- Sousa, L., Frade, M., Firmino, C., Valentim, O., Marques, J., & Antunes, A. (2018). Modelos de Formulação da Questão de Investigação na Prática Baseada na Evidência. *Revista de Investigação em Enfermagem*, 31-39. <https://doi.org/http://www.researchgate.net/publication/325699143>
- Souza, F., Domingues, R. M. S. M., Torres, J. A., Gomes, M. L., & Leal, M. C. (2023). Evaluation of labor and childbirth care by nurse - midwives in Brazilian private hospitals: results of a quality improvement project *Reproductive Health* 20(17), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12978-022-01537-0>
- Souza, K. C. R., Silva, T. P. R., Damasceno, A. K. C., Manzo, B. F., Souza, K. V., Filipe, M. M. L., & Matozinhos, F. P. (2021). Coexistence and prevalence of obstetric interventions: an analysis based on the grade of membership *BMC Pregnancy and Childbirth* 21(618), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-04092-x>
- Spinola, A., Reis, A., & Godinho, C. (2021). Supervisão clínica em enfermagem – uma solução digital *Revista UIIPS – Instituto Politécnico de Santarém* 9(1), 18-26.
- Sérgio, M., Carvalho, A. L., & Pinto, C. B. (2023). Supervisão clínica: a importância na prática dos cuidados de enfermagem. *Revista Científica Internacional* 5(sup), 35-36 <https://doi.org/10.51126/revsalus.v5iSup.546>
- Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2004). *Teorias de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)* (5th ed.). Lusociência.
- Transparências. (2023a). *Partos e Cesarianas nos Cuidados de Saúde Hospitalares - CHS*. Transparências. <https://transparencia.sns.gov.pt/explore/dataset/partos-e-cesarianas/table/?flg=pt&disjunctive.regiao&disjunctive.instituicao&sort=tempo&refine.tem po=2022&refine.regiao=Regi%C3%A3o+de+Sa%C3%BAde+LVT&refine.instituicao=Centro+Hospitalar+de+Set%C3%BAbal,+EPE>
- Transparências. (2023b). *Partos e Cesarianas nos Cuidados de Saúde Hospitalares - HESE*. Transparências. <https://transparencia.sns.gov.pt/explore/dataset/partos-e-cesarianas/table/?flg=pt&disjunctive.regiao&disjunctive.instituicao&sort=tempo&refine.tem po=2022&refine.instituicao=Hospital+Esp%C3%ADrito+Santo+de+%C3%89vora,+EPE&refine.regiao=Regi%C3%A3o+de+Sa%C3%BAde+do+Alentejo>
- Transparências. (2023c). *Partos e Cesarianas nos Cuidados de Saúde Hospitalares - HGO*. Transparências. <https://transparencia.sns.gov.pt/explore/dataset/partos-e-cesarianas/table/?flg=pt&disjunctive.regiao&disjunctive.instituicao&sort=tempo&refine.tem po=2022&refine.instituicao=Hospital+Esp%C3%ADrito+Santo+de+%C3%89vora,+EPE&refine.regiao=Regi%C3%A3o+de+Sa%C3%BAde+do+Alentejo>

[po=2022&refine.regiao=Regi%C3%A3o+de+Sa%C3%BAde+LVT&refine.instituicao=Hospital+Garcia+de+Orta,+EPE](#)


- Transparências. (2023d). *Partos e Cesarianas nos Cuidados de Saúde Hospitalares - ULSNA*.  
Transparências. <https://transparencia.sns.gov.pt/explore/dataset/partos-e-cesarianas/table/?flg=pt&disjunctive.regiao&disjunctive.instituicao&sort=tempo&refine.tem po=2022&refine.regiao=Regi%C3%A3o+de+Sa%C3%BAde+do+Alentejo&refine.instituicao=U nidade+Local+de+Sa%C3%BAde+do+Norte+Alentejano,+EPE>
- Travancas, L. J., & Vargens, O. M. C. (2020). Fatores geradores do medo do parto: revisão integrativa. *Revista de Enfermagem da UFSM* 10(96), 1-24. <https://doi.org/10.5902/2179769241385>
- ULSNA. (2023). *Missão, Atribuições e Legislação*. Unidade Local de Saúde Norte Alentejano - Ministério da Saúde. Retrieved 2023 from <https://www.ulsna.min-saude.pt/category/institucional/missao-atribuicoes-legislacao/>
- Verastegui-Martín, M., Paz-Fresneda, A., Jiménez-Barbero, J. A., Jiménez-Ruiz, I., & Ballesteros, M. C. (2022). Influence of Maternal Mobility and Position Changes in Low-Dose Epidural Labor: A Systematic Review with Meta-Analysis. *Journal of Midwifery & Women's Health*. <https://doi.org/10.1111/jmwh.13446>
- Zhang, N., & An, S. (2022). Consistency of Delivery Mode Increases Chinese Mothers' Maternal Satisfaction: The Effect of Perception of Support from Medical Staff and Mothers' Self-Efficacy. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(22), Art. 22. <https://doi.org/10.3390/ijerph192214904>





## **APÊNDICES**

Apêndice A: Proposta de Projeto de Tese / Dissertação / Estágio / Trabalho de Projeto

 Serviços Académicos	Cursos de 3.º Ciclo, 2.º Ciclo e Mestrado Integrado  <b>PROPOSTA DE PROJETO DE TESE / DISSERTAÇÃO / ESTÁGIO / TRABALHO DE PROJETO</b>	<b>MODELO T-005</b>
		Ano Letivo: _2022 / _2023
<b>1. DELIBERAÇÃO DO CONSELHO CIENTÍFICO DA ESCOLA</b> (A ser emitido apenas em GesDOC)		<b>2. PARECER DO DIRETOR DE CURSO</b> (A ser emitido apenas em GesDOC)
<b>3. IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDANTE</b> Nome Completo: <u>Vanda Isabel Cerejo Sequeira</u> Número: <u>M50228</u> Ciclo de Estudos: <input type="checkbox"/> 3.º Ciclo <input checked="" type="checkbox"/> 2.º Ciclo <input type="checkbox"/> Mestrado Integrado Curso: <u>Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica</u> Especialidade/Plano Alternativo: _____		
<b>4. CONTACTOS DO ESTUDANTE</b> Telef.: <u>934621790</u> E-mail: <u>m50228@alunos.uevora.pt</u>		
<b>5. PROPOSTA</b> <input checked="" type="checkbox"/> Entrega de 1.º Projeto <input type="checkbox"/> Entrega de Projeto Reformulado <input type="checkbox"/> Entrega de 2.º Projeto por Reingresso <input type="checkbox"/> Proposta de Alteração de Projeto Neste caso, assinala os quadros deste formulário em que propõe alterações (Só deve preencher os respetivos quadros) <input type="checkbox"/> 6. <input type="checkbox"/> 7. <input type="checkbox"/> 8. <input type="checkbox"/> 9. <input type="checkbox"/> 10. <input type="checkbox"/> 11. <input type="checkbox"/> 12. <input type="checkbox"/> 13.		
<b>6. JUSTIFICAÇÃO DA PROPOSTA DE ALTERAÇÃO</b> (A preencher apenas no caso de no quadro 5 ter escolhido esta opção)		
<b>7. TIPO DE TRABALHO</b> (de acordo com o previsto no Plano de Estudos do Curso) APENAS NO CASO DE PROGRAMA DE DOUTORAMENTO: <input type="checkbox"/> Tese <b>Formato da Tese:</b> <input type="checkbox"/> Dissertação sobre o tema de investigação <input type="checkbox"/> Compilação de artigos publicados <input type="checkbox"/> Obra ou conjunto de obras, ou realizações, com carácter inovador (no domínio das artes) PARA Mestrado ou Mestrado Integrado: <input type="checkbox"/> Dissertação <input checked="" type="checkbox"/> Estágio <input type="checkbox"/> Trabalho de Projeto		<b>8. LÍNGUA DE REDAÇÃO</b> <input checked="" type="checkbox"/> Português <input type="checkbox"/> Inglês <input type="checkbox"/> Espanhol <input type="checkbox"/> Francês <input type="checkbox"/> Outra: _____
<b>9. TÍTULO DO TRABALHO</b> Título (na língua de redação): “Experiência e satisfação da mulher com liberdade de movimentos no Trabalho de Parto e Parto”  Título em Inglês: Woman’s experience and satisfaction with freedom of movement during labor		

Modelo: T-005-7\_UEFSAC | Impresso disponível em: <http://gdoc.uevora.pt/41338>

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

Nome: Maria da Luz Ferreira Barros

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

N.º Identificação Civil: 08257980 -ZZ3 Tipo de Identificação:  BI  CC  Passaporte  Outro: \_\_\_\_\_

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

Nome: \_\_\_\_\_

Universidade/Instituição: \_\_\_\_\_

N.º Identificação Civil: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Tipo de Identificação:  BI  CC  Passaporte  Outro: \_\_\_\_\_

Telef.: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_ ID ORCID: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Universidade/Instituição: \_\_\_\_\_

N.º Identificação Civil: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Tipo de Identificação:  BI  CC  Passaporte  Outro: \_\_\_\_\_

Telef.: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_ ID ORCID: \_\_\_\_\_

**11. ÁREA DISCIPLINAR E PALAVRAS-CHAVE DO TRABALHO**

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

Palavras-chave (5 palavras, separadas por ';'): Parto Humanizado; Trabalho Parto; Gestantes; Liberdade Movimento; Satisfação

**12. DOMÍNIO A INVESTIGAR/TEMA**

\_\_\_\_\_

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

Ver Anexo

**14. DOCUMENTOS ANEXOS**

- Plano do Trabalho
- Cronograma
- Declaração de Orientador(es)
- Declaração da Unidade I&D de acolhimento (*Deve incluir o(s) Orientador(es), o Projeto ou Equipa de Investigação em que diretamente se enquadra a preparação da Tese*) - Apenas para alunos de 3.º Ciclo)
- Outros: \_\_\_\_\_

**15. DECLARAÇÃO DO ESTUDANTE**

Nos termos do Regulamento Académico da Universidade de Évora (RAUÉ) em vigor, entrego o projeto de Tese/ Dissertação/Estágio/Trabalho Projeto (conforme indicado no quadro 6 deste impresso) do qual, após aprovado pelo Conselho Científico, será efetuado o respetivo registo nos Serviços Académicos na Universidade de Évora.

**Declaro que caso efetue alguma alteração a este projeto a ser aprovado (título, orientador, língua, etc.) procederei nos termos do referido regulamento, à entrega do projeto de alteração no prazo máximo de 30 dias antes da entrega da T/D/E/TP.**

No âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MESMO), a decorrer na Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, surge no plano curricular do 2º ano o Relatório Final da Unidade Curricular de Estágio de Natureza Profissional (ENPRF). Este, consiste na exposição pormenorizada das experiências vivenciadas e competências adquiridas em seis Campos Clínicos, nomeadamente: Internamento de Grávidas/Ginecologia (6 semanas); Bloco de Partos (6 semanas + 4 semanas + 8 semanas); Cuidados de Saúde Primários (6 semanas); Internamento de Puérperas (5 semanas) e Serviço de Neonatologia (1 semana). Para o desenvolvimento do ENPRF, foram exibidos no Planeamento da Unidade Curricular os seguintes objetivos: 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. Desta forma, o Relatório Final será exibido e defendido em provas públicas perante júris peritos na área da especialização em causa. Só após esta defesa será finalizado este curso de 2º Ciclo Superior e assim creditada a aquisição de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro de 2019) acrescidas das Competências Específicas do EESMO (Regulamento n.º 391/2019 de 3 de maio de 2019), conferindo-se assim o grau de mestre, registado na Direção-Geral do Ensino Superior (R/A-Ef 1783/2011/AL03) com reconhecimento pela Ordem dos Enfermeiros (OE) (SAI-OE/2017/9022 e SAI-OE/2019/5981). Posto isto, estarão auferidas as competências inerentes ao título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e grau de mestre de ESMO que possibilitam o cuidado à mulher nos contextos de família/comunidade, durante o seu ciclo gravídico-puerperal e na sua saúde quer sexual, quer reprodutiva. De forma a dar resposta e sustentar o segundo objetivo definido para o ENPRF, surge a elaboração de um Projeto de Estágio para o qual me proponho explorar o tema “Experiência e satisfação da mulher com liberdade de movimentos no Trabalho de Parto”. Este tema relaciona-se, com a competência de cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto, referenciada no Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica, no Artigo 4º (OE, 2019a). Para facilitar e organizar os objetivos propostos supracitados e para uma melhor aquisição de competências, deliberei a execução de um Plano de Atividades com respetivo Cronograma em que são enumeradas as atividades que irei desenvolver e os respetivos períodos de tempo para o efeito. No Decreto-lei nº 104/98 de 21 de Abril, no Artigo 4º do Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE) é citado que o “Enfermeiro especialista é o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, 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 e que cuidados de enfermagem são as intervenções autónomas ou interdependentes a realizar pelo enfermeiro no âmbito das suas qualificações profissionais”. Acrescenta ainda, segundo o Artigo 9º, que “consideram-se autónomas as ações realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respetivas qualificações profissionais, seja na prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação ou na assessoria, com os contributos na investigação em enfermagem”. Neste sentido e de acordo com o Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2019b), no Artigo 8º, relativo às competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, na alínea b), competência D2, é referido que o enfermeiro “Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica. A Ordem dos Enfermeiros, defende também que, “O uso de uma abordagem baseada na evidência (PBE) permite-nos desafiar e sermos desafiados sobre a nossa abordagem para a prática, mantendo-nos responsáveis. Permite-nos rever constantemente a nossa prática e procurar formas novas, mais eficazes e eficientes de fazer as coisas, aumentando assim o acesso aos cuidados e bem-estar” (OE, 2012). É, portanto, desta forma que se enfatiza a importância dos EESMO, de manter uma procura de melhoria constante no desenvolvimento de competências baseadas no conhecimento científico, permitindo-lhe, de uma forma autónoma, adequar a sua prática a tomadas de decisões mais credíveis e seguras, potenciando assim a qualidade e excelência dos cuidados que presta e que inevitavelmente, se revertem em ganhos em saúde, sendo nestas premissas que assenta o interesse pela modificação do paradigma da forma de parir atual, para a liberdade de movimentos durante esse período. Desde épocas longínquas e em variadas culturas que o conhecimento intuitivo das mulheres para parir é em posições com liberdade de movimento (Roy et al., 2014). Estas pariam, tendencialmente, sentadas, de pé, de cócoras, ajoelhadas, apoiadas nos quatro membros e em posições de decúbito lateral. (Musie et al., 2019). Fundamentado pelas elevadas taxas de mortalidade tanto materna como infantil, o nascimento passou a ser um evento controlado institucionalmente e tendencialmente medicalizado. Para isto, os profissionais de saúde assumiam o domínio das intervenções, diminuindo escolhas e a autonomia da mulher, sendo uma delas a posição de parir, para horizontalmente (Paiva et al., 2018). Esta tendência para posições mais imóveis, como a de litotomia, associa-se à minimização de esforços físicos das parteiras realizar procedimentos e com a visibilidade perineal facilitada (Louise et al., 2022) É benéfico tanto para a mãe como para o bebé, por razões fisiológicas, o nascimento em posições verticalizadas uma vez que potencia a força e eficiência da contração uterina e que o bebé está numa posição facilitadora para a passagem pélvica, diminuindo o tempo de descida do mesmo (Berta et al., 2019). A liberdade de movimentos permitindo variedade postural enaltecem um parto e nascimento mais fisiológico (Roy et al., 2014), uma vez que adotando posições intuitivamente verticalizadas facilitará o trabalho de parto, favorecendo a força da gravidade que se associa a melhores resultados maternos e neonatais (Musie et al., 2019). Para tal, é fundamental que os profissionais de saúde tenham competências e estejam aptos para a aplicação de posições alternativas à posição de litotomia, estimulando as grávidas a adotá-las (Reyes et al., 2013). Durante o período de trabalho de parto as mulheres devem ser encorajadas a adotar posições em que se sintam confortáveis (Berta et al., 2019).

O papel das Enfermeiras Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica é prestar cuidados centrados na grávida, permitindo às mesmas adotar posições de parto com as quais se sintam confortáveis e confiantes (Musie et al., 2019). Existe uma relação positiva entre as posições de parto escolhidas pelas mulheres e a sua experiência durante o mesmo (Louise et al., 2022). Prestar cuidados que potenciem o processo fisiológico do trabalho de parto, bem como o empoderamento da mulher na tomada de decisões podem melhorar a sua força e confiança, aumentar a sua capacidade de parir e influenciar positivamente a sua experiência, bem como reduzir intervenções obstétricas. Desta forma, as rotinas adotadas, mesmo que em meio institucional, têm repercussões na qualidade dos cuidados, dos seus resultados e na experiência das mulheres. (Bohren et al., 2017).

**PLANO DE ATIVIDADES**

<b>Campo Clínico</b>	<b>Objetivos / Competências Específicas do EEESMO</b>	<b>Atividades a Desenvolver</b>	<b>Resultados Esperados</b>
<b>Serviço de Grávidas/Ginecologia - Internamento e Serviço de Urgência</b>	Cuidar da mulher inserida na família e comunidade no período pré-natal.	- Realização de consultas de Vigilância de Saúde Materna e Obstétrica; - Prestação de cuidados de Enfermagem Pré-Natais a grávidas de baixo risco e patológicas; - Prestação de cuidados a mulheres em fase de decisão para IVG ou ILG.	- Promoção da saúde, diagnóstico e prevenção das complicações na mulher durante o período pré-natal e em situações de abortamento; - Prestação de cuidados à mulher que facilitem a sua adaptação, durante o período pré-natal e em situações de interrupção da gravidez.
	Cuidar da mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica.	- Prestação de cuidados de enfermagem à mulher a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica; - Prestação de cuidados de enfermagem a mulheres em situação de abortamento.	- Promoção da saúde ginecológica da mulher, diagnóstico precoce e prevenção de complicações relacionadas com afeções do aparelho genito-urinário e/ou mama; - Prestação de cuidados à mulher que facilitem a sua adaptação à situação clínica de patologia ginecológica e/ou mama.
<b>Bloco de Partos</b>	Cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto.	- Prestação de cuidados de enfermagem à mulher durante o trabalho de parto.	- Promoção da saúde da mulher durante o trabalho de parto e otimização da adaptação do recém-nascido à vida extrauterina; - Diagnóstico precoce e prevenção de complicações para a saúde da mulher e do recém-nascido durante o trabalho de parto; - Prestação de cuidados à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez e/ou com o trabalho de parto; - Realização de ensinamentos e incentivo à liberdade de movimentos durante o trabalho de parto, apoiando as tomadas de decisão da mulher; - Prestação de cuidados com promoção do cumprimento do Plano de Parto, adaptado às tomadas de decisão da mulher no momento; - Promoção de trabalho de parto com experiência e satisfação positiva para cada mulher.
	Cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal.	- Prestação de cuidados de enfermagem a puérperas e recém-nascidos durante o período pós-natal imediato.	- Promoção da saúde da mulher e do recém-nascido no período pós-natal (puerpério imediato), apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade; - Prestação de cuidados, diagnóstico precoce e prevenção de complicações para a saúde da mulher e do recém-nascido, durante o puerpério imediato.
<b>Cuidados de Saúde Primários</b>	Cuidar da mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período preconcepcional;	- Realização de consultas e prestação de cuidados de saúde de enfermagem no âmbito da saúde sexual, do planeamento familiar e do período preconcepcional.	- Promoção da saúde, diagnóstico e prevenção de complicações na mulher no âmbito da saúde sexual, planeamento familiar e período preconcepcional; - Prestação de cuidados à mulher com disfunções sexuais, problemas de fertilidade e infeções sexualmente transmissíveis.
	Cuidar da mulher inserida na família e comunidade no período pré-natal.	- Realização de consultas de Vigilância de Saúde Materna e Obstétrica; - Prestação de cuidados de Enfermagem Pré-Natais a grávidas de baixo risco e patológicas; - Prestação de cuidados a mulheres em fase de decisão para IVG ou ILG.	- Promoção da saúde, diagnóstico e prevenção das complicações na mulher durante o período pré-natal e em situações de abortamento; - Prestação de cuidados à mulher que facilitem a sua adaptação, durante o período pré-natal e em situações de interrupção da gravidez; - Realização de ensinamentos e incentivo à liberdade de movimentos durante o trabalho de parto, apoiando as tomadas de decisão da mulher;
	Cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal.	- Prestação de cuidados de enfermagem a puérperas e recém-nascidos durante o período pós-natal.	- Promoção da saúde da mulher e do recém-nascido no período pós-natal (puerpério imediato),

			<p>apoioando o processo de transição e adaptação à parentalidade;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Prestação de cuidados, diagnóstico precoce e prevenção de complicações para a saúde da mulher e do recém-nascido, durante o puerpério imediato.</li> </ul>
	Cuidar da mulher inserida na família e na comunidade durante o período de climatério.	- Realização de consultas e prestação de cuidados de enfermagem durante o período do climatério.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promoção da saúde da mulher e prestação de cuidados que apoiem o processo de transição para a menopausa e a adaptação à sua vivência;</li> <li>- Diagnóstico precoce e prevenção de complicações para a saúde da mulher durante o climatério.</li> </ul>
<b>Serviço de Obstetria/Puerpério</b>	Cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal.	- Prestação de cuidados de enfermagem a puérperas e recém-nascidos durante o período pós-natal.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promoção da saúde da mulher e do recém-nascido no período pós-natal (puerpério imediato), apoioando o processo de transição e adaptação à parentalidade;</li> <li>- Prestação de cuidados, diagnóstico precoce e prevenção de complicações para a saúde da mulher e do recém-nascido no período de puerpério.</li> </ul>
<b>Transversal a todos os campos clínicos</b>	Cuidar da mulher inserida na família e na comunidade, em todas as valências que contemplam a Saúde Materna e Obstétrica.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prestação de cuidados de enfermagem com base nas competências comuns do Enfermeiro Especialista e nas competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica;</li> <li>- Aprofundamento de conhecimentos relativos à temática da Liberdade De Movimentos Durante o Trabalho de Parto e a influencia dos mesmos na experiência e satisfação das mulheres.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promoção de cuidados especializados apoiados na responsabilidade profissional, ética e legal, no contributo para a melhoria e gestão da qualidade dos cuidados e no desenvolvimento das aprendizagens profissionais;</li> <li>- Promoção de cuidados especializados em Saúde Materna e Obstétrica no âmbito do ciclo reprodutivo da mulher inserida na comunidade, nomeadamente no Planeamento Familiar e Preconcepcional, Gravidez, Parto, Puerpério e Ginecologia;</li> <li>- Prestação de cuidados de saúde com base em intervenções autónomas em todas as situações de processos fisiológicos e de vida normais no ciclo reprodutivo da mulher, consideradas como de baixo risco e acrescentando interdependentes em situação patológicas, consideradas de médio e alto risco;</li> <li>- Cumprimento de registos clínicos, informático ou outros em vigor e dos protocolos de atuação de serviço, assegurando a continuidade dos cuidados.</li> <li>- Mobilização de competências com novos conhecimentos para o desenvolvimento clínico especializado através da elaboração de uma Revisão narrativa da literatura.</li> </ul>

**CRONOGRAMA DE ATIVIDADES**

Tarefas/ Atividades	ANO 2022				ANO 2023									
	SET	OUT	NOV	DEZ	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT
Definição do Tema do Projeto														
Elaboração do Pré-Projeto														
Apresentação do Pré-Projeto														
Submissão do Projeto														
Revisão e Recolha Bibliográfica / Literatura														
Aplicação do Projeto de Estágio														
Realização do Estágio de Natureza Profissional														
Análise e tratamento de informação e dados														
Redação do Relatório Final														
Entrega do Relatório Final														

### REFEÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Berta, M., Lindgren, H., Christensson, K., Mekonnen, S., Adefris, M. (2019). Effect of maternal birth positions on duration of second stage of labor: systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 19(466), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2620-0>
- Bohren MA, Hofmeyr GJ, Sakala C, Fukuzawa RK, Cuthbert A Bohren MA, Hofmeyr GJ, Sakala C, Fukuzawa RK, Cuthbert A. (2017). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 7(CD003766). <http://doi.org/10.1002/14651858.CD003766.pub6>
- Louise L. K., Hannah, G. D., Rikke D. M. (2022). Expectations of the upcoming birth – A survey of women’s self-efficacy and birth positions. *Journal Elsevier*. 34(100783), 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2022.100783>
- Musie, M. R.; Peu, M. D.; Perma, V. B. (2019). Factors hindering midwives’ utilisation of alternative birth positions during labour in a selected public hospital. *African Journal of Primary Health Care & Family Medicine*. 11(1),1-8. <http://doi.org/10.4102/phcfm.v11i1.2071>
- OE. (2019a). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista n.º140/2019*. Diário da República n.º26/2019, Série II
- OE. (2019b). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica n.º 391/2019*. Diário da República n.º85/2019, Série II
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Combater a Desigualdade: da evidência à ação. Conselho Internacional de Enfermeiros*. ISBN 978-989-8444-09-7
- Paiva, E. F., Sthal, H. C., Paulino, V. C. P., Leite, G. R. (2018). Posições assumidas durante o parto normal: puérperas atendidas numa maternidade de Jataí-Goiás. *Revista Eletrônica Graduação/Pós-Graduação em Educação*. 14(4), 1-21. ISSN 1807-9342
- REPE. (2012). Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro. In (pp. 22). Lisboa: Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro
- República, A. d. (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
- Reyes, C. Y. M.; García, E. M.; Morales, M. D. H.; Martínez, A. L. M.; Molina, E. M.; Cubero, L. M. (2013). Comodidad materna y reducción del dolor en mujeres con posición fetal occipitoposterior durante el parto con el uso de las posturas de decúbito lateral y manos-rodillas: ensayo clínico aleatorizado. *Matronas Prof*. 14(1), 3-9. 1578-0740
- Roy, M. E. R.; Moreno, A. C.; Jimeno, J. F. (2014). Los posturas de lo mujer de parto en fase de expulsivo: revisión de la evidencia científica y recomendaciones. *Medicina Naturista*. 8(1), 23-30. ISSN 1576-3080



Apêndice B: Folheto informativo – Orientações Pós-Alta do Recém-Nascido e Mãe

### Licença Parental Inicial

Esta licença tem uma durabilidade até 120 ou 150 dias consecutivos e abrange as licenças parentais exclusivas da mãe e do pai. A cada um desses períodos pode crescer mais 30 dias, se a licença for partilhada entre os pais ou em caso de gémeos, acresce mais 30 dias por cada gémeo, além do primeiro.

Esta licença é remunerada a 100% do ordenado bruto para os 120 dias e 80% para os 150 dias.

Em casos de bebés prematuros ou com necessidade de internamento, existe também um acréscimo do período da licença parental inicial.

### Registo De Nascimento

O registo de nascimento é obrigatório e gratuito. Qualquer um dos progenitores o pode fazer, independentemente do seu estado civil. O bebé pode ser registado online ou presencialmente. Pode aceder ao site Nascimento Online, ou presencialmente, no Balcão Nascer Cidadão (se houver na maternidade) ou numa conservatória do registo civil, nos 20 dias após o nascimento.

### Curiosidades

O Programa Janela Aberta à Família é um projeto público e totalmente gratuito da Direção-Geral da Saúde, que ajuda os pais no esclarecimento de cuidados pré-natais e após nascimento do bebé. Ao inscrever-se, poderá receber informação apropriada para o período de crescimento do seu bebé.

Pode também aceder a informação sobre amamentação, cuidados com o bebé (banho, transporte, engasgamento e sinais de alerta) ou o papel dos pais, no "Guia para Pais", no portal SNS 24.



Enfermeira Estudante de Mestrado: Vanda Sequeira; Supervisor Clínico: EESMO Sérgio Carinhas; Orientador Doente: Prof. M<sup>o</sup> Luz Barros

## ORIENTAÇÕES NO PÓS ALTA - RECÉM-NASCIDO

- Marcar Consulta de Vigilância do Recém-Nascido, para os primeiros 15 dias de vida;
  - Marcar o Rastreio Neonatal (Teste do Pezinho) no Centro de Saúde, entre o 3<sup>o</sup> e o 6<sup>o</sup> dia de vida do bebé.
- Este Rastreio Neonatal permite, através da análise de gotas de sangue retiradas do calcanhar do bebé, identificar doenças que são clinicamente difíceis de diagnosticar nas primeiras semanas de vida e iniciar tratamento precocemente, se necessário. Atualmente, rastreiam-se 24 Doenças Hereditárias do Metabolismo, Hipotireoidismo Congénito e Fibrose Quística. Pode conhecer o resultado, 2 semanas após o rastreio, em [www.diagnostico precoce.pt](http://www.diagnostico precoce.pt). Contudo, caso exista alguma alteração, será contactado telefonicamente.
- Aos 2 meses de idade do bebé, deverá fazer a 2<sup>a</sup> dose da Vacina contra a Hepatite B (1<sup>a</sup> dose no Hospital) e a 1<sup>a</sup> dose das seguintes vacinas: contra a difteria, tétano e tosse convulsa (DTPa), Haemophilus influenzae tipo b (Hib), poliomielite (VIP), infeções por Streptococcus pneumoniae de 13 serotipos (Pn13) e Neisseria meningitidis B (MenB 1).
- Aconselha-se que siga o restante Plano Nacional de Vacinação.

## Normas De Segurança

- Transporte o bebé num sistema apropriado (cadeira ou alcaforçada) para a saída da maternidade;
- No carro use uma cadeira própria, voltada contra o trânsito, acomodada e fixa com cinto de segurança ou sistema ISOFIX, dando primazia aos lugares traseiros e sem airbag ativo;
- O bebé deve estar sempre sob vigilância de um adulto;
- Não deixe o bebé sozinho em cima da cama, sofá, bancadas ou no banho;
- Deite o bebé sempre de costas, em cama com grades protetoras, sem almofada;
- O bebé deve dormir com os pés junto ao fundo da cama, com os braços por cima da roupa de modo a não poder tapar a cabeça;
- Evitar ter junto do bebé líquidos quentes, brinquedos, almofadas ou objetos suscetíveis de acidentes;
- No banho, verifique sempre a temperatura da água (36-37<sup>o</sup> C);
- Proporcione um ambiente com uma temperatura amena, cerca dos 20<sup>o</sup>C, evite fontes de calor direcionadas ao bebé;
- Adeque o vestuário do bebé ao ambiente em que se encontra exposto.

## Sinais De Alerta Para Observação Médica

- Se o bebé recusa ou não demonstra interesse em mamar;
- Respiração dificultada;
- Agitação, vômitos ou febre.



## ORIENTAÇÕES NO PÓS ALTA - MÃE

A vigilância no Puerpério é de extrema importância para garantir o seu bem-estar, pelo que deve:

- Marcar Consulta do Puerpério entre a 4<sup>a</sup> e 6<sup>a</sup> semana após o parto;
- Nesta consulta ser-lhe-á dada informação e fornecidos métodos contraceptivos, se o desejar;
- Dirija-se ao Centro de Saúde, com frequência conforme indicação ao momento da alta, para avaliação da ferida cirúrgica, realizar penso (normalmente, 2 a 3 dias após) e eventual remoção de material de sutura (a partir do 10<sup>o</sup> dia da cirurgia);
- Dirija-se ao Centro de Saúde se sentir dificuldades no estabelecimento e manutenção do aleitamento materno;
- Aplique do seu próprio leite nos mamilos para prevenir fissuras, após cada mamada;
- Se sentir febre, vermelhidão ou secreção purulenta em alguma das mamas, deve dirigir-se ao Centro de Saúde ou ao Hospital.

### Contraceção no Pós-Parto

O período menstrual retoma cerca de 7 a 9 semanas após o parto. Se amamentar, pode demorar mais tempo, mas pode haver ovulação, pelo que pode engravidar! Utilize método contraceptivo!

A Amamentar, pode utilizar:

- Pílula Progestativa (Pílula da Amamentação) – iniciar até à 3<sup>a</sup> semana pós-parto;
- Preservativo;
- Implante ou Injetável - iniciar até à 3<sup>a</sup> semana pós-parto;
- DIU (Dispositivo Intra Uterino) – colocar entre a 4<sup>a</sup> a 6<sup>a</sup> semana pós-parto.

### Métodos Irreversíveis

- Laqueação de trompas (mulheres);
- Vasectomia (homens).

Apêndice C: Folheto Informativo – Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade - Liberdade de Movimentos durante o Trabalho de Parto

**Referências bibliográficas**

Cutler, L. (2012). A consideration of the positions women adopt for labour. *British Journal of Midwifery*, 20 (5), 346-350.

Direção de Serviços de Proteção da Doença e Promoção da Saúde - Núcleo sobre Género e Equidade em Saúde (2020). Cursos de preparação para o parto e parentalidade – ccpp e cursos de recuperação pós-parto – crpp: equidade na transição para a maternidade e a paternidade. Orientações 2020. Lisboa: Direção-Geral da Saúde

Fatia, A. & Tinoco, L. (2020). Trabalho de parto. In Nené, M. & Sequeira, C. (Eds), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (2ªed., pp. 308-320). Lisboa: LIDEL – Edições técnicas, Lda.

Gizzo, S., Gangi, S., Noventa, M., Bacile, B., Zambon, A. & Nardelli, G. (2014). Women’s Choice of Positions during Labour: Return to the Past or a Modern Way to Give Birth? *A Cohort Study in Italy*. *BioMed Research International*, 2014, 1-7. <http://doi.org/10.1155/2014/638093>

Londño, V., Castiblanco, J., Acosta, M. & Astudillo, N. (2018). Ventajas y desventajas del parto vertical en contraste con el parto horizontal: una revisión de la literature. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 20 (1), 1-14. <https://doi.org/10.11144/javeriana.ie20-1.vdvp>

Musie, M., Peu, M. & Perma, V. (2019). Factors hindering midwives’ utilisation of alternative birth positions during labour in a selected public hospital. *African Journal of Primary Health Care & Family Medicine*, 11 (1), 1-8. <http://doi.org/10.4102/phcfm.v11i1.2071>

Reyes, C., García, E., Morales, M., Martínez, A., Molina, E. & Cubero, L. (2013). Comodidad materna y reducción del dolor en mujeres con posición fetal occipitoposterior durante el parto con el uso de las posturas de decúbito lateral y manos-rodillas: ensayo clínico aleatorizado. *Matronas Prof.*, 14 (1), 3-9.

Roy, M., Moreno, A. & Jimeno, J. (2014). Los posturas de lo mujer de parto en fase de expulsivo: revisión de la evidencia científica y recomendaciones. *Medicina Naturista*, 8 (1), 23-30.

**LIBERDADE DE MOVIMENTOS DURANTE O TRABALHO DE PARTO E PARTO**



**Évora, dezembro de 2022**



**Aluna do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica:**  
 Enfermeira Vanda Sequeira, nº 50228  
**Supervisão Clínica:** Enfermeira ESMO Antónia Martins  
**Orientação:** Professora Luz Barros



**INTRODUÇÃO...A IMPORTÂNCIA DO TEMA!**

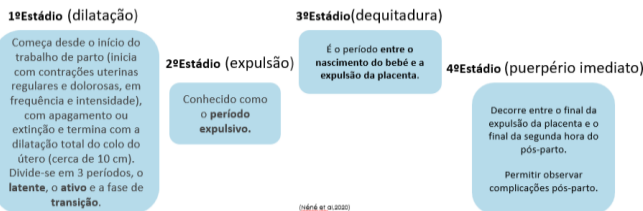
Segundo a Organização Mundial de Saúde, “Todas as mulheres têm direito ao mais alto padrão de saúde atingível, incluindo o direito a uma assistência digna e respeitosa durante toda a gravidez e o parto, assim como o direito de estar livre da violência e da discriminação.” (OMS, 2014, p. 2)

Assim, deve-se ter em conta não só a segurança perinatal, a prevenção da morbidade e da mortalidade materna, fetal e neonatal, mas também e tão ou mais importante, o respeito pelos direitos humanos fundamentais das mulheres, são exemplo a sua autonomia, dignidade, sentimentos, escolhas e preferências relacionadas com o parto. (DGS, 2020)

A mulher tem o direito de escolher como quer parir, as posições e movimentos que considere mais vantajosos para a progressão do seu trabalho de parto e parto. Isto permite à mulher sentir-se capacitada, envolvida nos cuidados, empoderada e consequentemente viver uma experiência de parto mais positiva.

Os profissionais de saúde, principalmente da área da Saúde Materna e Obstétrica desempenham um papel importante, devendo transmitir orientações e informações para assegurar tomadas de decisão conscientes e informadas contribuindo para a satisfação da mulher, nesta etapa tão importante da sua vida.

**ESTÁDIOS DO TRABALHO DE PARTO**



**A REFLETIR...isto é o nosso objetivo!**

**A escolha...é da MULHER!**

- ▶ Todo o processo que envolve o trabalho de parto e o nascimento em si, é um momento singular para as mulheres.
- ▶ A evidencia científica mostra que são inúmeras as vantagens da liberdade de movimentos e de posturas de parto verticalizadas comparativamente às não verticalizadas, o que inevitavelmente pressupõe uma reflexão e ajuste das práticas clínicas, para melhoria dos cuidados.
- ▶ O consentimento informado, livre e esclarecido nestas matérias, significa não apenas a possibilidade de concretização de escolhas feitas pelas mulheres/e casais, sempre que as condições de proteção da saúde e vida da grávida/feto/criança o permitam, mas também o direito à informação quanto aos motivos de tomadas de decisão exigidas pelos preceitos da boa prática clínica. (DGS, 2020)
- ▶ As mulheres necessitam de ser dotadas de conhecimentos, para que, possam ser encorajadas e empoderadas em tomadas de decisões informadas e conscientes. Assim, é possível proporcionar às mulheres, um ambiente e uma assistência que potencie as suas escolhas, quanto à postura que mais se adequa às suas necessidades para parir, seja em conforto e/ou segurança, sem imposições.



## Experiência e satisfação das mulheres com liberdade de movimentos durante o trabalho de parto

### POSIÇÕES PARA O TRABALHO DE PARTO E PARTO

► O conhecimento intuitivo das mulheres desde há séculos, tanto em diferentes culturas como épocas, é o de parir em posições com liberdade de movimento. (Roy et al., 2014).

► Antigamente, a maioria das mulheres davam à luz em várias posições alternativas de parto, desde sentadas, em pé, de cócoras, ajoelhadas, apoio dos quatro membros e posições de decúbito lateral. (Musie, et. al., 2019).

► A imobilidade, durante o trabalho de parto foi surgindo, para conforto dos profissionais de saúde. (Roy et al., 2014)

► A liberdade de movimentos e a adoção de alterações posturais são de extrema importância para um parto e nascimento fisiológico, pois facilitam o trabalho de parto, favorecendo a força da gravidade, estando, por isso, associados a melhores resultados maternos e neonatais. (Musie, et. al., 2019).

#### POSIÇÃO DE LITOTOMIA



Decúbito dorsal com a cabeça elevada a 30º e com as pernas apoiadas nos suportes. É a posição mais utilizada, porém não a mais recomendada.

**Vantagem:** Melhor visualização do canal de parto, da progressão fetal e do períneo pelo EESMO/obstetra; Maior facilidade a monitorização fetal.

**Desvantagens:** Implica a imobilidade do osso sacro e dos estreitos no canal de parto, fazendo o bebé mais força nas costas da mãe do que no colo do útero; Promove uma maior compressão da artéria aorta, dificultando a oxigenação fetal; Posicionamento supino está diretamente relacionado um aumento da percepção da dor por parte da mulher, aumento de solicitação de analgesia; Aumento da duração do trabalho de parto; Maior duração da descida, rotação e expulsão fetais – mais força para a expulsão – maior risco de laceração ou necessidade de episiotomia (lesões perineais); RN com índice de APGAR tendencialmente mais baixo.

### POSIÇÕES VERTICALIZADAS

#### POSIÇÃO SEMI-SENTADA



#### POSIÇÃO ERETA / DE PÉ



#### POSIÇÃO DE CÓCORAS



#### POSIÇÃO LATERAL



#### POSIÇÃO DE QUATRO APOIOS



#### POSIÇÃO SENTADA



### VANTAGENS DAS POSIÇÕES VERTICALIZADAS E LIBERDADE DE MOVIMENTOS

- Total liberdade de movimentos durante o trabalho de parto e parto;
- Maior conforto para a mulher;
- A ação da gravidade facilita a expulsão do feto;
- Menor tempo de trabalho de parto pois é potenciado pela gravidade;
- Menor compressão dos vasos sanguíneos centrais (Aorta e Veia Cava);
- Melhores resultados em termos de Tensão arterial materna, irrigação sanguínea da placenta e pH fetal;
- Alinhamento fetal aos ângulos e diâmetros pélvicos da mulher, pelo alargamento destes últimos;
- Aumento da eficácia das contrações;
- Menor desconforto e dificuldade nos puxos, maior tolerância à dor,
- Diminuição da solicitação de analgesia;
- Aumento do índice de APGAR do RN;
- Menor intervenção profissional;
- Diminuição de partos instrumentalizados;
- Diminuição de lacerações graves e menor necessidade de episiotomia;
- Aumento da satisfação e atitude ativa da mulher.

### PARTO HUMANIZADO

- ✦ É o respeito pela decisão da mulher.
- ✦ A possibilidade de ser um parto sem farmacologia, com hidroterapia, musicoterapia, aromaterapia, com uso de bola de Pilates ou outros.
- ✦ Cada mulher deve ter a liberdade de se movimentar livremente e de escolher a posição que lhe é mais confortável durante o trabalho de parto e parto.
- ✦ Humanizar o parto consiste na devolução do protagonismo às mulheres.
- ✦ É dar voz às mulheres e colocá-las na hierarquia do acontecimento.
- ✦ É saber quais são os vossos anseios, desejos e medos para o acontecimento mais marcante das vossas vidas.
- ✦ É ouvir a vossa opinião e respeitar as escolhas e, acima de tudo, é fornecer a informação necessária para que possam tomar decisões de forma consciente e informada.



### VANTAGENS DA DEAMBULAÇÃO NO TRABALHO DE PARTO

A deambulação durante o trabalho de parto, tem vindo a ser uma prática cada vez mais adotada, pois existem evidências científicas do seu benefício para a mãe e bebé, tais como:

- Regularizar as contrações;
- Encurtar o tempo do trabalho de parto;
- Favorece a descida do bebé;
- Promove alívio da dor das contrações ou pelo menos aumento da tolerância;
- Redução do uso de analgesia;
- Conforto materno;
- Maior interação com o acompanhante;
- Reduz intervenções médicas;
- Promove contrações uterinas mais eficazes;
- Prevenção e diminuição do trauma perineal;
- Promove um fluxo sanguíneo placentário mais abundante, devido à melhor circulação sanguínea, mantendo o intercâmbio materno-feto-placentários;
- Melhora a oxigenação fetal;
- Promove o autocontrolo e relaxamento;
- Favorece o ajuste da cabeça fetal na bacia materna.

### Desvantagens / Contraindicações

- Aumento da vigilância pela equipa multidisciplinar da monitorização do feto e da parturiente;
- Epidural;
- Ainda não é uma prática muito adotada em alguns serviços;
- Parturientes que ingerem fármacos anticoagulantes;
- Placenta prévia com possível hemorragia;
- Em caso de sofrimento fetal e/ou alteração do estado de saúde da mãe.



Apêndice D: Folheto informativo – Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade – Mala para a Maternidade Mãe/ Bebê

#### PARA O BEBÉ

- 2 gorros (um maior que outro);
- 1 Manta;
- 3 Fraldas de pano;
- 4/5 Bodies interiores;
- 4/5 Conjuntos exteriores;
- 4/5 Botinhas / meias / calça com pé;
- Toalha de banho;
- 1 Lima de cartão (cuidados às unhas do bebé);
- 1 Escova / Pente de cabelo;
- Pelo menos Fraldas;
- Produtos de higiene para bebé (opcional).

**Dia da Alta:** Cadeira de transporte homologada para o carro.

#### Nota:

- Deve ter a primeira roupa do bebé separada, com acesso fácil (gorro, body, calças com pé, conjunto exterior, manta e fralda);
- Deve retirar etiquetas e lavar as roupas com um detergente neutro;
- Deve priorizar roupas de algodão, de linho, macias, sem elásticos e fáceis de vestir;
- Deve adequar sempre a roupa à estação do ano.

#### Referências bibliográficas

Aguar P., Almeida, I., Almeida, M. C., Beça, D., Diegues, I., Oliveira, M.G., Prazeres, S. & Prazeres, V. *Programa Nacional para a Gravidez de Baixo Risco*. Gráfica Matadouro. Lisboa. 2015. ISBN 978-972-675-233-2

Nené, M., Marques, R., & Batista, M. *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. LIDEL. Lisboa. p.438-442. 2018 ISBN 9789897521461

Neves, I. *Obstetrícia Fundamental*. LIDEL. Lisboa. p.283-289. 2020. ISBN 9789897523397

**Aluna do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica:**

Enfermeira Vanda Sequeira, nº 50228

Supervisão Clínica: Enfermeira ESMO Antónia Martins

Orientação: Professora Luz Barros



## MALA PARA A MATERNIDADE

### MÃE / BEBÉ



A mala para a maternidade deve conter todo o material que irá necessitar para o seu conforto e do bebé.

Évora, dezembro de 2022

#### QUANDO E COMO PREPARAR A MALA?

Deve preparar a mala para a maternidade com antecedência, cerca das 35 ou 36 semanas, é uma boa altura para o fazer.

Assim, vai garantir que não lhe faltam pertences essenciais e terá tempo para aprovisionar pormenores que lhe possam surgir.

Elabore uma lista ou verifique uma com que se identifique para a ajudar a estruturar o que vai precisar, com calma.

Tenha em consideração que, em média, para partos por via vaginal o tempo de internamento são de dois dias e para cesarianas, três dias.

Opte por uma mala simples e prática. Se lhe for facilitador, prepare uma mala para a mãe e outra para o bebé.

Não inclua objetos de valor.



#### O QUE LEVAR NA MALA DE MATERNIDADE?

##### ❖ PARA A MÃE

- 2/3 Camisas de dormir ou pijama com abertura frontal (facilitador para amamentação);
- 1 Robe;
- Chinelos de quarto e/ou chinelos de banho;
- Produtos de higiene pessoal (champô, gel de banho, escova e pasta de dentes, entre outros do seu agrado);
- Roupa interior (cuecas e soutiens de amamentação - preferencialmente de algodão, ou outra do seu agrado);
- 2/3 Toalhas de rosto e/ou banho para higiene pessoal;
- Pensos higiénicos de alta absorção (pós-parto);
- Roupa do seu agrado para o dia da alta e regresso a casa;
- Medicação habitual;
- Elástico de cabelo (opcional);
- Creme e discos protetores para os mamilos (opcional).

##### DOCUMENTOS

- Boletim de saúde da grávida;
- Análises, ecografias ou outros exames da gravidez;
- Documentos Pessoais (Cartão de Cidadão e, se se aplicar, cartão de subsistema ou seguro de saúde).



Apêndice E: Folheto informativo – Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade –  
Fisiologia do Puerpério e Cuidados de Enfermagem



**SEXUALIDADE E CONTRAÇÃO NO PUERPÉRIO / PÓS-PARTO**

A primeira menstruação pós-parto demora cerca de 6 a 8 semanas a aparecer em mulheres que não amamentam e 3 a 4 meses em mulheres que amamentam. O momento da primeira ovulação e menstruação são imprevisíveis. A amamentação atrasa a sua ocorrência, mas não é preventiva de uma nova gravidez, pelo que deve iniciar método contraceptivo precocemente. A escolha do método contraceptivo deve ter em conta a escolha da mulher (método anterior, satisfação e eficácia, bem como o que pretende atualmente), o tipo de aleitamento, a existência de possíveis contraindicações e a altura ideal para o seu início.

Em mulheres a amamentar, com  $\geq 6$  semanas de pós-parto, saudáveis e sem fatores de risco, é aconselhado o uso de contraceptivos progestativos (pilula progestativa e implante subcutâneo). Entre as 6 semanas a 6 meses, acresce a possibilidade do uso de injetável, sistema ou dispositivo intrauterino. Com 6 meses, o uso de qualquer método é possível.

Em mulheres que não amamentam, com  $\geq 21$  dias de pós-parto, saudáveis e sem fatores de risco, é aconselhado o uso de contraceptivos progestativos (pilula progestativa e implante subcutâneo), injetável ou implante subcutâneo. Entre os 21 a 42 dias, acresce o sistema ou dispositivo intrauterino. Com 42 dias, o uso de qualquer método é possível.

Mulheres que amamentam podem sentir a sua sexualidade alterada, sentindo o seu interesse pela relação sexual diminuído nas primeiras semanas e posteriormente igual ou aumentado. O reinício das relações sexuais é de exclusiva escolha da mulher, desde que se sinta confortável, contudo recomenda-se que seja após a primeira consulta pós-parto, que deve ocorrer até à 6ª semana.

**Referências bibliográficas**

Sociedade Portuguesa da Contraceção. (2020). Consenso sobre Contraceção 2020. Guimarães: Sociedade Portuguesa da Contraceção. [https://www.spcc.pt/images/SPDC\\_Consenso\\_2020\\_27Nov\\_Final\\_web\\_versao\\_livro\\_digital.pdf](https://www.spcc.pt/images/SPDC_Consenso_2020_27Nov_Final_web_versao_livro_digital.pdf)

Ferreira, A. (2020). Fisiologia do Puerpério. In Nené, M. & Sequeira, C. (Eds), Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (2ªed., pp. 438-443). Lisboa: LIDEL – Edições técnicas, Lda.

Leitão, M. (2020). Alterações Fisiológicas no Puerpério. In Nené, M. & Sequeira, C. (Eds), Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (2ªed., pp. 443-454). Lisboa: LIDEL – Edições técnicas, Lda

Santos, M. & Batista, M. (2020). Necessidades em Cuidados de Enfermagem da Puérpera e Recém-nascido. In Nené, M. & Sequeira, C. (Eds), Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (2ªed., pp. 455-472). Lisboa: LIDEL – Edições técnicas, Lda

Vilksa, F., Pinto, I. & Pacheco, A. (2020). Puerpério: alterações fisiológicas e complicações. In Neves, J. (Coord), Obstetrícia Fundamental (2ªed., pp. 438-443). Lisboa: LIDEL – Edições técnicas, Lda

**PUERPÉRIO / PÓS-PARTO**

Considera-se como o período desde o nascimento até às 6 semanas pós-parto, em que ocorrem alterações fisiológicas, anatómicas e psicológicas promotoras do retorno ao estado pré-gravídico da mulher, com adaptações para estar preparada para a amamentação. Divide-se em **3 fases**:

**Imediato**: primeiras 24h pós-parto;

**Precoce**: até ao final da 1ª semana;

**Tardio**: até ao final da 6ª semana.

Nesta fase, pela diminuição da concentração hormonal, as alterações fisiológicas que ocorreram durante a gravidez, tendem progressivamente a regressar à sua normalidade em todos os sistemas orgânicos, provocando alterações fisiológicas e psicológicas na mulher.

Deste modo, os cuidados de enfermagem serão centrados na avaliação individualizada de cada puérpera, na prevenção de complicações e promoção do seu autocuidado e bem-estar.

**FISIOLOGIA DO PUERPÉRIO / PÓS-PARTO E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM**

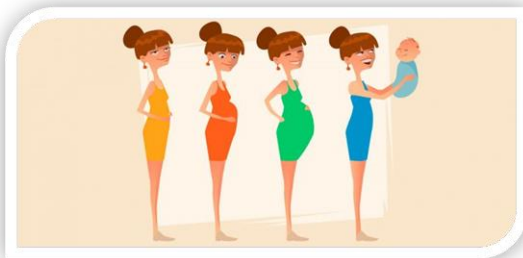
**Útero**

**Involução uterina** – retorno do útero ao estado anterior à gravidez com redução progressiva das suas dimensões e peso, através da contração do seu musculo liso. Varia de mulher para mulher (em cesarianas e múltiparas, este processo ocorre mais lentamente) e muitas vezes com dor associada, que intensifica aquando da amamentação como resultado da libertação de oxitocina, o que por sua vez, acelera o processo pois esta promove a contração uterina. A quantidade de lóquios (perdas vaginais) aumenta durante a amamentação pela mesma razão.

Após o parto, o útero é palpável ao nível do umbigo, no final da 1ª semana ao nível da sínfise púbica e na 4ª semana regressa ao seu tamanho normal. Atinge o seu peso normal até à 6ª semana. A equipa de enfermagem avaliará várias vezes a involução uterina para despiste de complicações.



**FISIOLOGIA DO PUERPÉRIO E CUIDADOS DE ENFERMAGEM**



**Évora, janeiro de 2023**

*Conte connosco para a ajudar nesta fase de transição para a parentalidade, para prevenir complicações e promover a sua autonomia no seu autocuidado, bem como no cuidado ao seu bebé.*

**Aluna do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica:**

Enfermeira Vanda Sequeira, nº 50228

**Supervisão Clínica:** Enfermeira ESMO Antónia Martins

**Orientação:** Professora Luz Barros



**Lóquios**

Os lóquios são perdas de sangue vaginais pós-parto, decorrentes da descamação do útero, presentes até cerca da 4ª semana pós-parto. Estes vão variando nas suas características ao longo do tempo, sendo que:

- ☞ **Hemáticos - Lochia rubra** – cor vermelho vivo, durante os primeiros 5 dias;
- ☞ **Sero-hemáticos - Lochia serosa** – de cor rosada a acastanhada (sangue envelhecido), entre os 5 e os 10 dias;
- ☞ **Serosos - Lochia alba** – de coloração amarela a translúcida, aspeto mucoso e espessos, após os 10 dias.

O fluxo de lóquios nas primeiras horas pós-parto é mais intenso (idêntico ao fluxo menstrual abundante), podendo acompanhar-se de coágulos, diminuindo gradualmente com o tempo, principalmente após as primeiras 24 horas.

A persistência de lóquios entre a 4ª e 6ª semana poderá ser suspeito de infeção (endometrite) e apresentarão cheiro desagradável/fétido.

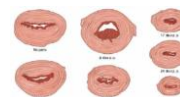


**Vagina**

Recupera de forma gradual a sua tonicidade muscular e as suas dimensões, adquirindo as pregas vaginais e espessamento normal entre as 3 e 8 semanas pós-parto. Devido à diminuição de estrogénios existe um estreitamento da mucosa vaginal, podendo a dispareunia (desconforto na relação sexual) e a diminuição da lubrificação persistir até se retomar a função ovárica. Aconselha-se o uso de lubrificantes.

**Colo uterino**

O colo uterino vai encerrando progressivamente, voltando à sua consistência firme e readquirindo a sua forma até à 6ª semana, excetuando o orifício externo que pós-parto se apresenta com uma fenda transversal em vez de puntiforme.



## Experiência e satisfação das mulheres com liberdade de movimentos durante o trabalho de parto

### Períneo

Nos primeiros dias, é normal que esteja edemaciado, especialmente na zona da episiorrafia (cicatriz do corte) ou da sutura do períneo (no caso de lacerações). Pode existir a presença de hematomas ou equimoses (nódoa negra). É normal sentir dor e desconforto, principalmente ao andar ou sentada, execute crioterapia (aplicação de gelo) de 8/8h, 15 minutos. Mantenha a zona bem higienizada (água e sabão) e bem seca. Troque de penso higiênico a cada ida ao WC, promova a cicatrização e diminui o risco de infeção. Maioritariamente, os pontos aplicados caem por si por volta do 8º-10º dia. Não aplique pomadas que humedecem a zona. Promova os posicionamentos laterais e antes de se sentar, contraia a região glútea (nádegas) para alívio da dor.

### Musculatura Pélvica e Parede Abdominal

A tonicidade dos músculos pélvicos vai sendo retomada gradualmente, podendo ir até aos 6 meses e a parede abdominal pode levar cerca de 6-7 semanas a recuperar. A capacidade de recuperação depende de vários fatores como o tônus muscular anterior, a prática de exercício físico adequado e a quantidade de tecido adiposo (gordura). Deve fazer exercícios de contração muscular em redor da vagina e ânus para fortalecer o pavimento pélvico e prevenir incontinência, pode executá-los logo no dia seguinte ao parto. Da mesma forma, deve realizar exercícios como contrair os músculos abdominais alguns segundos quando expira e em seguida relaxar, várias vezes ao dia, para ajudar a tonificar a musculatura abdominal. O exercício físico pós-parto é benéfico. Para corrigir a flacidez abdominal e o contorno corporal, pode iniciar exercícios 2 semanas após o parto normal, primeiramente com poucos minutos, até atingir 20/30 minutos diários e depois seguir com uma prática desportiva normal. No caso das cesarianas, só devem ser iniciados 6 semanas depois.

Evite esforços ou levantar pesos. Utilize, se quiser, a cinta apenas nos primeiros dias e de forma a que ajuste e aconchegue o abdómen, colocando-a abaixo do umbigo. Se muito apertada dificulta a recuperação do abdómen.



### Sistema Endócrino

Após o parto iniciam-se alterações hormonais, diminuindo os níveis de estrogênio e progesterona, e aumentando os de prolactina, o que leva a que se verifique o ingurgitamento mamário entre o 3º e 4º dia. Os níveis de prolactina mantêm-se elevados em resposta à amamentação, pela estimulação da sucção mamilar.

O restabelecimento do ciclo menstrual é variável. Em mulheres que amamentam pode surgir entre o 2º e o 18º mês e nas que não amamentam cerca da 6ª-8ª semana pós-parto.

### Sistema Gastrointestinal

Após o nascimento a mulher sente necessidade de se alimentar e deve iniciar uma dieta ligeira até à recuperação do parto e depois normal. Deve reforçar a ingestão hídrica e adotar uma alimentação equilibrada, rica em alimentos frescos.

Após o parto, a função intestinal e peristaltismo que durante a gravidez estava comprometida, tende a regularizar. Mulheres submetidas a cesarianas pode ser um processo mais lento. Inicialmente, é normal sentir desconforto devido à maior sensibilidade do períneo (episiotomia, lacerações) e as hemorroidas (varizes anais), ficam exacerbadas devido ao esforço do parto. A perda de sangue vivo ao evacuar, nesta fase, pode ser normal. Se necessário, faça crioterapia, higienização com água fria a morna, adote posições de maior conforto, inclusive sentada pode usar almofada com buraco e/ou terapêutica prescrita.



### **COMPLICAÇÕES PUERPÉRIO / PÓS-PARTO**

**Hemorragia Pós-Parto:** quando ocorrem perdas superiores a 500ml de sangue para partos vaginais e a 1000ml para cesarianas. As hemorragias são consideradas como **imediatas/primárias** aquando nas primeiras 24h ou **tardias/secundárias** após as 24h e até às 12 semanas pós-parto. Estão associadas a atonia uterina, traumas do canal de parto, retenção de fragmentos da placenta ou coagulopatias (distúrbios da coagulação sanguínea). As hemorragias são situações de urgência e a principal causa de morbimortalidade materna.

A vigilância dos lóquios e o seu cheiro é importante para despiste de infeção.

### Mamas

Nas primeiras 24h, estão moles e segregam colostro (líquido amarelado). Gradualmente ficam mais pesadas e cheias. O **ingurgitamento mamário** é o seu endurecimento, com aumento da sensibilidade, calor e dor. Relaciona-se com o início da produção de leite, entre as 24-72h pós-parto, com pico de sintomatologia entre o 3º-5º dia, sendo aí a produção de leite superior.

Existe a possibilidade de os mamilos gretarem com as mamadas, não aplique pomadas hidratantes. Aplique colostro no final da mamada e mantenha-os secos com compressas de tecido não tecido e em caso de necessidade, aplique um cicatrizante. Se necessário, faça terapêutica prescrita para alívio da dor.



### Sistema Hematológico

Existe aumento dos fatores de coagulação durante a gravidez e no pós-parto, pelos danos vasculares e imobilidade. Assim, nas primeiras 6 semanas pós-parto o risco de tromboembolismo (formação de coágulos sanguíneos) é aumentado, principalmente no caso de cesarianas. Devido às perdas sanguíneas a hemoglobina e plaquetas encontram-se baixas e os leucócitos aumentam.

### Sistema Urinário

Até à 6ª semana após parto as suas funções e características voltam progressivamente ao normal. Existe maior produção de urina para corrigir alterações e nesta fase está associado maior risco de infeção urinária.

### Sistema Cardiovascular

A pressão arterial nos primeiros dias pós-parto eleva-se pelo que existe um aumento da resistência vascular pela descompressão da veia cava. Porém, nas duas semanas seguintes regulariza.

→ **Infeções no Puerpério:** Nas primeiras 24h, é frequente febre, que reverte espontaneamente. Define-se como febre puerperal a temperatura  $\geq 38^\circ\text{C}$  entre o 2º-10º dia pós-parto. Pode estar associada a endometrite, mastite, infeção da ferida cirúrgica ou episiotomia, infeção urinária e pneumonia de aspiração.

→ **Fenómenos Tromboembólicos:** são exemplos a trombose venosa profunda (geralmente caracterizada por dor, rubor e edema nos membros inferiores) ou o tromboembolismo pulmonar. A gravidez está associada a um maior risco destas situações, porém no puerpério é acrescido. São fatores predisponentes, a idade  $\geq 35$  anos, obesidade, tabagismo, cesariana, trombofilias hereditárias, gravidez gemelar, hidrâmnios, hemorragia pós-parto, antecedentes tromboembólicos, insuficiência venosa profunda, doenças crónicas e/ou imobilização.

→ **Alterações Psiquiátricas:** o puerpério é um período bastante vulnerável e suscetível pelas alterações físicas, psicológicas e de estrutura familiar e social que se impõem. Períodos de repouso são de extrema importância para evitar fadiga extrema e instalação de sintomas depressivos. Estas alterações dividem-se em 3 categorias, conforme a intensidade e severidade dos sintomas.

**Blues Pós-Parto** – alterações do humor, choro fácil, ansiedade e irritabilidade, surge nos primeiros dias após o parto consequência das alterações hormonais e exaustão. Não necessita de tratamento, descanso e suporte familiar de apoio são o essencial, revertendo em cerca de 2 semanas.

**Depressão Pós-Parto** – estado depressivo que surge no 1º ano pós-parto. Inicia-se cerca de 2 semanas a 3 meses pós-parto e o tratamento inclui terapêutica e terapia cognitivo-comportamental.

**Psicose Puerperal** - manifestações delirantes de início abrupto, durante as primeiras 6 semanas pós-parto. Sintomas depressivos severos, maníacos e psicóticos, alucinações, crises de choro, ansiedade e angústia, estado confusional, desorientação e comportamento bizarro.

**Se no puerpério se identificar com algum destes quadros, peça ajuda a um profissional de saúde.**

Apêndice F: Plano de Sessão – Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade – Liberdade de Movimentos durante o Trabalho de Parto

### PLANO DE SESSÃO

<b>NOME DA ATIVIDADE / TEMA:</b>	PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE - LIBERDADE DE MOVIMENTOS DURANTE O TRABALHO DE PARTO E PARTO -
<b>LOCAL:</b>	Unidade de Saúde Familiar Planície
<b>DATA:</b>	21/12/2022
<b>HORA:</b>	17h30
<b>DURAÇÃO:</b>	Aproximadamente 45 a 60 minutos
<b>POPULAÇÃO – ALVO:</b>	Mulheres grávidas e respetivos conviventes significativos a frequentar a classe de Preparação para o Parto e Parentalidade na USF Planície
<b>DINAMIZADORES:</b>	Aluna de Mestrado de Enfermagem Saúde Materna e Obstétrica, Enf.ª Vanda Sequeira;  Supervisora Clínica: Enfermeira ESMO Antónia Martins, Professora Adjunta Convidada.
<b>OBJETIVOS:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Promover comportamentos saudáveis e preparar as grávidas/pessoa significativa para o nascimento, aumentando a confiança das mulheres na sua habilidade para ter filhos;</li><li>▪ Informar e preparar as grávidas/pessoa significativa para lidar com o processo do parto e para exercerem o consentimento informado, esclarecido e livre;</li><li>▪ Dar a conhecer e esclarecer as diferentes fases do trabalho de parto e tipos de parto.</li></ul>
<b>RECURSOS E EQUIPAMENTOS (MATERIAIS E HUMANOS):</b>	<b>Recursos Humanos:</b> - 1 ou 2 EESMO;  <b>Recursos Materiais:</b> - Cadeiras / Colchões;

DESENVOLVIMENTO DA SESSÃO					
Etapas	Conteúdo	Método	Recursos Materiais	Duração	Avaliação
<b>Introdução</b>	Cumprimentos iniciais; Explicação da sessão a desenvolver; Despertar motivação e interesse para a sessão; Apresentação dos objetivos da sessão.	Interativo Expositivo Participativo	- Cadeiras / Colchões; - Computador Portátil; - Projetor de imagem; - PowerPoint de apoio; - Panfleto informativo.	10 minutos	Questionar sobre compreensão da sessão;  Avaliar a motivação e interesse da população alvo: expressão facial, envolvimento, participação e volição para iniciar a atividade;  Observação.
<b>Desenvolvimento</b>	Execução da Sessão – Liberdade de Movimentos durante o Trabalho de Parto e Parto.	Ativo Expositivo Participativo	- Cadeiras / Colchões; - Computador Portátil; - Projetor de imagem; - PowerPoint de apoio; - Panfleto informativo.	30/40 minutos	Observação da interação e do envolvimento do grupo alvo.
<b>Conclusão</b>	Promover momento para que o grupo expresse as suas opiniões, dúvidas e	Ativo Interrogativo	- Cadeiras / Colchões; - Computador Portátil;	10 minutos	Observação dos conhecimentos do grupo alvo.

Apêndice G: Apresentação Expositiva – Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade - Liberdade de Movimentos durante o Trabalho de Parto



## Sessão de Preparação para o Parto e Parentalidade

### - LIBERDADE DE MOVIMENTOS DURANTE O TRABALHO DE PARTO E PARTO -

dezembro, 2022



**Supervisão Clínica:** Enfermeira ESMO Antónia Martins, Professora Adjunta Convidada

**Orientação:** Professora Luz Barros

Aluna de Mestrado de Enfermagem Saúde Materna e Obstétrica

Enf.ª Vanda Sequeira, Nr. 50228

## Introdução...A importância do tema!

- ▶ Segundo a Organização Mundial de Saúde, “Todas as mulheres têm direito ao mais alto padrão de saúde atingível, incluindo o direito a uma assistência digna e respeitosa durante toda a gravidez e o parto, assim como o direito de estar livre da violência e da discriminação.” (OMS, 2014, p. 2)
- ▶ Assim, deve-se ter em conta não só a segurança perinatal, a prevenção da morbilidade e da mortalidade materna, fetal e neonatal, mas também e tão ou mais importante, o respeito pelos direitos humanos fundamentais das mulheres, são exemplo a sua autonomia, dignidade, sentimentos, escolhas e preferências relacionadas com o parto. (DGS, 2020)
- ▶ A mulher tem o direito de escolher como quer parir, em que ambiente e posições e movimentos que considere mais vantajosos para a progressão do seu trabalho de parto e parto. Isto permite à mulher sentir-se capacitada, envolvida nos cuidados, empoderada e consequentemente viver uma experiência de parto mais positiva.
- ▶ Os profissionais de saúde, principalmente da área da Saúde Materna e Obstétrica desempenham um papel importante uma vez que devem transmitir orientações e informações para assegurar que as mulheres tomam decisão conscientes e informadas contribuindo esse facto, para o seu grau de satisfação nesta etapa tão importante da sua vida.



## Estádios do trabalho de parto

### 1º Estádio (dilatação)

Começa desde o início do trabalho de parto (inicia com contrações uterinas regulares e dolorosas, em frequência e intensidade), com apagamento ou extinção e termina com a dilatação total do colo do útero (cerca de 10 cm). Divide-se em 3 períodos, o **latente**, o **ativo** e a fase de **transição**.

### 2º Estádio (expulsão)

Conhecido como o **período expulsivo**.

### 3º Estádio (dequitação)

É o período **entre o nascimento do bebé e a expulsão da placenta**.

### 4º Estádio (puerpério imediato)

Decorre entre o final da expulsão da placenta e o final da segunda hora do pós-parto.

Permitir observar complicações pós-parto.

[Néné et al. 2020]



## Posições para o Trabalho de Parto e Parto

### POSIÇÕES VERTICALIZADAS

- ▶ O conhecimento intuitivo das mulheres desde há séculos, tanto em diferentes culturas como épocas, é o de parir em posições com liberdade de movimento. (Roy et al., 2014).
- ▶ Antigamente, a maioria das mulheres davam à luz em várias posições alternativas de parto, desde sentadas, em pé, de cócoras, ajoelhadas, apoio dos quatro membros e posições de decúbito lateral. (Musie, et. al., 2019).
- ▶ A imobilidade, durante o trabalho de parto, é um evento relativamente recente e, foi surgindo, para conforto dos profissionais de saúde. (Roy et al., 2014)
- ▶ A liberdade de movimentos e a adoção de alterações posturais são de extrema importância para um parto e nascimento fisiológico, pois facilitam o trabalho de parto, favorecendo a força da gravidade, estando, por isso, associados a melhores resultados maternos e neonatais. (Musie, et. al., 2019).

## Posição de litotomia



Decúbito dorsal com a cabeça elevada a 30° e com as pernas apoiadas nos suportes. É a posição mais utilizada, porém não é a mais recomendada.

### Vantagem:

- Melhor visualização do canal de parto, da progressão fetal e do períneo pelo EESMO/ obstetra;
- Maior facilidade a monitorização fetal.

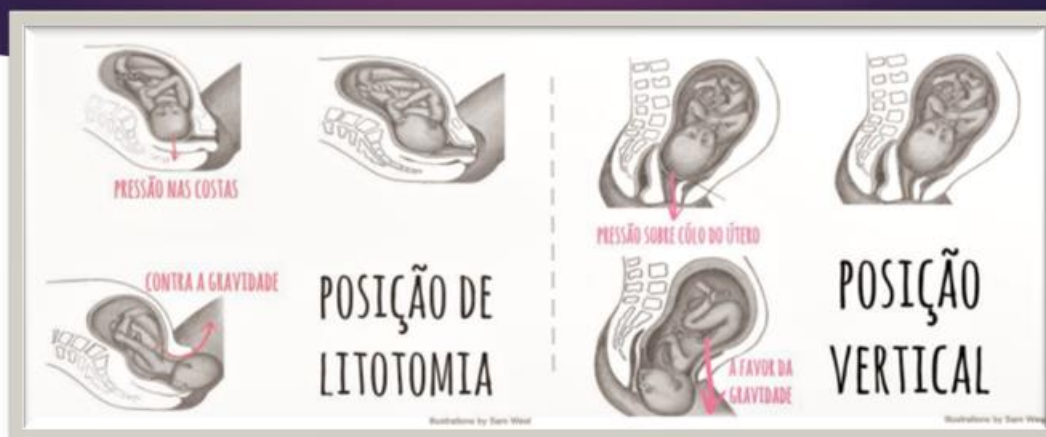
### Desvantagens:

- ▶ Implica a **imobilidade do osso sacro e dos estreitos no canal de parto**, fazendo o bebê mais força nas costas da mãe do que no colo do útero;
- ▶ Promove uma maior compressão da artéria aorta, **dificultando a oxigenação fetal**;
- ▶ Posicionamento supino está diretamente relacionado um **aumento da percepção da dor** por parte da mulher, aumento de solicitação de analgesia;
- ▶ **Aumento da duração do trabalho de parto**;
- ▶ Maior duração da descida, rotação e expulsão fetais – mais força para a expulsão – maior risco de laceração ou necessidade de episiotomia (**lesões perineais**);
- ▶ RN com **Índice de Apgar tendencialmente mais baixo**.



## Vantagens das Posições Verticalizadas e Liberdade de Movimentos

- ▶ Total liberdade de movimentos durante o trabalho de parto e parto;
- ▶ Maior conforto para a mulher;
- ▶ A ação da gravidade **facilita a expulsão do feto**;
- ▶ Menor tempo de trabalho de parto pois é potenciado pela gravidade;
- ▶ Menor compressão dos vasos sanguíneos centrais (como a Aorta e Veia Cava);
- ▶ Melhores resultados em termos de **Tensão arterial materna, irrigação sanguínea da placenta e pH fetal**;
- ▶ Alinhamento fetal aos ângulos e diâmetros pélvicos da mulher, **pelo alargamento** destes últimos;
- ▶ Aumento da eficácia das contrações;
- ▶ Menor desconforto, maior tolerância à dor, menor dificuldade nos puxos;
- ▶ Diminuição da solicitação de **analgésia**, diminuição da necessidade de intervenções;
- ▶ Aumento do índice de **APGAR** do RN;
- ▶ Menor intervenção profissional;
- ▶ Diminuição de partos instrumentalizados;
- ▶ Menor traumatismo do **períneo**: diminuição de lacerações graves e menor necessidade de episiotomia;
- ▶ Aumento da satisfação e atitude ativa da mulher.



## Posição de semi-sentada

A mulher encontra-se numa cama inclinável, com um suporte para apoiar os pés.

- ▶ Conforto da mulher;
- ▶ Melhora a abertura do canal de parto;
- ▶ Facilita a descida do bebê.



## Posição Ereta / De pé



*“(...) estando a mulher de pé, faz com que o orifício interno do útero se dilate mais cedo do que na cama, as suas dores são menos fortes e frequentes, e seu trabalho de parto mais curto.” - François Mauriceau*



## Posição de cócoras

- ▶ Mulher agachada com os joelhos fletidos e os pés no chão e pode apoiar as mãos em algum sitio ou ficar apoiada no acompanhante;
- ▶ É importante que a mulher tenha pernas fortalecidas e tenha uma boa flexibilidade para que a posição possa ser suportada com facilidade.



## Posição de cócoras com auxílio da bola de pilates

- ▶ Incentiva no relaxamento pélvico;
- ▶ Ajuda a aliviar dores nas costas;
- ▶ Estimula a mobilidade pélvica;
- ▶ Facilitadora de massagem nas costas.



## Posição lateral

- ▶ Contrações são mais intensas e menos frequentes.



## Posição de quatro apoios

- ▶ Alivia a dor lombar;
- ▶ A mulher pode também apoiar os cotovelos no chão, posicionando-se em seis apoios;
- ▶ Possibilita uma melhor oxigenação do feto, uma vez que o seu peso é ressentido sobre o ventre/púbis aliviando a aorta e a veia cava.
- ▶ A bacia tem grande liberdade de movimentos.



## Posição de sentada



- A mulher senta-se numa cadeira especial, designada cadeira obstétrica, que tem a singularidade de possuir um buraco no meio.
- Geralmente, o acompanhante fica atrás para dar apoio, mas é possível também se sentar sozinha. As costas podem ficar curvadas para frente ou para trás.



Mulher com os pés no chão, os músculos pélvicos ficam mais relaxados, facilita a saída do bebé, e diminui a força nas articulações de joelho, tornozelo e membros inferiores.

## Vantagens da deambulação no trabalho de parto

A deambulação durante o trabalho de parto, tem vindo a ser uma prática cada vez mais adotada, pois existem evidências científicas do seu benefício para a mãe e bebé, tais como:

- Regularizar as contrações;
- Encurtar o tempo do trabalho de parto;
- Favorece a descida do bebé;
- Promove alívio da dor das contrações ou pelo menos aumento da tolerância;
- Redução do uso de analgesia;
- Conforto materno;
- Maior interação com o acompanhante;
- Reduz intervenções médicas;
- Promove contrações uterinas mais eficazes;
- Prevenção e diminuição do trauma perineal;
- Promove um fluxo sanguíneo placentário mais abundante, devido à melhor circulação sanguínea, mantendo o intercâmbio materno-feto-placentários;
- Melhora a oxigenação fetal;
- Promove o auto controlo e relaxamento;
- Favorece o ajuste da cabeça fetal na bacia materna.

## Desvantagens / Contraindicações

- ▶ Aumento da vigilância pela equipa multidisciplinar da monitorização do feto e da parturiente;
- ▶ Epidural;
- ▶ Ainda não é uma pratica muito adotada em alguns serviços de obstetria;
- ▶ Parturientes que ingerem fármacos anticoagulantes;
- ▶ Placenta prévia com possível hemorragia;
- ▶ Em caso de sofrimento fetal e/ou alteração do estado de saúde da mãe.

## Parto Humanizado

- ⌘ É o respeito pela decisão da mulher.
- ⌘ A possibilidade de ser um parto sem farmacologia, com hidroterapia, musicoterapia, aromoterapia, com uso de bola de Pilates ou outros.
- ⌘ Cada mulher deve ter a liberdade de se movimentar livremente e de escolher a posição que lhe é mais confortável adotar durante o trabalho de parto e parto.
- ⌘ Humanizar o parto consiste na devolução do protagonismo às mulheres.
- ⌘ É dar voz às mulheres e colocá-las na hierarquia do acontecimento.
- ⌘ É saber quais são os vossos anseios, desejos e medos para o acontecimento mais marcante das vossas vidas.
- ⌘ É ouvir a vossa opinião e respeitar as escolhas e, acima de tudo, é fornecer a informação necessária para que possam tomar decisões de forma consciente e informada.

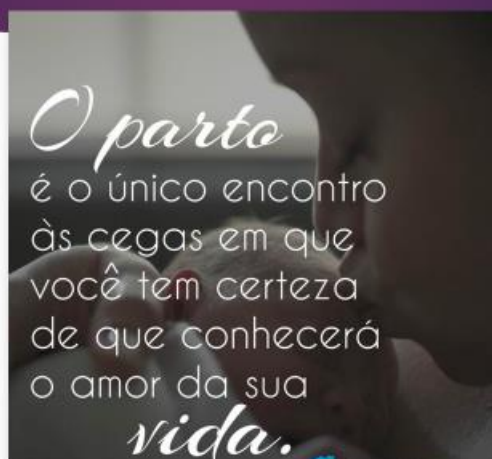


## A REFLETIR...isto é o nosso objetivo!

### A escolha...é da MULHER!

- ▶ Todo o processo que envolve o trabalho de parto e o nascimento em si, é um momento singular para as mulheres.
- ▶ A evidencia científica mostra que são inúmeras as vantagens da liberdade de movimentos e de posturas de parto verticalizadas comparativamente às não verticalizadas, o que inevitavelmente pressupõe uma reflexão e ajuste das práticas clínicas, para melhoria dos cuidados.
- ▶ O consentimento informado, livre e esclarecido nestas matérias, significa não apenas a possibilidade de concretização de escolhas feitas pelas mulheres/e casais, sempre que as condições de proteção da saúde e vida da grávida/feto/criança o permitam, mas também o direito à informação quanto aos motivos de tomadas de decisão exigidas pelos preceitos da boa prática clínica. (DGS, 2020)
- ▶ As mulheres necessitam de ser dotadas de conhecimentos, para que, possam ser encorajadas e empoderadas em tomadas de decisões informadas e conscientes. Assim, é possível proporcionar às mulheres, um ambiente e uma assistência que potencie as suas escolhas, quanto à postura que mais se adequa às suas necessidades para parir, seja em conforto e/ou segurança, sem imposições.

## OBRIGADA PELA ATENÇÃO!



## Bibliografia

- ▶ Cutler, L. (2012). A consideration of the positions women adopt for labour. *British Journal of Midwifery*, 20 (5), 346-350.
- ▶ Direção de Serviços de Proteção da Doença e Promoção da Saúde - Núcleo sobre Género e Equidade em Saúde (2020). Cursos de preparação para o parto e parentalidade – cppo e cursos de recuperação pós-parto – crpp: equidade na transição para a maternidade e a paternidade Orientações 2020. Lisboa: Direção-Geral da Saúde
- ▶ Fátia, A. & Tinoco, L. (2020). Trabalho de parto. In Nené, M. & Sequeira, C. (Eds), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (2ªed., pp. 308-320). Lisboa: LIDEL – Edições técnicas, Lda.
- ▶ Gizzo, S., Gangi, S., Noventa, M., Bacile, B., Zambon, A. & Nardelli, G. (2014). Women's Choice of Positions during Labour: Return to the Past or a Modern Way to Give Birth? A Cohort Study in Italy. *BioMed Research International*, 2014, 1-7. <http://doi.org/10.1155/2014/638093>
- ▶ Landoño, V., Castiblanco, J., Acosta, M. & Astudillo, N. (2018). Ventajas y desventajas del parto vertical en contraste con el parto horizontal: una revisión de la literatura. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 20 (1), 1-14. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.iie20-1.vdgv>
- ▶ Musié, M., Peú, M. & Perma, V. (2019). Factors hindering midwives' utilisation of alternative birth positions during labour in a selected public hospital. *African Journal of Primary Health Care & Family Medicine*, 11 (1), 1-8. <http://doi.org/10.4102/phcfm.v11i1.2071>
- ▶ Reyes, C., García, E., Morales, M., Martínez, A., Molina, E. & Cubero, L. (2013). Comodidad materna y reducción del dolor en mujeres con posición fetal occipitoposterior durante el parto con el uso de las posturas de decúbito lateral y manos-rodillas: ensayo clínico aleatorizado. *Matronas Prof.*, 14 (1), 3-9.
- ▶ Roy, M., Moreno, A. & Jimeno, J. (2014). Los posturas de lo mujer de parto en fase de expulsivo: revisión de la evidencia científica y recomendaciones. *Medicina Naturista*, 8 (1), 23-30.

Apêndice H: Plano de Sessão – Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade –  
Fisiologia do Puerpério e Cuidados de Enfermagem

**PLANO DE SESSÃO**

<b>NOME DA ATIVIDADE / TEMA:</b>	<b>FISIOLOGIA DO PUERPÉRIO E CUIDADOS DE ENFERMAGEM</b>
<b>LOCAL:</b>	Unidade de Saúde Familiar Planície
<b>DATA:</b>	18/01/2023
<b>HORA:</b>	17h30
<b>DURAÇÃO:</b>	Aproximadamente 45 a 60 minutos
<b>POPULAÇÃO – ALVO:</b>	Mulheres grávidas e respetivos conviventes significativos a frequentar a classe de Preparação para o Parto e Parentalidade na USF Planície
<b>DINAMIZADORES:</b>	Aluna de Mestrado de Enfermagem Saúde Materna e Obstétrica, Enf.ª Vanda Sequeira; Supervisora Clínica: Enfermeira ESMO Antónia Martins, Professora Adjunta Convidada.
<b>OBJETIVOS:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Promover conhecimentos sobre cuidados à mulher no pós-parto imediato e nas primeiras semanas após o parto;</li> <li>▪ Reforçar a importância dos comportamentos saudáveis e do cumprimento da vigilância para a saúde materna e neonatal;</li> <li>▪ Providenciar ensinios práticos e conhecimentos sobre a prevenção de complicações, o conforto emocional e físico do binómio mãe-filho.</li> </ul>
<b>RECURSOS E EQUIPAMENTOS (MATERIAIS E HUMANOS):</b>	<b>Recursos Humanos:</b> - 1 ou 2 EESMO; <b>Recursos Materiais:</b> - Cadeiras / Colchões; - Eletricidade; - Computador Portátil; - Projetor de imagem; - Impressora; - Tinteiros; - Folhas de Papel A4.

DESENVOLVIMENTO DA SESSÃO					
Etapas	Conteúdo	Método	Recursos Materiais	Duração	Avaliação
<b>Introdução</b>	Cumprimentos iniciais; Explicação da sessão a desenvolver; Despertar motivação e interesse para a sessão; Apresentação dos objetivos da sessão.	Interativo Expositivo Participativo	- Cadeiras / Colchões; - Computador Portátil; - Projetor de imagem; - PowerPoint de apoio; - Panfleto informativo.	10 minutos	Questionar sobre compreensão da sessão; Avaliar a motivação e interesse da população alvo: expressão facial, envolvimento, participação e volição para iniciar a atividade; Observação.
<b>Desenvolvimento</b>	Execução da Sessão – FISIOLOGIA do Puerpério e Cuidados de Enfermagem	Ativo Expositivo Participativo	- Cadeiras / Colchões; - Computador Portátil; - Projetor de imagem; - PowerPoint de apoio; - Panfleto informativo.	30/40 minutos	Observação da interação e do envolvimento do grupo alvo.
<b>Conclusão</b>	Promover momento para que o grupo expresse as suas opiniões, dúvidas e sentimentos face à sessão realizada; Cumprimentos e agradecimentos finais.	Ativo Interrogativo Participativo	- Cadeiras / Colchões; - Computador Portátil; - Projetor de imagem; - PowerPoint de apoio; - Panfleto informativo.	10 minutos	Observação dos conhecimentos do grupo alvo. Questionar sobre avaliação da sessão.

Apêndice I: Plano de Sessão – Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade – Ensinos de Enfermagem – Cuidados de Higiene e Conforto ao RN (Banho)

### PLANO DE SESSÃO

<b>NOME DA ATIVIDADE / TEMA:</b>	ENSINOS DE ENFERMAGEM – CUIDADOS DE HIGIENE E CONFORTO AO RECÉM-NASCIDO (BANHO)
<b>LOCAL:</b>	Unidade de Saúde Familiar Planície
<b>DATA:</b>	10/01/2023
<b>HORA:</b>	17h30
<b>DURAÇÃO:</b>	Aproximadamente 45 a 60 minutos
<b>POPULAÇÃO – ALVO:</b>	Mulheres grávidas e respetivos conviventes significativos a frequentar a classe de Preparação para o Parto e Parentalidade na USF Planície
<b>DINAMIZADORES:</b>	Aluna de Mestrado de Enfermagem Saúde Materna e Obstétrica, Enf.ª Vanda Sequeira; Supervisora Clínica: Enfermeira ESMO Antónia Martins, Professora Adjunta Convidada.
<b>OBJETIVOS:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Promover comportamentos saudáveis e preparar as grávidas/ pessoa significativa para os cuidados de higiene e conforto ao RN, aumentando a sua confiança, autonomia, tomadas de decisão conscientes e informadas na sua habilidade para cuidar dos filhos;</li> <li>▪ Providenciar ensinios práticos e conhecimentos sobre a correta higiene corporal do RN de forma a potenciar a integridade, homeostasia e a colonização microbiana inicial;</li> <li>▪ Promover ensinios que assegurem cuidados de higiene e conforto ao RN respeitando regras de segurança;</li> <li>▪ Estimular o fortalecimento do vínculo afetivo e função de parentalidade nas grávidas/ pessoa significativa.</li> </ul>
<b>RECURSOS E EQUIPAMENTOS (MATERIAIS E HUMANOS):</b>	<p><b>Recursos Humanos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 ou 2 EESMO;</li> </ul> <p><b>Recursos Materiais:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cadeiras / Colchões;</li> <li>- Boneco demonstrativo de RN;</li> <li>- Banheira convencional / Shantala, ou outro;</li> <li>- Água;</li> <li>- Toalha de Banho para RN;</li> <li>- Fralda;</li> <li>- Roupa de RN;</li> <li>- Compressas esterilizadas;</li> <li>- Soro Fisiológico.</li> </ul>

DESENVOLVIMENTO DA SESSÃO					
Etapas	Conteúdo	Método	Recursos Materiais	Duração	Avaliação
<b>Introdução</b>	Cumprimentos iniciais; Explicação da sessão a desenvolver; Despertar motivação e interesse para a sessão; Apresentação dos objetivos da sessão.	Interativo Participativo	- Cadeiras / Colchões;	10 minutos	Questionar sobre compreensão da sessão; Avaliar a motivação e interesse da população alvo: expressão facial, envolvimento, participação e volição para iniciar a atividade; Observação.
<b>Desenvolvimento</b>	Execução da Sessão – ENSINOS DE ENFERMAGEM – CUIDADOS DE HIGIENE E CONFORTO AO RECÉM-NASCIDO (BANHO)	Ativo Participativo	- Boneco demonstrativo de RN; - Banheira convencional / Shantala, ou outro; - Água; - Toalha de Banho para RN; - Fralda; - Roupas de RN; - Compressas esterilizadas; - Soro Fisiológico.	30/40 minutos	Observação da interação e do envolvimento do grupo alvo.
<b>Conclusão</b>	Promover momento para que o grupo expresse as suas opiniões, dúvidas e sentimentos face à sessão realizada; Cumprimentos e agradecimentos finais.	Ativo Interrogativo Participativo	- Cadeiras / Colchões;	10 minutos	Observação dos conhecimentos do grupo alvo. Questionar sobre avaliação da sessão.



Apêndice J: Guião de Sessão - Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade –  
Ensinos de Enfermagem – Cuidados de Higiene e Conforto ao RN (Banho)

## **GUIÃO DE SESSÃO DE CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE**

### **ENSINOS DE ENFERMAGEM – CUIDADOS DE HIGIENE E CONFORTO AO RECÉM-NASCIDO (BANHO)**

#### **OBJETIVOS:**

Preparar os cuidados de higiene e conforto ao RN, aumentando a confiança, autonomia, tomadas de decisão conscientes e informadas na sua habilidade para cuidar dos filhos;  
Providenciar o saber-fazer e conhecimentos sobre a correta higiene corporal do RN de forma a potenciar a integridade, homeostasia e a colonização microbiana inicial; Observação total do RN;  
Promover ensinamentos que assegurem cuidados de higiene e conforto ao RN respeitando regras de segurança;  
Estimular o fortalecimento do vínculo afetivo e função de parentalidade nas grávidas/ pessoa significativa.

#### **INTRODUÇÃO:**

O banho é uma prática necessária para manter a higiene, mas também uma experiência prazerosa que permite uma interação benéfica tátil entre o RN e seus pais, melhorando o vínculo entre ambos.

Com o nascimento e a passagem para o meio extrauterino, o RN é exposto a uma transição súbita do ambiente líquido do útero para uma atmosfera seca, com variações de temperatura e de humidade, e repleta de microrganismos, sendo a sua pele inevitavelmente impelida a reforçar a sua função de barreira.

É necessário descomplicar/desmistificar o momento do banho transmitindo segurança e confiança na capacidade dos pais enquanto principais cuidadores.

#### **PELE DO RECÉM-NASCIDO**

O vernix é um biofilme protetor, esbranquiçado e gorduroso, que recobre o feto no último trimestre da gravidez.

Abundante no RN de termo, escasso nos pós-termo, quase ausente nos prematuros e desaparece poucos dias após o nascimento.

As duas principais funções da pele são a de relação e de proteção.

A pele do RN caracteriza-se por ser sensível, fina, frágil, com pH neutro, imatura e mais suscetível ao trauma e toxicidade percutânea, principalmente nos primeiros 15 dias de vida.

Logo após o parto, a pele do RN é colonizada por bactérias não patogénicas (espécies como *staphylococcus* coagulase-negativos, bacilos difteroides), incluindo o coto umbilical, que passam a fazer parte do seu microbioma (todos os microrganismos)

Atualmente a importância do microbioma para a saúde e bem-estar do RN, revela ser um fator determinante para a sua qualidade de vida.

### **CUIDADOS DURANTE O BANHO**

O banho com bastante água é vantajoso em relação à limpeza com pano humedecido, proporcionando maior conforto e satisfação do bebé, menos perda de calor e menos flutuação dos sinais vitais.

A não remoção do vernix caseoso protege e permite a colonização microbiana saudável da pele do recém-nascido.

Durante o primeiro mês de vida o banho do recém-nascido poderá ser realizado apenas com água pura ou combinada com produtos de limpeza líquidos suaves.

Características do produto de limpeza ideal: líquido, suave, sem sabão, sem cheiro, sem parabenos (conservantes), com pH neutro ou ligeiramente ácido, que não irrite a pele e que não altere a superfície cutânea.

O banho não deve ser dado antes das 6 primeiras horas de vida (idealmente após as primeiras 24 h), exceto se: mãe portadora de HIV, HVC, HVB, sífilis e herpes-vírus.

A temperatura ideal da água é de 36-37°C e a duração do banho inferior a 5 minutos.

Em RN de termo a frequência pode ser banho diário, dias alternados ou 2 vezes por semana.

A hora do banho deve ser em períodos em que o RN está tranquilo, o que pode acontecer após a mamada (ter atenção a maior possibilidade de regurgitação), ou outros momentos do dia. A hora do banho em meio hospitalar deve ser flexível, coordenando os horários estabelecidos em cada serviço com o melhor momento quer para o RN quer para a mãe/pai (idealmente para ambos).

À noite, se o RN fica agitado após o banho é contraproducente.

### **COTO UMBILICAL**

Após o corte do cordão umbilical inicia-se um processo de desidratação que leva à mumificação do coto umbilical. Com o passar dos dias, torna-se mais endurecido, seco e escuro, até que, por fim, se separa do umbigo.

A queda do coto umbilical ocorre geralmente na primeira semana de vida, mas pode demorar até à terceira semana.

A higiene do coto umbilical previne o desenvolvimento de infeções e deve ser realizada durante o banho do bebé, sempre que se observe que está sujo (com fezes ou urina) e sempre que for necessário (com água tépida).

Para a limpeza deve segurar o coto umbilical, limpar a base e pele circundante, num movimento único de 360°. Depois limpar a parte intermédia e num movimento ascendente até ao clampe/mola;

Para a limpeza deve segurar-se o coto umbilical e com uma compressa na outra mão limpar o coto, a mola, a sua base de inserção e região periumbilical, secando-o de seguida com compressa seca. Movimento completo de 360°.

Os cuidados de higiene do cordão devem ser mantidos por mais 3-5 dias após este ter caído, visto que o tecido umbilical ainda está em cicatrização.

A aplicação tópica de antimicrobianos e desinfetantes no coto umbilical (como o álcool a 70%), provoca um atraso no tempo de separação, o que aumenta o risco de infeção bacteriana, uma vez que elimina também os microrganismos que promovem a mumificação.

### **USO DE FRALDA E REGIÃO NADEGUEIRA**

A irritação na área da fralda é causada pelo contacto prolongado com urina e fezes, pelo calor, pela humidade e pela fricção.

Manter a área da fralda seca é importante. Deve fazer higiene adequada, trocas de fraldas frequentes de forma a reduzir a exposição da pele a urina e as fezes sob oclusão.

Não devem ser utilizados toalhetes, ou usar sem álcool, preferencialmente limpeza com água morna e compressas.

Não utilizar creme barreira nos primeiros dias.

### **MATERIAL PARA O BANHO**

- Recipiente adequado para realizar o banho, bem apoiado e facilitador da posição para o prestador de cuidados: banheira convencional, banheira shantala, outro...
- Água a +/- 37 °C;
- Toalha de banho de algodão, preferencialmente com capuz;
- Fralda;
- Roupa do bebé com molas e botões abertos (roupa de algodão, sem etiquetas, lavada com sabão ou detergente neutro sem perfume);
- Gel de banho;
- Creme hidratante (se descamativa a pele ou seca);
- Soro fisiológico;
- Compressas esterilizadas;
- Pente com dentes arredondados e escova macia;
- Lima de Cartão.

### **PROCEDIMENTO:**

- Manter ambiente calmo e a uma temperatura amena entre 22 a 25º C, evitar correntes de ar e não colocar fontes de calor diretas ao RN;
- Lavar as mãos e manter as unhas curtas;
- Preparar todo o material necessário antes de despir o bebé e deixá-lo perto do RN; Colocar as roupas por ordem, usar roupa de bolas ou botões já abertos.
- Encher a banheira com água suficiente para que o RN, fique submerso até à zona dos ombros ou quantidade que os pais se sintam seguros. Colocar primeiro água fria e depois a quente (verificar temperatura com termómetro, cotovelo ou punho);
- Despir o RN;
- Limpar genitais e região anal e nadegueira, caso necessário;
- Apoiando o pescoço e cabeça do RN no antebraço (deve utilizar o seu braço não dominante), segurá-lo pela axila, em forma de pinça. Com a outra mão segurar nos pés do RN e colocá-lo dentro de água;
- Começar pelos olhos, lavando do canto interno para o canto externo do olho, fazendo uma pequena massagem no saco lacrimal (RN não tem produção de lágrimas até cerca de 4 semanas, e o canal lacrimal é curto e estreito) - evitar oclusão;
- Com a mão dominante lavar o bebé seguindo a sequência: face, cabeça (movimentos suaves e circulares), tórax, abdómen, cordão umbilical, braços, pernas, genitais, região anal e nádegas;
- Depois de lavar as pernas e antes de lavar os genitais, voltar o bebé, apoiando-o da mesma forma e lavar as costas;
- Retirar o bebé da água e embrulhá-lo numa toalha, preferencialmente aquecida (perda de calor);
- Secar cuidadosamente a pele, sem esfregar / por toque, dando especial atenção às zonas de pregas e " escondidas": atrás das orelhas, pavilhão auricular externo, pregas do pescoço, axilas, virilhas e espaços interdigitais das mãos e pés, sem forçar;
- Secar bem o coto umbilical com compressa esterilizada, primeiro junto à pele e por último próximo da mola;
- Observar e cheirar o coto umbilical para despistar sinais de infeção (calor e rubor no local de inserção, exsudado, cheiro fétido);
- Retirar toalha molhada;
- Colocar fralda, mantendo sempre o cordão umbilical fora da fralda, para o manter seco. Dobrar para fora;
- Aplicar hidratante, se necessário, nas zonas de descamação e pele seca;
- Vestir o RN;

- Colocar soro fisiológico numa compressa esterilizada pequena e individualmente, passar em cada olho do RN (mesmo procedimento que no banho); o soro não toca na compressa e a cada passagem, uma compressa nova;
- Limpar secreções nasais com compressa não esterilizada ou com soro fisiológico, fazendo movimentos delicados e rotativos;
- Pentear o bebé;
- Limar as unhas com lima de cartão se necessário;
- Colocar o RN à mama.

Apêndice K: Plano de Sessão de Formação em Serviço – Liberdade de Movimentos durante o Trabalho de Parto

### PLANO DE SESSÃO

<b>NOME DA ATIVIDADE / TEMA:</b>	LIBERDADE DE MOVIMENTOS DURANTE O TRABALHO DE PARTO E PARTO -
<b>LOCAL:</b>	ULSNA – Maternidade
<b>DATA:</b>	15/03/2023
<b>HORA:</b>	14h00
<b>DURAÇÃO:</b>	Aproximadamente 45 a 60 minutos
<b>POPULAÇÃO – ALVO:</b>	Equipa de Enfermagem e Equipa Médica da Maternidade
<b>DINAMIZADORES:</b>	Aluna de Mestrado de Enfermagem Saúde Materna e Obstétrica, Enf.ª Vanda Sequeira; Supervisor Clínico: Enfermeiro ESMO Sérgio Martins; Responsável de Formação em Serviço: Enf.ª ESMO Isabel Rute Pereira
<b>OBJETIVOS:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aprofundar conhecimentos e desenvolvimento de competências com base na evidencia científica atual;</li> <li>▪ Promover uma atitude de introspeção, reflexão, espírito crítico e sensibilização acerca dos cuidados prestados e da qualidade dos mesmos, em forma de partilha.</li> </ul>
<b>RECURSOS E EQUIPAMENTOS (MATERIAIS E HUMANOS):</b>	<b>Recursos Humanos:</b> - 1 orador (Aluna ESMO); <b>Recursos Materiais:</b> - Cadeiras; - Eletricidade; - Computador Portátil com microfone; - Projetor de imagem em PC/ Via Zoom; - Internet.

DESENVOLVIMENTO DA SESSÃO					
Etapas	Conteúdo	Método	Recursos Materiais	Duração	Avaliação
<b>Introdução</b>	Cumprimentos iniciais; Explicação da sessão a desenvolver; Despertar motivação e interesse para a sessão; Apresentação dos objetivos da sessão.	Interativo Expositivo Participativo	- Computador Portátil com microfone; - Internet; - PowerPoint de apoio.	10 minutos	Questionar sobre compreensão da sessão; Avaliar a motivação e interesse da população alvo.
<b>Desenvolvimento</b>	Execução da Sessão – Liberdade de Movimentos durante o Trabalho de Parto e Parto.	Ativo Expositivo Participativo	- Computador Portátil com microfone; - Internet; - PowerPoint de apoio.	30/40 minutos	Observação da interação e do envolvimento do grupo alvo.
<b>Conclusão</b>	Promover momento para que o grupo expresse as suas opiniões, dúvidas e sentimentos face à sessão realizada; Cumprimentos e agradecimentos finais.	Ativo Interrogativo Participativo	- Computador Portátil com microfone; - Internet; - PowerPoint de apoio.	10 minutos	Observação dos conhecimentos do grupo alvo. Questionar sobre avaliação da sessão.

Apêndice L: Apresentação Expositiva de Formação em Serviço – Liberdade de Movimentos durante o Trabalho de Parto



# - LIBERDADE DE MOVIMENTOS DURANTE O TRABALHO DE PARTO E PARTO -

## Formação em Serviço

Março, 2023

**Supervisão Clínica:** Enfermeira ESMO Sérgio Martins

**Orientação:** Professora Luz Barros



Aluna de Mestrado de Enfermagem Saúde  
Materna e Obstétrica

Enf.ª Vanda Sequeira, Nr. 50228

## Introdução...A importância do tema!

- ▶ Segundo a Organização Mundial de Saúde, “Todas as mulheres têm direito ao mais alto padrão de saúde atingível, incluindo o direito a uma assistência digna e respeitosa durante toda a gravidez e o parto, assim como o direito de estar livre da violência e da discriminação.” (OMS, 2014)
- ▶ Assim, deve-se ter em conta não só a segurança perinatal, a prevenção da morbilidade e da mortalidade materna, fetal e neonatal, mas também e tão ou mais importante, o respeito pelos direitos humanos fundamentais das mulheres. São exemplo destes, a sua autonomia, dignidade, sentimentos, escolhas e preferências relacionadas com o parto (DGS, 2020).
- ▶ A mulher tem o direito de escolher como quer parir, em que ambiente, posições e movimentos que considere mais vantajosos para a progressão do seu trabalho de parto e parto. Isto permite à mulher sentir-se capacitada, envolvida nos cuidados, empoderada e consequentemente viver uma experiência de parto mais positiva (Souza et al., 2021).
- ▶ Os profissionais de saúde, principalmente da área da Saúde Materna e Obstétrica desempenham um papel importante uma vez que devem transmitir orientações e informações para assegurar que as mulheres tomam decisão conscientes e informadas contribuindo esse facto, para o seu grau de satisfação nesta etapa tão importante da sua vida (Abebe & Mmusi-Phetoe, 2022).

## RECOMENDAÇÕES DA OMS PARA UMA EXPERIÊNCIA POSITIVA DE NASCIMENTO

### CUIDADOS GERAIS NA ATENÇÃO AO PARTO

- Cuidados respeitadores, com dignidade, privacidade e confidencialidade, assegurando a ausência de danos e maus tratos e possibilitando a escolha informada e o apoio contínuo durante o trabalho de parto e o parto.
- Comunicação efetiva entre os profissionais de saúde e as mulheres em trabalho de parto.
- Presença de um acompanhante à escolha da mulher ao longo do trabalho de parto e parto.
- Modelos de continuidade de cuidados liderados por enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica (EESMO): um EESMO ou um pequeno grupo de EESMOs acompanha em continuidade a mulher ao longo do seu processo de maternidade, durante todo o período pré-parto, intraparto e pós-parto.



## Estádios do trabalho de parto

### 1º Estádio (dilatação)

Começa desde o início do trabalho de parto (inicia com contrações uterinas regulares e dolorosas, em frequência e intensidade), com apagamento ou extinção e termina com a dilatação total do colo do útero (cerca de 10 cm). Divide-se em 3 períodos, o **latente**, o **ativo** e a fase de **transição**.

### 2º Estádio (expulsão)

Conhecido como o **período expulsivo**.

### 3º Estádio (dequitação)

É o período **entre o nascimento do bebé e a expulsão da placenta**.

### 4º Estádio (puerpério imediato)

Decorre entre o final da expulsão da placenta e o final da segunda hora do pós-parto.

Permitir observar complicações pós-parto.

[Néné et al. 2020]

## Posições para o Trabalho de Parto e Parto

## POSIÇÕES VERTICALIZADAS

- ▶ O conhecimento intuitivo das mulheres desde há séculos, tanto em diferentes culturas como épocas, é o de parir em posições com liberdade de movimento (Rios, et al., 2018).
- ▶ Antigamente, a maioria das mulheres davam à luz em várias posições alternativas de parto, desde sentadas, em pé, de cócoras, ajoelhadas, apoio dos quatro membros e posições de decúbito lateral. (Musie, et. al., 2019).
- ▶ A imobilidade, durante o trabalho de parto, é um evento relativamente recente e, foi surgindo, para conforto dos profissionais de saúde. (Roy et al., 2014)
- ▶ O parto é um dos eventos mais significativos na vida de uma mulher e as práticas adotadas durante o mesmo são essenciais para a saúde e o bem-estar da mulher e do bebé. (Badi, et al., 2022)
- ▶ A liberdade de movimentos e a adoção de alterações posturais são de extrema importância para um parto e nascimento fisiológico, pois facilitam o trabalho de parto, favorecendo a força da gravidade, estando, por isso, associados a melhores resultados maternos e neonatais (Musie, et. al., 2019; Verastegui-Martin et al., 2022).

### Posição de Litotomia



Decúbito dorsal com a cabeça elevada a 30° e com as pernas apoiadas nos suportes. É a posição mais utilizada, porém não a mais recomendada.

#### Vantagem:

- Melhor visualização do canal de parto, da progressão fetal e do períneo pelo EESMO/ obstetra;
- Maior facilidade a monitorização fetal.

#### Desvantagens:

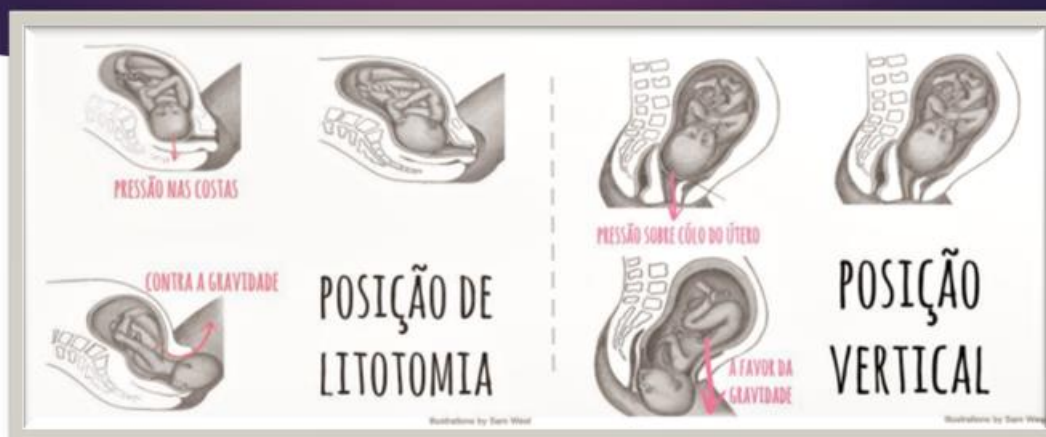
- ▶ Implica a **imobilidade do osso sacro e dos estreitos no canal de parto**, fazendo o bebé mais força nas costas da mãe do que no colo do útero;
- ▶ Promove uma maior compressão da artéria aorta, **dificultando a oxigenação fetal**;
- ▶ Posicionamento supino está diretamente relacionado um **aumento da percepção da dor** por parte da mulher, aumento de solicitação de analgesia;
- ▶ **Aumento da duração do trabalho de parto**;
- ▶ Maior duração da descida, rotação e expulsão fetais – mais força para a expulsão – maior risco de laceração ou necessidade de episiotomia (**lesões perineais**);
- ▶ RN com **Índice de Apgar tendencialmente mais baixo**.





## Vantagens das Posições Verticalizadas e Liberdade de Movimentos

- ▶ Total liberdade de movimentos durante o trabalho de parto e parto;
- ▶ Maior conforto para a mulher;
- ▶ A ação da gravidade **facilita a expulsão do feto**;
- ▶ Menor tempo de trabalho de parto pois é potenciado pela gravidade;
- ▶ Menor compressão dos vasos sanguíneos centrais (como a Aorta e Veia Cava);
- ▶ Melhores resultados em termos de **Tensão arterial materna, irrigação sanguínea da placenta e pH fetal**;
- ▶ Alinhamento fetal aos ângulos e diâmetros pélvicos da mulher, **pelo alargamento** destes últimos;
- ▶ Aumento da eficácia das contrações;
- ▶ Menor desconforto, maior tolerância à dor, menor dificuldade nos puxos;
- ▶ Diminuição da solicitação de **analgésia**, diminuição da necessidade de intervenções;
- ▶ Aumento do índice de **APGAR** do RN;
- ▶ Menor intervenção profissional;
- ▶ Diminuição de partos instrumentalizados;
- ▶ Menor traumatismo do períneo: diminuição de lacerações graves e menor necessidade de episiotomia;
- ▶ Aumento da satisfação e atitude ativa da mulher.



## Posição de Semi-Sentada

A mulher encontra-se numa cama inclinável, com um suporte para apoiar os pés.

- ▶ Conforto da mulher;
- ▶ Melhora a abertura do canal de parto;
- ▶ Facilita a descida do bebê.



## Posição Ereta / De pé



*“(...) estando a mulher de pé, faz com que o orifício interno do útero se dilate mais cedo do que na cama, as suas dores são menos fortes e frequentes, e seu trabalho de parto mais curto.” - François Mauriceau*



## Posição de cócoras

- ▶ Mulher agachada com os joelhos fletidos e os pés no chão e pode apoiar as mãos em algum sitio ou ficar apoiada no acompanhante;
- ▶ É importante que a mulher tenha pernas fortalecidas e tenha uma boa flexibilidade para que a posição possa ser suportada com facilidade.



## Posição de cócoras com auxílio da bola de pilates

- Incentiva no relaxamento pélvico;
- Ajuda a aliviar dores nas costas;
- Estimula a mobilidade pélvica;
- Facilitadora de massagem nas costas.



## Posição lateral

- ▶ Contrações são mais intensas e menos frequentes.





## Posição de quatro apoios

- ▶ Alivia a dor lombar;
- ▶ A mulher pode também apoiar os cotovelos no chão, posicionando-se em seis apoios;
- ▶ Possibilita uma melhor oxigenação do feto, uma vez que o seu peso é ressentido sobre o ventre/púbis aliviando a aorta e a veia cava.
- ▶ A bacia tem grande liberdade de movimentos.



## Posição de sentada

- A mulher senta-se numa cadeira especial, designada cadeira obstétrica, que tem a singularidade de possuir um buraco no meio.
- Geralmente, o acompanhante fica atrás para dar apoio, mas é possível também se sentar sozinha. As costas podem ficar curvadas para frente ou para trás.



Mulher com os pés no chão, os músculos pélvicos ficam mais relaxados, facilita a saída do bebé, e diminui a força nas articulações de joelho, tornozelo e membros inferiores.

## Vantagens da deambulação no trabalho de parto

A deambulação durante o trabalho de parto, tem vindo a ser uma prática cada vez mais adotada, pois existem evidências científicas do seu benefício para a mãe e bebé, tais como:

- Regularizar as contrações;
- Encurtar o tempo do trabalho de parto;
- Favorece a descida do bebé;
- Promove alívio da dor das contrações ou pelo menos aumento da tolerância;
- Redução do uso de analgesia;
- Conforto materno;
- Maior interação com o acompanhante;
- Reduz intervenções médicas;
- Promove contrações uterinas mais eficazes;
- Prevenção e diminuição do trauma perineal;
- Promove um fluxo sanguíneo placentário mais abundante, devido à melhor circulação sanguínea, mantendo o intercâmbio materno-feto-placentários;
- Melhora a oxigenação fetal;
- Promove o auto controlo e relaxamento;
- Favorece o ajuste da cabeça fetal na bacia materna.

## Desvantagens / Contraindicações

- ▶ Aumento da vigilância pela equipa multidisciplinar da monitorização do feto e da parturiente;
- ▶ Epidural;
- ▶ Ainda não é uma prática muito adotada em alguns serviços de obstetria;
- ▶ Parturientes que ingerem fármacos anticoagulantes;
- ▶ Placenta prévia com possível hemorragia;
- ▶ Em caso de sofrimento fetal e/ou alteração do estado de saúde da mãe.

## Parto Humanizado

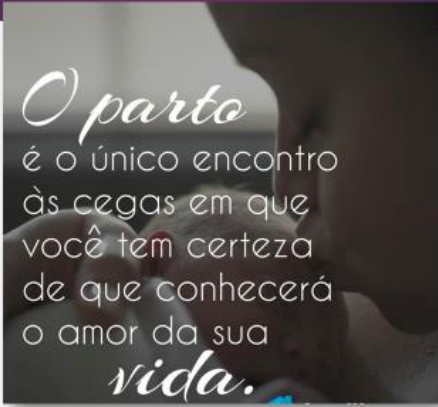
- É o respeito pela decisão da mulher.
- A possibilidade de ser um parto sem farmacologia, com hidroterapia, musicoterapia, aromoterapia, com uso de bola de Pilates ou outros.
- Cada mulher deve ter a liberdade de se movimentar livremente e de escolher a posição que lhe é mais confortável adotar durante o trabalho de parto e parto.
- Humanizar o parto consiste na devolução do protagonismo às mulheres.
- É dar voz às mulheres e colocá-las na hierarquia do acontecimento.
- É saber quais são os vossos anseios, desejos e medos para o acontecimento mais marcante das vossas vidas.
- É ouvir a vossa opinião e respeitar as escolhas e, acima de tudo, é fornecer a informação necessária para que possam tomar decisões de forma consciente e informada.

A REFLETIR...isto é o nosso objetivo!

A escolha...é da MULHER!

- ▶ Todo o processo que envolve o trabalho de parto e o nascimento em si, é um momento singular para as mulheres.
- ▶ É recomendado pela organização mundial de saúde (OMS) cuidados de saúde às mulheres que respeitem e dignifiquem a vivência de uma experiência de parto positiva, garantindo-lhes a ausência de malefícios e maus-tratos, tomadas de decisão informadas e apoiadas no processo de trabalho de parto e parto (Abebe, et. al.,2022).
- ▶ A evidência científica mostra que são inúmeras as vantagens da liberdade de movimentos e de posturas de parto verticalizadas comparativamente às não verticalizadas, o que inevitavelmente pressupõe uma reflexão e ajuste das práticas clínicas, para melhoria dos cuidados.
- ▶ Profissionais de saúde instruídos e que promovam ambientes potenciadores da autodeterminação das mulheres, no sentido de oportunidade de se movimentar livremente e da escolha da posição de parir, encoraja partos mais fisiológicos, influenciando positivamente a sua experiência e os cuidados prestados pelas equipas. Estas intervenções oferecem ainda proteção de resultados maternos e neonatais adversos (Ayerle et al., 2018; Badi, et al., 2022; Louise et al., 2022).
- ▶ O consentimento informado, livre e esclarecido nestas matérias, significa não apenas a possibilidade de concretização de escolhas feitas pelas mulheres/e casais, sempre que as condições de proteção da saúde e vida da grávida/feto/RN o permitam, mas também o direito à informação quanto aos motivos de tomadas de decisão exigidas pelos preceitos da boa prática clínica (DGS, 2020).
- ▶ As mulheres necessitam de ser dotadas de conhecimentos, para que, possam ser encorajadas e empoderadas em tomadas de decisões informadas e conscientes. Assim, é possível proporcionar às mulheres, um ambiente e uma assistência que potencie as suas escolhas, quanto à postura que mais se adequa às suas necessidades para parir, seja em conforto e/ou segurança, sem imposições.

OBRIGADA PELA ATENÇÃO!



*O parto*  
é o único encontro  
às cegas em que  
você tem certeza  
de que conhecerá  
o amor da sua  
*vida.*

## Bibliografia

- ▶ Abebe, A. H., & Minusi-Phetoe, R. (2022). Respectful maternity care in health centers of Addis Ababa city: A mixed method study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22(1), 792. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-05129-5>
- ▶ Ajerle, G. M., Schäfers, R., Mattem, E., Strieblsch, S., Haazert, B., Vornhof, M., Icks, A., Roniger, Y., & Seliger, G. (2018). Effects of the birthing room environment on vaginal births and client-centred outcomes for women at term planning a vaginal birth: BE-UP, a multicentre randomised controlled trial. *Trials*, 19(1), 641. <https://doi.org/10.1186/s13065-018-2979-7>
- ▶ Badi, M. B., Abebe, S. M., Weldetsadik, M. A., Christenson, K., & Lindgren, H. (2022). Effect of Flexible Sacrum Position on Maternal and Neonatal Outcomes in Public Health Facilities, Amhara Regional State, Ethiopia: A Quasi-Experimental Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(15), Art. 15. <https://doi.org/10.3390/ijerph19159637>
- ▶ Direcção de Serviços de Protecção da Doença e Promoção da Saúde - Núcleo sobre Género e Equidade em Saúde (2020). *Cursos de preparação para o parto e parentalidade – cpop e cursos de recuperação pós-parto – cpop: equidade na transição para a maternidade e a paternidade Orientações 2020*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde
- ▶ Fátis, A. & Tinoco, L. (2020). Trabalho de parto. In Nené, M. & Sequeira, C. (Eds), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (2ªed., pp. 308-320)*. Lisboa: UDEL – Edições Técnicas, Lda.
- ▶ Gizzo, S., Gangi, S., Noventa, M., Bacile, B., Zambon, A. & Nardelli, G. (2014). Women's Choice of Positions during Labour: Return to the Past or a Modern Way to Give Birth? A Cohort Study in Italy. *BioMed Research International*, 20(4), 1-7. <http://doi.org/10.1155/2014/938093>
- ▶ Londoño, V., Castiblanco, J., Acosta, M. & Actudillo, N. (2018). Ventajas y desventajas del parto vertical en contraste con el parto horizontal: una revisión de la literatura. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 20 (1), 1-14. <https://doi.org/10.11144/averano.i20-1-14jpe>
- ▶ Louise L. K., Hannah, G. D., Rikke D. M. (2022). Expectations of the upcoming birth – A survey of women's self-efficacy and birth positions. *Journal Elsevier*, 54(100785), 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.ahc.2022.100785>
- ▶ Musile, M., Peu, M. & Perma, V. (2019). Factors hindering midwives' utilisation of alternative birth positions during labour in a selected public hospital. *African Journal of Primary Health Care & Family Medicine*, 11 (1), 1-8. <http://doi.org/10.4102/ajphfm.v11i1.2071>
- ▶ Souza, K. C. R., da Silva, T. P. R., Damasceno, A. K. de C., Maroz, B. F., Souza, K. V. de, Felipe, M. M. L., & Matosinhos, F. P. (2021). Coexistence and prevalence of obstetric interventions: An analysis based on the grade of membership. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21(1), 618. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-04092-x>

Apêndice M: Orientação Standard para Processo de Enfermagem – Plano de Cuidados em SClinico

## PROCESSO DE ENFERMAGEM – Plano de cuidados

### RN

#### Diagnósticos / Intervenções

##### **Desenvolvimento Infantil**

- Apoiar papel parental (Sem horário)
- Avaliar pele (Sem horário)
- Avaliar sono (Sem horário)
- Dar banho (Turno Fixo: M)
- Monitorizar altura (SOS)
- Monitorizar Perímetro cefálico (SOS)
- Monitorizar peso corporal (SOS)
- Tratar coto umbilical (Turno Fixo: M)
- Vigiar choro (Sem horário)
- Vigiar coto umbilical (Sem horário)
- Vigiar eliminação intestinal (Sem horário)
- Vigiar eliminação urinária (Sem horário)
- Vigiar reflexo de deglutição (Sem horário)
- Vigiar reflexo de sucção (Sem horário)
- Vigiar sinais de boa pega (Sem horário)
- Vigiar coordenação sucção-deglutição (Sem horário)
- Vigiar tônus muscular (Sem horário)
- Gerir ambiente (Sem horário)
- Instruir mãe/pai a trocar a fralda (Sem horário)
- Supervisionar mãe/pai a cuidar da higiene (Sem horário)
- Supervisionar mãe/pai a promover eructação (Sem horário)

##### **Amamentar**

- Avaliar o amamentar (Sem horário)
- Identificar tipo de amamentação/aleitamento (Sem horário)
- Vigiar mamada (Sem horário)
- Alimentar com leite adaptado (Sem horário)

## MULHER GRÁVIDA/ PUERPERA

#### Diagnósticos / Intervenções

##### Geral:

##### **Auto-Cuidado Higiene**

- Avaliar autocuidado higiene (Sem horário)

##### **Auto-Cuidado: Uso do sanitário**

- Avaliar autocuidado uso do sanitário (Sem horário)
- vigiar eliminação intestinal (Sem horário)
- Vigiar eliminação urinária (Sem horário)
- Monitorizar eliminação urinária (se algaliada ou com diurese) (Sem horário)

##### **Alimentar-se**

- Avaliar o alimentar-se (Sem horário)
- Vigiar refeição (9h, 13h, 16h, 19h, 22h)

#### **Andar**

- Avaliar o andar (Sem horário)

#### **Queda**

- Avaliar Risco de Queda (de x em x dias, 10h)

#### **Úlcera de Pressão**

- Avaliar Risco de UP (de x em x dias, 10h)

#### **Dor**

- Monitorizar dor (Sem horário)

#### **Risco de Infecção**

- Avaliar risco de infeção (Sem horário)
- Aplicar medidas de prevenção da contaminação (Sem horário)
- Inserir CVP (agora)
- Inserir cateter urinário (agora)
- Manter prevenção da contaminação (Sem horário)
- Monitorizar temperatura corporal (7h - 17h)
- Vigiar sinais inflamatórios (Sem horário)

#### **TRABALHO TP**

*\* intervenções em itálico transitam para o pós-parto.*

#### **Trabalho de Parto**

- Identificar Parto (SOS)
- Inspeccionar Placenta (SOS)
- Requerer médico de serviço (SOS)
- Suturar perineo (SOS)
- Vigiar dor de TP (SOS)
- Vigiar colo do utero (SOS)
- Vigiar estado das membranas amnióticas (SOS)
- Vigiar líquido amniótico (SOS)
- Vigiar traçado cardiotocográfico (SOS)
- Avaliar índice de APGAR (SOS)
- Avaliar TP (SOS)
- Executar incisão do perineo (SOS)
- Executar técnica de drenagem (SOS)
- Executar técnica de parto (SOS)
- Executar TP (2º período) (SOS)
- Executar TP (3º período) (SOS)
- Executar TP (4º período) (SOS)
- Identificar parto (SOS)
- Inspeccionar canal de parto (SOS)
- *Gerir ambiente / otimizar ambiente físico (Sem horário)*
- *Vigiar globo de segurança de Pinard (SOS e passa a Sem horário)*
- *Vigiar involução uterina (SOS e passa a Sem Horário)*
- *Vigiar lóquios (SOS e passa a Sem horário)*

**Se diabéticas:**

- Monitorizar Glicémia Capilar (se grávida, em jejum e 1h pós prandial 3 às principais refeições; se puerpera pré-prandial 3 principais refeições até 3 avaliações <120mg/dl ou 5 avaliações intercalares)
- Vigiar sinais de hipoglicemia (Sem horário)
- Vigiar sinais de hiperglicemia (Sem horário)
- Ensinar sobre sinais de hipo/hiperglicemia (Sem horário)
  
- Monitorizar tensão arterial (SOS ou sem horário, se hipertensa)

**PÓS-PARTO**

**Ferida Cirurgica (só CST)**

- Vigiar penso da ferida cirurgica (Sem horário)
- Ensinar sobre prevenção de complicações da ferida cirurgica (Sem horário)
- Executar tratamento à ferida Cirurgica (SOS)

**Amamentar**

- Vigiar a mamada (Sem horário)
- Vigiar mama (Sem horário)
- Avaliar o amamentar (Sem horário)
- Assistir no amamentar (Sem horário)
- Incentivar a amamentação (Sem horário)
- Identificar tipo de amamentação/aleitamento (Sem horário)

**Conhecimento**

- Instruir mae/pai a executar tratamento ao coto umbilical (Turno fixo: M)
- Ensinar sobre complicações no pós-parto (Sem horário)
- Ensinar mae/pai a tratar do coto umbilical (Sem horário)
- Instruir o prestador de cuidados para o banho (Turno fixo: M)
- Apoiar papel parental (Sem horário)
- Incentivar ligação mãe-filho (Sem horário)



Apêndice N: Tabela de Valores Totais e Resultados

<b>Total de Exames Pré-Natais</b>	712
<b>Total Mulheres com Vigilância e Prestação de Cuidados</b>	569
<b>Idade Média do Total Grávidas e Puérperas</b>	29,5
Mínima	15
Máxima	42
<b>Idade Média do Total Mulheres com Afetações Ginecológicas</b>	39,95
Mínima	16
Máxima	63
<b>Total de RN</b>	155
<b>Total de RN saudáveis</b>	133
<b>Total de RN Risco</b>	22
<b>Índice Apgar Min./Max./Média</b>	
1º min	7/ 10/ 9,2
5º min	9/ 10/ 9,9
10º min	10/ 10 /10
<b>Afetações Ginecológicas</b>	99
<b>Total de Grávidas</b>	305
<b>Total de Grávidas Saudáveis</b>	241
<b>Total de Grávidas de Risco</b>	59
<b>Total de Puérperas</b>	165
<b>Total de Puérperas Saudáveis</b>	142
<b>Total de Puérperas de Risco</b>	23
<b>Total de Mulheres em TP com Vigilância e Prestação de Cuidados</b>	92
<b>Total de TP saudáveis</b>	71
<b>Total de TP Risco</b>	21
<b>Total de Partos</b>	61
<b>Partos Eutócicos</b>	43
<b>Participação ativa em partos pélvicos</b>	0
<b>Participação ativa em partos gemelares</b>	0
<b>Participação ativa noutros partos</b>	19
<b>Episiotomia</b>	2
<b>Total de Lacerações</b>	24
Grau I	12
Grau II	12
Grau III	0
Grau IV	0
<b>Total de Correções Perineais (Episiorrafia/ Perineorrafia)</b>	26
<b>Períneo Integro (PI)</b>	17
<b>Total de grávidas com Plano de Parto (PP)</b>	9
<b>Total de grávidas com Plano de Parto com Liberdade Movimentos (PP c/ LM)</b>	9
<b>Total de grávidas em TP com Liberdade Movimentos</b>	85
<b>Média de Satisfação Quantitativa das Mulheres</b>	9,63
<b>Total de Parturientes Satisfeitas com LM</b>	38
<b>Posições de Parto:</b>	
Litotomia	2
Verticalizadas	41
De pé	0

Sentada na Cama/Semi-sentada	28
Sentada Banco de Partos	2
Cócoras	1
Quatro Apoios	2
Lateral	8

## **ANEXOS**

Anexo I: Declaração de Aceitação de Orientação



UNIVERSIDADE DE ÉVORA  
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM  
SÃO JOÃO DE DEUS

### DECLARAÇÃO DE ACEITAÇÃO DE ORIENTAÇÃO

Para os devidos efeitos, definidos no ponto 2 do artigo 131.º do Despacho nº 53/2022, de 01 de abril, da Reitora da Universidade de Évora, declaro assumir a orientação do trabalho de Vanda Isabel Cerejo Sequeira (aluno n.º M50228), conducente ao Relatório Final de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, sob o registo R/A-Ef 1783/2011/AL03 de 26/07/2019 na Direção-Geral do Ensino Superior do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior da República Portuguesa, publicado no Aviso nº 15812/2019 no DR, 2ª série, nº 192 de 07 de outubro de 2019.

Trata-se da proposta de um relatório de descrição e reflexão pormenorizada e fundamentada, das atividades desenvolvidas no âmbito do Estágio de Natureza Profissional, subordinado à temática da área de especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, que versa sobre a problemática de "Experiência e satisfação da mulher com liberdade de movimentos no Trabalho de Parto e Parto". Por ser um trabalho credível e porque reconheço na mestranda adequada capacidade de trabalho, sentido crítico e dedicação, assumo com interesse científico tal orientação.

Évora, 14 de novembro de 2022

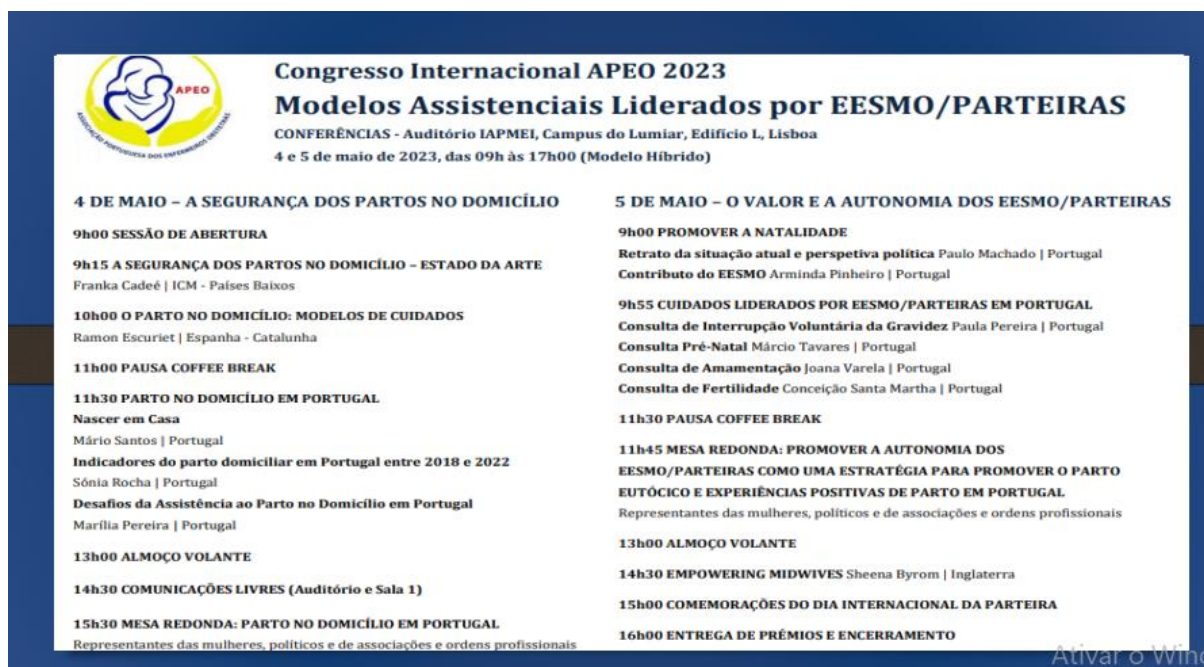
A Orientadora

Assinado por Maria da Luz Ferreira Barros  
Num. de Identificação 00217180  
Data 2022.11.14 09:23:05 +00'00"



Professora Doutora Maria da Luz Ferreira Barros  
Professora Adjunta na Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus/Universidade de Évora

Anexo II: Certificado de Presença no Congresso da Associação Portuguesa de Enfermeiros





Anexo III: Certificado de Participação em Workshop - "Monitorização Materno Fetal, Verticalidade e Mobilidade no período expulsivo



Anexo IV: Certificado de Presença em Webinar da OE - “Centros de parto normal: a mulher/casal no centro dos cuidados nos serviços do SNS”



## CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

**VANDA ISABEL CEREJO SEQUEIRA**

membro nº 84465 desta Ordem, participou no(a) **“Webinar Centros de parto normal: a mulher/casal no centro dos cuidados nos serviços do SNS”,** realizado no dia 3 de Fevereiro de 2023, com duração total de 2 horas, no(a) **Plataforma digital “Cisco Webex Events”.**

Lisboa, 3 de Fevereiro de 2023

P.ª A Bastonária

Luis Filipe Barreira  
Vice-Presidente do Conselho Directivo<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Esta actividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui **0,40** Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Criação de Actividades Formativas.

<sup>2</sup> Conforme Despacho de Delegação de Competências de 21 de Janeiro de 2020 e ao abrigo do artº20 nº5 do Estatuto da Ordem dos