

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

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

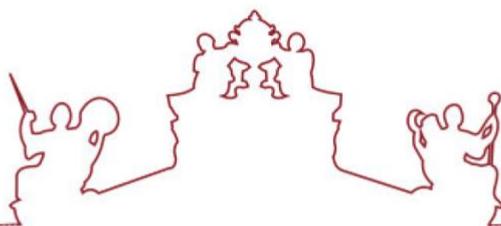
Relatório de Estágio

**Ansiedade da Mulher no Trabalho de Parto: Estratégias de
Gestão dos Enfermeiros Obstetras**

Inês Cavaco Custódio

Orientador(es) | Maria Otília Brites Zangão

Évora 2025



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

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Relatório de Estágio

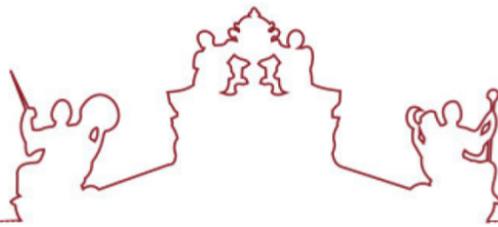
**Ansiedade da Mulher no Trabalho de Parto: Estratégias de
Gestão dos Enfermeiros Obstetras**

Inês Cavaco Custódio

Orientador(es) | Maria Otília Brites Zangão

Évora 2025





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

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

Vogais | Maria Otília Brites Zangão (Universidade de Évora) (Orientador)
Susana Delgadinho (Universidade de Évora) (Arguente)

AGRADECIMENTOS

Grandes conquistas resultam de jornadas desafiadoras superadas com determinação e resiliência. A minha conquista, ser Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, não seria possível sem o apoio constante de várias pessoas que estiveram ao meu lado durante todo o caminho, às quais quero agradecer:

À Professora Doutora Otília Zangão, pela constante disponibilidade, apoio e dedicação ao longo de todo o percurso.

Aos supervisores clínicos, Vera, Ana, Paula, Catarina e José, pela dedicação incansável e por todos os ensinamentos transmitidos.

Ao Júlio, que foi a minha base emocional e apoio constante.

À minha família, pela eterna fonte de conforto, amor e suporte, que me acompanha em todas as etapas da minha vida.

À Inês, pela amizade, pelas longas viagens partilhadas, pelas horas de estudo e por tornar este caminho mais leve e cheio de boas memórias.

Aos meus amigos, pelos momentos de leveza, pela motivação e pela força que me ajudaram a enfrentar todos os desafios.

TÍTULO: Ansiiedade da Mulher no Trabalho de Parto: Estratégias de Gestão dos Enfermeiros Obstetras

RESUMO

Enquadramento: O Estágio de Natureza Profissional, com relatório final, visou o desenvolvimento de competências teórico-práticas, comuns e específicas, para a formação especializada em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. **Objetivo:** Analisar a aquisição de competências essenciais ao exercício profissional, com ênfase nas estratégias usadas por enfermeiras obstétricas para gerir a ansiiedade de mulheres e casais durante o trabalho de parto. **Metodologia:** Sob supervisão clínica e orientação pedagógica, o estágio incluiu a reflexão sobre experiências clínicas e o estudo do tema "Ansiiedade da Mulher/Casal no trabalho de parto". **Resultados:** Foram adquiridas competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica e aprofundado o conhecimento acerca da gestão da ansiiedade durante o parto, aprimorando os cuidados prestados. **Conclusão:** Os objetivos foram alcançados, promovendo cuidados humanizados e especializados, com destaque para a importância das estratégias de gestão da ansiiedade no trabalho de parto.

Descritores: Ansiiedade; Trabalho de Parto; Parto; Enfermeiras Obstétricas; Gestão da Assistência de Enfermagem

Title: Women's Anxiety in Labor: Management Strategies for Obstetric Nurses

ABSTRACT

Framework: The Professional Nature Internship, with a final report, aimed at the development of theoretical-practical, common, and specific competencies for specialized training in Maternal and Obstetric Health Nursing. **Objective:** To analyze the acquisition of essential competencies for professional practice, with emphasis on the strategies used by obstetric nurses to manage the anxiety of women and couples during labor. **Methodology:** Under clinical supervision and pedagogical guidance, the internship included reflection on clinical experiences and the study of the topic "Woman/Couple Anxiety during Labor." **Results:** Common and specific competencies of the specialist nurse in maternal and obstetric health nursing were acquired, and knowledge about managing anxiety during labor was deepened, improving the care provided. **Conclusion:** The objectives were achieved, promoting humanized and specialized care, highlighting the importance of anxiety management strategies during labor.

Descriptors: Anxiety; Labor, Obstetric; Parturition; Nurse Midwives; Nursing Care Management

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	10
1. CONTEXTO CLÍNICO DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL	13
1.1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO ONDE DECORREU O ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL	15
1.1.1. Serviço de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia	21
1.1.2. Serviço de Internamento de Puerpério.....	28
1.1.3. Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais.....	31
1.1.4. Consulta de Medicina Materno-Fetal e Diagnóstico Pré-Natal	33
1.2. METODOLOGIA DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL.....	34
1.2.1. Objetivos	34
1.2.2. População alvo	36
1.2.3. Método de aprendizagem.....	36
2. CONTRIBUTOS PARA A MELHORIA DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA	41
2.1. REVISÃO NARRATIVA “GESTÃO DA ANSIEDADE NO TRABALHO DE PARTO: ESTRATÉGIAS DAS ENFERMEIRAS OBSTÉTRICAS NO CUIDADO À MULHER E AO CASAL”	41
2.1.1. Introdução	41
2.1.2. Métodos.....	42
2.1.4. Discussão	44
2.1.5. Conclusão.....	50
2.2. RESULTADOS EMPÍRICOS OBTIDOS NA PRÁTICA CLÍNICA.....	51
2.3. IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA PROFISSIONAL.....	71
3. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE MOBILIZAÇÃO DE COMPETÊNCIAS	74
3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DOS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS	74
3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DOS ENFERMEIROS EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA	79
CONCLUSÃO	98
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	100
ANEXOS	114
ANEXO A – CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO XXV CONGRESSO NACIONAL E IX INTERNACIONAL: UNIDADES DE CUIDADOS NA MATERNIDADE LIDERADAS POR EESMO/PARTEIRAS, DA APEO.....	115
ANEXO B – CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO WORKSHOP “ATIVACÃO EFICAZ DA PRODUÇÃO DE LEITE. PLANO B: RELACTAÇÃO”, INSERIDO NO XXV CONGRESSO NACIONAL E IX INTERNACIONAL DA APEO	116
ANEXO C – CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO COMO PÓSTER “RELACTAÇÃO: ESTRATÉGIAS E DESAFIOS NA PRÁTICA DA ENFERMAGEM OBSTÉTRICA”, NO XXV CONGRESSO NACIONAL E IX INTERNACIONAL DA APEO	117
ANEXO D – ESCALA DA ANSIEDADE – <i>SCLÍNICO</i> [®]	118
ANEXO E – ESCALA DE <i>GOODWIN</i> MODIFICADA	119

ANEXO F – PARTOGRAMA UNIDADE F	120
ANEXO G – PARTOGRAMA UNIDADE P.....	121
APÊNDICES.....	122
APÊNDICE A – PROPOSTA DE PROJETO DE ESTÁGIO (MODELO T-005)	123
APÊNDICE B – RELATO DE CASO “GRAVIDEZ ECTÓPICA”	125
APÊNDICE D – REVISÃO DA LITERATURA - RELACTAÇÃO	130
APÊNDICE E – PÓSTER “RELACTAÇÃO: ESTRATÉGIAS E DESAFIOS NA PRÁTICA DA ENFERMAGEM OBSTÉTRICA”	132
APÊNDICE F – PÓSTER ADAPTADO “RELACTAÇÃO: ESTRATÉGIAS E DESAFIOS NA PRÁTICA DA ENFERMAGEM OBSTÉTRICA”	133
APÊNDICE G – PÓSTER “TÉCNICA DOS 5S’S PARA ACALMAR O BEBÉ”	134
APÊNDICE H – SÍNTESE DA ANÁLISE DE ARTIGOS INCLUÍDOS NA REVISÃO DA LITERATURA.....	135

Índice de figuras

Figura 1. Área de abrangência da ULS	16
Figura 2. População estrangeira residente em Portugal e percentagem de estrangeiros no total da população residente.....	17
Figura 3. Fluxograma PRISMA – seleção de artigos.....	43
Figura 4. Principais fatores causadores de ansiedade na mulher/casal durante o trabalho de parto	47
Figura 5. Estratégias que enfermeiras obstétricas utilizam para gerir a ansiedade da mulher/casal durante o trabalho de parto.....	50
Figura 6. Assistência realizada no bloco de partos	52
Figura 7. Grupos etários das parturientes.....	53
Figura 8. Nacionalidade das parturientes.....	54
Figura 9. Habilitações literárias das parturientes	55
Figura 10. Paridade das parturientes	55
Figura 11. Via de Parto	56
Figura 12. Idade gestacional	56
Figura 13. Planeamento da Gravidez	57
Figura 14. Vigilância da Gravidez	58
Figura 15. Realização de Curso de Preparação para o Nascimento e Parentalidade	59
Figura 16. Curso de preparação para o parto conforme a paridade	59
Figura 17. Grau de ansiedade.....	60
Figura 18. Ansiedade média segundo paridade	60
Figura 19. Grau de ansiedade de acordo com o tipo de parto	61
Figura 20. Grau de ansiedade de acordo com a literacia	61
Figura 21. Grau de ansiedade de acordo com a realização de CPNP	62
Figura 22. Duração do trabalho de parto.....	63
Figura 23. Duração do TP de acordo com o nível de ansiedade	63
Figura 24. Utilização de analgesia epidural durante o TP	64
Figura 25. Utilização de analgesia epidural em primíparas VS múltiparas	64
Figura 26. Primíparas com analgesia epidural	65
Figura 27. Primíparas sem analgesia epidural	65
Figura 28. Múltiparas com analgesia epidural	66
Figura 29. Múltiparas sem analgesia epidural	66
Figura 30. Utilização de métodos não farmacológicos durante o TP	68
Figura 31. Ansiedade ao longo do TP de acordo com a utilização de MNF	68
Figura 32. Rutura da bolsa amniótica	69
Figura 33. Desfecho perineal (excluindo cesarianas)	70
Figura 34. Ansiedade e desfecho perineal	70

Índice de tabelas

Tabela 1. Contextos Clínicos 1º Semestre do 2º Ano	14
Tabela 2. Contextos Clínicos 2º Semestre do 2º Ano	14
Tabela 3. Total de partos por nacionalidade da mãe.....	17
Tabela 4. Número total de partos e cesarianas na ULS	18
Tabela 5. Profissionais de enfermagem dos campos clínicos	19
Tabela 6. Idade das parturientes.....	53
Tabela 7. Índice de Apgar dos Recém-Nascidos	71

INTRODUÇÃO

A Universidade de Évora (UÉ) disponibiliza o Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica [MESMO], enquadrado nos cursos de 2º ciclo e que proporciona a aquisição do grau de Mestre. Este encontra-se registado na Direção-Geral do Ensino Superior (R/A-Ef 1783/2011/AL03), com parecer afirmativo da Ordem dos Enfermeiros [OE] (SAI-OE/2017/9022 e SAI-OE/2019/5981). Disponibiliza conhecimentos e competências para a aquisição das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento nº 140/2019, de 6 de fevereiro) e Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica [EEESMO] (Regulamento nº 391/2019, de 3 de maio), possibilitando a atribuição do título de EEESMO pela Ordem dos Enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2019a; Ordem dos Enfermeiros, 2019b).

As competências adquiridas incluem a assistência à mulher durante o período pré concecional, ciclo gravídico-puerperal, promoção da saúde e deteção precoce de complicações na saúde do recém-nascido até ao 28º dia de vida, período do climatério e vivências de processos de saúde/doença ginecológica, tendo sempre em conta a família e comunidade onde a mulher se encontra inserida.

O Plano de Estudos do MESMO (Aviso nº 15812/2019); Diário da República [DR] 7/10/1019) compreende o Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final [ENPRF] com correspondência de 60 *European Credit Transfer System* (DRE, 2019). O ENPRF iniciou no dia 11 de setembro de 2023, terminou no dia 23 de junho de 2024 e foi dividido em dois semestres, em contexto de Serviço de Urgência de Ginecologia e Obstetrícia, Bloco de Partos, Internamento de Puerpério, Internamento de Grávidas Patológicas, Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Consulta Externa.

Os objetivos do ENPRF são: cuidar da mulher e companheiro inseridos na família e comunidade; demonstrar uma aquisição de conhecimentos conducente a uma proposta de melhoria de cuidados, considerando as vertentes teórico-práticas e a prática baseada na evidência; defender através de um Relatório apresentado em provas públicas, a sua obtenção de competências ao longo do Estágio de Natureza Profissional.

Concomitantemente, foi selecionado o tema “Ansiedade da Mulher no Trabalho de Parto: Estratégias de Gestão dos Enfermeiros Obstetras”, para aprofundar durante o

ENPRF. A forma como a grávida vive a sua gravidez e como idealiza o parto tem repercussões significativas na sua própria saúde e na saúde do feto, assim como o nível de ansiedade experienciado ao longo dos mesmos (Cunha et al., 2020). O parto é uma experiência que implica desafios físicos e psicológicos e, apesar de ser um momento natural e fisiológico, pode ser marcado por stress, ansiedade e medo (Vilela et al., 2019).

Desta forma, surge o interesse pelo problema, pois a ansiedade pode ser prevenida ou pelo menos substancialmente reduzida. Assim, tornou-se importante conhecer, compreender e atuar sobre este fenómeno de forma a prestar cuidados de enfermagem especializados que minimizem a ansiedade, de modo a contribuir positivamente para uma experiência de parto positiva.

No decorrer do ENPRF foi essencial a utilização de um modelo concetual de forma a direcionar e a fundamentar a prática clínica. Pela sua pertinência relativa ao tema previamente selecionado, foi utilizada a Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau, que entende que a enfermagem é um processo interpessoal que envolve a interação entre indivíduos com o objetivo de alcançar uma finalidade comum (Tomey & Alligood, 2002). Desta forma, as relações interpessoais entre o enfermeiro e o utente podem ser consideradas o foco principal do processo de cuidar em enfermagem e onde deve ser assegurado o desenvolvimento do relacionamento interpessoal através do uso de instrumentos de comunicação (Moraes et al., 2006).

Neste contexto, a presente teoria faculta uma estrutura que possibilita a compreensão da importância da relação enfermeiro-utente e a forma como esta pode influenciar a gestão da ansiedade, promovendo um ambiente terapêutico e facilitando um trabalho de parto e parto mais seguros e tranquilos. Assim, o papel do EEESMO assume uma importância fundamental, na medida em que não se limita a cuidar apenas da saúde física da mulher, mas desempenha também um papel essencial no apoio emocional, através da utilização de estratégias específicas para mitigar a ansiedade e promover conforto e confiança durante o trabalho de parto e o parto.

O presente Relatório de Estágio tem como objetivo analisar o processo de aquisição de competências gerais e específicas necessárias ao exercício profissional em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, com ênfase nas estratégias utilizadas por enfermeiras obstétricas para gerir a ansiedade de mulheres e casais durante o trabalho de

parto, sendo posteriormente defendido em provas públicas. Foi elaborado de acordo com o Regulamento Académico da Universidade de Évora (despacho n° 3144/2019).

A composição do presente relatório seguiu as normas de publicação *American Psychological Association* 7.^a edição (APA, 2020), cumpre as Normas para elaboração de Trabalhos Académicos e Científicos Escritos da Universidade de Évora – Escola Superior de Enfermagem São João de Deus [UÉESESD] (Ordem de Serviço n° 01/2023) e encontra-se redigido em conformidade com o Novo Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa.

1. CONTEXTO CLÍNICO DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

O presente capítulo descreve detalhadamente todos os contextos clínicos onde decorreu o Estágio de Natureza Profissional [ENP], nomeadamente a sua estrutura física, recursos humanos, recursos materiais e dados indispensáveis para contextualizar e esclarecer o processo de aquisição de competências.

O ambiente de aprendizagem é parte fundamental da formação da enfermagem obstétrica, no sentido em que auxilia os alunos a integrar a teoria na prática clínica. O processo de aquisição de competências necessita de um acompanhamento atento que garanta que o programa de aprendizagem clínica se adapte aos objetivos. Este inclui quatro atributos que impactam a aprendizagem: o espaço físico, os fatores psicossociais e de interação, a cultura organizacional e os componentes de ensino e aprendizagem (Mbakaya et al., 2020).

A prática realizada durante o ENP possibilitou a obtenção e o desenvolvimento de habilidades específicas do EEESMO (conforme Regulamento nº 391/2019 de 3 de maio de 2019), bem como competências comuns aos enfermeiros especialistas (conforme Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro de 2019) (Ordem dos Enfermeiros, 2019a; Ordem dos Enfermeiros, 2019b).

A concretização do ENP requereu a elaboração de um Projeto de Estágio (Apêndice A), que contempla as competências a adquirir ao longo do percurso pelos vários contextos clínicos, a definição da temática na qual a mestranda aprofunda conhecimentos e os objetivos curriculares e pessoais definidos para cada contexto clínico.

O ENP decorreu numa Unidade Local de Saúde [ULS] localizada a Sul do Tejo. O primeiro semestre teve início no dia 11 de setembro de 2023 e terminou no dia 31 de janeiro de 2024, abrangendo 18 semanas de estágio, compreendidas em três contextos clínicos distintos, como representa a Tabela 1.

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

Período	Nº semanas	Contexto Clínico	Instituição
11/09/2023 a 22/10/2023	6	Serviço de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia e Internamento de Grávidas Patológicas	ULS a sul do Tejo – Unidade F
23/10/2023 a 03/12/2023	6	Bloco de Partos	ULS a sul do Tejo – Unidade F
04/12/2023 a 31/01/2024	6	Consulta de Medicina Materno Fetal e Consulta de Diagnóstico Pré-Natal	ULS a sul do Tejo – Unidade F

Fonte: Elaboração da mestranda

O segundo semestre teve início no dia 14 de fevereiro e terminou no dia 23 de junho de 2024, abrangendo 18 semanas de estágio. A tabela 2 apresenta os contextos clínicos compreendidos nesse período.

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

Período	Nº semanas	Contexto Clínico	Instituição
14/02/2024 a 24/03/2024	5	Serviço de Internamento de Puerpério	ULS a sul do Tejo – Unidade F
18/03/2024 a 24/03/2024	1	Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais	ULS a sul do Tejo – Unidade F
02/04/2024 a 28/04/2024	4	Bloco de Partos	ULS a sul do Tejo – Unidade P
29/04/2024 a 23/06/2024	8	Bloco de Partos	ULS a sul do Tejo – Unidade F

Fonte: Elaboração da mestranda

Seguidamente, será realizada a descrição dos contextos clínicos, destacando o ambiente físico, os recursos humanos e materiais, além das suas particularidades. Serão igualmente fornecidas informações fundamentais para contextualizar e esclarecer o processo de desenvolvimento das competências ao longo do ENP.

1.1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO ONDE DECORREU O ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

Torna-se de extrema importância caracterizar os contextos clínicos, uma vez que cada um deles apresenta abordagens diferentes na prestação de cuidados, nas estruturas organizacionais e nas características demográficas das populações atendidas.

O ENP decorreu na ULS a Sul do Tejo, anteriormente denominada Centro Hospitalar Universitário [CHU]. O CHU encontrava-se incorporado no Sistema Nacional de Saúde [SNS] e era formado por três unidades hospitalares (Unidade F, Unidade P e Unidade L), às quais se somavam os Serviços de Urgência Básica [SUB] e um Centro de Medicina Física e Reabilitação. Recebeu a sua denominação a 23 de Agosto de 2017, através do Decreto-Lei nº 101/2017, aumentando a sua ação relativa ao ensino de investigação, colaborando com instituições de Ensino Superior.

Ao longo do ENP da mestranda, e ao abrigo do Decreto-Lei nº 102/2023 (Presidência do Conselho de Ministros, 2023) com efeitos a 1 de janeiro de 2024 foi instituída a ULS, que integra três hospitais públicos (Unidade F, Unidade P e Unidade L), assim como três agrupamentos dos Centros de Saúde (ACES) e respetivas unidades funcionais no âmbito dos cuidados de saúde primários: o Centro de Medicina Física e Reabilitação do Sul e quatro serviços de Urgência Básica. Desta forma, foi estabelecido um novo modelo de organização e funcionamento que pretende simplificar os processos, incitando a articulação entre equipas de profissionais de saúde, com foco na experiência, nos recursos e nos percursos entre os diferentes níveis de cuidados (ULSA, 2024). Paralelamente, desenvolve um importante trabalho na área da formação contínua de profissionais de saúde, através de protocolos com universidades e cursos nas áreas médicas de enfermagem e das ciências da saúde (ULSA, 2024).

As Unidades Locais de Saúde em Portugal representam um passo significativo na direção de um sistema de saúde mais integrado, eficiente e centrado no paciente, refletindo a procura contínua por melhorias na prestação de cuidados (SNS, 2024). A missão da ULS onde decorreu o ENP centra-se na consolidação de uma das unidades hospitalares de referência pertencente ao SNS, assumindo a responsabilidade direta pelos cuidados de saúde primários e pela prestação de cuidados de saúde diferenciados a 16 conselhos (84 freguesias) (Figura 1), garantindo a segurança da saúde de todos os

residentes ou visitantes da região (ULSA, 2024). O território abrange uma área de 5 412 km², representando 5,56% do território nacional, e assegura cuidados de saúde a 467 495 residentes. Durante o período de verão, estima-se que esse número triplique devido ao aumento sazonal da população (INE, 2021).

Figura 1. Área de abrangência da ULS



Fonte: Adaptado de Portugal de Norte a Sul

De acordo com dados estatísticos recolhidos através do site SNS Transparência, no ano de 2023, a ULS deu resposta a 3725 nascimentos, sendo que 2528 foram partos eutócicos e instrumentados e 1197 foram cesarianas. Conforme dados internos, foi possível recolher informação acerca do número de nascimentos relativo a cada unidade da ULS, resultando um total de 2562 partos assistidos na Unidade F e 1163 partos assistidos na Unidade P. Foi também possível verificar que a percentagem de mães estrangeiras tem vindo a aumentar, atingindo na Unidade F os 36% e na Unidade P os 48%. As nacionalidades de mulheres não portuguesas mais frequentes são: Brasil, Índia, Nepal e República da Moldávia. Torna-se importante ressaltar a multiculturalidade encontrada ao longo do ENP, na medida em que esta influência a prestação de cuidados a cada mulher.

Alargando os dados a Portugal, pode-se constatar que se trata de uma realidade comum e que tem vindo a crescer ao longo dos últimos anos, como se pode verificar na tabela 3.

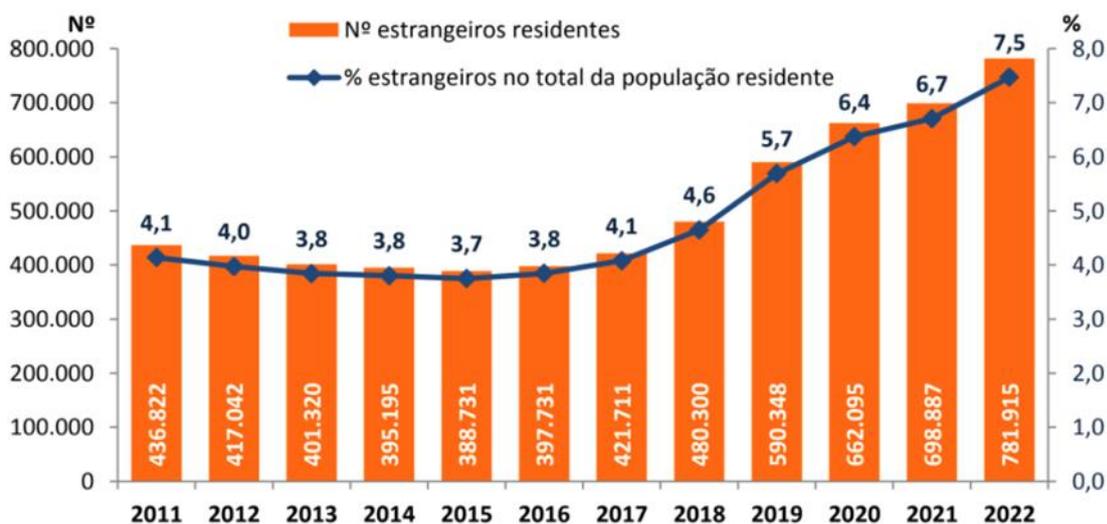
Tabela 3. Total de partos por nacionalidade da mãe

Ano	Nº Total de partos	Nacionalidade Portuguesa	Nacionalidade estrangeira
2020	84 530	73 175	11 355
2021	79 582	68 772	10 808
2022	83 671	69 668	14 003
2023	85 699	66 964	18 734

Fonte: PORDATA (2023)

A percentagem de imigrantes tem vindo a aumentar nos últimos anos em Portugal (Figura 2). A população imigrante inclui qualquer indivíduo que cruze a fronteira internacional, incluindo refugiados, imigrantes ilegais, transitórios ou com um estatuto socioeconómico favorável (Oliveira, 2023).

Figura 2. População estrangeira residente em Portugal e percentagem de estrangeiros no total da população residente



Fonte: Oliveira (2023)

As situações migratórias têm sido associadas a um aumento da morbilidade e mortalidade obstétrica devido à insuficiente vigilância pré-natal, relacionada com condições de precariedade, barreiras linguísticas e diferentes perceções acerca do acompanhamento da gravidez. Segundo Radjack et al. (2023), existe também uma relação entre mulheres migrantes e desproporção feto-pélvica, o que pode originar um aumento do número de cesarianas, que vai ao encontro do registado nos últimos anos em Portugal.

Na tabela 4, é possível observar que o número de partos realizados na ULS nos últimos quatro anos diminuiu até 2022. Este decréscimo encontra-se essencialmente associado à pandemia de COVID-19 (Gomes & Pimentel, 2023). No entanto, este valor sofreu um aumento de 8,5% em 2023. Relativamente ao número de cesarianas, tem vindo sempre a aumentar ao longo dos anos.

Tabela 4. Número total de partos e cesarianas na ULS

Ano	Número total de partos	Número total de cesarianas	Percentagem de cesarianas
2020	3645	1014	27,8%
2021	3499	1017	29%
2022	3432	1040	30,3%
2023	3725	1197	32,1%

Fonte: SNS Transparência

Portugal enquadra-se entre os países da Europa com uma das maiores taxas de cesarianas, excedendo os valores recomendados pela Organização Mundial de Saúde (entre 10% e 15%). Tem sido verificado ao longo dos anos um aumento significativo de partos por cesariana, sendo que este valor é considerado internacionalmente um indicador de qualidade dos cuidados obstétricos, existindo uma norma da Direção Geral de Saúde (DGS), que orienta as boas práticas no parto – Norma nº 001/2015 de 19/01/2015 – Registo de Indicações de Cesariana, onde se encontram explícitas as indicações clínicas precisas para a realização de uma cesariana.

A cesariana, mesmo com indicação clínica, comporta riscos para a mulher e para o recém-nascido, assim como agrava os custos associados ao parto. Com o propósito de consolidar a taxa de cesarianas para valores inferiores a 30%, em Portugal, e sem colocar em risco os bons desfechos de saúde atingidos, foi criada a Comissão Nacional para Redução da Taxa de Cesarianas em 2013 (DGS 2015). Tem como objetivo garantir cuidados adequados e seguros para a mulher e para o recém-nascido, de forma a promover melhores resultados clínicos e prevenir complicações, a OE define como dotações seguras o rácio de EEESMO-utente, segundo o parecer nº 43/2019:

- Internamento Medicina Materno-Fetal [MMF] Gravidez de Alto Risco – 1:3;
- Internamento MMF Gravidez de Médio Risco – 1:6;

- Internamento Puerpério de Puérpera Patológica – 1:3;
- Internamento Puerpério de Puérpera Sem patologia – 1:6.
- Internamento de Ginecologia tem de ter o mínimo de um EEESMO em permanência nas 24h;
- Consulta de Enfermagem de Medicina Materno Fetal e Diagnóstico Pré-Natal é assegurada por EEESMO;
- Consulta de Enfermagem de Ginecologia é assegurada por EEESMO;
- Consulta de Interrupção de gravidez até as 10 semanas e 6 dias tem de ser assegurada exclusivamente por EEESMO;
- Urgência de Obstetrícia e Ginecologia tem que ser assegurada exclusivamente por EEESMO, sendo a triagem um posto de trabalho;
- 1º estadio do Trabalho de Parto [TP]- 1:2;
- 2º estadio do TP- 1:1;
- 3º e 4º estádios do TP- 1:1 (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2019).

A tabela 5 apresenta discriminados os profissionais de enfermagem que executam funções nos diversos campos clínicos onde decorreu o ENP e com os quais houve oportunidade de interação e partilha, contribuindo assim para o desenvolvimento pessoal e profissional da mestranda.

Tabela 5. Profissionais de enfermagem dos campos clínicos

CONTEXTO CLÍNICO	EEESMO	EEESIP	EEEMC	ENFERMEIROS CUIDADOS GERAIS
Urgência de Ginecologia e Obstetrícia – Unidade F	33	0	1	18
Urgência de Ginecologia e Obstetrícia – Unidade P	19	0	0	10
Consulta Medicina Materno-Fetal e Diagnóstico Pré-Natal	3	0	0	0
Internamento Puerpério	3	2	0	17
Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais	0	21	1	22
Total	53	23	2	67

Fonte: Elaboração da mestranda

Segundo a análise dos dados obtidos, é possível verificar que na ULS se torna difícil o cumprimento das dotações seguras definidas pela Ordem dos Enfermeiros. Relativamente à Unidade F, esta apresenta algumas lacunas: no Internamento de Grávidas Patológicas encontram-se 15 camas disponíveis, e apenas dois EEESMO em cada turno, impossibilitando o cumprimento das dotações quando o mesmo se encontra lotado; no Serviço de Urgência de Ginecologia e Obstetrícia, nomeadamente no posto “admissão”, encontra-se escalado apenas um EEESMO em cada turno, que deve assegurar as duas salas de observação, o Serviço de Observação [SO] e a triagem de utentes; o contexto de Bloco de Partos é assegurado por dois EEESMO, sendo que a afluência ao serviço é muitas vezes maior do que o esperado, permanecendo quatro mulheres em TP ativo e muitas vezes sendo necessário ocupar o SO deste mesmo serviço com mais uma grávida em TP; a consulta MMF e Diagnóstico Pré-Natal [DPN] são asseguradas por três EEESMO, sendo que a consulta de interrupção de gravidez é muitas vezes assegurada por um Enfermeiro de Cuidados Gerais por não existir mais nenhum elemento especializado na equipa, assim como a consulta de Ginecologia; no Internamento de Puerpério também se verificou incumprimento das dotações seguras, uma vez que apenas dispõe de três EEESMO e estes apenas desempenham funções no período da manhã, não permanecendo nenhum elemento especializado nos turnos da tarde e noite.

Relativamente à Unidade P, revela-se uma semelhança à Unidade F pois o posto “admissão” é muitas vezes assegurado por um EEESMO e um Enfermeiro de Cuidados Gerais. O Bloco de Partos é assegurado muitas vezes por um EEESMO e um Enfermeiro de Cuidados Gerais, sendo que possui cinco salas de parto e desta forma, muitas vezes não são cumpridas as dotações seguras no que diz respeito à fase de trabalho de parto ativo.

De acordo com a análise, é possível verificar que as dotações seguras exigidas pela OE, não são cumpridas em nenhum dos serviços onde a mestranda realizou o ENP, devendo-se à falta de enfermeiros especializados na área. Desta forma, verifica-se comprometido o atendimento e assistência à mulher/família nas várias valências do cuidar, existindo uma maior probabilidade de ocorrência de erros, não sendo os cuidados de enfermagem prestados com a qualidade necessária (Poeira et al., 2019).

Seguidamente encontrar-se-á a caracterização dos contextos clínicos onde decorreu o ENP.

1.1.1. Serviço de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia

No presente subcapítulo encontra-se a caracterização do contexto clínico realizado no Serviço de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia [SUOG] da ULS, na Unidade F e na Unidade P, conforme apresentado na tabela 1 e na tabela 2.

Unidade F

O SUOG da Unidade F encontra-se no 5º piso do edifício principal e abrange o Atendimento Urgente ou Admissão, o Internamento de Grávidas (Medicina Materno-Fetal), o Bloco de Partos e o Bloco Operatório destinado à realização de cesarianas eletivas e urgentes.

Todas as utentes que se dirigem ao SUOG iniciam o seu percurso com a chegada ao Serviço de Urgência Geral [SUG], onde realizam a triagem pelo sistema de Triagem de *Manchester* e posteriormente são encaminhadas para o 5º piso, acompanhadas por um assistente operacional do SUOG. As utentes com afeções ginecológicas seguem o mesmo percurso, apenas diferindo o acompanhamento pois serão acompanhadas por um assistente operacional do SUG. Todas as utentes permanecem na sala de espera até serem chamadas pelo médico ou EEESMO, para se dirigirem à Admissão. Caso a utente tenha recorrido ao serviço através do Instituto Nacional de Emergência Médica [INEM] ou Bombeiros, é acompanhada pela equipa de emergência ao 5º piso e entra diretamente no serviço.

Admissão

Neste espaço físico são prestados cuidados obstétricos e ginecológicos a mulheres ao longo de todo o ciclo de vida. É composto por uma sala de espera com 15 assentos, duas salas de admissão, uma casa de banho, uma zona de sujios destinada à higienização de materiais e uma sala de observação. Após entrada no serviço, à direita, encontra-se a admissão 1, composta por uma marquesa ginecológica, um ecógrafo, um monitor para avaliação de sinais vitais, um armário de apoio que contém material para consumo clínico,

uma cortina que garante a privacidade das utentes e uma secretária equipada com um computador. A admissão 2 encontra-se à esquerda e está equipada com material semelhante. Esta tem um prolongamento ao fundo, com uma divisão onde está presente um aparelho cardiotocógrafo [CTG], uma marquesa e um cadeirão, sendo o local que se destina à execução dos registos cardiotocográficos.

A Sala de Observação [SO], é parte integrante da admissão e é composta por um cadeirão, um cardiotocógrafo, um armário de apoio que contém material para consumo clínico e uma cama de parto que pode ser utilizada em casos de parto iminente ou quando as salas de parto se encontram todas ocupadas. A organização das instalações visa assegurar um ambiente adequado para avaliação e acompanhamento das utentes, respeitando a sua privacidade e certificando brevidade na prestação de cuidados.

O sistema informático utilizado para elaboração de registos médicos e de enfermagem é o software clínico *ALERT*[®].

Internamento de Grávidas

Trata-se de uma unidade de internamento para grávidas com patologia materna ou fetal associada e que careçam de cuidados ou vigilância permanente. Nesta unidade também permanecem grávidas em indução do TP ou em fase latente do mesmo. O espaço é partilhado com o Internamento de Ginecologia, sendo muitas vezes necessária a gestão de enfermarias quando um dos serviços se encontra lotado.

É constituído por uma sala de enfermagem e cinco enfermarias, cada uma delas com três unidades de utente, perfazendo um total de 15 unidades. Na sala de enfermagem localizam-se três computadores para realização de registos informatizados, um ecrã ligado à central *Omnview-SisPorto*[®], que permite o registo digital e a visualização em tempo real dos traçados cardiotocográficos. A equipa multidisciplinar tem à sua disposição quatro cardiotocógrafos, duas bombas infusoras, um monitor de sinais vitais e um termómetro, para além de todo o material fundamental num serviço de internamento.

Cada unidade de utente é constituída por uma cama, uma mesa de apoio, uma campainha e uma rampa de oxigénio, de vácuo e ar comprimido. As unidades são separadas por cortinas móveis que garantem a privacidade das utentes. No espaço comum está presente um armário, um lavatório, uma mesa de apoio, três cadeiras e uma

televisão. O internamento possui uma casa de banho comum que contém três boxes de duche, muito utilizadas pelas utentes durante a fase latente do TP.

No que diz respeito à indução do trabalho de parto, esta é definida pela aplicação de técnicas que estimulam artificialmente a contratilidade uterina, através de medicamentos ou meios mecânicos de forma a desencadear o TP antes do seu início espontâneo (Teixeira et al., 2023). Deve ser determinada tendo em conta a saúde materna e fetal, a idade gestacional, a pelve materna, a estimativa de peso fetal e a apresentação fetal. O método de indução deve ser corretamente selecionado e individualizado, após avaliação das características cervicais e aplicação do Índice de *Bishop* [IB] (Nené et al., 2016; DGS, 2015). É considerado que o colo uterino apresenta características propícias ao início do TP quando o IB é superior ou igual a 8. Quando o IB é igual ou inferior a 6, está indicado o uso de métodos farmacológicos ou mecânicos para que o mesmo sofra maturação (Machado et al., 2022). Na unidade onde decorreu o ENP a indução pode ser feita com a administração de ocitocina em perfusão, misoprostol via vaginal, oral ou jugal, dinoprostona ou com recurso a algália *foley*.

O sistema informático utilizado para elaboração de registos médicos e de enfermagem é o *SCLínico*® Hospitalar. É também utilizado o sistema informático Gestão Hospitalar de Armazém e Farmácia [GHAF] para realização de prescrições e registo de administração de medicação.

O horário de visitas ocorre entre as 13h00 e as 21h00.

Bloco de Partos

O Bloco de Partos [BP] dispõe de quatro salas dedicadas ao atendimento de parturientes em TP ativo ou grávidas de alto risco que necessitem de uma maior vigilância. Conforme necessidade, é utilizado o SO da admissão, correspondendo a um total de cinco salas de parto.

Cada sala é composta por uma cama de partos elétrica, um cardiotocógrafo com avaliação de sinais vitais ligado à central *Omnview-SisPorto*®, uma rampa de oxigénio, uma seringa infusora, um armário com material para consumo clínico, uma mesa de apoio móvel utilizada para colocação de material para a técnica epidural e para colocar a trouxa de parto, ferros de parto e equipamento de proteção individual. Contém ainda um banco

e um candeeiro de teto *pantoff*. Em cada sala existe uma bancada destinada à prestação de cuidados imediatos ao recém-nascido [RN] após o nascimento, que contém todos os materiais de consumo clínico necessários, um aquecedor, uma banheira, fonte de oxigénio, vácuo e ar comprimido. Existe ainda uma balança para pesar o RN e um cadeirão destinado ao acompanhante. Todas as salas de partos estão equipadas com colunas ligadas a um rádio central e podem ser utilizadas conforme preferência da parturiente.

O serviço dispõe de alguns recursos destinados à prática de métodos não farmacológicos para alívio da dor como bolas de parto, música ambiente, luminosidade regulável, kit de massagem de relaxamento e acesso ao duche sempre que reunidas as condições. Segundo a evidência científica, deve-se incentivar o uso de métodos não farmacológicos como complemento e/ou substituição de fármacos para o alívio da dor durante o trabalho de partos pois a sua utilização acarreta melhores desfechos obstétricos e neonatais, bem como a promoção da autonomia e satisfação da mulher (Mascarenhas et al., 2019).

Relativamente à analgesia epidural, é assegurada sempre que reunidas as condições clínicas para a sua aplicação. Durante o contexto clínico ocorreram algumas solicitações para realização de *walking epidural*. Esta prática mantém a capacidade de deambulação da parturiente devido à administração de menores concentrações de anestésicos locais e opiáceos, com diminuição de bloqueio motor, permitindo assim uma maior liberdade de movimentos e verticalidade ao longo do TP (Verastegui-Martín et al., 2023).

É consentida a permanência contínua de um acompanhante durante todo o trabalho de parto e puerpério imediato, conforme estabelecido pela Lei 15/2014, de 21 de março, (Assembleia da República, 2014). A presença de acompanhante é bastante significativa e eficaz, uma vez que este participa ativamente no processo de nascimento, realizando ações de apoio, proporcionando vínculos e sensações de segurança à parturiente, contribuindo para uma boa evolução do trabalho de parto e satisfação com o mesmo.

O parto desperta na mulher um misto de emoções, desde uma alegria imensa até sentimentos de medo, ansiedade e dor. É essencial que os profissionais de saúde tenham a capacidade de entender individualmente as necessidades emocionais e físicas, oferecendo palavras de estímulo, suporte físico e explicações claras sobre todo o

processo. Torna-se fundamental uma abordagem humanizada para assegurar que o parto seja uma experiência mais satisfatória e menos traumática para a parturiente (Neves et al., 2024)

No mesmo espaço físico do BP encontra-se uma sala operatória destinada à realização de cesarianas de carácter urgente ou programado, assim como intervenções ginecológicas que exijam intervenção rápida. A sala é constituída por maca operatória, ventilador, carro de anestesia, carro de circulante, três mesas móveis de apoio aos procedimentos cirúrgicos e anestésicos, um candeeiro *pantoff* e dois computadores para realização de registos informatizados. Paralelamente à sala operatória, encontra-se uma zona de sujos que dá apoio à mesma.

O BP está equipado com uma sala de reanimação do RN, que contém duas incubadoras para reanimação e prestação de cuidados imediatos ao RN, com fonte de calor, rampa de oxigénio, aspiração por vácuo, balança, banheira e todo o material clínico necessário. Nesta sala também se encontra um frigorífico que contém toda a medicação que necessita de acondicionamento a temperaturas mais baixas, uma estufa que contém lençóis aquecidos e uma janela com acesso direto à Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais [UCIN].

Para apoio às salas de parto e sala operatória, o serviço possui dois recobros. O maior, tem capacidade para três puérperas em simultâneo e destina-se ao puerpério imediato de partos eutócicos e/ou distócicos por ventosa ou *fórceps*. O recbro de menores dimensões trata-se da Unidade de Cuidados Pós Anestésicos [UCPA], com capacidade para permanência de uma puérpera submetida a cesariana. Ambos estão equipados com monitor de sinais vitais e carro de apoio com o material de consumo necessário.

O serviço contém um armazém clínico, uma sala de enfermagem (onde permanece o monitor ligado à Central *Omnview-SisPorto*®.), uma copa para refeições, uma sala destinada à enfermeira chefe e instalações sanitárias exclusivas para profissionais de saúde.

Para apoio às várias valências do serviço, existe um carro de urgência devidamente homologado de acordo com a Orientação da Direção Geral da Saúde nº 008/2011.

O serviço de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia é composto por uma equipa multidisciplinar especializada, constituída por Ginecologistas/Obstetras, Anestésistas,

Pediatras, EEESMO, EEEMC, Enfermeiros de Cuidados Gerais, Assistentes Operacionais e Técnicos Administrativos.

A distribuição da equipa de Enfermagem é realizada de igual forma nos turnos Manhã (8h00-16h00), Tarde (15h30-00h00) e Noite (23h30-08h30). O setor de admissão está sob responsabilidade de um EEESMO e se o número de elementos presente em turno assim o permitir, existe um segundo elemento neste posto de trabalho que pode ser EEESMO ou Enfermeiro de Cuidados Gerais. O internamento de grávidas está sob responsabilidade de dois EEESMO. No BP estão sempre distribuídos dois EEESMO. No bloco operatório, as dotações seguras exigem a permanência de um enfermeiro circulante, um enfermeiro anestesista e um enfermeiro instrumentista, sendo maioritariamente assegurado por Enfermeiros de Cuidados Gerais (OE, 2019). Na totalidade perfaz um total de 8 enfermeiros em cada turno, que promovem a continuidade dos cuidados prestados.

Unidade P

A Unidade P é uma das instituições referentes à fusão previamente descrita e garante a prestação de cuidados de saúde diferenciados a mulheres grávidas e/ou com afeção ginecológica. Contudo, esta unidade não constitui um Hospital de Apoio Perinatal Diferenciado [HAPD], logo, sempre que ocorre necessidade, as grávidas são transferidas com recurso de ambulância para a Unidade F ou para outras unidades de referência. O SUOG encontra-se localizado no segundo piso da Unidade P e possui várias áreas distintas.

Admissão

A Admissão é constituída por quatro salas para observação de utentes, sendo que duas delas são destinadas à observação de grávidas e as restantes à observação de utentes do foro ginecológico. Todas se encontram equipadas com secretária, computador, marquesa, ecógrafo e armários de apoio com material de consumo clínico. Existe uma sala equipada com dois cardiotocógrafos e duas marquesas, com o objetivo de avaliar o bem-estar materno-fetal quando as grávidas recorrem ao serviço de urgência.

Bloco de Partos

No Bloco de Partos existem cinco salas de partos, devidamente equipadas com cardiocógrafa diretamente ligado à central *Omnview-SisPorto*® (sendo que dois deles possuem ligação remota), cama de parto elétrica, material de consumo clínico, monitor de sinais vitais, bancada para prestação de cuidados ao RN, banheira e balança. Para além do material anteriormente descrito, todas as salas possuem um sistema de som central que possibilita a realização de musicoterapia, uma caixa com material para realização de massagem de relaxamento, bola de parto e controlo de iluminação.

No mesmo espaço físico existe um bloco operatório, destinado a realização de cesarianas programadas e urgentes em funcionamento entre as 08:00 horas e as 20:00 horas. Caso ocorra necessidade de realização de uma cesariana urgente fora do horário anteriormente descrito, a grávida é devidamente encaminhada para o bloco operatório central.

Para apoio às salas de parto e sala operatória, o serviço possui dois recobros. O maior, tem capacidade para duas puérperas em simultâneo e destina-se ao puerpério imediato de partos eutócicos ou distócicos por ventosa ou *fórceps*. O recbro de menores dimensões trata-se da Unidade de Cuidados Pós Anestésicos [UCPA], com capacidade para permanência de duas puérperas submetidas a cesariana. Ambos estão equipados com monitor de sinais vitais e carro de apoio com o material de consumo necessário.

Existe uma sala de enfermagem, devidamente equipada com dois computadores e um ecrã ligado à central *Omnview-SisPorto*®, assim como uma sala de trabalho reservada à preparação de terapêutica, um armazém com material de consumo clínico, duas casas de banho destinadas a grávidas e acompanhantes e uma casa de banho destinada a profissionais de saúde.

A equipa multidisciplinar é composta por médicos ginecologistas/obstetras, médicos anestesistas, médicos pediatras, EEESMO, Enfermeiros de Cuidados Gerais, assistentes operacionais e técnicos administrativos. Durante os vários turnos (manhã, tarde e noite), a distribuição de enfermeiros é realizada de igual forma: admissão – dois enfermeiros (dois EEESMO ou um EEESMO e um Enfermeiro de Cuidados Gerais); bloco de partos – dois EEESMO ou um EEESMO e um Enfermeiro de Cuidados Gerais, sendo que o

segundo elemento fica também responsável pelo recobro; bloco operatório – dois enfermeiros (maioritariamente Enfermeiros de Cuidados Gerais).

O sistema informático utilizado para elaboração de registos médicos e de enfermagem é o *SClínico*® Hospitalar. É também utilizado o sistema informático GHAF para realização de prescrições e registo de administração de medicação e o preenchimento do partograma digital através do módulo Maternum Partogram do Omnview-SisPorto®.

1.1.2. Serviço de Internamento de Puerpério

O presente serviço está inserido no quinto piso do edifício principal e é composto por 33 unidades de utente, distribuídas em 10 enfermarias com três unidades cada, disponíveis para internamento de puérperas e respetivos RN. Existem mais 4 unidades que estão inseridas em quartos individuais, com casa de banho, destinados a puérperas com patologias que requerem isolamento, como doenças infetocontagiosas, ou para situações que necessitem de maiores cuidados e vigilância, como patologias do ciclo gravídico- puerperal.

Nas enfermarias, a unidade de cada utente é composta por uma cama elétrica articulada, uma mesa de apoio, uma campainha, uma rampa de oxigénio e uma rampa de vácuo de ar comprimido. Todas são separadas por cortinas móveis. A área comum apresenta um lavatório, uma mesa, uma televisão e um armário devidamente identificado. Existem duas casas de banho ao longo do serviço que dão apoio às unidades de cada utente.

Todas as puérperas são transferidas para o serviço após completarem duas horas de puerpério imediato no recobro do Bloco de Partos, após confirmada a estabilização hemodinâmica. São acompanhadas por um enfermeiro e um assistente operacional, em maca, até à respetiva unidade. A hemorragia pós parto [HPP] é uma emergência obstétrica, considerada como a maior causa de morbilidade materna mundial e pode ocorrer após o parto vaginal ou cesariana (Pinto et al., 2022). É definida como a perda sanguínea acima de 500ml após o parto vaginal ou acima de 1000ml após a cesariana, causando instabilidade hemodinâmica, nomeadamente, hipotensão, taquicardia, oligúria e saturação periférica de oxigénio inferior a 95% (Ruiz et al., 2023). As principais causas são atonia uterina, trauma do canal vaginal, retenção placentária e coagulopatias, pelo que

é de elevada importância a vigilância e assistência puerperal por parte de um enfermeiro especializado de forma a identificar, avaliar e intervir precocemente em alterações fisiológicas e possíveis complicações (Pinto et al., 2022).

O recém-nascido acompanha a mãe durante todo o percurso, exceto em situações de internamento do mesmo na UCIN. Após um parto vaginal, está previsto um internamento de 48h (a contar a partir da hora de nascimento do RN) e após um parto por cesariana está previsto um internamento de 72h, quando não existe nenhuma complicação. No momento da alta, elabora-se o formulário Notícia de Nascimento, no sistema informático *SCLínico*® Hospitalar, permitindo assim a articulação de cuidados com os Cuidados de Saúde Primários, de forma a que estes realizem o planeamento de intervenções, executando-se assim a Norma da DGS nº013/2015 de 01/07/2015.

No presente serviço, encontram-se disponíveis recursos materiais indispensáveis à prestação de cuidados de enfermagem como: termómetros, monitores para avaliação de sinais vitais e bombas infusoras. Existe uma sala reservada à prestação de cuidados ao recém-nascido devidamente equipada com balança, oxímetro, fitas métricas, bancadas acolchoadas para realização de avaliação física e prestação de cuidados específicos ao RN. Esta sala tem uma zona equipada com duas banheiras que possibilitam as atividades de educação para a saúde [EpS] do banho do recém-nascido, assim como todos os produtos necessários para a sua realização. No mesmo espaço físico, existe uma área reservada à estimulação/extração de leite materno, equipada com uma bomba extratora fixa e duas bombas portáteis.

O serviço é dotado de uma sala de enfermagem, uma sala de tratamentos destinada a puérperas, uma casa de banho para profissionais de saúde, um gabinete para a enfermeira gestora, um armazém clínico, uma rouparia, um balcão administrativo, uma sala de trabalho para médicos, um gabinete que possibilita os pais de procederem ao registo dos RN, em funcionamento às segundas feiras, quartas feiras e sextas feiras entre as 14:00 horas e as 17:00 horas (Balcão Nascer Cidadão). Existe um espaço destinado ao processo de apoio à amamentação (Cantinho da Amamentação) e realização da sessão “Alta Segura” segundo o projeto da Associação para a Promoção da Segurança Infantil [APSI]. A APSI tem como objetivo promover comportamentos e práticas e para a criação de ambientes e produtos seguros que garantam aos RN, às crianças e jovens um crescimento

saudável. O seu objetivo principal é reduzir o número e a gravidade dos acidentes e das suas consequências nestas faixas etárias. A APSI defende ainda que o RN deve ser transportado em segurança desde o primeiro dia de vida, sendo realizadas atividades de EpS aos pais neste sentido durante o período de internamento (APSI, 2018).

Desde 2014 que o presente serviço se encontra classificado pela DGS com o nível “bom”, e a procura pela prestação de cuidados de saúde de excelência é constante, com envolvimento em projetos de melhoria contínua da qualidade, como “Maternidade com Qualidade” e “Hospital Amigo dos Bebés” (USLA, 2024).

O “Projeto Maternidade com Qualidade” é uma iniciativa criada pela OE no ano de 2013, que visa melhorar a qualidade dos cuidados prestados nas maternidades do país. Este projeto tem como objetivo assegurar que as práticas adotadas nas maternidades sejam baseadas em evidências científicas e estejam alinhadas com as melhores recomendações internacionais de forma a assegurar uma experiência mais segura e humanizada para as mulheres durante o processo de maternidade (OE, 2013).

No ano de 1991, a Organização Mundial da Saúde [OMS] juntamente com a *United Nations International Children’s Emergency Fund* [UNICEF] lançaram um programa global para promover o aleitamento materno, denominado “Hospital Amigo dos Bebés”. Esta iniciativa visa incentivar e apoiar a amamentação em instituições que oferecem serviços de maternidade, obstetrícia, neonatologia e pediatria, influenciando as práticas dos profissionais de saúde e cuidadores. Para que um hospital seja classificado como “Amigo dos Bebés”, deve cumprir dez medidas estabelecidas pelas organizações supracitadas (UNICEF, 2018). Em dezembro de 2023, o Governo Português constituiu a Comissão para a Promoção do Aleitamento Materno (Despacho nº 13056/2023), em linha com as prioridades estabelecidas para o SNS e reconhecendo o sucesso desta iniciativa. Assim, a definição e implementação de práticas de promoção e manutenção do aleitamento materno em instituições de saúde faz neste momento, parte da missão desta nova Comissão (UNICEF, 2024). Projetos como este são essenciais para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde nas maternidades.

Relativamente ao Cantinho da Amamentação, este funciona diariamente entre as 9h-17h e a referenciação pode ser realizada ao longo do internamento ou após a alta, pois é disponibilizado o contacto telefónico para o caso de ocorrer alguma dificuldade no

domicílio. Dois a três dias após a alta hospitalar, todas as puérperas são contactadas por enfermeiras conselheiras em aleitamento materno, de forma a acompanhar, aconselhar e marcar visita a este espaço caso exista necessidade. De acordo com as recomendações da OMS, todos os bebés devem ser amamentados, de forma exclusiva, até aos seis meses de idade, priorizando a necessidade de aconselhamento e apoio às mães (WHO, 2022).

O presente serviço conta com uma equipa especializada e multidisciplinar, composta por Ginecologistas/Obstetras, Pediatras, EEESMO, EEESIP, Enfermeiros de Cuidados Gerais, Assistentes Operacionais e Técnicos Administrativos. As puérperas e os respetivos RN são distribuídos de forma equitativa entre os enfermeiros presentes em cada turno, com base no cálculo das horas de cuidados necessários para a díade (mãe-RN). No turno da manhã (08:00 às 16:00) encontram-se escalados quatro enfermeiros, enquanto no turno da tarde (15:30 às 00:00) e no turno da noite (23:30 às 08:30) encontram-se escalados três enfermeiros, não cumprindo, assim, os rácios mínimos de dotação segura recomendados pela OE. O EEESMO desempenha um papel crucial no Internamento de Puerpério, pois está qualificado para prestar cuidados especializados e personalizados, identificando as necessidades individuais de cada mulher/casal/RN.

O sistema informático utilizado para elaboração de registos médicos e de enfermagem é o *SClínico*® Hospitalar. É também utilizado o sistema informático GHAF para realização de prescrições e registo de administração de medicação.

O horário de visitas ocorre entre as 10h00 e as 21h00.

1.1.3. Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

A experiência clínica sucedeu em contexto de estágio de observação, durante três dias, na UCIN. No mesmo espaço físico, encontra-se também o serviço de Medicina Intensiva Pediátrica. Estão ambos inseridos no departamento da Criança, do Adolescente e da Família, articulando com o departamento de Ginecologia/Obstetrícia e Reprodução Humana. Localiza-se no quinto piso e é um serviço fisicamente adjacente ao Bloco de Partos, com uma entrada direta utilizada em casos emergentes.

A UCIN recebe recém-nascidos pré-termo, recém-nascidos de termo com patologia associada ou que careçam de cuidados diferenciados e/ou especializados. Contém doze incubadoras, sendo que cinco destas são consideradas postos intensivos pois

possuem suporte ventilatório e as restantes sete incubadoras integram os cuidados intermédios. Existe um berçário com capacidade máxima para seis recém-nascidos, uma sala de enfermagem, uma sala para a preparação de leite de fórmula, extração e acondicionamento de leite materno.

A prestação de cuidados centra-se no *Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program* [NIDCAP], que visa adaptar os cuidados prestados às carências individuais de cada RN, promovendo um ambiente favorecedor do desenvolvimento neurológico e emocional. Envolve a observação cuidadosa do comportamento e das respostas do bebé, ajustando as intervenções e o ambiente para minimizar o stress e apoiar o desenvolvimento saudável, estimulando o envolvimento dos pais na prestação de cuidados de forma a promover a vinculação (NIDCAP, 2020; Santos, 2011). Trata-se de um programa de intervenção complexa que requer modificações comportamentais das equipas de saúde e exige formação contínua.

Estima-se que a partir das 18-20 semanas de gestação, o feto já apresente reações fisiológicas e comportamentais à dor. Desta forma, a dor é considerada um dos principais fatores de stress dos RN pré-termo durante o internamento pois são expostos diariamente a procedimentos dolorosos que exercem impacto negativo no desenvolvimento (Klein et al., 2011). Neste sentido, existem vários estudos que evidenciam melhorias no controlo da dor e efeitos positivos no desenvolvimento de bebés prematuros após a aplicação do programa NIDCAP (García-Valdivieso et al., 2023).

O presente serviço é constituído por uma equipa multidisciplinar especializada, constituída por Pediatras, EEESIP, EEEMC, Enfermeiros de Cuidados Gerais, Assistentes Operacionais e Técnicos Administrativos. Os RN são distribuídos de forma equitativa pelos enfermeiros presentes no turno, considerando o cálculo das horas necessárias para os cuidados que cada um requer. Durante o turno da manhã (08:00 horas – 16:00 horas), turno da tarde (15:30 horas – 00:00 horas) e no turno da noite (23:30 horas – 08:30 horas) encontram-se sempre escalados seis enfermeiros.

O sistema informático utilizado para elaboração de registos médicos e de enfermagem é o *Bsimple PaTIENT.CARE*.

O horário de visitas ocorre entre as 09h00 e as 23h00.

1.1.4. Consulta de Medicina Materno-Fetal e Diagnóstico Pré-Natal

As consultas são realizadas no segundo piso do edifício hospitalar das consultas externas, na mesma área, em dois gabinetes independentes. Cada gabinete de enfermagem possui uma secretária equipada com computador, um monitor para avaliação de sinais vitais, uma balança para monitorização do peso corporal da grávida e armários com material de apoio de consumo clínico necessário. Nesta mesma área, onde se inserem os gabinetes, existe uma sala equipada com dois cardiocógrafos e dois cadeirões, uma casa de banho, três gabinetes médicos equipados com secretária, computador, uma marquesa e um ecógrafo.

A consulta de MMF assegura a vigilância da gravidez com doença materna pré-existente, doença específica da gravidez e risco aumentado de doença fetal. Envolve a avaliação, monitorização e educação para a saúde, com o objetivo de assegurar uma gravidez saudável e prevenir complicações para a mulher e para o feto. A equipa de enfermagem é formada por dois enfermeiros EEESMO e o horário de consulta compreende-se entre as 08:00 horas e as 13:00 horas, de segunda a sexta feira. Nestes mesmos dias, entre as 13:00 horas e as 17:00 horas decorrem as consultas de referência obstétrica.

Relativamente à consulta de DPN, a equipa de enfermagem é constituída por um enfermeiro EEESMO disponível para realização do Rastreio Combinado do 1º trimestre de gravidez, consultas de DPN e apoio a equipa médica em procedimentos invasivos como amniocentese e biópsia das vilosidades coriônicas. A consulta é realizada de segunda a sexta-feira entre as 09:00 horas e as 17:00 horas.

Para a realização do Rastreio Combinado do 1º Trimestre, são convocadas todas as grávidas referenciadas pelos Centros de Saúde, durante o primeiro trimestre de gravidez (entre a 11ª semana e a 13ª semana + 6 dias de gestação) (DGS, 2011). O rastreio tem como objetivo avaliar o grau de risco para a existência no feto de Trissomia 13 (Síndrome de Patau), Trissomia 18 (Síndrome de Edwards) e Trissomia 21 (Síndrome de Down). Determina ainda o risco de ocorrência de Pré-Eclâmpsia durante a gravidez e o risco de restrição do crescimento fetal. Combina a informação de um exame ecográfico e de um exame bioquímico, sendo idealmente efetuada a colheita para o exame bioquímico duas semanas antes da realização do exame ecográfico (Ferreira, 2003). O rastreio bioquímico

consiste numa colheita de sangue venoso periférico, que permite o doseamento de duas substâncias presentes no sangue materno: PAPP-A (Proteína Plasmática A Associada à Gravidez) e a β -HCG livre (Subunidade β livre da Hormona Gonadotrófica Coriónica), ambas com elevada sensibilidade e especificidade para o despiste das Trissomias referidas (Henriques, 2009). O exame ecográfico permite determinar a idade gestacional através do comprimento crânio-caudal, medir o espaço subcutâneo localizado sobre a nuca do feto (translucência da nuca) e avaliar a presença do osso nasal (Henriques, 2009).

As grávidas com idade igual ou superior a 35 anos têm a oportunidade de realizar técnicas invasivas (amniocentese e biópsia das vilosidades coriónicas) para despiste das síndromes anteriormente mencionadas, assim como as grávidas em que o rastreio combinado do 1º trimestre tenha revelado um resultado positivo.

O sistema informático utilizado para elaboração de registos médicos e de enfermagem é o *SClínico*® Hospitalar.

1.2. METODOLOGIA DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

O atual subcapítulo descreve a abordagem metodológica adotada durante o ENP, através da descrição de métodos de aprendizagem e competências desenvolvidas para atingir objetivos.

A obtenção de conhecimento científico durante o ENP é essencial para a prestação de cuidados especializados baseados em evidências científicas. Assim, a metodologia aplicada para adquirir conhecimento foi a supervisão clínica e a orientação pedagógica.

1.2.1. Objetivos

A definição de objetivos é fundamental para estabelecer resultados desejados, com base no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (OE, 2019b), e nas Competências Comuns aos Enfermeiros Especialistas (OE, 2019a) da Ordem dos Enfermeiros. Estes encontram-se inteiramente descritos no planeamento da Unidade Curricular, sendo eles:

- Cuidar da mulher/companheiro inseridos na família e comunidade:

- Demonstrar uma aquisição de conhecimentos conducente a uma proposta de projeto, considerando as vertentes 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.

Foram igualmente estabelecidos objetivos específicos de acordo com o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (OE, 2019b):

- Desenvolver, adquirir e consolidar competências na prestação de cuidados à mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré concecional;
- Desenvolver, adquirir e consolidar competências na prestação de cuidados à mulher inserida na família e comunidade direcionadas ao período pré-natal;
- Desenvolver, adquirir e consolidar competências na prestação de cuidados à mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto;
- Desenvolver, adquirir e consolidar na prestação de cuidados à mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal
- Desenvolver, adquirir e consolidar na prestação de cuidados à mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério;
- Desenvolver, adquirir e consolidar na prestação de cuidados à mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica;
- Desenvolver uma prática profissional em saúde materna e obstétrica de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional;
- Compreender a influência da ansiedade da mulher/casal ao longo do trabalho de parto na evolução do mesmo assim como as intervenções do EEESMO para a sua minimização.

Além dos objetivos supramencionados, a mestranda assumiu o objetivo de adquirir e desenvolver competências na gestão da ansiedade da mulher/casal ao longo do trabalho de parto, aprofundando conhecimentos com base na vertente teórico-prática e na prática baseada na evidência.

1.2.2. População alvo

A população alvo do ENP engloba mulheres em idade fértil, grávidas, parturientes, puerperas, mulheres com afeções ginecológicas, mulheres em fase do climatério e RN's saudáveis e de risco com quem a mestranda teve contacto, prestando cuidados de enfermagem especializados, no suceder dos diversos contextos clínicos, nomeadamente: Urgência de Ginecologia e Obstetrícia, Bloco de Partos, Consulta Externa, Internamento de Puerpério e Internamento de Grávidas.

1.2.3. Método de aprendizagem

A aprendizagem ao longo do ENP, em diferentes contextos, foi baseada em metodologias variadas e adaptadas de forma a lidar com a complexidade dos cuidados especializados e a exigência de desenvolver o conhecimento e as habilidades essenciais para a prática especializada em saúde materna e obstétrica.

A aquisição de competências não se limita à compreensão profunda dos conhecimentos científicos, mas também à aplicação prática desses conhecimentos, utilizando adequadamente as tecnologias para a promoção e tratamento da saúde dos cidadãos, com um forte destaque no reconhecimento da pessoa como o centro de todos os cuidados.

Supervisão Clínica e Orientação Pedagógica

O ENP ocorreu sob orientação pedagógica da docente da Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora e sob supervisão clínica de EEESMO integrados nos diversos contextos clínicos.

A supervisão clínica é um processo organizado e interativo entre um supervisor e um profissional em formação, projetado para estruturar a aprendizagem, ampliar o conhecimento e fomentar o desenvolvimento de habilidades profissionais de forma crítica e reflexiva (OE, 2020). O principal objetivo é capacitar o supervisionado a tomar decisões independentes, visando o aprimoramento das competências clínicas, com foco na proteção do paciente, segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem prestados (OE, 2020).

Nos diversos contextos foram organizadas reuniões formativas e de avaliação, intermédias e finais, onde ocorreu oportunidade para reflexão crítica através da discussão dos pontos positivos e áreas a melhorar. Esses momentos orientaram o processo de aprendizagem e proporcionaram um espaço para refletir, analisar e sintetizar a aquisição das diversas competências do EEESMO de forma individualizada e personalizada.

Observação de Cuidados Prestados e Prática Clínica

Na fase inicial dos contextos clínicos, a mestranda adotou uma atitude atenta e observadora, com o objetivo de compreender as dinâmicas de cada serviço, assim como as diversas técnicas e procedimentos específicos dos ambientes clínicos onde estava inserida. Gradualmente, foi possível melhorar e aperfeiçoar a sua prática clínica, adquirindo as competências inerentes às especificidades do EEESMO. Este processo conduziu a uma crescente autonomia supervisionada durante a prestação de cuidados, refletindo um crescimento profissional e pessoal.

O desenvolvimento contínuo permitiu não só aperfeiçoar a qualidade dos cuidados prestados, mas também fortalecer a sua confiança e capacidade na tomada de decisão clínica fundamentada. Ao longo do ENP, a mestranda foi capaz de integrar conhecimentos teóricos e práticos, demonstrando uma capacidade crescente de adaptação e resposta às necessidades específicas de cada contexto clínico, promovendo um ambiente de cuidado seguro e eficaz.

Aprofundamento de Conhecimentos/Pesquisa Bibliográfica

Ao longo do processo de aprendizagem, foram realizadas pela mestranda diversas pesquisas bibliográficas e consultadas normas e protocolos aplicados nos diferentes campos de estágio, o que permitiu uma prática baseada em evidências científicas e a realização de trabalhos que enriqueceram a aquisição de competências.

No contexto clínico de Urgência de Ginecologia e Obstetrícia, a mestranda elaborou um relato de caso sobre “Gravidez Ectópica”. Esse tema despertou grande interesse uma vez que a mestranda se confrontou com várias situações clínicas complexas relacionadas com o tema. O relato de caso, um método de pesquisa bem estabelecido na enfermagem, pode ser aplicado em diversas áreas da prática profissional. Esse tipo de estudo concentra-se em fenómenos complexos e permite uma análise detalhada e minuciosa, utilizando

sempre fontes de evidência científica para uma melhor compreensão e credibilidade dos factos (Andrade et al., 2017). Considerando que o estudo elaborado se encontra em vias de ser publicado, o respetivo apêndice apenas reflete o resumo do artigo (Apêndice B).

No contexto clínico de Consulta de Diagnóstico Pré-Natal e de Consulta de Medicina Materno Fetal a mestranda desenvolveu uma reflexão crítica segundo o Modelo Reflexivo de Gibbs (Apêndice C). Este foi desenvolvido por Graham Gibbs em 1988, e trata-se de uma estrutura que permite analisar e refletir acerca de experiências. É composto por seis etapas: Descrição, onde se descreve o sucedido; Sentimentos, que envolve a reflexão acerca de sentimentos e pensamentos durante a experiência; Avaliação, que analisa os aspetos positivos e negativos; Análise, onde se verificam os motivos que conduziram ao desfecho; Conclusão, que identifica o que poderia ter sido executado de forma diferente; e Plano de Ação, que planeia como agir em situações futuras semelhantes (Galli & New, 2022). O presente modelo ajuda a estruturar a reflexão e a aprendizagem contínua a partir da experiência, promovendo o desenvolvimento e melhoria na prática profissional.

No contexto clínico de Internamento Puerpério foi desenvolvida uma revisão narrativa da literatura (Apêndice D), sobre a temática “Relactação”, que se encontra em vias de publicação pelo que o apêndice apenas reflete o seu resumo. Ainda no decurso deste contexto clínico, a mestranda participou no XXV Congresso Nacional e IX Internacional da APEO (Anexo A) e no workshop “Ativação Eficaz da Produção de Leite. Plano B: Relactação” (Anexo B). Com base na revisão narrativa da literatura, foi elaborado um póster (Apêndice E), que foi apresentado pela mestranda no dia 2 de maio de 2024, conforme certificado presente no Anexo C. Dada a necessidade do serviço de informação relativa ao tema, foi realizada uma adaptação do póster (Apêndice F) de forma a ser exposto no Cantinho da Amamentação do Internamento de Puerpério, tendo sido apresentado à equipa de enfermagem, no auditório da instituição.

No contexto clínico de Sala de Partos foi elaborado um póster acerca do “Modelo dos 5S’s como forma de acalmar o choro do Recém-Nascido” e afixado nos recobros deste mesmo serviço (Apêndice G).

Como base para a temática abordada, a mestranda realizou uma revisão narrativa da literatura que incidiu sobre a temática “Ansiiedade da mulher/casal ao longo do trabalho de parto”, com o objetivo de identificar a evidência científica atual acerca do uso de

técnicas minimizadoras da ansiedade. Esta teve por base a utilização de diversas bases de dados científicas como: *PubMed*®, *Scielo* e *Web of Science*. Como gestor de revisão de artigos foi utilizado o *Ryyan*.

Segundo Vilelas (2020), a revisão narrativa da literatura é caracterizada por uma obtenção e atualização de conhecimentos sobre um determinado tema. Baseia-se numa análise e interpretação da literatura disponível, com propósito de contextualizar como se encontra determinado tema no presente, sendo desta forma delimitado, clarificado e caracterizado o objeto de estudo através de levantamento bibliográfico.

Aplicação do Modelo Teórico

Os Modelos Teóricos de Enfermagem compreendem um conjunto de conceitos interrelacionados que conduzem a indicações, proposições e definições baseadas em filosofia e dados científicos. Encontram-se relacionados com boas práticas na construção e aplicação do conhecimento, integrando os conceitos de pessoa, saúde, ambiente e enfermagem (Taffner et al., 2022; Brandão et al., 2019).

De modo a valorizar a prática clínica e consolidar o processo de aprendizagem, a mestranda considerou fundamental a orientação através de um Modelo Teórico de Enfermagem, nomeadamente, o Modelo Teórico das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau. Este modelo teórico desenvolvido no ano 1952, trata-se de uma teoria que define a enfermagem como uma relação humana entre uma pessoa que necessita de cuidados de saúde e um enfermeiro com formação especializada para reconhecer e responder às necessidades de ajuda (Tomey & Alligood, 2002).

Peplau (1990), defende que o enfermeiro desempenha um papel fundamental na redução da ansiedade do utente, ajudando-o a diminuir a insegurança e a melhorar os seus padrões de funcionamento através de relações interpessoais. Desta forma, o enfermeiro deve interagir com o utente, reconhecendo-o como um ser humano e exercendo empatia, respeito e aceitação. Este envolvimento no meio terapêutico é essencial para a prática da enfermagem. À medida que o relacionamento entre o enfermeiro e utente se desenvolve, o enfermeiro pode exercer a enfermagem de várias formas, utilizando diferentes habilidades, capacidades técnicas e assumindo diversos papéis (Mastrapa, 2016). A

presente teoria descreve o processo de relação interpessoal em quatro fases, que se encontram interligadas (Peplau, 1990):

- **Orientação:** O utente apresenta uma necessidade e procura ajuda. O enfermeiro auxilia-o a reconhecer e entender o problema, determinando a sua necessidade de ajuda.
- **Identificação:** O utente identifica-se com quem o pode ajudar. O enfermeiro permite o reconhecimento de sentimentos, ajudando o paciente a vivenciar a doença como uma experiência que orienta os seus sentimentos.
- **Exploração:** O utente tenta tirar o máximo benefício da relação. O enfermeiro pode definir novos objetivos a atingir, transferindo gradualmente o seu poder para o paciente.
- **Resolução:** O utente abandona gradualmente os objetivos atingidos e adota novos.

Durante o trabalho de parto, as mulheres experienciam uma variedade de emoções, encontrando-se incluída a ansiedade, devido à incerteza, à dor e às mudanças físicas e emocionais (Wigert et al., 2020). Desta forma, torna-se evidente a aplicação da presente teoria no contexto estudado, na medida em que, num momento tão marcante na vida de uma mulher, o papel do EEESMO torna-se crucial, pois com o estabelecimento de uma relação terapêutica durante o trabalho de parto, deverá ocorrer uma redução da ansiedade, através do apoio emocional fornecido, da educação acerca do processo e da promoção de conforto.

Os EEESMO devem centrar-se na construção de relações interpessoais positivas, no entendimento das necessidades emocionais da parturiente, na comunicação eficaz e no fornecimento de apoio com o objetivo de minimizar a ansiedade durante o trabalho de parto. Estas ações não contribuem apenas para o bem-estar emocional da parturiente, mas também para uma experiência de parto mais positiva (Koster et al., 2020).

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

A obtenção do título de Mestre em Saúde Materna e Obstétrica requer que sejam adquiridas novas habilidades de pesquisa contribuindo para o aprimoramento das práticas de cuidado previamente existentes. Seguidamente serão detalhadas as estratégias utilizadas para integrar a prática baseada em evidências, destacando os benefícios desse processo para a melhoria dos cuidados de enfermagem.

O presente capítulo, inclui a revisão narrativa da literatura e a apresentação dos dados empíricos recolhidos no decurso dos cuidados prestados durante o ENP.

2.1. REVISÃO NARRATIVA “GESTÃO DA ANSIEDADE NO TRABALHO DE PARTO: ESTRATÉGIAS DAS ENFERMEIRAS OBSTÉTRICAS NO CUIDADO À MULHER E AO CASAL”

2.1.1. Introdução

A temática “Gestão da Ansiedade no Trabalho de Parto: Estratégias das Enfermeiras Obstétricas no Cuidado à Mulher e ao Casal” remete-nos para uma perspetiva reflexiva, tendo em conta que cada gravidez, trabalho de parto e parto são experiências pessoais únicas. Estas experiências são influenciadas por uma série de fatores como a personalidade, a cultura, o contexto social, as experiências passadas, o suporte emocional, as expectativas, a tolerância à dor, as intervenções médicas e o tipo de parto. São momentos que vão marcar para sempre a vida da mulher/casal e vão ser lembrados ao mais ínfimo pormenor (Costa et al., 2012). Esta experiência irreversível contribui para a reformulação da identidade da mulher e do casal, não apenas como um evento biológico, mas também como um fenómeno social e cultural que traça a identidade de uma nova forma (Coutinho, 2016). O EEESMO pode desempenhar uma atuação determinante através das suas ações, fundamentadas com conhecimento teórico, apoio emocional e capacidade de comunicação, favorecendo assim a interação efetiva com a mulher/casal. Assim, considera-se importante o estudo da temática, baseado na evidência científica, como forma de contribuir para o desempenho de um papel ativo do EEESMO no sentido de

compreender fatores, impactos e estratégias de gestão relacionados com a ansiedade relativa ao trabalho de parto e parto, através da análise de estudos referentes a sentimentos vivenciados pelas mulheres/casal.

Segundo a OE (2006), a Investigação em Enfermagem é imprescindível para o desenvolvimento profissional e contribui para a excelência da Enfermagem enquanto disciplina e profissão. Desta forma, a procura pelo conhecimento científico tem como propósito apoiar o processo de tomada de decisão dos EEESMO, fundamentando-se na evidência científica e, por conseguinte, promover a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados.

A revisão da literatura teve como objetivo identificar as estratégias de gestão utilizadas por enfermeiras obstétricas para lidar com os fatores causadores de ansiedade da mulher e do casal durante o trabalho de parto.

2.1.2. Métodos

Para uma melhor perceção da temática, é fundamental utilizar o método da revisão narrativa da literatura, com o intuito de aplicar a evidência científica nos cuidados de enfermagem prestados, contribuindo para a melhoria e sustentação da prática clínica.

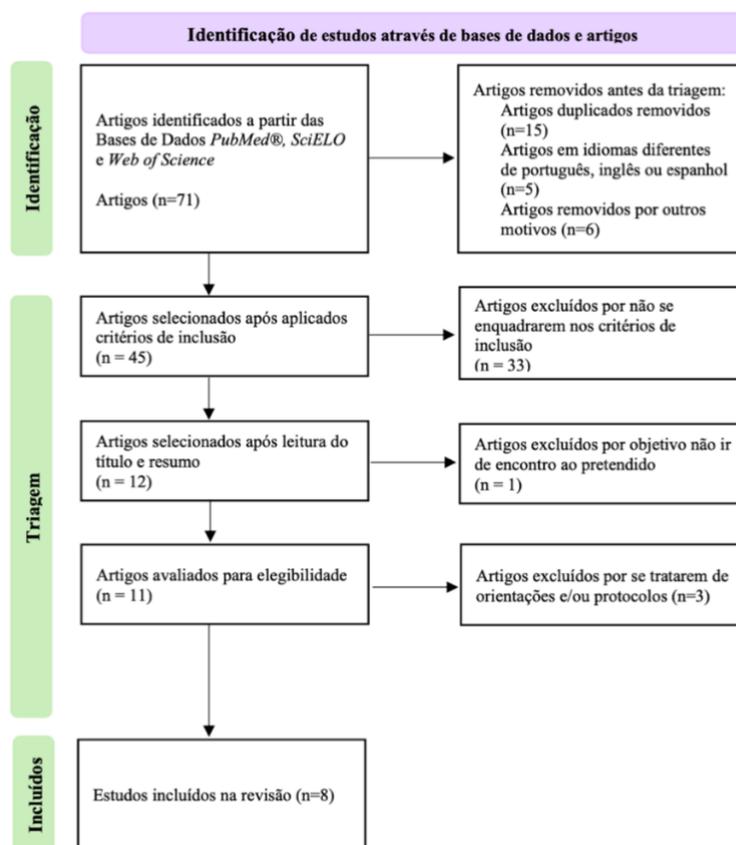
Na elaboração da presente revisão, primeiramente procedeu-se à definição da questão de investigação, utilizando a estratégia PICO. Esta estratégia colabora na construção da questão norteadora e na procura de evidências, demonstrando ser eficiente na resolução da questão clínica, ao recuperar evidências científicas nas bases de dados (Araújo, 2020). PICO é o acrónimo para Paciente ou Problema, Intervenção, Comparação e *Outcome* ou Resultados (Santos et al., 2007). Desta forma, a questão de investigação seguindo o acrónimo de formulação PICO é: “Quais estratégias de gestão utilizadas por enfermeiras obstétricas (I) para lidar com os fatores causadores de ansiedade da mulher e do casal (P) durante o trabalho de parto (Co)”. Seguidamente, definiram-se as palavras-chave e Descritores em Ciências da Saúde “*Anxiety*”, “*Labour*”, “*Birth*”, “*Midwives*” e “*Nursing Care*” com o operador booleano “AND”, de modo a construir a Equação Booleana. A pesquisa foi realizada nas Bases de Dados *PubMed*®, *SciELO* e *Web of Science*. Os critérios de inclusão estabelecidos para a seleção dos artigos consistiram em artigos disponibilizados na íntegra e publicados nas referidas bases de dados nos últimos cinco

anos e os critérios de exclusão incluíram artigos em idiomas diferentes de português, inglês ou espanhol e artigos duplicados.

2.1.3. Resultados

Após aplicação dos critérios anteriormente descritos obteve-se um total de 8 artigos. Estes sofreram uma leitura e análise rigorosa, tendo sido extraídas características e evidências que foram compiladas de forma descritiva numa tabela (Apêndice I). O processo de seleção encontra-se esquematizado através de um fluxograma (Figura 3), baseado na declaração *Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analyses* [PRISMA] (Page et al., 2022).

Figura 3. Fluxograma PRISMA – seleção de artigos



Fonte: Adaptação de Page et al. (2022)

2.1.4. Discussão

Com base na análise dos artigos, a discussão foi organizada em duas grandes temáticas: fatores causadores de ansiedade na mulher/casal durante o trabalho de parto e estratégias de gestão da ansiedade pelos EEESMO.

Fatores causadores de ansiedade na mulher/casal durante o trabalho de parto

Desde a história da humanidade, que o trabalho de parto e parto, apesar de representarem acontecimentos felizes, sempre foram associados a dor e sofrimento (Ferreira et al., 2009). O parto é um ato cultural, pois retrata os valores sociais prevalentes historicamente em cada sociedade (Gama et al., 2009).

Ao longo dos tempos, o trabalho de parto foi assunto tratado por parteiras, mas no período pós II Guerra Mundial, com as mudanças sociais e os avanços tecnológicos e da medicina, o nascer, tal como outros eventos de vida, passou a ser institucionalizado (Garces et al., 2019). Com a institucionalização do parto, que possibilitou a diminuição de morbidade e mortalidade materna e neonatal, muitas vezes não se confirma a priorização de emoções e aspetos fisiológicos, verificando-se um excesso de intervenções e falta de contato pessoal, deixando para segundo plano os aspetos emocionais (Almeida et al 2021).

Atualmente grande parte das mulheres/casais que recorrem a hospitais/maternidades durante a gravidez e trabalho de parto, associam o ambiente hospitalar a algo negativo e relacionam-no com situações patológicas (Silva et al., 2015). Esta imagem negativa associada ao ambiente físico onde a parturiente se encontra, juntamente com as rotinas e os protocolos hospitalares em vigor, podem ter impacto na evolução do trabalho de parto (Almeida et al., 2021).

Na mulher, ao longo da gravidez, de forma lenta e gradual, são verificadas alterações físicas, psíquicas, emocionais e sociais (Vieira & Parizotto, 2013). Ao longo do trabalho de parto acontecem também inúmeras alterações, no entanto, estas são vivenciadas de forma rápida e intensa. Para a mulher/casal ocorre o imprevisível, o incontrolável e o desconhecido, pelo que o trabalho de parto se torna num momento único onde a ansiedade surge em primeiro plano (Wigert et al., 2020).

A ansiedade é uma emoção caracterizada por níveis elevados de atividade do sistema nervoso autónomo, especificamente a ativação do sistema nervoso simpático em que ocorre aumento da frequência cardíaca, tensão arterial, frequência respiratória e aumento do tónus muscular (Nascimento et al., 2022). Diariamente existe um nível de ansiedade que nos estimula a agir. Esta é vivenciada como normal se for adequada às circunstâncias e se for aceite como um acontecimento que acompanha o estímulo para lidar com uma situação específica (Montgomery, 2000). Trata-se de um sentimento subjetivo de tensão que envolve apreensão e preocupação e pressupõe a perceção de uma ameaça que poderá ser causada por fundamentos objetivos ou subjetivos mais ou menos intensos (Silva, 2008). Pode ser sentida de forma mais exacerbada em contextos específicos e assim exterioriza-se como uma emoção de tonalidade desagradável que pode ser compreendida como uma resposta emocional perante o desconhecido (Nascimento et al., 2022).

A ansiedade tem impacto psicológico e desencadeia uma série de reações químicas no organismo materno, podendo alterar o processo fisiológico do parto pois ocorre a libertação aumentada de beta endorfinas devido ao stress, medo e ansiedade, causados pela vivência de um contexto desconhecido e percecionado como ameaçador (Alves et al., 2022). São desencadeadas respostas fisiológicas e psicológicas que podem bloquear o músculo liso, diminuindo a contratilidade uterina, prolongando o tempo do trabalho de parto e aumentando a probabilidade de intervenções médicas (APEO, 2009).

Ao longo do trabalho de parto e parto, a ansiedade sentida pela mulher/casal torna-se relevante por estar diretamente associada a piores resultados obstétricos, como a ocorrência de partos distócicos, prematuridade, aumento da mortalidade e morbidade (da mãe ou recém-nascido) e uma maior probabilidade de desenvolvimento de perturbações do foro psicológico (Pacheco et al. 2005).

Na sua análise, Almeida et al. (2021) afirma que partos instrumentados ou cesarianas aumentam a ansiedade quando comparados aos partos eutócicos. Associado também ao aumento dos níveis de ansiedade encontram-se descritos neste estudo, a impossibilidade de amamentação na primeira hora após o nascimento e a ausência de contacto pele a pele imediatamente após o nascimento (Almeida et al., 2021). Mulheres com baixo nível de escolaridade, insatisfeitas com o apoio do acompanhante e que sofreram abortos

espontâneos prévios ou interrupções legais da gravidez enfrentam maiores níveis de ansiedade durante o trabalho de parto e parto (Demirel et al., 2022).

São nomeados como fatores desencadeadores de ansiedade, por Demirel et al., 2022, a restrição alimentar ou ingestão apenas de dieta líquida, muitas vezes exigida à mulher em trabalho de parto. Diante o elevado gasto energético que o trabalho de parto exige, a parturiente sente necessidade de manter uma boa hidratação e aporte calórico, permitindo um maior conforto durante o trabalho de parto, por meio de ingestão de alimentos leves e fluidos (Melo & Peraçoli, 2007).

No que se refere a posições adotadas para o parto, Almeida et al., 2021, refere no seu estudo que a adoção da posição ginecológica durante o parto é descrita pelas mulheres como fator causador de ansiedade. A possibilidade de adoção de posições verticais durante o trabalho de parto foi associada a menores níveis de ansiedade, uma vez que favorece a regularidade das contrações uterinas, melhora a irrigação sanguínea ao útero, previne a oclusão da artéria aorta e veia cava, assegurando assim a eficiência da circulação uteroplacentária e diminuindo o risco de sofrimento fetal, mesmo num período expulsivo prolongado (Kazemi et al., 2023).

A vivência de violência obstétrica, que inclui dor intensa e prolongada, humilhação por parte da equipa multidisciplinar, medo da morte (própria ou do RN) e percepção de anomalias congénitas do RN interferem de forma negativa com a ansiedade, segundo o estudo de Manzanares et al., (2021). Khodarahmi et al., refere que o trauma associado ao parto está relacionado a cuidados de saúde inadequados ou à percepção negativa desses cuidados, sendo mais prevalente em primíparas pois tendem a ter níveis de ansiedade mais elevados quando comparadas com múltíparas.

No que se refere à equipa multidisciplinar, é nomeado como resultado no estudo de Hinic, K., (2021), que a falta de empatia, sensibilidade e continuidade nos cuidados prestados pelos profissionais de saúde pode resultar em stress pós-traumático e depressão pós-parto, além de aumentar a ansiedade durante o TP e parto, assim como o desconhecimento da categoria dos profissionais que prestam cuidados. Koster et al., (2020) descreve que experiências negativas com a equipa de saúde, como a tomada de decisões unilaterais e desinformação sobre intervenções, aumentam os níveis de ansiedade. A falta de atendimento individualizado e aplicação de protocolos

institucionais, é visto de forma negativa pelas mulheres/casais (Manzanares et al., 2021). A sensação de rejeição, má aceitação ou desvalorização dos planos de parto são também nomeados como fatores negativos e causadores de ansiedade (Khodarahmi et al., 2022).

Segundo o estudo de Koster et al., (2020), as mulheres referem a importância da privacidade, pois muitas descrevem que a porta da sala onde permaneciam estava muitas vezes aberta ou mal fechada durante procedimentos a que eram submetidas. Neste mesmo estudo, é revelado que era esperado um ambiente pacífico, com música, aromaterapia, iluminação e cor do ambiente adequada, que não se verificou, tornando-se assim necessário diminuir a poluição sonora, nomeadamente ruídos de dispositivos eletrónicos, barulho da equipa ao atender outras parturientes e conversas entre equipa. É relatado como negativo o elevado número de profissionais de saúde presentes na sala quando há uma situação urgente (Khodarahmi et al., 2022).

Na figura 4, é apresentada a síntese dos principais fatores causadores de ansiedade na mulher/casal durante o trabalho de parto. Esses fatores podem ser aspetos físicos, emocionais, culturais e/ou ambientais e contribuem para a ansiedade durante o trabalho de parto, afetando o bem-estar da mulher e do casal.

Figura 4. Principais fatores causadores de ansiedade na mulher/casal durante o trabalho de parto



Fonte: Elaboração da mestranda

Estratégias de gestão da ansiedade na mulher/casal, durante o trabalho de parto pelos EEESMO

Como forma de compreender as melhores estratégias e procedimentos que diminuem a ansiedade da mulher/casal ao longo do trabalho de parto e assim tornar a experiência positiva, foram nomeadas ao longo dos estudos, práticas mencionadas como favoráveis e redutoras da ansiedade.

Almeida et al. (2021) refere que práticas como o incentivo a exercícios com bolas de parto, banho, massagem e a posição em decúbito lateral esquerdo demonstraram reduzir os níveis de ansiedade. No seu estudo, é também verificado que o uso de água morna durante o parto, nomeadamente a aplicação de compressas mornas no períneo, ajuda a diminuir a sensibilidade à dor, reduzindo a atividade do sistema nervoso simpático.

A presença de um acompanhante da escolha da mulher durante o trabalho de parto oferece suporte físico e emocional, contribuindo para a redução da ansiedade, menor tempo de trabalho de parto, e maior probabilidade de parto vaginal (Almeida et al., 2021)

Demirel et al., 2021, refere que o apoio social adequado, incluindo o suporte contínuo de parteiras é essencial para a sensação de segurança e capacitação da mulher, reduzindo o medo e a ansiedade. A assistência contínua e empática dos profissionais de saúde é crucial para uma experiência positiva, pois a mulher e o casal valorizam a empatia, sensibilidade e a capacidade dos profissionais em estabelecer uma relação de confiança (Donate-Manzanares et al., 2021).

No estudo de Khodarahmi et al. (2022), é mencionado que profissionais de saúde que respeitam a privacidade, oferecem um ambiente acolhedor e reduzem a poluição sonora, proporcionando um ambiente tranquilo com música ou aromaterapia, são vistos de forma positiva, assim como aqueles que se apresentam mencionando o seu nome aquando o primeiro contacto.

A humanização da assistência ao parto que respeita as vontades e direitos da mulher e promove um ambiente seguro e acolhedor, é fundamental para reduzir a ansiedade (Hinic, K., 2021). A *World Health Organization* (2018) recomenda que a assistência disponibilizada por parte de profissionais de saúde vise alcançar uma mãe e uma criança saudáveis com o mínimo de intervenção necessária, o que implica uma abordagem individualizada e respeitadora.

A criação de uma experiência de parto positiva e o apoio emocional durante o parto são essenciais para a confiança da mulher na sua capacidade de ser mãe e de cuidar do seu filho (Coutinho, 2016). A valorização e o apoio reforçam sentimentos de competência e empoderamento, promovendo uma transição segura e satisfatória para a maternidade (Nilsson & Lundgren, 2009).

Tornar-se mãe é um momento marcante na vida de uma mulher e o parto marca o início desta significativa mudança de vida. Esta tem acesso a muitas fontes de informação, que moldam as suas perceções, expectativas e conhecimentos acerca do processo do nascimento e a partir daí são formuladas ideias e esperanças sobre como será o seu processo de parto (Carnelós et al., 2021)

A ansiedade durante o trabalho de parto e a qualidade dos cuidados vivenciados formam a experiência de parto e esta é única para cada mulher e família, no entanto, a experiência de cuidados seguros, de alta qualidade e respeitadores deve ser acessível e transversal a todos os casais (Khodarahmi et al., 2022).

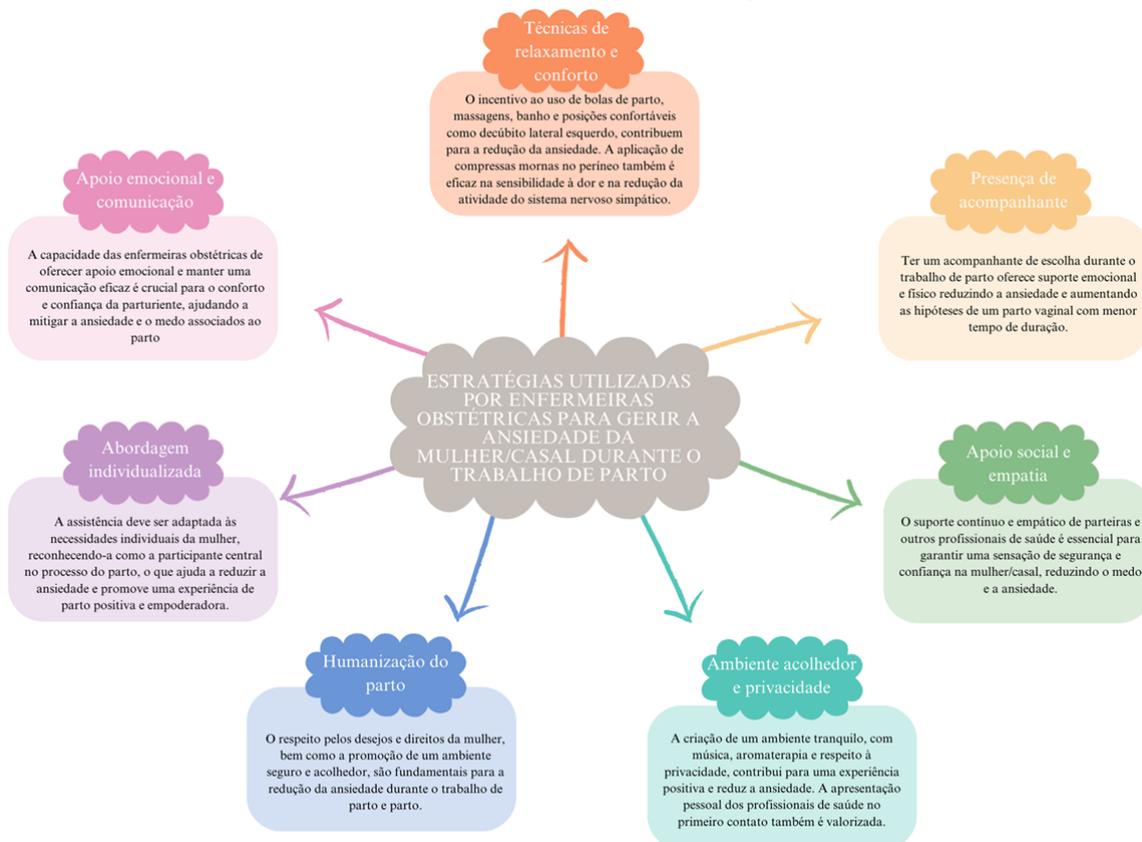
Torna-se assim imprescindível, por parte dos EEESMO, encarar cada mulher como um ser único, respeitando as suas vontades, direitos e reconhecendo-a a si e ao seu filho como peças essenciais do processo (Wojcieszek et al., 2023). A assistência durante o parto deve ser individualizada, promovendo um ambiente seguro e acolhedor, reduzindo a ansiedade e contribuindo para uma experiência positiva e empoderadora (Koster et al, 2020).

A arte do cuidar em obstetrícia não se restringe apenas a competências técnicas, mas também à capacidade de estabelecer laços de relacionamento humano, garantindo que a mulher se sinta confortável e confiante (Nilson & Lundgren 2017). De acordo com a literatura científica utilizada para a elaboração da presente revisão, verifica-se que o parto e o nascimento são momentos em que o EEESMO pode desempenhar uma atuação determinante através do apoio emocional e da capacidade de comunicação, favorecendo a interação efetiva entre a parturiente e o enfermeiro (APEO, 2009). É necessário o profissional desempenhar um papel ativo na gestão do parto, devendo assim lidar com a ansiedade e com o medo relacionados com o mesmo, não os negligenciando.

Sintetizando, na figura 5, as estratégias que enfermeiras obstétricas (EEESMO) utilizam para gerir a ansiedade da mulher/casal durante o trabalho de parto, são

fundamentais para garantir uma experiência de parto mais positiva, reduzindo a ansiedade da mulher/casal e promovendo um ambiente de segurança e acolhimento.

Figura 5. Estratégias que enfermeiras obstétricas utilizam para gerir a ansiedade da mulher/casal durante o trabalho de parto



Fonte: Elaboração da mestrand

2.1.5. Conclusão

A redução da ansiedade durante o trabalho de parto é um objetivo importante para garantir uma experiência positiva e segura para as mulheres. Ao compreender os fatores que contribuem para a ansiedade e implementando estratégias eficazes, os EEESMO podem promover o bem-estar materno e neonatal. Nesse retira-se como conclusão que a ansiedade durante o trabalho de parto é multifatorial e complexa, sendo influenciada por fatores fisiológicos, psicológicos e sociais. Os EEESMO representam um papel crucial na redução da mesma, e na adoção de certas atitudes, nomeadamente, empatia, respeito, comunicação clara e apoio emocional que são fundamentais.

A humanização da assistência ao parto é igualmente essencial para uma experiência positiva, através de práticas como o acompanhamento contínuo, a liberdade de movimento, o respeito aos planos de parto e a criação de um ambiente acolhedor.

O processo de comunicação com as mulheres é imprescindível para reduzir a ansiedade, pois oferece informações claras e precisas sobre o processo do trabalho de parto, além de abordar a possibilidade de utilização de técnicas de relaxamento e controlo da dor. A avaliação individualizada de cada mulher é também fundamental pois cada uma vivencia a gravidez e o parto de forma única, e as necessidades individuais devem ser consideradas.

2.2. RESULTADOS EMPIRICOS OBTIDOS NA PRÁTICA CLÍNICA

Após elaboração da revisão da literatura relativa à Ansiedade da mulher/casal ao longo do trabalho de parto, passou a ser possível aplicar os conhecimentos adquiridos na prática clínica. O EEESMO deve ser responsável por implementar práticas que promovam a segurança e a qualidade do cuidado às parturientes. Isso destaca a importância de aplicar, na prática clínica, um conjunto de conhecimentos atualizados e normas de atuação, permitindo ao profissional de saúde intervir de forma a favorecer a progressão do trabalho de parto sem aumentar o risco de complicações.

Desta forma, a recolha de dados incidiu em todas as mulheres em trabalho de parto internadas em contexto de bloco de partos. Definiram-se os seguintes critérios de inclusão: parturientes em fase latente do trabalho de parto; parturientes em fase ativa do trabalho de parto; primíparas; múltíparas. Como critérios de exclusão: parturientes com gravidez pré-termo, parturientes com gravidez gemelar e com feto em apresentação pélvica.

A recolha de dados foi realizada através do Partograma, Boletim de Saúde da Grávida, observação durante a prestação de cuidados e utilização do sistema de informático *SClínico*® Hospitalar, sendo dada atenção ao foco de enfermagem “ansiedade” que quando preenchidos os respetivos parâmetros (sinais de preocupação; incapacidade em relaxar não relacionado com a doença; dificuldade em se concentrar; dificuldade em adormecer não explicada pela doença; presença de trémulo ou agitação), resultou num

score atribuído a cada parturiente, sendo “0” o menor score (sem ansiedade presente) e “5” o score máximo atribuído para a ansiedade (Anexo D).

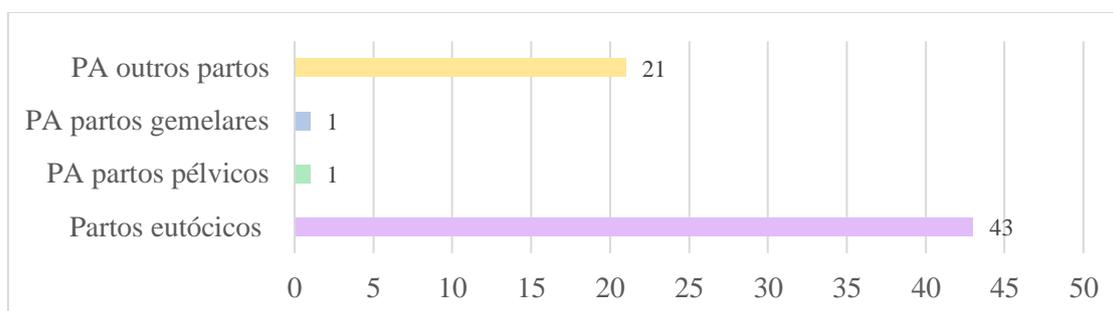
Os dados colhidos seguiram os princípios da proteção de dados pessoais, considerando a identidade e confidencialidade das utentes, seguindo o proposto pelo Código Deontológico e respeitado o anonimato, cumprindo os princípios estabelecidos na Declaração de Helsínquia.

Os dados obtidos foram analisados através do sistema operativo Microsoft Excel.

Caracterização sociodemográfica da População-Alvo

Ao longo do ENP em contexto de bloco de partos, foram prestados cuidados a 105 mulheres em trabalho de parto (n=105), das quais 41% (n=43) a mestranda realizou o parto e em 22% (n=21) participou ativamente em outros partos, tais como cesarianas e partos instrumentados com ventosa/*fórceps* (Figura 6).

Figura 6. Assistência realizada no bloco de partos



PA – Participação ativa

Fonte: Elaboração da mestranda

Foi estabelecido um subconjunto da amostra, analisando apenas as parturientes em que a mestranda assistiu ou colaborou no parto (assistido por outro profissional), permitindo assim analisar todas as variáveis de uma amostra que reconhece todas as características das parturientes, desde o momento da admissão na sala de partos até ao momento do parto. Este subconjunto é composto por 64 parturientes com idades compreendidas entre os 19 e os 42 anos, com média de idade de 30,7 anos (Tabela 6).

Tabela 6. Idade das parturientes

N	64
Média	30,7
Mínimo	19
Máximo	42

Fonte: Elaboração da mestranda

De acordo com a figura 7, é possível conferir que os maiores grupos etários representados são dos 28-32 anos de idade (34,38%, n= 22), seguido do grupo etário 33-37 anos de idade (n= 19), que corresponde a 29,69% da amostra.

Figura 7. Grupos etários das parturientes



Fonte: Elaboração da mestranda

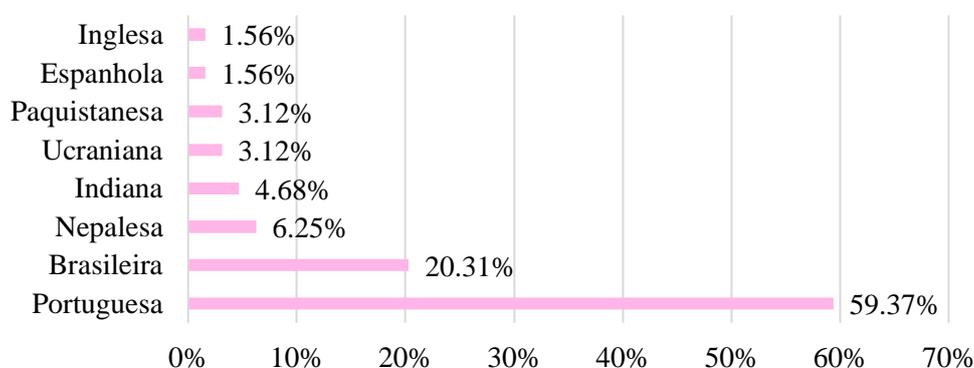
Os valores percentuais apresentados na figura 7 refletem a realidade portuguesa relativamente à idade média das mães no momento do nascimento de um filho. Dados estatísticos recentes indicam que, em 2022, a idade média das mulheres ao nascimento de um filho foi de 32,2 anos, enquanto a idade média ao nascimento do primeiro filho foi de 30,8 anos (PORDATA, 2023).

O termo “idade avançada” define mulheres grávidas com idade igual ou superior a 35 anos e é considerado como fator para a gravidez ser considerada de risco (Gomes & Domingueti, 2021). Engravidar após os 35 anos trata-se de uma realidade atual e em crescimento, influenciada por fatores como expectativa de vida, instabilidade social e financeira, aumento do nível de escolaridade, desenvolvimento profissional e infertilidade (Costa & Francisco, 2024). Encontra-se associada a uma série de riscos e

complicações que podem ocorrer durante a gravidez e parto e verifica-se ainda um aumento de complicações fetais (Ratiu et al., 2023). Para além disso, a gravidez em mulheres com idade avançada encontra-se associada a níveis de ansiedade mais elevados (Paz et al., 2022). O EEESMO tem um papel preponderante na vigilância da gravidez em idade avançada, concretamente na identificação de fatores de risco, consciencialização da mulher e assistência qualificada (Borba, 2023).

Relativamente à nacionalidade (Figura 8), a maioria das parturientes da amostra eram de nacionalidade portuguesa (59,37%), sendo as restantes de nacionalidades estrangeiras (40,63%). Portugal tem verificado um aumento da população estrangeira e consequentemente nos cuidados de saúde, resultando numa grande diversidade cultural. Estes dados vêm reforçar a importância da formação do EEESMO acerca das diferentes normas, crenças, valores e práticas que determinam a forma como a pessoa percebe a sua saúde, com o objetivo de assegurar cuidados culturalmente competentes (OE, 2008).

Figura 8. Nacionalidade das parturientes

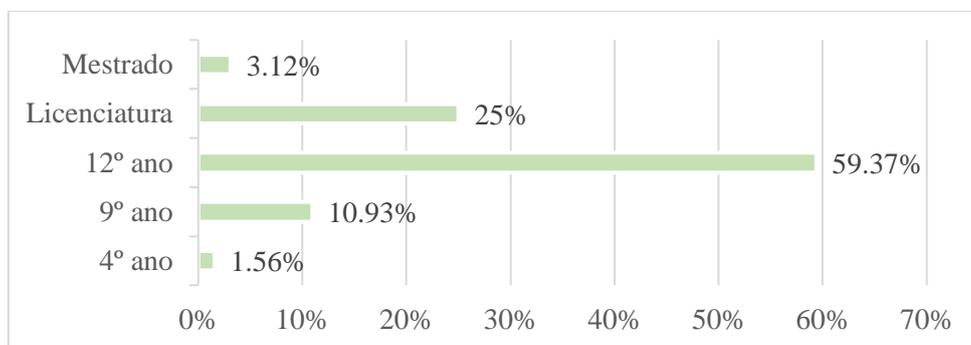


Fonte: Elaboração da mestrandia

No que diz respeito às habilitações literárias (Figura 9), verifica-se que a maioria das parturientes (59,37%, n= 38) tem o 12º ano de escolaridade, 25% (n=16) completou licenciatura, 3,12% (n=2) tem o grau de mestrado, 10,93% (n=7) tem o 2º ciclo de escolaridade e 1,56% (n=1) tem o 4º ano. Os baixos níveis de escolaridade estão diretamente associados a níveis inadequados de literacia em saúde, com um consequente aumento da utilização de fontes informais de informação e dificuldades substanciais na

compreensão das informações adquiridas, o que pode impactar negativamente a tomada de decisões relacionadas à saúde e o aumento dos níveis de ansiedade vivenciados pelas mulheres, tal como referido por Demirel et al., (2022). Nesse contexto, a atuação do EEESMO torna-se essencial para a educação em saúde, na medida em que desempenha um papel importante na promoção da qualidade de vida, tanto para as mulheres quanto para suas famílias, através de intervenções educativas que visam melhorar a literacia em saúde e capacitar as mulheres a fazerem escolhas informadas acerca da sua saúde e bem-estar (Dutra & Bértolo, 2023).

Figura 9. Habilitações literárias das parturientes

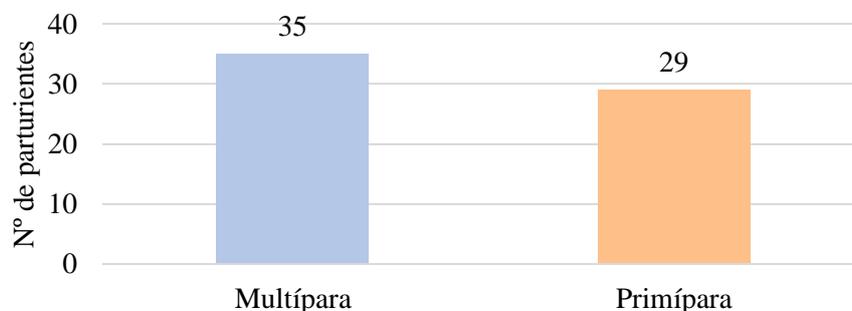


Fonte: Elaboração da mestranda

Caracterização obstétrica da População-alvo

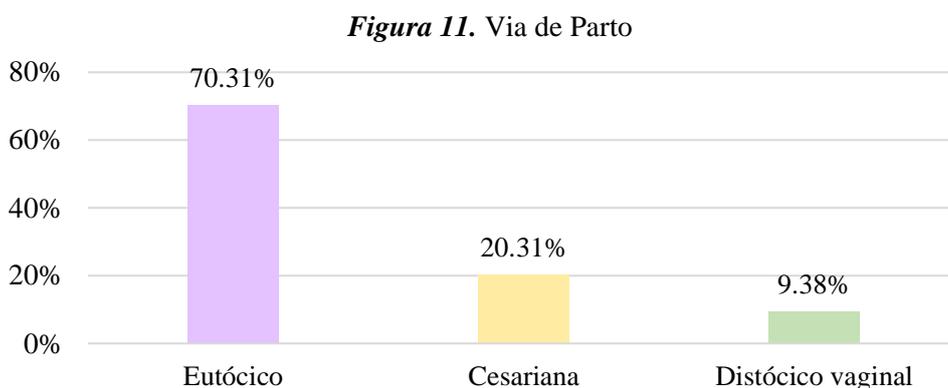
Relativamente aos dados obstétricos, verificou-se que 54,69% (n=35) das mulheres eram múltiparas e 45,31% (n=29) eram primíparas (Figura 10).

Figura 10. Paridade das parturientes



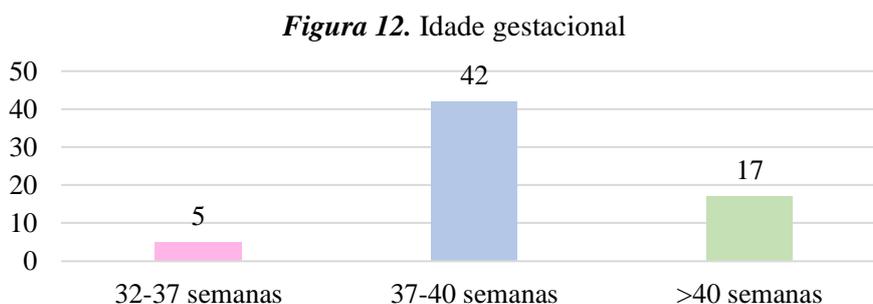
Fonte: Elaboração da mestranda

Na amostra selecionada, pode-se afirmar que a taxa de parto eutócico [PE] foi muito superior comparativamente com a taxa de Partos Distócicos [PD] e cesarianas, correspondendo a 70,31% (n=45) dos partos realizados e colaborados pela mestranda. As cesarianas representam um número significativo na totalidade dos casos participantes, correspondendo a 20,31% (n=13) e os partos distócicos vaginais equivalem à menor parcela percentual com um total de 9,38% (n=6) dos casos (Figura 11).



Fonte: Elaboração da mestranda

Ao longo do contexto clínico Bloco de Partos, os recém-nascidos filhos das parturientes que constituem a amostra selecionada pela mestranda, eram detentores da idade gestacional representada na figura 12. Foram vigiados 64 trabalhos de parto em que a mestranda assistiu ou colaborou com outros profissionais de saúde, sendo que 65,63% (n=42) dos recém-nascidos de termo tinham idade gestacional compreendida entre as 37 e as 40 semanas, 26,56% (n=17) recém-nascidos de termo eram detentores de idade gestacional superior a 40 semanas e apenas 7,81% (n=5) dos recém-nascidos eram considerados pré-termo, com idade gestacional entre as 32 e 37 semanas.



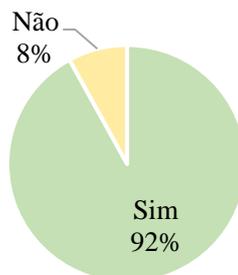
Fonte: Elaboração da mestranda

Uma gravidez planeada envolve uma preparação pré-concepcional, com o objetivo de adotar, de forma antecipada, um conjunto de cuidados que promovam uma gravidez saudável. Nas consultas pré-concepcionais, discutem-se temas como a alimentação saudável, a atividade física, questões sociais, orientação sobre o uso de medicação e o controlo de patologias pré-existentes, tais como diabetes e hipertensão. Quando não ocorre este planeamento, podem surgir riscos e consequências para a saúde da grávida e do recém-nascido como: aumento da mortalidade materna, distúrbios nutricionais, doença hipertensiva específica da gravidez, depressão pós-parto, aborto, prematuridade, baixo peso ao nascer, doenças congénitas, dificuldade na amamentação, entre outros (Nogueira et al., 2024).

Em Portugal, a ocorrência de gravidez não planeada encontra-se associada a várias causas como: uso incorreto de métodos contraceptivos; falta de contraceção de emergência após relações sexuais desprotegidas; falta de informação adequada sobre saúde sexual e reprodutiva; questões económicas e sociais; o estigma associado aos métodos contraceptivos (Vicente, 2020).

Na amostra selecionada, verificou-se que 92% das parturientes (n=59) teve uma gravidez planeada e 8% (n=5) teve uma gravidez não planeada (Figura 13). Embora estes dados indiquem que a maioria das mulheres planeou a gravidez, o Fundo de População das Nações Unidas apresenta no relatório “O Estado da População Mundial 2022” que diz que 50% das gravidezes no mundo não são planeadas (ONU, 2022). Desta forma, para melhorar os cuidados e o acesso a consultas pré-concepcionais, os EEESMO têm o papel de investigar a intenção da mulher em engravidar e, assim, proporcionar o acompanhamento adequado (Nascimento et al., 2019).

Figura 13. Planeamento da Gravidez



Fonte: Elaboração da mestranda

Relativamente à vigilância da gravidez, verificou-se que 87,5% (n=56) das gravidezes foram vigiadas e apenas 12,5% (n=8) das gravidezes foram mal vigiadas, não existindo nenhuma gravidez totalmente não vigiada (Figura 14).

Quando se confirma uma gravidez, é essencial iniciar a sua vigilância/monitorização, sendo que a DGS recomenda a realização da primeira consulta até às 12 semanas. A periodicidade das consultas seguintes deverá ser definida conforme o grau de risco da mesma. A avaliação do risco associado à gravidez durante o período pré-natal é realizada através do preenchimento e análise da Escala de *Goodwin* Modificada (Anexo E). Uma gravidez é considerada de baixo risco quando não se identifica nenhum fator que aumente a morbilidade materna, fetal ou neonatal (DGS, 2015). O nível de risco de uma gravidez é dinâmico e, por isso, deve ser reavaliado em todas as consultas. A sua identificação é feita através de avaliações clínicas, laboratoriais e imagiológicas ao longo de todo o período pré-natal (DGS, 2015).

O EEESMO desempenha um papel essencial nas consultas de vigilância da gravidez, atuando na educação para a saúde, consciencialização e capacitação da grávida para a vivência da gestação de forma saudável (Ferreira et al., 2021).

Figura 14. Vigilância da Gravidez

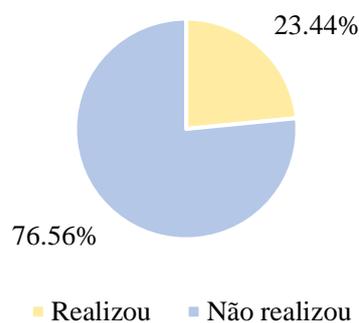


Fonte: Elaboração da mestranda

Com o propósito de compreender o envolvimento das mulheres na sua gravidez, estas foram questionadas acerca da sua frequência no Curso de Preparação para o Nascimento e Parentalidade [CPNP]. Conforme se verifica na figura 15, a maioria das parturientes, 76,56% (n=49) não frequentou o CPNP e apenas uma elaborou plano de parto. O CPNP

possibilita à mulher/casal a obtenção de informações e desenvolvimento de estratégias que ajudam na gestão do trabalho de parto e do parto, faculta apoio na transição e adaptação à maternidade, permite a troca de experiências, a resolução de dúvidas e medos, assim como redução da ansiedade (Frias, 2014).

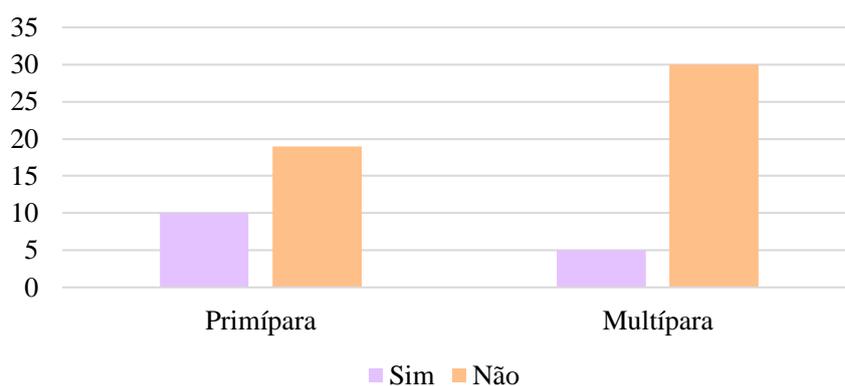
Figura 15. Realização de Curso de Preparação para o Nascimento e Parentalidade



Fonte: Elaboração da mestranda

Da amostra que frequentou o CPNP (n=15), 23,44%, a maioria foram primíparas (n=10) (Figura 16).

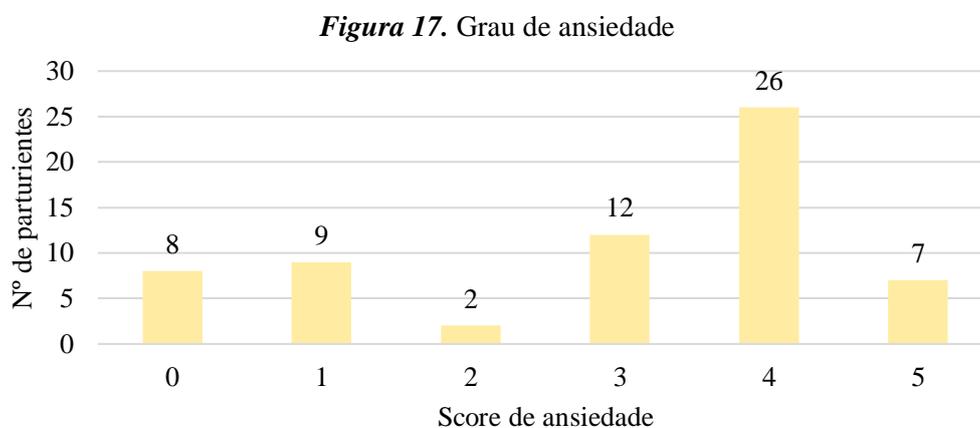
Figura 16. Curso de preparação para o parto conforme a paridade



Fonte: Elaboração da mestranda

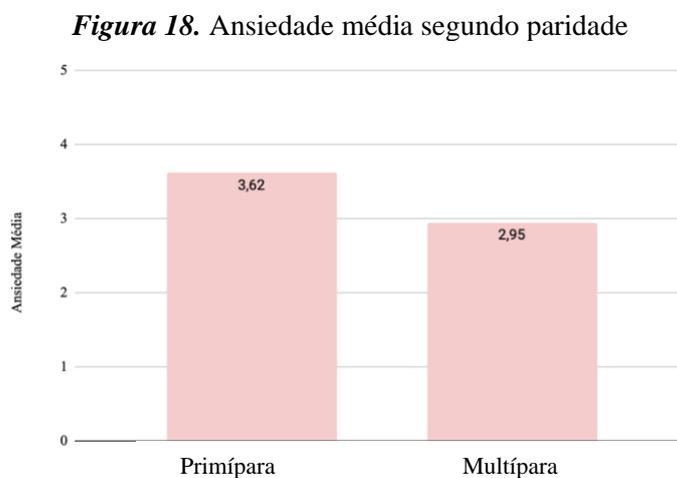
Ansiedade, Trabalho de Parto e Parto

Procedeu-se à recolha de dados relativos ao *score* de ansiedade no subconjunto constituído pelas 64 parturientes, através da aplicação da escala de ansiedade (Anexo D) presente no sistema informático utilizado na ULS, o *SClínico*® Hospitalar. Pode-se constatar, através da figura 17, que nos casos analisados, a maioria das mulheres apresentou um *score* de ansiedade igual ou superior a 3 – 70,31% (n=45) e apenas 29,69% (n=19) apresentou *score* igual ou inferior a 2.



Fonte: Elaboração da mestrandia

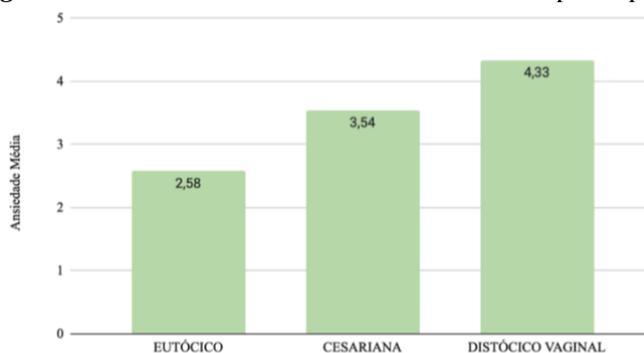
Foi elaborada a análise da ansiedade média em primíparas e múltiparas, sendo possível verificar os dados através da análise da figura 18, em que as primíparas apresentaram um *score* médio de ansiedade superior ao verificado em múltiparas.



Fonte: Elaboração da mestrandia

Ao analisar a figura 19 é possível verificar o *score* médio de ansiedade em cada tipo de parto. No parto eutócico as parturientes demonstraram níveis de ansiedade mais baixos, sendo o maior *score* médio de ansiedade apresentado em partos distócicos vaginais (fórceps e ventosa). Desta forma, é possível verificar que o tipo de parto influencia a ansiedade sentida pela mulher/casal ao longo do trabalho de parto.

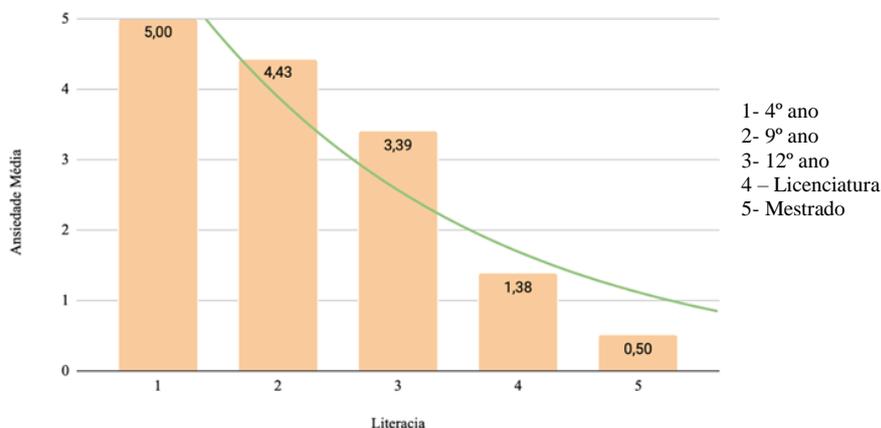
Figura 19. Grau de ansiedade de acordo com o tipo de parto



Fonte: Elaboração da mestranda

Ao analisar a figura 20, pode-se verificar que, relativamente ao grau de literacia da amostra, a ansiedade média das parturientes diminuiu à medida que a habilitação literária das mesmas aumentou. Um menor nível de escolaridade está frequentemente associado a uma menor sensação de controlo sobre o ambiente hospitalar, sobre as decisões médicas, sobre os direitos e opções disponíveis durante o parto, intensificando a ansiedade (Lucas Mattos et al., 2023).

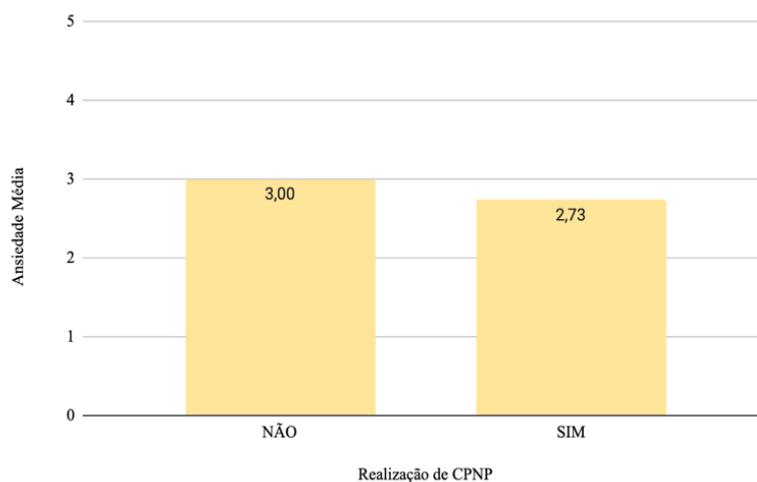
Figura 20. Grau de ansiedade de acordo com a literacia



Fonte: Elaboração da mestranda

Na figura 21 é possível comparar o *score* médio de ansiedade das parturientes relativamente à realização de CPNP. Constatou-se que as parturientes que não realizaram o CPNP apresentaram um *score* médio de ansiedade mais elevado quando comparadas com as parturientes que realizaram. A participação em CPNP acarreta vários benefícios para as parturientes ao longo do trabalho de parto, proporcionando-lhes conhecimentos e técnicas que aumentam o controlo e a confiança. Sentem-se mais preparadas, apresentam níveis mais baixos de ansiedade e relatam maior satisfação com a experiência do parto (Hong et al., 2021).

Figura 21. Grau de ansiedade de acordo com a realização de CPNP

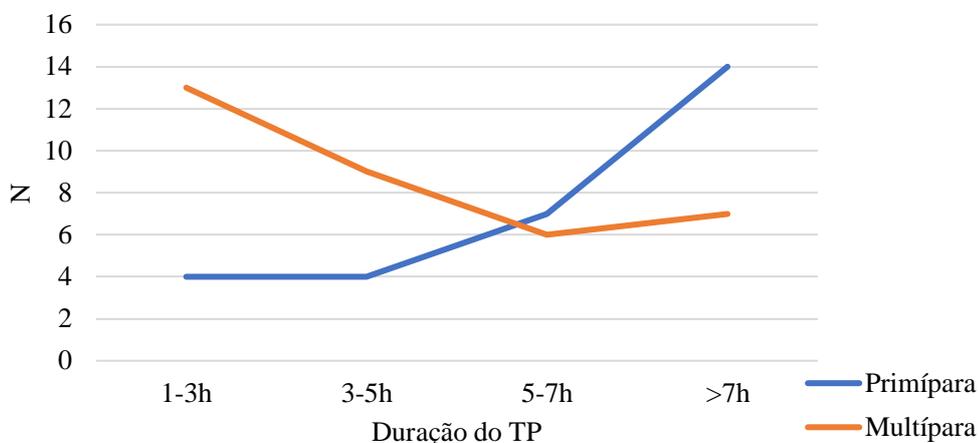


Fonte: Elaboração da mestranda

A duração do trabalho de parto depende de vários fatores, como: paridade, idade materna, história obstétrica, mobilidade materna ao longo do TP, apresentação fetal e altura da apresentação fetal (Nené et al., 2016). Verifica-se através dos dados colhidos no contexto clínico que no caso das 29 primíparas selecionadas no subconjunto da amostra, 72,41% (n=21) tiveram um trabalho de parto com duração superior a 5 horas. No caso das múltiparas (n=35), a situação é distinta, onde 62,86% (n=22) experienciaram um trabalho de parto com duração inferior a 5 horas (Figura 22).

Deste modo é possível verificar que é mais frequente nas mulheres múltiparas a duração do trabalho de parto ser menos duradoura.

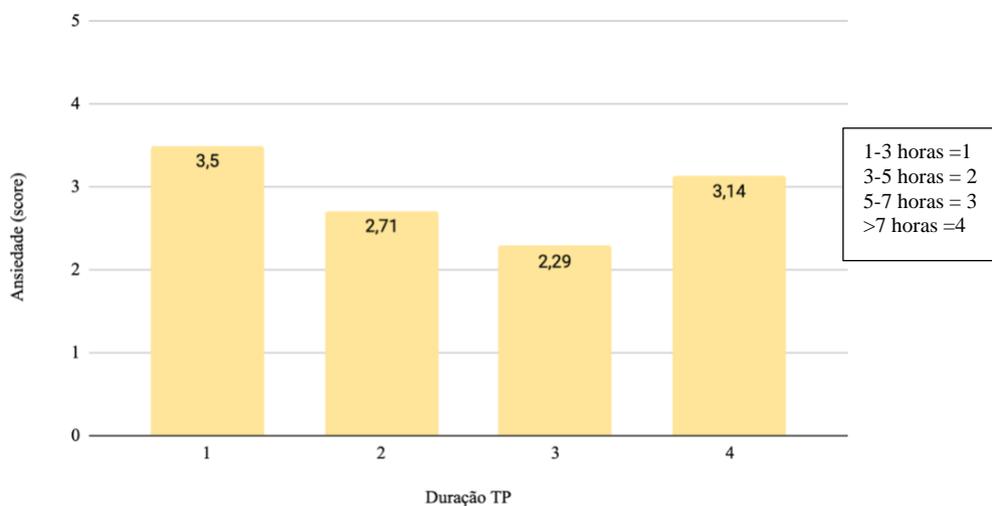
Figura 22. Duração do trabalho de parto



Fonte: Elaboração da mestrand

Foi realizada a comparação do *score* de ansiedade das parturientes com a duração do trabalho de parto das mesmas (Figura 23). Desta forma é possível verificar que os trabalhos de parto com menor duração apresentaram um *score* médio de ansiedade mais elevado, seguidos dos trabalhos de parto mais elevados.

Figura 23. Duração do TP de acordo com o nível de ansiedade

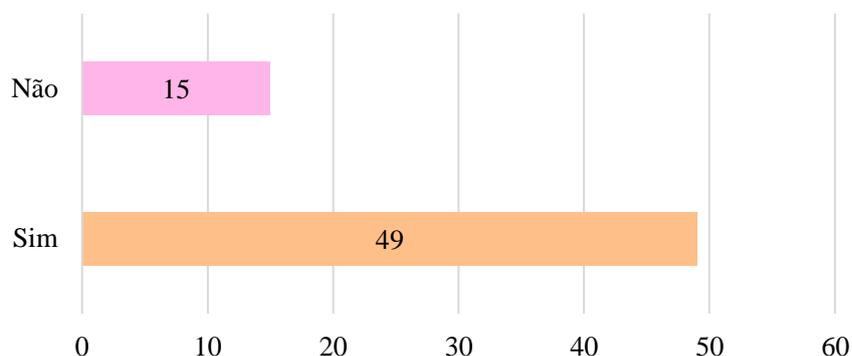


Fonte: Elaboração da mestrand

Encontra-se representado na figura 24 a utilização de analgesia epidural durante o trabalho de parto. É possível constatar que 76,56% (n=49) das parturientes inseridas na

amostra realizaram analgesia epidural, sendo que os restantes 23,44% (n=15) optaram por outro tipo de analgesia.

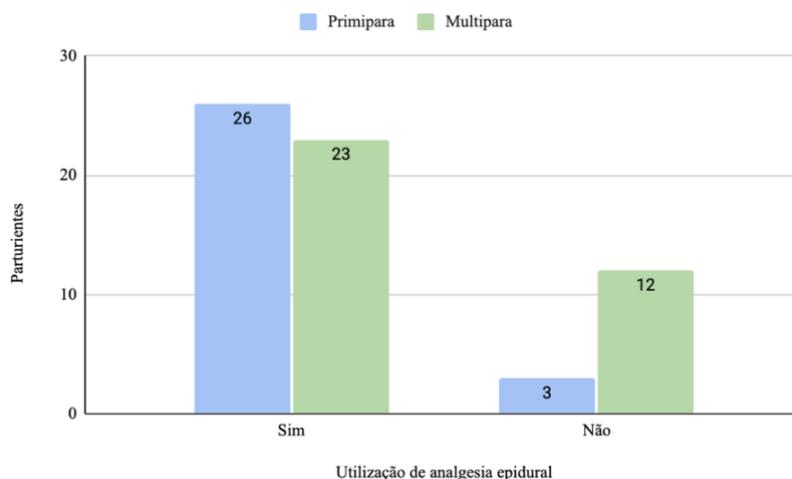
Figura 24. Utilização de analgesia epidural durante o TP



Fonte: Elaboração da mestrand

Procedeu-se à análise de dados relativos à utilização de analgesia epidural em primíparas e múltiparas (Figura 25). As primíparas compõem a maioria da amostra que utilizou analgesia epidural, enquanto as múltiparas foram quem mais recorreu a outros métodos para alívio da dor.

Figura 25. Utilização de analgesia epidural em primíparas VS múltiparas



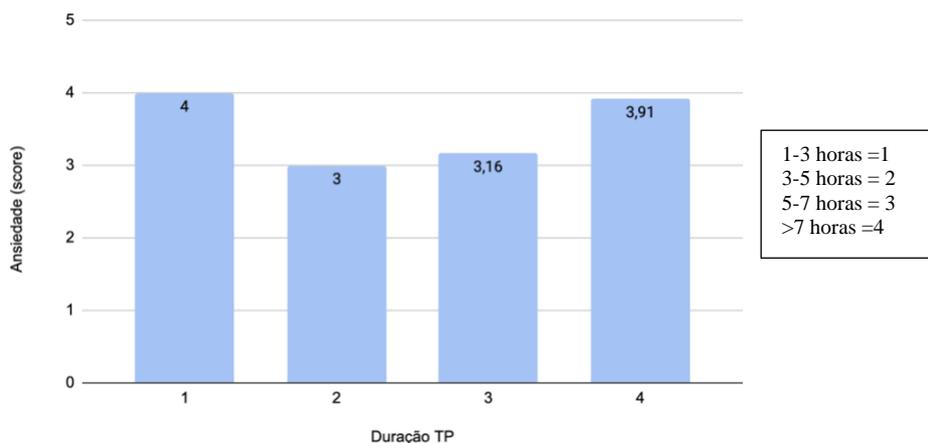
Fonte: Elaboração da mestrand

Com o objetivo de verificar se a utilização de analgesia epidural se encontra diretamente relacionada com o *score* de ansiedade, a mestrand analisou o *score* em

primíparas com ou sem analgesia epidural (Figuras 26 e 27) e o *score* em múltiparas com ou sem analgesia epidural (Figuras 28 e 29).

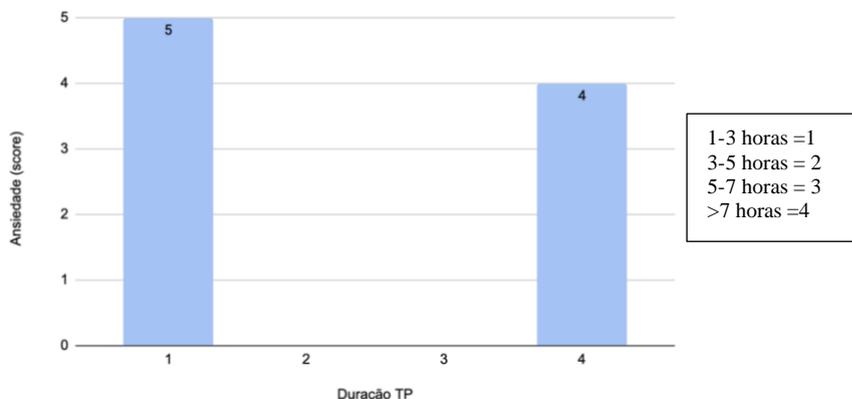
A dor é uma experiência individual, subjetiva e multidimensional que deve ser sempre valorizada, sendo influenciada por fatores de ordem fisiológica/biológica, sensorial, afetiva, psicológica, cognitiva, comportamental, social, cultural e ambiental (Rufino et al., 2024). O medo da dor durante o trabalho de parto é um fator causador de ansiedade, o que consequentemente, aumenta a sensação dolorosa. A analgesia epidural tem sido considerada a forma mais eficaz de alívio da dor durante o trabalho de parto, sendo amplamente utilizada e reconhecida pelo seu potencial de proporcionar um alívio completo e prolongado da dor (Cardoso et al., 2024).

Figura 26. Primíparas com analgesia epidural



Fonte: Elaboração da mestrand

Figura 27. Primíparas sem analgesia epidural

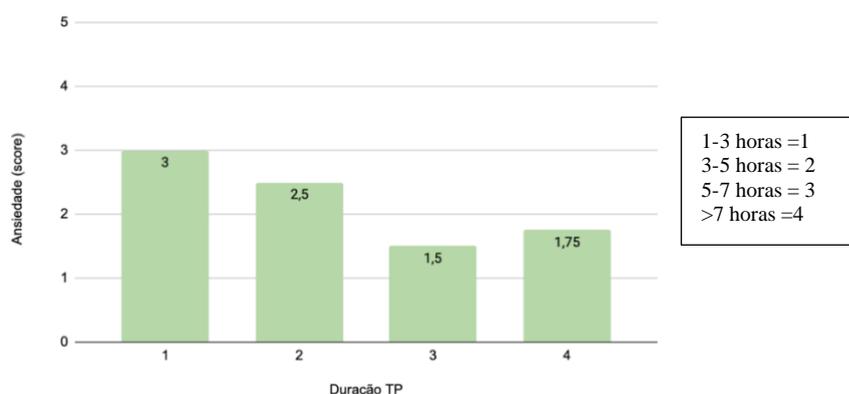


Fonte: Elaboração da mestrand

Relativamente às primíparas que utilizaram analgesia epidural (n=26), verifica-se que as que apresentaram maior *score* médio de ansiedade, apresentaram um trabalho de parto mais curto, sendo uma minoria (n=2). Nas restantes, à medida que o trabalho de parto se apresentou mais longo, o *score* de ansiedade apresentou-se progressivamente mais elevado (n=24). As primíparas que não utilizaram analgesia epidural (n=3), apresentaram todas um elevado *score* de ansiedade independentemente da duração do trabalho de parto.

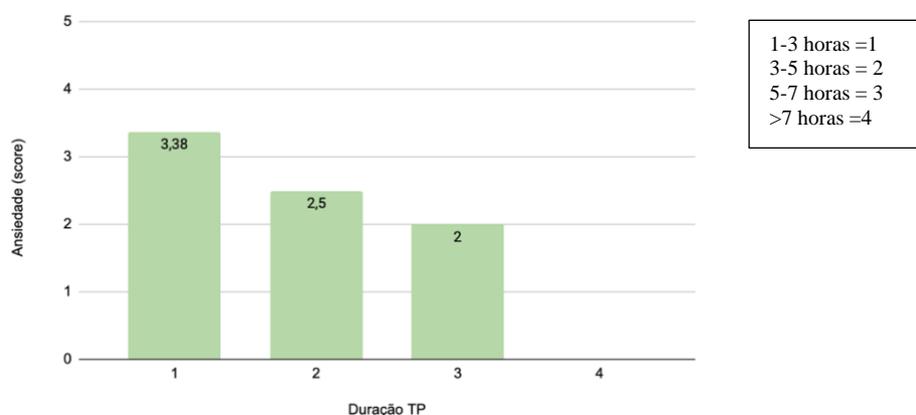
As multíparas que utilizaram analgesia epidural (n=23) (Figura 28), apresentaram um decréscimo do *score* médio de ansiedade à medida que o trabalho de parto se prolongou, tendo existido um aumento da ansiedade quando o mesmo teve duração de sete ou mais horas.

Figura 28. Multíparas com analgesia epidural



Fonte: Elaboração da mestrand

Figura 29. Multíparas sem analgesia epidural



Fonte: Elaboração da mestrand

No que se refere às multíparas que não utilizaram analgesia epidural (n=12) (Figura 29), estas apresentaram um *score* médio de ansiedade que decresceu à medida que a duração do trabalho de parto aumentou. Através da observação realizada pela mestranda, o elevado nível de ansiedade em parturientes com trabalho de parto curto, deveu-se ao facto de estas desejarem a utilização de analgesia epidural e dada a brevidade com que decorreu o trabalho de parto, a utilização da mesma já não foi possível. Conclui-se assim que a utilização de analgesia epidural durante o trabalho de parto é um fator influenciador da ansiedade. Desta forma, o EEESMO assume o dever de intervir com base na prevalência e individualidade da dor pois desempenha um papel importante na promoção e implementação de intervenções para o controlo da mesma de modo a promover uma experiência de parto positiva (Rufino et al., 2024).

A utilização de métodos não farmacológicos [MNF] está associada à diminuição da necessidade de medidas farmacológicas, contudo são métodos pouco divulgados e valorizados pelos profissionais de saúde. O seu uso proporciona a redução da dor e dos níveis de stresse e ansiedade, além de apresentar efeitos positivos na diminuição do tempo de trabalho de parto (Klein & Gouveia, 2022; Aveiro & Velosa, sd). Cabe ao EEESMO informar a parturiente acerca de medidas de controlo da dor durante o TP, farmacológicas e/ou não farmacológicas, respeitando as escolhas individuais de forma a contribuir para o bem estar (WHO, 2018).

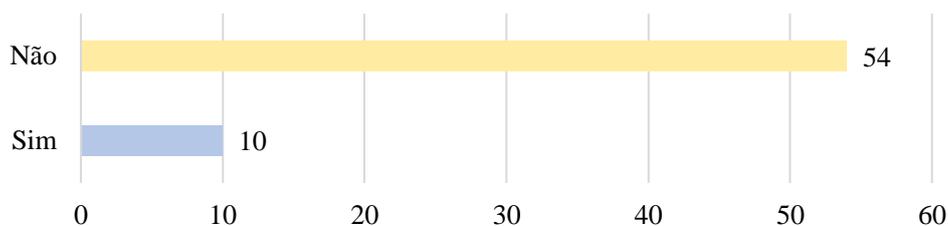
No que diz respeito à utilização de métodos não farmacológicos para alívio da dor, é possível verificar através da figura 30 que 84,38% (n=54), a maioria, não utilizou métodos não farmacológicos e apenas 15,62% (n=10) recorreu aos mesmos.

Existe um défice de conhecimento das grávidas acerca dos MNF, relacionado à falta de divulgação do tema durante a vigilância pré natal (Almeida et al., 2015). A baixa literacia das mulheres acerca dos MNF contribui para a prática do modelo biomédico e consequentemente para o aumento de medidas invasivas durante o trabalho de parto e parto. Torna-se necessário a divulgação destas práticas durante o acompanhamento pré-natal e a promoção da sua implementação nas maternidades, de modo a colaborar no empoderamento da mulher e para uma assistência humanizada (Pimenta et al., 2021).

A dor trata-se de uma experiência subjetiva e a sua intensidade é diferente entre os indivíduos que a sentem, neste contexto torna-se necessário um olhar holístico para a

mulher, que deve conduzir ao respeito, possibilitando os profissionais que tomem uma conduta integrativa e humanizada (Camacho et al., 2019).

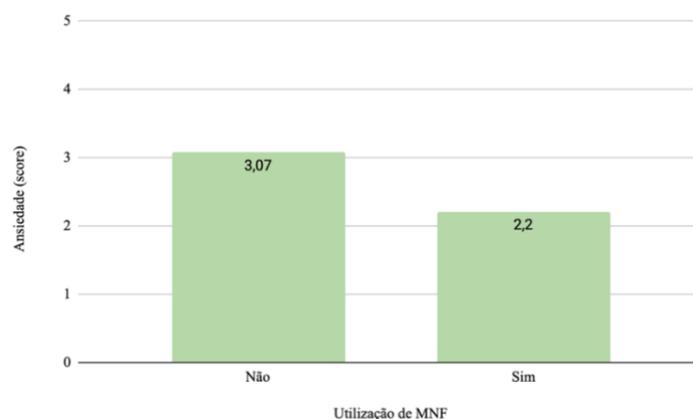
Figura 30. Utilização de métodos não farmacológicos durante o TP



Fonte: Elaboração da mestrand

Procedeu-se à análise do *score* médio de ansiedade em mulheres que utilizaram ou não os MNF. Desta forma, através da observação da figura 31, é possível concluir que parturientes que não utilizaram MNF para alívio da dor apresentaram um *score* de ansiedade superior quando comparado com as parturientes que utilizaram MNF. O EEESMO desempenha um papel crucial na aplicação destes métodos, na medida em que a sua formação especializada permite oferecer suporte técnico e emocional de qualidade, de forma a garantir que as parturientes recebam cuidados personalizados e baseados nas melhores práticas, com o intuito de garantir um nível de ansiedade mais baixo e consequentemente uma experiência de parto mais positiva.

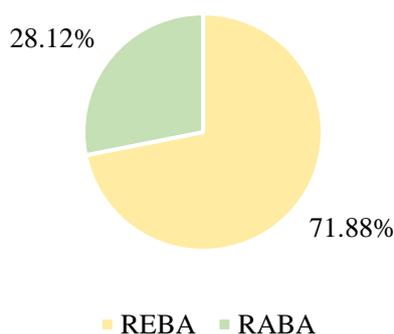
Figura 31. Ansiedade ao longo do TP de acordo com a utilização de MNF



Fonte: Elaboração da mestrand

Efetuuou-se a recolha de dados relativos à rutura da bolsa amniótica, no subconjunto constituído pelas 64 parturientes. Pode-se verificar, através da figura 32, que na maioria dos casos analisados, a rotura da bolsa amniótica ocorreu de forma espontânea (71,88%, n=46). A amniotomia é considerada uma prática interventiva, correspondendo à fração percentual mais baixa da amostra, tendo sido aplicada em 28,12% (n=18) das parturientes. Trata-se de um procedimento obstétrico que envolve a rutura artificial da bolsa amniótica utilizando um amniótomo esterilizado. Só é recomendada quando o colo do útero já se encontra com pelo menos cinco centímetros de dilatação, o feto se encontra na posição cefálica e com a cabeça bem apoiada no colo uterino (Bricker & Luckas, 2000). Segundo a OMS (2018), não deve ser realizada de forma rotineira para acelerar o trabalho de parto.

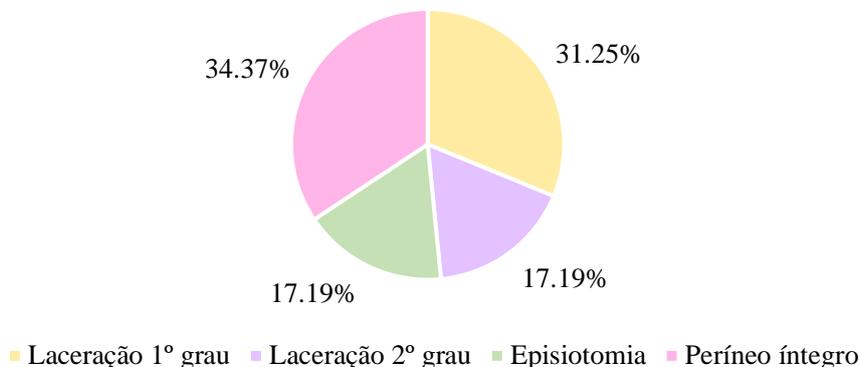
Figura 32. Rutura da bolsa amniótica



Fonte: Elaboração da mestranda

A ocorrência de ansiedade ao longo do trabalho de parto acarreta um conjunto de desfechos menos positivos e menos desejados para a parturiente. Nestes inclui-se a tensão muscular causada pela ansiedade, que pode aumentar o risco de lacerações perineais durante o parto, uma vez que o períneo tende a ficar mais rígido e menos elástico (Mamede et al., 2024). Foram analisados os desfechos perineais da amostra (n=51), tendo sido excluídos os partos por cesariana (n=13). Pode-se verificar através da figura 33 que a maioria das parturientes (34,37%) apresentou períneo íntegro e 31,25% apresentou laceração de 1º grau. Por fim, 17,19% das parturientes apresentou laceração de 2º grau e a mesma percentagem foi submetida à realização da técnica de episiotomia.

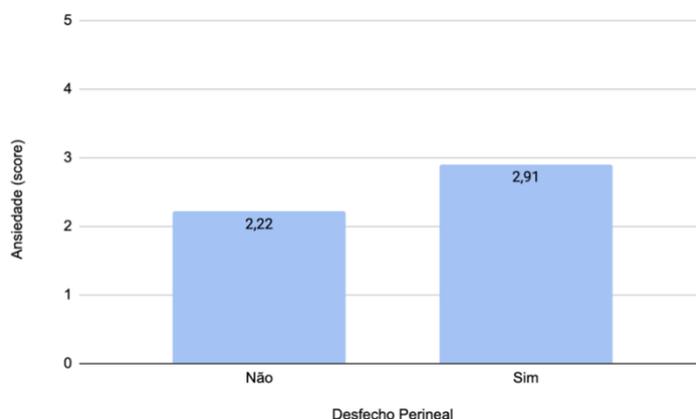
Figura 33. Desfecho perineal (excluindo cesarianas)



Fonte: Elaboração da mestranda

O desfecho perineal foi também analisado consoante o *score* de ansiedade. Através da figura 34 é possível verificar que as parturientes que apresentaram níveis mais elevados de ansiedade, apresentaram desfechos perineais menos favoráveis. Em contrapartida, parturientes que apresentaram *score* de ansiedade menor, apresentaram maior prevalência de períneo íntegro.

Figura 34. Ansiedade e desfecho perineal



Não = períneo íntegro
 Sim = Laceração 1º grau, Laceração 2º grau ou Episiotomia

Fonte: Elaboração da mestranda

No que se refere ao bem-estar do recém-nascido, o Índice de Apgar [IA] é um método de avaliação da adaptação do mesmo ao ambiente extrauterino, que analisa cinco componentes e determina a necessidade de intervenção imediata: cor, frequência cardíaca, reflexos, tônus muscular e respiração (Clemencio et al., 2024). Cada um dos componentes é pontuado com 0, 1 ou 2, conforme o estado clínico do RN, sendo a avaliação feita ao 1.º e 5.º minutos após o nascimento para todos os bebés e de 5 em 5 minutos até aos 20 minutos para os recém-nascidos com pontuações inferiores a 7 (American Academy Of Pediatrics, 2015).

Fatores como o acompanhamento da gravidez, a idade materna, a prematuridade e o peso ao nascer podem influenciar o Índice de Apgar, sendo responsabilidade do EEESMO a avaliação imediata do bebé e a implementação de medidas que ajudem na sua adaptação ao ambiente extrauterino (DGS, 2023). Através da recolha de dados dos recém-nascidos da amostra (Tabela 7), verificou-se que a maioria dos RN (70,31%) teve APGAR 10 10, 21,88% teve APGAR 9 no primeiro minuto de vida, 3,12% teve APGAR 8 no primeiro minuto e 4,69% teve APGAR igual ou inferior a 7 no primeiro minuto. Todos os RN ao décimo minuto apresentaram 10 pontos no IA.

Tabela 7. Índice de Apgar dos Recém-Nascidos

	n	Percentagem
10/10/10	45	70,31%
9/10/10	12	18,75%
9/9/10	2	3,13%
8/10/10	1	1,56%
8/8/10	1	1,56%
7/9/10	2	3,13%
6/9/10	1	1,56%

Fonte: Elaboração da mestranda

2.3. IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA PROFISSIONAL

A experiência adquirida pela mestranda ao longo do ENP, aliada aos resultados obtidos a partir da elaboração da revisão da literatura, permitiram uma análise profunda acerca da prestação de cuidados de enfermagem por parte do EEESMO. A conjugação da teoria com a prática clínica revelou-se essencial na compreensão dos desafios enfrentados

nos diversos contextos clínicos assim como a oportunidade de melhoria contínua do cuidar.

Os resultados obtidos na prática clínica demonstraram que o EEESMO desempenha um papel crucial no acompanhamento da mulher e do casal ao longo do trabalho de parto, na medida em que as suas intervenções não se limitam a procedimentos técnicos, incluem também suporte emocional e empatia. Trata-se de uma abordagem multidimensional com um impacto positivo na experiência de parto uma vez que o casal se sente apoiado, mais confiante e conseqüentemente com uma redução de intervenções médicas e desfechos mais favoráveis. Estes resultados vão ao encontro dos dados obtidos através da literatura estudada, que enfatiza a necessidade de uma abordagem holística no cuidar.

Relativamente à promoção da autonomia materna, os dados obtidos revelaram que quando as utentes realizaram CPNP houve um aumento significativo da perceção de autonomia e satisfação das mulheres, refletindo-se num grau de ansiedade menor. Esta experiência vem também destacar a importância do envolvimento da mulher/casal no processo de decisão, tal como sublinhado pelos autores Khodarahmi et al. (2022) e Koster et al. (2020).

A prática clínica evidenciou a importância da saúde mental durante o trabalho de parto, na medida em que as grávidas com maior suporte emocional evidenciaram menores níveis de ansiedade e experiências de parto mais positivas. Enquanto mestranda, foi possível observar que uma abordagem centrada na mulher/casal e apoio emocional proporcionado pelos EEESMO contribuíram para uma experiência de parto mais satisfatória. Esta prática vai ao encontro das conclusões retiradas após elaboração da revisão da literatura acerca do tema.

Torna-se necessário a atualização dos profissionais de saúde acerca de novas evidências relacionadas com abordagens atuais para a prática clínica, sendo essencial o investimento em programas de formação tal como mencionado na revisão.

Desta forma, é possível a mestranda concluir, com base nos dados obtidos na prática clínica e na revisão da literatura elaborada, que as principais implicações para a prática profissional enquanto futura EEESMO são: o cuidado deve ser desenvolvido através de uma abordagem centrada na mulher, respeitando as suas individualidades e proporcionando um cuidado humanizado; o suporte emocional deve ser uma prioridade,

garantindo que a mulher/casal recebe o apoio necessário para vivenciar este momento importante das suas vidas; a formação contínua e a prestação de cuidados baseados em evidências científicas devem ser uma prioridade, de forma a melhorar a qualidade da arte de cuidar; o cuidar de forma holística é essencial, devendo sempre ser considerada a saúde física e o bem estar emocional de forma a proporcionar experiências positivas.

A realização da revisão da literatura em simultâneo com o desencadear do ENP proporcionou à mestranda uma sólida fundamentação teórica, que permitiu que a mesma se envolvesse com as evidências mais recentes e melhores práticas na sua área de atuação. Tornou-se imprescindível para auxiliar na identificação de carências na prática clínica, no desenvolvimento de habilidades críticas e no estabelecimento de objetivos claros de aprendizagem, que enriqueceu a experiência de aprendizagem e contribuiu para uma prática profissional mais competente e informada.

3. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE MOBILIZAÇÃO DE COMPETÊNCIAS

Durante este percurso, é previsto que a mestranda desenvolva competências comuns de Enfermeiro Especialista, bem como competências específicas na área de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Este capítulo aborda as intervenções realizadas na prática clínica, as quais possibilitaram o desenvolvimento dessas competências ao longo do ENP. Tais intervenções encontram-se descritas considerando o perfil de competências necessário para um Enfermeiro Especialista nesta área, acompanhadas de uma análise reflexiva.

A OE define o Enfermeiro Especialista como *“aquele que possui reconhecida competência científica, técnica e humana para fornecer cuidados de enfermagem especializados”* (OE, 2019a, p.4744). O perfil de competências do EEESMO combina competências gerais de um Enfermeiro Especialista com habilidades específicas da área. Esse perfil visa criar um quadro regulador que certifique as competências, garantindo assim aos pacientes cuidados especializados, contínuos e de alta qualidade.

3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DOS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS

O Enfermeiro Especialista deve adquirir um conjunto de competências comuns que são essenciais a todas as especialidades em enfermagem. De acordo com a OE, essas competências são *“partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente de sua área de especialização, e são demonstradas por meio da sua elevada capacidade de conceber, gerir e supervisionar cuidados, além de oferecer um suporte efetivo ao exercício profissional especializado, especialmente em formação, investigação e assessoria”* (OE, 2019a, p.4745).

Conforme descrito no Regulamento nº140/2019 de 6 de fevereiro (OE, 2019a)., estas competências dividem-se em domínios, sendo eles: A) Responsabilidade Profissional, Ética e Legal, B) Melhoria contínua da Qualidade, C) Gestão dos Cuidados, D) Desenvolvimento das Aprendizagens Pessoais.

A) Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

Engloba “o desenvolvimento de uma prática profissional, ética e legal na área da especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos, a deontologia profissional e a promoção de práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (OE, 2019a, p.4745).

Neste sentido, a mestranda procurou desenvolver competências, adotando uma atitude de respeito pelos valores, crenças, atitudes e escolhas das utentes/casais/famílias, respeitando os princípios de privacidade e confidencialidade. Ocorreu uma integração nos diversos contextos clínicos, pautada pelo trabalho em equipa com profissionais de enfermagem e restante equipa multidisciplinar, com o objetivo de proporcionar cuidados de excelência mantendo boas relações profissionais. Foi essencial adquirir conhecimento sobre as dinâmicas dos serviços, consultando protocolos de enfermagem para apoiar a prática clínica.

Independentemente do contexto de atuação, os cuidados prestados foram dirigidos pelo envolvimento das mulheres/casais/famílias, tendo em conta desejos, expectativas, medos e dúvidas. Durante o contato com utentes a mestranda sempre se apresentou como estudante de mestrado, permitindo que as mesmas decidissem a possibilidade de receber cuidados da mesma ou de outros profissionais de saúde. Desta forma favoreceu-se o estabelecimento de uma relação de confiança, ausente de julgamentos, em que foi promovida a privacidade e prestados cuidados com consentimento.

Foram inúmeros os momentos de cuidados prestados a utentes estrangeiras que não falavam inglês, comunicando apenas na sua língua materna. Para superar esse obstáculo, foi necessário adotar estratégias de comunicação, como o uso de tradutores digitais ou com recurso a acompanhantes como intérpretes, assegurando assim uma comunicação eficaz primada pelo respeito pelas diferentes crenças e valores culturais.

A comunicação é essencial na prestação de cuidados pois atua como base das relações interpessoais com o objetivo de melhorar os cuidados de enfermagem, promover a aproximação, promover a integração cultural, a partilha de experiências e consequentemente prestar assistência humanizada.

O artigo nº 106 do Código Deontológico (Ministério da Saúde, 1998) que rege a profissão de Enfermagem prevê que o Enfermeiro tem como princípio básico da profissão

o sigilo profissional sobre o que toma conhecimento enquanto profissional e apenas partilha informações pertinentes com os que se encontram envolvidos no plano terapêutico da pessoa (OE, 2015). Nesse sentido, ao longo do percurso do ENP, o sigilo profissional foi sempre respeitado pela mestranda, tanto na prestação direta de cuidados como na elaboração de trabalhos escritos, garantindo sempre a privacidade dos envolvidos.

B) Melhoria Contínua da Qualidade

Menciona que o Enfermeiro deve *“Garantir um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica, desenvolver práticas de qualidade gerindo e colaborar em programas de melhoria contínua e garantir um ambiente terapêutico seguro”* (OE, 2019, p.4547).

Segundo a DGS (2015), a qualidade em saúde consiste na prestação de cuidados alcançáveis e equitativos, com um nível profissional de excelência, tendo em conta os recursos humanos e materiais disponíveis, adquirindo conseqüentemente, adesão e satisfação dos utentes, pois os cuidados são adequados às necessidades dos indivíduos.

O Plano Nacional de Saúde 2021-2030 é uma iniciativa da Direção Geral de Saúde que tem como objetivo principal melhorar a saúde e o bem-estar da população portuguesa ao longo de todo o ciclo de vida, promovendo uma saúde sustentável e inclusiva, evidenciando os cuidados de saúde como determinantes para o alcance dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável das Nações Unidas. Nestes, emerge o conceito de saúde sustentável, que visa promover cuidados de saúde focados na promoção e proteção da mesma, prevenção de doença e prestação de cuidados de alta qualidade, com ênfase na responsabilidade social e ambiental (DGS, 2022).

A OE estabelece padrões de qualidade para os cuidados prestados pelos enfermeiros, com o objetivo de fomentar a reflexão crítica e a melhoria contínua dos cuidados. Para tal, cria orientações descritivas que servem de referência na procura pela qualidade, abrangendo áreas como a satisfação do utente, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e promoção do autocuidado, readaptação funcional e a organização dos cuidados de enfermagem (OE, 2021).

A formação contínua beneficia todos os envolvidos no processo multidisciplinar em saúde (utente, prestador de serviços e organização) e possibilita a aquisição e atualização de conhecimentos, proporcionando a melhoria dos cuidados prestados. Desta forma, a mestranda procurou, ao longo dos diversos contextos clínicos, aproveitar todas as oportunidades de aprendizagem para mobilizar e aprofundar os seus conhecimentos tanto na prática clínica como a nível teórico. Quanto à promoção da saúde, destaca-se a temática elegida para aprofundar e desenvolver que se encontra diretamente ligada à promoção de estilos de vida saudáveis e identificação de situações de risco relacionadas com a ansiedade.

De acordo com a OE (2006), o enfermeiro tem a responsabilidade de prestar cuidados de saúde de excelência, promovendo a segurança do utente e assegurando a gestão de um ambiente terapêutico e seguro, através da mitigação de riscos que possam comprometer a sua capacidade profissional, garantindo assim a qualidade dos cuidados prestados. Neste contexto, ao longo do ENP, a prática envolveu a deteção precoce e a prevenção de situações de risco, em colaboração com a equipa multidisciplinar e utente. Os cuidados de enfermagem foram organizados, e os registos de enfermagem foram realizados de forma clara e completa, utilizando os meios adequados.

C) Gestão dos Cuidados

Abrange a “*gestão dos cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde; a adaptação da liderança e gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados*” (OE, 2019a, p.4745).

A comunicação efetiva é indispensável na assistência ao paciente na medida em que facilita o processo de trabalho e diminui situações que possam contribuir de forma negativa no cuidado aos pacientes, permitindo uma melhor gestão e otimização da resposta multidisciplinar (Carvalho & Silva, 2024; Silva & Valladares, 2023).

Para ser considerada eficaz, a comunicação dentro da equipa multidisciplinar deve ser clara, completa, objetiva, pontual e compreensível para todos os profissionais, de forma a reduzir a possibilidade de erros e promover a segurança do paciente (DGS, 2017). Cada profissional contribui com os conhecimentos científicos e competências que lhe são

inerentes, mas também com os conhecimentos tácitos e experiências anteriores para alcançar e garantir a qualidade dos cuidados prestados (OE, 2023).

Existem várias categorias profissionais que constituem uma equipa, sendo que cada uma delas possui competências e funções distintas com o objetivo de cumprir um objetivo comum: promover os melhores cuidados na assistência à mulher/casal/família. Durante o ENP, a mestranda interagiu e trabalhou com os vários membros das diferentes equipas em que esteve inserida, com o objetivo de melhorar o processo de tomada de decisão e/ou sempre que ocorriam situações que necessitavam de encaminhamento. Assim, a colaboração com as equipas foi positiva, permitindo reconhecer a interdependência das funções e papéis de cada elemento, o que teve um impacto positivo na qualidade dos cuidados prestados.

A gestão de recursos materiais em meio hospitalar é apresentada como um método racional e científico, capaz de orientar os processos de trabalho (Ferreira et al., 2021). Encontra-se inserida nas competências e responsabilidades de trabalho do enfermeiro, na medida em que este é um profissional que possui capacidade de administração e gestão que o capacita para desempenhar esta função (Ferreira et al., 2021). A utilização dos recursos de forma eficiente foi algo sempre tido em conta por parte da mestranda na medida em que a racionalização e gestão dos recursos contribui para a continuidade e qualidade dos cuidados prestados.

D) Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

Compreende o “*desenvolvimento de autoconhecimento e assertividade e a prática clínica baseada em evidência científica*” (OE, 2019a, 4745)

Ao longo do ENP existiram vários momentos em que foi necessário adquirir e aprofundar conhecimentos para justificar as práticas realizadas. Perante o investimento contínuo no processo de aprendizagem, tornou-se possível a prestação de cuidados de saúde especializados fundamentados na evidência científica, tendo sido um aspeto verificado e validado pelos supervisores clínicos. A prioridade da mestranda foi sempre prestar cuidados baseados em normas, protocolos, diretrizes e literatura fidedigna.

A gestão do stress também apresenta um papel importante e a considerar no processo de aprendizagem pois ao longo do ENP a mestranda integrou diversas equipas e

consequentemente novas rotinas e novos desafios, a acrescentar ao exercício profissional desenvolvido em simultâneo.

Salientam-se os trabalhos elaborados, que culminaram em momentos de partilha de conhecimentos, descritos ao longo do presente relatório. Estes foram elaborados com recurso a bases de dados fidedignas, de forma a obter o melhor e mais recente conhecimento científico, possibilitando a prática baseada na evidência.

A participação em eventos científicos (XXV Congresso Nacional e IX Internacional da APEO- Anexo A e Anexo B) e a elaboração de trabalhos, como a revisão narrativa da literatura sobre relactação e os posters apresentados em diferentes contextos, demonstraram um profundo compromisso com o desenvolvimento contínuo de conhecimentos na área da Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Estes trabalhos permitiram não só uma maior consolidação teórica acerca dos temas estudados, mas também o desenvolvimento de competências de comunicação científica, essenciais para a partilha e disseminação de conhecimento entre pares. A apresentação de posters tanto em contexto de congresso como aos serviços onde decorreu o ENP, fomentou a troca de experiências e a discussão de práticas, contribuindo assim para a melhoria contínua dos cuidados prestados.

3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DOS ENFERMEIROS EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

Ao longo do percurso realizado, foi essencial a mobilização de diversas competências específicas do EEESMO, as quais inevitavelmente proporcionaram uma capacidade de intervenção diferenciada. As competências específicas relacionadas à área de especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica refletem a prática dos profissionais em variados contextos clínicos, abrangendo tanto os cuidados de saúde primários quanto os cuidados em ambiente hospitalar. Segundo a OE, essas competências específicas são definidas como habilidades avançadas, que surgem das necessidades humanas durante o ciclo de vida. O principal objetivo na prestação de cuidados nesta especialidade é a mulher no contexto do ciclo reprodutivo, devendo ser considerada de forma única e holística (OE, 2019b).

O Regulamento nº 319/2019 da OE (OE, 2019b) estabelece um conjunto de atividades fundamentais para a aquisição e desenvolvimento de competências especializadas na área da enfermagem. A implementação destas atividades visa não apenas garantir a formação técnica, mas também promover uma abordagem crítica e reflexiva sobre a prática profissional. Neste contexto, serão descritas em detalhe as atividades realizadas pela mestranda, ao longo do percurso formativo, evidenciando como cada uma delas contribuiu para a consolidação das competências especializadas. Este processo foi direcionado através da reflexão crítica constante e pela procura ativa da melhoria contínua, com o objetivo de assegurar cuidados de saúde mais qualificados e humanizados.

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

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

Atividades/Reflexão: A saúde reprodutiva prevê uma vida sexual segura e gratificante, além da capacidade de decidir sobre o momento e a frequência com que a pessoa deseja ter filhos. Desta forma tem o direito de ser informada e de ter acesso a métodos de planeamento familiar que sejam seguros, eficazes e aceitáveis que devem incluir também atividades de promoção da saúde, como educação e aconselhamento sexual, prevenção e diagnóstico precoce de infeções sexualmente transmissíveis conduzindo assim a benefícios para a sexualidade, gravidez, infertilidade, cuidados pré-concepcionais e pré-natais, segurança no parto, qualidade e sobrevivência das crianças (DGS, 2008).

Desta forma, pode-se considerar que o planeamento familiar [PF] representa uma componente essencial na prestação de cuidados de saúde na área da saúde sexual e reprodutiva, com os seguintes objetivos: promover uma parentalidade saudável; prevenir gravidezes indesejadas; reduzir taxas de morbilidade e mortalidade materna, perinatal e

infantil; reduzir os números de casos de infeções sexualmente transmissíveis (APF, 2024). De acordo com o Artigo 4º, Lei 3/84 publicado em Diário da República no ano 1984, o PF promove ações como: aconselhamento genético e conjugal, informações e atribuição de métodos contraceptivos e meios de contraceção, tratamento da infertilidade, prevenção de infeções sexualmente transmissíveis e rastreio do cancro genital.

No âmbito do estágio realizado no Serviço de Internamento Puerpério, a mestranda teve a oportunidade de realizar atividades de EpS acerca dos métodos contraceptivos disponíveis e adequados a cada puérpera/casal; identificar problemas relacionados com a vivência da sexualidade, encaminhando situações que se encontravam para além da sua área de atuação; informar e orientar acerca dos recursos disponíveis na comunidade no âmbito do planeamento familiar. A mestranda teve ainda a possibilidade de prestar apoio na colocação de implantes contraceptivos.

Ao longo do estágio realizado em SUOG, foram vivenciadas situações de gravidez não evolutiva: aborto retido, aborto espontâneo, aborto incompleto, gravidez ectópica e interrupção voluntária da gravidez. Ainda neste serviço, a nível do planeamento familiar e período pré-concepcional, foram prestados cuidados a mulheres em idade reprodutiva que recorreram por situações diversas tais como: infeções vaginais, prurido vaginal, corrimento com odor fétido, dor mamária, entre outras, tendo sido sempre aproveitados todos os momentos de contacto para realizar atividades de EpS acerca da importância de estilos de vida saudáveis, fatores de risco associados à não evolução da gravidez, uso de métodos contraceptivos e esclarecimento de dúvidas.

Pode-se concluir que é crucial que os profissionais de saúde se mantenham constantemente atualizados, de forma a assegurar cuidados de qualidade na área da saúde sexual e reprodutiva, promovendo a segurança dos casais/famílias (Pacheco et al., 2020).

A Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau sublinha a importância do relacionamento terapêutico entre o enfermeiro e paciente (mulher/casal) (Hildegard Peplau, 1990). Durante o ENP, a teoria foi aplicada na medida em que a mestranda favoreceu um ambiente de confiança, onde a utente podia partilhar preocupações e tomar decisões informadas acerca da sua saúde reprodutiva. Através da educação para a saúde e do aconselhamento, a mestranda desempenhou o papel facilitador, promovendo o empoderamento da utente e o seu envolvimento ativo na gestão da sua saúde, tal como

defendido pela Teórica de Enfermagem. Esta abordagem foi essencial para assegurar cuidados individualizados e centrados na pessoa, promovendo vivências positivas de parentalidade e saúde sexual.

Competência 2: “Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal”.

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

Atividades/Reflexão: A gravidez assume-se como um período de grandes transformações e adaptações biológicas e psicológicas que variam de mulher para mulher mediante a idade gestacional (Galhanas & Frias, 2024). Desta forma, torna-se essencial compreender tais adaptações para que o profissional de saúde possa oferecer cuidados e atividades de EpS adequadas, visando o bem estar e a qualidade de vida da grávida/casal (Fortes et al., 2024).

O esquema de vigilância e conduta durante a gravidez dependem da existência ou não de patologia. Segundo a Norma 001/2023 da DGS de janeiro de 2023, em Portugal, a vigilância da gravidez de baixo risco pode ser realizada a nível dos Cuidados de Saúde Primários, enquanto uma gravidez considerada de risco possui critérios para acompanhamento a nível hospitalar.

Considera-se uma gravidez de baixo risco quando, após a avaliação clínica de acordo com a escala de Goodwin Modificada para o risco pré-natal (Anexo E), não são identificados fatores adicionais de morbilidade materna, fetal ou neonatal. Como o risco é dinâmico ao longo da gravidez, é necessário reavaliá-lo em todas as consultas (DGS, 2015). Esta escala é uma ferramenta utilizada em obstetrícia para avaliar o risco de complicações e deve ser aplicada pelo EEESMO em cada consulta com a grávida (OE, 2015).

A mestranda teve a oportunidade de colocar em prática a presente competência, no estágio realizado na Consulta de Diagnóstico Pré-Natal e na Consulta de Medicina Materno Fetal, onde foi possível a prestação de cuidados especializados supervisionados.

A consulta de MMF tem como principal objetivo promover a saúde materno-fetal, realizando um acompanhamento rigoroso ao longo da gravidez de forma a reduzir os riscos, diagnosticar e tratar precocemente possíveis complicações durante a gestação. A consulta de DPN inclui um conjunto de procedimentos que são realizados com o intuito de detetar antecipadamente anomalias congénitas do embrião ou feto, como Amniocentese e Biópsia das Vilosidades Coriônicas, em que a mestranda teve oportunidade de participar na realização dos mesmos. Ao longo de todas as consultas ocorreu a oportunidade de informar e orientar acerca de estilos de vida saudáveis durante a gravidez; informar e orientar a grávida/casal acerca de sinais e sintomas de risco que devem fazer com que recorram ao serviço de urgência; monitorizar a gravidez e o bem estar fetal através de meios clínicos apropriados; informar e orientar sobre medidas de suporte para alívio dos desconfortos da gravidez; identificar e monitorizar desvios à gravidez fisiológica realizando a referenciação das situações que se encontravam para além da área de atuação do EEESMO; transmissão de informação acerca de recursos disponíveis na comunidade, no âmbito da saúde pré-natal; promoção, apoio e aconselhamento na elaboração do plano de parto; intervenções de promoção do aleitamento materno, nomeadamente através da divulgação do cantinho da amamentação disponível na USL.

Neste contexto foi ainda realizada a avaliação inicial das utentes, anamnese, determinação do índice obstétrico, cálculo da idade gestacional, monitorização de sinais vitais, realização de Manobras de Leopold para avaliação da estática fetal, monitorização e interpretação de CTG e devidos registos informáticos em programa apropriado. Foi realizada uma reflexão baseada no Ciclo Reflexivo de Gibbs (Apêndice C), acerca da obesidade na gravidez, pois tratou-se de uma patologia bastante verificada ao longo do ENP e pouco valorizada pelas grávidas. A elaboração da reflexão acarretou contributos úteis tanto para a aprendizagem como para a prática profissional, na medida em que promoveu uma maior autoconsciência e desenvolvimento pessoal, permitindo à mestranda reconhecer as suas perceções, reações e limitações ao lidar com a patologia em questão. A sua elaboração facilitou a ligação entre a teoria e a prática, uma vez que permitiu uma análise crítica das experiências clínicas baseadas no conhecimento teórico e contribuiu diretamente para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados às mulheres

grávidas com obesidade, nomeadamente a forma como os EEESMO podem ajustar a sua abordagem e competências de comunicação com o objetivo de reduzir o risco de complicações. Refletir sobre a experiência permitiu à mestranda a prestação cuidados personalizados, ajustados às necessidades individuais das utentes, considerando os fatores físicos, emocionais e sociais, assim como auxiliou o planeamento de intervenções preventivas, criando estratégias mais eficazes de modo a evitar complicações associadas à obesidade.

No âmbito do ENP realizado no SUOG, foi frequente o contacto com mulheres durante o período pré natal, onde foi possível ter a vivência de múltiplas aprendizagens perante situações patológicas da gravidez, nomeadamente rotura prematura de membranas, ameaça de parto pré-termo, restrições de crescimento fetal intra uterino, alterações de fluxos uteroplacentários, hemorragias do 1º, 2º e 3º trimestres, Pré Eclâmpsias, Diabetes Gestacional mal controlada, olignoâmnios, hidrâmnios, placentas prévias, infeções do trato urinário, colestase gravídica, entre outras. Concomitantemente foi realizado o estágio em Internamento de Grávidas, tendo sido benéfico pois para além de um primeiro contacto em regime de urgência, foi possível acompanhar as grávidas que necessitaram de vigilância acrescida em contexto de internamento.

Tais experiências revelaram-se extremamente enriquecedoras para o desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e competências, particularmente no que se refere à promoção da saúde, à prevenção de complicações e ao diagnóstico precoce, através de cuidados de enfermagem específicos direcionados à mulher, com o objetivo de facilitar a sua adaptação ao período pré-natal.

Torna-se importante destacar uma interrupção médica da gravidez [IMG] que decorreu durante o contexto clínico realizado no Internamento de Grávidas. Tratou-se de uma mulher com 25 anos de idade, com 18 semanas e 5 dias de gestação, tendo sido diagnosticado Trissomia 21 através do Rastreio Combinado do 1º Trimestre realizado em Consulta de Diagnóstico Pré-Natal e posterior amniocentese. A presente gravidez teria sido resultado de uma fertilização in vitro por a utente apresentar uma falência ovárica precoce diagnosticada aos 18 anos de idade, tendo assim recorrido a ovócitos de dadora. Após diagnóstico e devidas questões éticas tratadas, foi iniciado o processo de abortamento, com administração de medicação, realizada pela equipa médica. Ocorreu a

possibilidade de a mestranda acompanhar o processo, tendo monitorizado o trabalho de parto, consoante as queixas da utente, assim como administrar terapêutica analgésica, prestar apoio emocional, demonstrar disponibilidade e empatia durante e após o momento de expulsão do feto. O processo decorreu com apoio da psicologia.

Em Portugal, segundo a Lei nº16/2007, de 17 de abril, publicada em Diário da República, prevê-se que “*sempre que existam seguros motivos de que o nascituro virá a sofrer, de forma incurável, de grave doença ou malformação congénita, é possível a realização de interrupção legal da gravidez nas primeiras 24 semanas da mesma*”. Existe exceção para situações de fetos inviáveis, em que a IMG poderá ser praticada em qualquer momento. O procedimento deverá ser sempre realizado por médico, ou sob a sua orientação, em estabelecimento de saúde oficial e com o consentimento da mulher grávida.

No decorrer no ENP realizaram-se 448 exames pré-natais e foram vigiadas 227 gravidezes consideradas de risco (Apêndice I).

Competência 3: “Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o TP”

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

Atividades/ Reflexão: O trabalho de parto trata-se de um conjunto de fenómenos fisiológicos, induzidos ou espontâneos, que vão conduzir à extinção cervical, à dilatação do colo uterino, à progressão fetal no canal de parto e à sua expulsão para o exterior (Nené et al., 2016). Este é um dos momentos cruciais na vida de uma mulher na medida em que envolve uma jornada repleta de desafios, ansiedades e expectativas. Desta forma, a atuação do EEESMO torna-se de elevada importância na prestação de cuidados de qualidade, apoio emocional e segurança.

Segundo a WHO (2018), o TP divide-se em três estádios. O 1º estadio compreende a dilatação e apagamento do colo uterino, dividido em fase latente e fase ativa consoante cervicometria, o 2º estadio compreende a expulsão do feto e o 3º estadio compreende a dequitação. Considera-se fase latente o período caracterizado por contrações uterinas dolorosas e irregulares e alterações variáveis do colo do útero, com dilatação até aos 5cm

e a fase ativa é caracterizada por contrações uterinas dolorosas e regulares, com dilatação do colo do útero desde os 5cm até à dilatação completa (WHO, 2018).

Existe um 4º estadio do TP nomeado por alguns autores, correspondendo ao período de *Greenberg*, que ocorre após a saída da placenta (Graça, 2017). Neste, a puérpera e recém-nascido necessitam de vigilância contínua, no entanto não existe consenso na literatura acerca da duração exata do mesmo.

Durante o TP, espera-se que o EEESMO cuide da mulher de forma a dar-lhe assistência num ambiente seguro, com o objetivo de otimizar a saúde da mesma, do RN, e da pessoa significativa que a acompanha, proporcionando uma experiência de parto positiva (MCEESMO, 2021). O desejo das mulheres por uma experiência de parto positiva envolve um trabalho de parto e parto fisiológicos, em que sejam consideradas as suas expectativas pessoais e socioculturais, um ambiente seguro, com a presença de um acompanhante e de profissionais de saúde competentes e atenciosos. Desta forma, a mulher terá uma sensação de realização e controlo, participando na tomada de decisões, mesmo quando são necessárias intervenções médicas (WHO, 2018).

Com o objetivo de garantir uma experiência de parto positiva, a OMS (2018) desenvolveu uma diretriz com recomendações para cuidados intraparto que asseguram a qualidade dos cuidados, baseados em evidências e que privilegiem o parto fisiológico, pois nas últimas décadas ocorreu um aumento considerável de práticas que visam iniciar, precipitar, terminar, regularizar ou monitorizar o TP, com o objetivo de melhorar os cuidados obstétricos e neonatais. Contudo, verificou-se que essas intervenções tendem a impactar negativamente as experiências de parto para as mulheres (WHO, 2018). Concomitantemente, a *International Confederation of Midwives* descreve as competências necessárias durante o trabalho de parto e o nascimento, enfatizando os processos fisiológicos para assegurar um parto seguro.

As experiências adquiridas relativamente à presente competência foram discrepantes, dependendo do contexto de estágio em que a mesma ocorria. Durante o estágio desenvolvido no SUOG em contexto de Admissão, a mestranda realizou uma avaliação precisa e abrangente da grávida com objetivo de realizar uma recolha de informações pertinentes: idade da grávida, antecedentes pessoais e cirúrgicos, alergias e/ou intolerâncias, terapêutica habitual, grupo sanguíneo, resultados analíticos atualizados,

índice obstétrico, idade gestacional, integridade de membranas, perda de sangue, regularidade de contrações e percepção de movimentos fetais. Posteriormente procedeu a monitorização do bem-estar materno-fetal, através da avaliação de parâmetros vitais e registo cardiotocográfico do feto durante aproximadamente 20 minutos. Após consentimento da grávida, foi colocado cateter venoso periférico e realizada colheita de sangue para análises caso não existissem os resultados necessários com data recente. Neste contexto a mestranda questionou acerca da existência de Plano de Parto, bem como a percepção de experiências de gravidez e partos anteriores caso existissem, assim como a participação em curso de preparação para o parto e parentalidade. De acordo com as queixas algícas manifestadas pela grávida, foi realizada cervicometria antes ou após os procedimentos anteriormente descritos, com o devido consentimento.

Na Unidade F, caso a grávida se encontrasse em fase latente do TP, era encaminhada para o Internamento de Grávidas, na Unidade P o internamento era realizado na sala de partos. Em ambos foi possível desenvolver ações para promover o conforto, o bem-estar e o controlo da dor através da mobilidade, posições verticais, exercícios na bola de partos, técnica de massagem, musicoterapia e banho.

Durante a permanência no Internamento de Grávidas e segundo as recomendações da WHO (2018), foi efetuada auscultação cardíaca fetal intermitente e realizada cervicometria consoante as queixas da grávida ou alterações no CTG. Desta forma, foi proporcionado à mestranda a aquisição de competências na avaliação do colo do útero (dilatação, apagamento, consistência e posição) e na avaliação do Índice de *Bishop*.

A progressão do TP foi registada no Partograma em vigor nas instituições (Anexo F e Anexo G), utilizado pelos vários elementos da equipa, sendo assim possível visualizar a evolução e continuidade de cuidados, permitindo referenciação de situações específicas que se encontravam para além da sua área de atuação (ex. bradicardias, desacelerações, TP estacionário, líquido amniótico meconial). O partograma consiste na representação gráfica do trabalho de parto com o propósito de tornar evidente a sua progressão e possíveis complicações obstétricas, sendo uma ferramenta recomendada pela OMS (Lima et al., 2021; Vasconcelos et al., 2013). É um instrumento de comunicação entre os vários elementos da equipa multidisciplinar, garantindo decisões informadas e coordenadas de forma a reduzir intervenções desnecessárias e funciona como registo clínico e legal, sendo

desta forma garantida a segurança e a qualidade dos cuidados (Rodrigues & Ferreira, 2023).

Durante o contacto inicial, independentemente do contexto, foi realizada a apresentação enquanto estudante de mestrado, recebendo feedback positivo por parte da parturiente e respetivo acompanhante para a prestação de cuidados. Segundo Trindade et al. (2020) a comunicação constitui um instrumento de interação interpessoal dos seres humanos e o EEESMO deve otimizá-la com as parturientes permitindo assim a transmissão de informação assertiva e a partilha de sentimentos e emoções por parte da parturiente.

Na admissão da parturiente na sala de partos, privilegiou-se a apresentação do espaço e a promoção de um ambiente seguro e confortável, existindo possibilidade de alterar a intensidade da luz, promover aromaterapia ou musicoterapia, consoante a preferência. Neste momento foi também questionado e discutido o plano de partos, quando existente. Quando o mesmo não era elaborado, era desenvolvido um diálogo de forma a compreender as preferências e desejos da parturiente e casal com o objetivo de corresponder aos mesmos, dentro das possibilidades e recursos do serviço.

Durante o trabalho de parto a mulher confronta-se com desafios físicos e emocionais significativos e o EEESMO desempenha um papel fundamental no provimento de apoio físico e emocional. A avaliação da dor e a disponibilização de métodos para o alívio da mesma são competências fundamentais para proporcionar conforto.

A dor intensa durante o trabalho de parto pode ter efeitos negativos para a parturiente, prejudicando a progressão do trabalho de parto e o bem-estar fetal. Enfrentar essa dor pode causar sentimentos de medo e ansiedade, que por sua vez aumentam ainda mais a sua perceção (Nené et al., 2016). As estratégias de alívio da dor são essenciais nos cuidados durante o parto, sendo recomendadas a analgesia epidural, a analgesia opióide e técnicas não farmacológicas, conforme a preferência da mulher (WHO, 2018). Desta forma, a mestranda colaborou com o médico anestesiológista na colocação de cateteres epidurais, administrou a terapêutica opióide prescrita e foram aconselhadas técnicas não farmacológicas para alívio da dor como técnicas de respiração e técnicas de massagem.

As duas instituições onde decorreu o ENP utilizavam a técnica epidural contínua, o que comprometia a deambulação da parturiente devido a bloqueio motor dos membros inferiores. Apenas em situações excepcionais, a pedido das parturientes, foi utilizada a técnica *walking epidural*. A OMS (2018) preconiza a opção materna como fator preponderante para a posição adotada para o parto, salientando os benefícios de posições verticalizadas e a promoção da liberdade de movimentos, visando a importância da técnica “*walking epidural*”, se assim for possível.

Relativamente à rotura artificial da bolsa amniótica, foram seguidas as recomendações da OMS e realizada amniotomia apenas quando verificada necessidade e nunca de forma rotineira perante evolução normal do TP, nomeadamente necessidade de avaliar as características do líquido amniótico, em caso de necessidade monitorização interna ou para promoção da evolução do TP (WHO, 2015; Bricker & Luckas, 2000).

Durante a monitorização e avaliação do TP, foi efetuada avaliação da estrutura pélvica em relação ao feto, o que possibilitou observar a variedade fetal e entender as queixas da parturiente, bem como as causas de partos distócicos, como o uso de ventosas, fórceps ou cesarianas.

A técnica de assistência durante o parto foi adquirida e aprimorada, incluindo o incentivo a adoção de diferentes posições para o período expulsivo, consoante preferência da parturiente, assim como o incentivo a realizar esforços expulsivos seguindo o seu próprio impulso.

No que diz respeito a situações de emergência obstétrica, a mestranda teve a oportunidade de lidar com casos de distocia de ombros, hemorragia pós-parto, circulares cervicais apertadas e placenta retida, atuando segundo as diretrizes mais recentes da OMS (WHO, 2014) e os protocolos estabelecidos pelo serviço, com colaboração da restante equipa multidisciplinar.

Relativamente à técnica de episiotomia, é recomendado que o seu uso seja limitado, favorecendo assim uma experiência de parto positiva (WHO, 2018). Para realização da mesma, a mestranda teve sempre o apoio de supervisores clínicos assim como o consentimento da parturiente após explicação acerca da redução de riscos de trauma perineal grave como lacerações de terceiro e quarto graus.

Foi dada prioridade à prática do corte do cordão umbilical, de forma tardia, na maioria das situações, assim como o incentivo ao acompanhante de o realizar com o objetivo de proporcionar uma experiência mais inclusiva e personalizada. Concomitantemente foi possível a realização de colheita de sangue do cordão umbilical para determinar o tipo sanguíneo do recém-nascido sempre que a parturiente apresentava fator *Rhesus* (Rh) negativo e na presença de kit de células estaminais de acordo com as recomendações de cada laboratório. O fator Rh trata-se de uma proteína localizada nas hemácias, presente na maioria das pessoas, sendo considerada como Rh positivo (+) e na sua ausência como Rh negativo (-) (Ferreira et al., 2023). Na gravidez, se a mãe tem fator Rh - e o feto tem fator Rh +, pode ocorrer uma sensibilização do fator na mãe, com a formação de anticorpos anti-Rh, que atravessam a placenta e a corrente sanguínea do feto aderindo às membranas dos glóbulos vermelhos, causando a sua hemólise e consequentemente, a Doença Hemolítica do Recém-Nascido (Diaz et al., 2021). Para a sua prevenção é de extrema importância a determinação do grupo sanguíneo no período pré-natal ou inicial da gravidez de forma a programar atempadamente a administração de Imunoglobulina Anti-D às 28 semanas de gestação, em situações de ameaça de aborto, após o mesmo ou após métodos de diagnóstico invasivos (Ferreira et al., 2023; Nené et al., 2016).

No terceiro estadio do TP foram identificados os sinais de dequitação, foi realizada a técnica e compreendidos os mecanismos da mesma. Foram examinadas criteriosamente todas as placentas e respetivas membranas com o objetivo de verificar a sua integridade, o local de inserção do cordão umbilical e a presença de duas artérias e uma veia no mesmo.

Os cuidados perineais exigiam observação atenta e avaliação do canal vaginal, tendo sido a técnica de reparação do canal de parto e períneo aprimorada e efetuada perante cuidados de assepsia, sob analgesia epidural ou sob anestesia local. Após a realização da mesma foi aplicada crioterapia de forma a reduzir o edema e realizadas atividades de EpS à mulher acerca dos cuidados a ter, nomeadamente prevenção de infeção, controlo da dor e sinais de alerta.

Foi sempre promovido um ambiente propício ao estabelecimento relacional da díade/tríade e à correta adaptação do RN ao ambiente extrauterino, promovendo o

contacto pele a pele imediatamente após o nascimento e promovendo o estabelecimento da amamentação no período de *Greenberg*, se desejo do casal.

Durante o percurso mencionado, a mestranda teve a oportunidade de assistir 43 partos eutócicos, dos quais 6 aplicou a técnica de episiotomia e episiorrafia (com o prévio consentimento da parturiente) e procedeu a 28 perineorrafias. Participou ativamente em 1 parto pélvico e 1 parto gemelar e colaborou em 19 partos realizados por outros profissionais de saúde. Procedeu também à vigilância de 33 mulheres em trabalho de parto com gravidez considerada de risco (Apêndice I).

Ao aplicar a Teoria das Relações Interpessoais ao longo do ENP, a mestranda procurou criar um ambiente de confiança e apoio, facilitador da adaptação da mulher/casal ao processo do parto. Ao proporcionar um cuidado individualizado e seguro, a mestranda não só promoveu a saúde da parturiente e do recém-nascido, como também ajudou a gerir a ansiedade e as emoções, garantindo uma experiência de parto mais positiva e humanizada, de encontro com os princípios descritos por Peplau (1990).

Competência 4: “Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal.”

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

Atividades/ Reflexão: O Puerpério é o período que se inicia imediatamente após o momento da dequitação e que se prolonga até 6 semanas ou 42 dias após o parto, e é considerado o período de recuperação psicológica e física da mulher, onde se inicia o retorno dos órgãos reprodutores ao seu estado normal (DGS, 2015). É dividido em três fases distintas: Puerpério Imediato - correspondente às duas primeiras após o parto; Puerpério Precoce - até ao 10º dia pós-parto; Puerpério Tardio - que se estende até ao 42º dia após o parto (Coad et al., 2019).

O puerpério encontra-se intrinsecamente ligado à gravidez, sendo visto como uma extensão da mesma, e muitas vezes descrito como “quarto trimestre”. Durante este período, a mãe e o RN encontram-se interligados sendo muitas vezes difícil distingui-los,

ocorrendo uma adaptação conjunta e um desenvolvimento de papéis tanto para a mãe como para o bebé (Martins, 2020).

De acordo com a DGS (2015) e em consonância com a OMS (2018) e a ACOG (2018), os profissionais de saúde devem ser capazes de avaliar o bem-estar físico, emocional e social da puérpera, do recém-nascido e da família, corrigindo ou tratando desvios da normalidade durante esta fase. A realização do exame físico geral da puérpera e do RN é uma etapa essencial nos cuidados de enfermagem após o parto, sendo crucial na identificação de possíveis problemas de saúde e no acompanhamento do processo de recuperação. Esta avaliação minuciosa é parte integrante da prática do EEESMO, representando uma competência indispensável para assegurar o bem-estar da mãe e do RN.

Durante o contexto de estágio no Bloco de Partos, a mestranda teve a possibilidade de realizar a vigilância e monitorização específicas do EEESMO como a avaliação do Globo de Segurança de *Pinard*, monitorização dos lóquios e a avaliação da perineorrafia (MCEESMO, 2015), para além de realização da avaliação da tensão arterial, frequência cardíaca, a ocorrência de micção espontânea após o parto, a vigilância da relação da díade/tríade, da amamentação durante o período de *Greenberg*, a avaliação da integridade da pele e das mamas bem como a adaptação do RN ao ambiente extrauterino. Torna-se importante salientar que a avaliação física anteriormente descrita foi sempre conduzida com sensibilidade e empatia, reconhecendo o potencial desconforto ou ansiedade da puérpera nesse momento de vulnerabilidade emocional.

Relativamente ao RN, foi realizada uma avaliação criteriosa que incluiu a observação da coloração da pele, a avaliação dos reflexos e a inspeção de características físicas. Esta avaliação compreendeu uma oportunidade para identificar possíveis desvios de saúde que pudessem necessitar de intervenções imediatas ou encaminhamento para profissionais de saúde especializados. Os cuidados prestados ao RN foram sempre com o intuito de capacitar a puérpera/casal, nomeadamente nas atividades de EpS relativas ao banho, muda da fralda, cuidados ao coto umbilical, cuidados à pele alertando para alterações normais e sinais e sintomas de alarme.

No decorrer do estágio no serviço de Internamento de Puerpério, foi possível realizar atividades para adquirir a presente competência, como a realização do exame físico e

psicológico da puérpera, onde foi possível avaliar a pele e mucosas, modificações anatómicas e fisiológicas como alterações das mamas e o processo de amamentação, involução uterina, características dos lóquios, traumas perineais, inspeção do canal de parto, vigilância da ferida cirúrgica, presença de hemorroidas, eliminação urinária e intestinal, alterações dos membros inferiores (edemas e perfusão periférica), avaliação de sinais vitais, monitorização da dor, fornecer informações acerca de sinais e sintomas de alarme, prestar cuidados especializados específicos a puérperas com patologia associada e avaliar a dinâmica familiar e situação social.

No momento da alta hospitalar foram realizadas atividades de EpS relativas a métodos contraceptivos, planeamento familiar, retorno à vida sexual, necessidade de controlo da dor e encaminhamento para consulta de puerpério.

Neste mesmo serviço, foram prestados cuidados em contexto de cantinho da amamentação onde foi possível desenvolver competências ao nível do apoio ao aleitamento materno, nomeadamente o planeamento de estratégias e avaliação da sua eficácia, assim como prestado suporte emocional a casais que enfrentavam momentos de maior ansiedade. Como forma de colmatar a falta de informação acerca do tema “Relactação”, a mestranda desenvolveu uma revisão da literatura acerca do tema tendo resultado posteriormente na elaboração de um póster com o título “Relactação: Estratégias e Desafios das Enfermeiras Obstétricas”, apresentado no XXV Congresso Nacional e IX Internacional da APEO (Apêndice E) e posteriormente adaptado e apresentado em forma de comunicação oral à equipa de enfermagem (Apêndice F). No contexto de estágio de Bloco de Partos foi desenvolvido e afixado no recobro um póster alusivo ao tema “Modelo dos 5S’s como forma de acalmar o choro do Recém-Nascido” (Apêndice G).

Na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, foi realizado um breve estágio de observação compreendido em três turnos. Neste, a mestranda teve a possibilidade de visualizar cuidados prestados a recém-nascidos de risco (prematturos e com patologias associadas), visualizar a aplicação de técnicas avançadas de monitorização e suporte e compreender a importância da dinâmica da equipa multidisciplinar na prestação de cuidados. A interação com profissionais experientes na área possibilitou à mestranda a oportunidade de aprender acerca da abordagem holística ao cuidado, que inclui não

apenas os aspetos físicos, mas também emocionais e sociais da saúde na área da Neonatologia. Tornou-se assim numa experiência fundamental para consolidar os conhecimentos teóricos adquiridos previamente. A mestranda teve ainda a possibilidade, ao longo das horas de contato, de desenvolver e compreender a importância da comunicação eficaz com as diversas famílias num momento bastante vulnerável e delicado das suas vidas.

Para obtenção da presente competência, a mestranda teve a oportunidade de prestar cuidados a 193 puérperas, das quais 34 foram consideradas situações de risco e foram prestados cuidados a 141 recém-nascidos saudáveis e 42 recém-nascidos com risco associado (Apêndice I).

Com base na aplicação da Teoria das Relações Interpessoais, a mestranda, ao acompanhar a puérpera/casal, atuou como facilitadora do processo de transição para a parentalidade através da comunicação e do suporte emocional. Promoveu a autonomia da mulher, incentivando-a a envolver-se ativamente nos cuidados ao recém-nascido e na gestão da sua própria saúde. Este acompanhamento contínuo, centrado nas necessidades individuais, tornou-se essencial para uma adaptação saudável ao período de puerpério.

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

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

Atividades/ Reflexão: O climatério consiste na transição natural entre o período reprodutivo e não reprodutivo da vida da mulher (Brandli et al., 2024). Caracteriza-se pela diminuição da função ovárica, com conseqüente hipoestrogenismo, em que ocorre alteração do padrão menstrual e ocorrência de sinais e sintomas associados como: irregularidades menstruais, afrontamentos, sudorese noturna, alterações de humor, alterações do padrão normal do sono, diminuição da lubrificação vaginal e aumento de peso (Gonçalves et al., 2024). A menopausa é o termo utilizado quando a mulher atinge 12 meses de amenorreia e significa o fim da sua capacidade reprodutiva (Brandli et al., 2024).

Durante o período do climatério, a mulher apresenta sinais e sintomas que podem variar e para isso compreende-se a necessidade de uma abordagem clínica multidisciplinar holística capaz de considerar todas as particularidades e alterações inerentes que aborde esta fase como natural e não patológica (Cavalcanti et al., 2024).

No decorrer do ENP em contexto de SUOG-Admissão, foram vários os momentos de contacto com mulheres que se encontravam nesta fase de vida e foi possível perceber que a grande maioria não tem informação acerca da diferença entre o período de climatério e a menopausa. Neste sentido, foi importante capacitar as mulheres para a sua saúde sexual e reprodutiva, clarificando a fase da vida em que se encontravam e as possíveis alterações que poderiam ocorrer. Foi também possível colaborar com a equipa médica na avaliação dos sintomas, na recolha de informações, na realização de exames complementares de diagnóstico, na educação para a saúde personalizada de acordo com as necessidades individuais e prestar apoio no encaminhamento e referência para o serviço de ginecologia quando necessário.

Durante o contexto de estágio, a mestranda teve contacto com 68 mulheres com afeções ginecológicas, como descrito no Apêndice I.

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

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

Atividades/ Reflexão: A doença ginecológica afeta órgãos significativos relacionados com a feminilidade e fertilidade da mulher (Chow et al., 2023).

Ao longo do ENP realizado no SUOG- Admissão, foi possível ter contacto com mulheres com diversas patologias ginecológicas: mioma uterino, prolapso de órgãos pélvicos, metrorragias, infeções vaginais, patologias do foro oncológico, vaginite, mastite, infeção da Glândula de *Bartholin*, endometriose, adenomiose, doença inflamatória pélvica, infeções sexualmente transmissíveis, gravidez ectópica, abortos com idade gestacional inferior a 18 semanas, entre outras.

Neste contexto, a mestranda cooperou com a equipa médica na realização de exames vaginais, ecografia e colheita de espécimes para análise. Foram prestados cuidados

destinados à avaliação, estabilização e conforto das utentes como a avaliação de parâmetros vitais, transfusão sanguínea, administração de soroterapia, administração de terapêutica endovenosa conforme prescrição médica e transferência de utentes para o Internamento de Ginecologia.

Durante o período de estágio, a mestranda teve contacto com uma utente na qual tinha sido feito o diagnóstico de gravidez ectópica, tendo tido posteriormente a possibilidade de assistir à respetiva cirurgia e realização do acompanhamento pós-cirúrgico. Neste contexto foi realizado um estudo de caso acerca do tema (Apêndice B), de forma a adquirir e aprofundar conhecimentos, tendo sido realizada uma ampla pesquisa acerca da temática, que se revelou numa mais-valia para o processo de aprendizagem.

Segundo a Teoria das Relações Interpessoais, no contexto da presente competência, o enfermeiro deve atuar como um parceiro de apoio, promovendo um espaço seguro onde a utente possa expressar suas preocupações e emoções relacionadas à sua saúde (Peplau, 1990). Ao longo do ENP, a mestranda, através de uma comunicação empática e do estabelecimento de um vínculo de confiança, procurou facilitar a compreensão da condição ginecológica das utentes, assim como capacitá-las a participar ativamente nas decisões acerca do cuidado.

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

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

Atividades/ Reflexão: Os cuidados especializados prestados pelo EEESMO às mulheres em idade fértil devem alinhar-se com a missão de promover a saúde e facilitar transições saudáveis, abrangendo a saúde ginecológica, sexual e reprodutiva (OE, 2021).

As atividades de EpS são um processo educativo que visam promover a autonomia da população-alvo, capacitando os indivíduos para, em conjunto com os profissionais de saúde, adquirir conhecimento adequado e confiável (Costa et al., 2020).

O planeamento familiar tem como objetivo proporcionar meios educacionais para que homens e mulheres em idade fértil possam desempenhar os seus direitos em relação

à conceção e contraceção, além de disponibilizar meios, métodos e técnicas de regulação da fertilidade (DGS, 2008).

Ao longo do ENP, em contexto de Consulta Externa, de Internamento Puerpério e SUOG – Admissão, a mestranda procurou promover gravidezes planeadas e vivências positivas da sexualidade, aconselhando as mulheres sobre métodos contraceptivos, recursos disponíveis na comunidade e estilos de vida saudáveis. Dado que os cuidados de enfermagem foram prestados a mulheres e famílias de diversas nacionalidades, foi necessário ajustar a prática clínica e a informação transmitida de acordo com as necessidades, crenças e valores de cada indivíduo.

A disponibilidade e receptividade dos supervisores clínicos ao longo do ENP foi um fator bastante importante e de merecido realce para o desenvolvimento da mestranda. Todos os contextos clínicos iniciaram com a elaboração e descrição dos objetivos delineados, os quais os supervisores foram receptivos e apoiaram o seu alcance. A metodologia aplicada ao longo dos vários contextos clínicos, revelou-se de extremamente benéfica para uma aprendizagem transformadora baseada na experiência e reflexão, promovendo segurança e autonomia para que a mestranda pudesse assumir plenamente os cuidados de um EEESMO e fundamental para a aquisição das competências descritas.

A Teoria das Relações Interpessoais aplica-se de forma significativa no cuidado a mulheres em idade fértil, ao enfatizar a construção de relações terapêuticas baseadas na empatia e no respeito pelas particularidades culturais. Neste contexto, a mestranda procurou atuar como mediadora e promotora da saúde, desenvolvendo cuidados de qualidade enquadrados nas necessidades e valores da comunidade. Ao estabelecer um diálogo aberto e colaborativo com as utentes, foi possível identificar necessidades específicas e implementar intervenções favorecedoras da saúde e do bem-estar da população feminina em idade fértil.

CONCLUSÃO

Para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, tornou-se necessário o desenvolvimento de competências específicas na área. O presente relatório reflete um percurso formativo de dois anos, sendo o primeiro ano dedicado à fase teórica e o segundo ano à componente prática, através do ENP. Este processo contínuo de aprendizagem permitiu a transferência da teoria para a prática, complementando e consolidando os conhecimentos adquiridos.

A elaboração do presente trabalho revelou-se um meio de reflexão sobre a prestação de cuidados de enfermagem especializados, sendo o seu conteúdo resultado da investigação e da análise crítica e reflexiva de todo o desempenho desenvolvido. Não só demonstra o crescimento profissional alcançado, mas também demonstra a importância da prática baseada em evidências e da atualização constante para a excelência nos cuidados prestados.

A escolha da temática “Ansiedade da mulher/casal no Trabalho de Parto: Intervenção das Enfermeiras Obstétricas” revelou-se bastante pertinente, dado o impacto que a ansiedade pode ter na experiência do parto, na saúde materno-fetal e no desenvolvimento do trabalho de parto. Permitiu ainda entender que existe um longo caminho a percorrer na prestação de cuidados à mulher/casal que apresentam esta emoção. A aplicação da Teoria das Relações Interpessoais foi crucial para guiar a prática clínica, salientando a importância das relações interpessoais no processo de cuidar em enfermagem e demonstrou-se a base necessária para implementar estratégias de comunicação e apoio emocional ao longo deste percurso.

Foram prestados cuidados baseados em técnicas de escuta ativa e empatia, com o intuito da criação de relações de confiança, essenciais na redução da ansiedade e na promoção de experiências positivas. A elaboração do presente estudo concomitantemente com a realização do ENP possibilitou à mestranda a observação da necessidade de um reforço contínuo na capacitação dos profissionais de saúde no sentido de melhor atenderem as carências emocionais das mulheres/casais.

Considera-se que os objetivos inicialmente propostos foram atingidos, tanto a nível académico como a nível profissional. Mantém-se o compromisso de melhoria contínua,

através da constante procura de evidência científica que possibilite a prestação de cuidados de maior qualidade na área da Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACOG. (2018). Optimizing Postpartum Care. *Obstetrics & Gynecology*, 131, 140-150. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002633>
- Almeida, J. M. D., Acosta, L. G., & Pinhal, M. G. (2015). THE KNOWLEDGE OF PUERPERAE ABOUT NON-PHARMACOLOGICAL METHODS FOR PAIN RELIEF DURING CHILDBIRTH. *REME: Revista Mineira de Enfermagem*, 19(3). <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20150054>.
- Alves, P. H. T., Rezende, L. A. de, Oliveira, A. C. S., Martineli, M. L., & Correia, S. F. (2022). Impactos da ansiedade e depressão para gravidez e para o período pós-parto. *Revista Educação em Saúde*, 10, 211–217.
- Andrade, S. R. D., Ruoff, A. B., Piccoli, T., Schmitt, M. D., Ferreira, A., & Xavier, A. C. A. (2017). O ESTUDO DE CASO COMO MÉTODO DE PESQUISA EM ENFERMAGEM: UMA REVISÃO INTEGRATIVA. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 26(4). <https://doi.org/10.1590/0104-07072017005360016>
- Ann Marriner Tomey, & Martha Raile Alligood. (2002). *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)* (5.^a ed.).
- Anny Torres Vilela, Ducileide da Silva Tenório, Raquel Maria dos Santos Silva, Júlio César Bernardino da Silva, & Nayale Lucinda Andrade Albuquerque. (2019). Percepção dos Enfermeiros Obstetras Diante do Parto Humanizado. *Rev enferm UFPE on line*, 13. <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.241480>
- APEO. (2009). Iniciativa Parto Normal- Documento de Consenso. *Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras*.
- APF. (2024). *Métodos Contracetivos*. <https://apf.pt/informacao-tematica/metodos-contracetivos/>
- APSI. (2018). *Associação para a Promoção da Segurança Infantil*. <https://www.apsi.org.pt/pt/apsi/quem-somos/quem-somos-home>
- Aveiro, C. & Tatiana Velosa. (sem data). A Dor em Obstetrícia. *Ordem dos Enfermeiros*.
- Assembleia da República (2014). Lei n.º 15/2014 de 21 de março. Lei consolidando a legislação em matéria de direitos e deveres do utente dos serviços de saúde.

- Diário da República, 1.^a série, n.º 57, 2127-2131. Disponível em: <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2014/03/05700/0212702131.pdf>
- Bárbara Vieira & Ana Parizotto. (2013). Alterações Psicológicas Decorrentes do Período Gravídico. *Unoesc & Ciência - ACBS*, 4(1), 79–90.
- Borba, D. (2023). *Assistência à saúde em mulheres com idade materna avançada: uma revisão integrativa de literatura*. <https://repositorio.animaeducacao.com.br/items/940079a8-2a07-4df7-a09a-06c75d488f02>
- Brandli, R. H., Bagé, I. T., Escobal, A. P. de L., Tier, C. G., Fontoura, D. de P., & Prates, L. A. (2024). Climatério: Saberes e Práticas de Cuidados de Mulheres de uma zona rural. *SANARE - Revista de Políticas Públicas*, 23(01), Artigo 01. <https://doi.org/10.36925/sanare.v23i01.1777>
- Bricker, L., & Luckas, M. (2000). Amniotomy alone for induction of labour. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2000(4), CD002862. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002862>
- Camacho, E. N. P. R., Teixeira, W. L., Gusmão, A. C., Carmo, L. F. do, Cavalcante, R. L., & Silva, E. F. da. (2019). Conhecimento e aplicabilidade dos métodos não farmacológicos utilizados pelos enfermeiros obstetras para alívio da dor no trabalho de parto. *Nursing Edição Brasileira*, 22(257), Artigo 257. <https://doi.org/10.36489/nursing.2019v22i257p3192-3197>
- Cardoso, R. H. da S., Coelho, J. A. R., Vieira, S. M., Beirith, V. W., Eulálio, J. P. L. N., Kudo, K. A. da R., Cunha, L. A. F., Camilo, D. G., Fernandes, B. S. C., Martins, M. V., Carvalho, C. de C., Vieira, I. P. machado, Buarque, M. D. S., Farias, T. W. F., Castro, P. V. A., & Rezende, M. ribeiro V. (2024). Comparação da Eficácia da Analgesia Epidural e Raquidiana em Parturientes Primíparas. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, 6(2), Artigo 2. <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n2p830-847>
- Cavalcanti, V. N. S., Cardoso, F. V., Pereira, J., Tejo, A. C. D. Ó., Silva, S. R. M. da, Silva, R. G. dos S., Nunes, M., Gualberto, L. R., Fernandes, L., Silva, J. S. da, Silva, N. B. de A., Matos, G. E. A. de, & Lima, A. B. A. (2024). Climatério e Saúde da Mulher: UMA ANÁLISE CLÍNICA. *Brazilian Journal of*

- Implantology and Health Sciences*, 6(3), Artigo 3.
<https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n3p731-746>
- Clemencio, F. M. C. e S., Neves, J. B., Alves, M. G., & Freitas, P. M. (2024). *Relação entre o Escore de APGAR adequadamente. aplicado na sala de parto e o prognóstico do recém-nascido: uma revisão abrangente. REVISTA FOCO*, 17(7 Edição Especial), e5633–e5633. <https://doi.org/10.54751/revistafoco.ed.esp-001>
- Coad, J., Pedley, K., & Dunstall, M. (2019). *Anatomy and Physiology for Midwives E-Book: Anatomy and Physiology for Midwives E-Book*. Elsevier Health Sciences.
- Consenso sobre Contraceção. (2020).
https://www.spdc.pt/images/2023/Consenso_de_Contraceco_versao_adoptada_pela_DGS_2023.pdf
- Costa, A. C. A. C. da, & Francisco, A. L. (2024). Gravidez em idade tardia, avançada e muito avançada - o que dizem as pesquisas. *Revista Contemporânea*, 4(1), 4670–4681. <https://doi.org/10.56083/RCV4N1-257>
- Costa, D. A. da, Cabral, K. B., Teixeira, C. C., Mendes, J. L. de L., Rosa, R. R., & Cabral, F. D. (2020). Enfermagem e a educação. em saúde. *Revista científica da Escola Estadual de Saúde Pública de Goiás «CÂNDIDO SANTIAGO»*, 6(3), Artigo 3. <https://doi.org/10.22491/2447-3405.2020.V6N3.6000012>
- Costa, R., Pacheco, A., & Figueiredo, B. (2012). Emotional anticipation and experience of childbirth. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 13(1). <https://doi.org/10.15309/12psd130102>
- Coutinho, E. C. (2016). A experiência de ser cuidada na sala de partos. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health*, 30, Artigo 30.
- Cunha, A. C., Eroles, N. M. D. S., & Resende, L. D. M. (2020). “Tornar-se mãe”: Alto nível de estresse na gravidez e maternidade após o nascimento. *Interação em Psicologia*, 24(3). <https://doi.org/10.5380/riep.v24i3.62768>
- Daniela Silva, Manuela Ferreira, & João Duarte. (2015). Empowerment, maternidade e o medo do parto. *Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras*, 16, 4.

- Darla Ferreira, Expedita Araújo, Valéria Oliveira, Rebeca Teixeira, Francisca Sousa, Danieli Soares, Carolina Arcanjo, Adalyne Lopes, Cintia Teixeira, & Ingrid Balreira. (2023). Atuação da equipe multiprofissional à gestante com fator RH negativo. *A Saúde da Mulher e Obstetrícia: do Ensino a Assistência IV Edição*, 53–58.
- Deijane Pinto, Isadora Coelho, Cynara Lima, Cristiane Galvão, Milene Carvalho, António Lima, Joanna Rosa, & Ana Costa. (2022). Cuidados de enfermagem na hemorragia pós-parto. *Brazilian Journal of Development*, 8(5), 40919–40934. <https://doi.org/10.34117/bjdv8n5-530>
- Demirel, G., Kaya, N., & Evcili, F. (2022). The relationship between women's perception of support and control during childbirth on fear of birth and mother's satisfaction. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 42(1), 83–90. <https://doi.org/10.1080/01443615.2021.1882970>
- DGS. (2008). *Saúde Reprodutiva: Planeamento Familiar*. https://www.spdc.pt/files/publicacoes/11230_2.pdf
- DGS. (2015). *Programa Nacional para Vigilância da Gravidez de Baixo Risco*. Direção-Geral da Saúde. <https://platform.who.int/docs/default-source/mca-documents/policy-documents/plan-strategy/prt-mn-74-07-plan-strategy-2015-prt-2015-programa-nacional-vigilancia-gbr.pdf>
- DGS. (2023). *Regulamento nº 002/2023- Cuidados de saúde durante o trabalho de parto*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/29481/orienta%C3%A7%C3%A3o-dgs.pdf>
- Donate-Manzanares, M., Rodríguez-Cano, T., Rodríguez-Almagro, J., Hernández-Martínez, A., Santos-Hernández, G., & Beato-Fernández, L. (2021). Mixed-method study of women's assessment and experience of childbirth care. *Journal of Advanced Nursing*, 77(10), 4195–4210. <https://doi.org/10.1111/jan.14984>
- Dutra, I. N., & Bértolo, M. H. (2023). A Internet como fonte de informação e literacia em saúde na gravidez: Uma revisão scoping. *Pensar Enfermagem*, 27(1), Artigo 1. <https://doi.org/10.56732/pensarenf.v27i1.257>
- Emily Lima, Gilma Conceição, & Poliana Nascimento. (2021). Uso de partograma como uma tecnologia facilitadora na Enfermagem Obstétrica. 9(9), 59–65.

- Euzebio Klein, B., & Geremias Gouveia, H. (2022). Utilização de métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto. *Cogitare Enfermagem*, 27, 1–13. <https://doi.org/10.5380/ce.v27i0.80300>
- Fabio Galli, K. J. N. (2022). GIBBS' CYCLE REVIEW - EMOTIONS AS A PART OF THE CYCLE. *Revista de Educación, Motricidad e Investigación*, 19. <https://doi.org/10.33776/remo.vi19.7224>
- Ferreira, G. E., Fernandes, I. T. G. P., Flores, P. C. B., Conceição, K. M. da, Caetano, S. A., Souza, L. N. de, Santos, P. O. F. dos, Dario, J. E. do N., Silva, C. D. F. da, Nascimento, A. L. do, Ferreira, M. Z. J., & Silva, N. B. (2021). A atenção do enfermeiro na assistência ao pré-natal de baixo risco/Nurse's attention in assisting low risk prenatal. *Brazilian Journal of Health Review*, 4(1), 2114–2127. <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n1-172>
- Fortes, R. de O. T., Nascimento, M. E. B. do, Laurindo, A. C. de A., Santos, B. L. da S., Alves, M. L. F., Duarte, P. D., Lafetá, M. S. F., Neto, A. dos S., Aguiar, P. S., Silva, E. S. R., Ignácio, S. C., & Pena, D. M. (2024). O CUIDADO DA SAÚDE DA MULHER NA GESTAÇÃO, PARTO E PUEPÉRIO. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, 6(3), Artigo 3. <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n3p437-446>
- Frias, A. (2014). *Concepção Pedagógica dos Cursos de Preparação Psicoprofilática para o Nascimento*. https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/13473/1/Artigo_Concep%C3%A7%C3%A3o%20Pedag%C3%B3gica%20na%20PPN.pdf
- Galhanas, A., & Frias, A. (2024). Desenvolvimento da Gravidez: Padrão de Crescimento Uterino. Em *Manual da Gravidez: Diagnóstico, Desenvolvimento e Cuidados Essenciais* (1.^a ed., pp. 43–53). Editora Científica Digital. <https://doi.org/10.37885/240416293>
- Gama, A. de S., Giffin, K. M., Angulo-Tuesta, A., Barbosa, G. P., & d'Orsi, E. (2009). Representações e experiências das mulheres sobre a assistência ao parto vaginal e cesárea em maternidades pública e privada. *Cadernos de Saúde Pública*, 25, 2480–2488. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009001100017>

- García-Valdivieso, I., Yáñez-Araque, B., Moncunill-Martínez, E., Bocos-Reglero, M. J., & Gómez-Cantarino, S. (2023). Effect of Non-Pharmacological Methods in the Reduction of Neonatal Pain: Systematic Review and Meta-Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(4), 3226. <https://doi.org/10.3390/ijerph20043226>
- Gomes, C. S., & Pimentel, D. (2023). *Os municípios portugueses e a crise demográfica: Respostas locais de apoio à natalidade*. Galoá. <https://proceedings.science/cippcdam-2023/trabalhos/os-municipios-portugueses-e-a-crise-demografica-respostas-locais-de-apoio-a-nata?lang=em>
- Gomes, J. C. O., & Domingueti, C. P. (2021). Fatores de risco da gravidez tardia. *Brazilian Journal of Health and Pharmacy*, 3(4), Artigo 4.
- Gonçalves, T. L. B. C., Rodrigues, E. S. R. C., Paulo, A. P. A. P. D. da S., & Souza, H. M. G. A. de. (2024). *As consequências do climatério na saúde das mulheres: Uma revisão integrativa: The consequences of the climaterium on women's health: An integrative review | Revista Coopex*. <https://coopex.unifip.edu.br/index.php/coopex/article/view/631>
- Hildegard Peplau. (1990). *Relaciones interpersonales en enfermería: Un marco de referencia conceptual para la enfermería psicodinámica* (Ediciones Científicas y Técnicas).
- Hong, K., Hwang, H., Han, H., Chae, J., Choi, J., Jeong, Y., Lee, J., & Lee, K. J. (2021). Perspectives on antenatal education associated with pregnancy outcomes: Systematic review and meta-analysis. *Women and Birth*, 34(3), 219–230. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.04.002>
- Jéssica Ferreira, Beatriz Farah, Herica Dutra, Maria Bahia, Nádia Sanhudo, & Meirieli Franco. (2021). Atuação do Enfermeiro na Gestão de Recursos Materiais na Atenção Primária à Saúde. *Revista Enfermagem Atual in Derme*, 95(35). <https://doi.org/10.31011/reaid-2021-v.95-n.35-art.1213>
- Jhonata William Mergis Carnelós, Caroline de Oliveira Lima, & Janie Maria de Almeida. (2021). A experiência do parto de um grupo de mulheres de uma unidade de saúde da família de Sorocaba/SP. *Brazilian Journal of Health Review*, 4(2), 2098–2114. <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n2-086>

- Joana Martins. (2020). *O quarto trimestre—Os três primeiros meses de vida do seu bebé*. EgoEditora.
- K. M. Chow, W.H.C Chan Yip, J. Porter-Steele, K.Y. Siu, & K.C. Choi. (2023, setembro 11). *Nurse-led sexual rehabilitation to rebuild sexuality and intimacy after treatment for gynaecological cancer: A randomised controlled trial (abridged secondary publication)*. HKMJ. <https://www.hkmj.org/abstracts/v29%20Suppl%20n4/26.htm>
- Kazemi, A., Beigi, M., & Najafabadi, H. E. (2023). Environmental factors influencing women's childbirth experiences in labor–delivery–recovery–postpartum unit: A qualitative cross-sectional study. *BMC Pregnancy & Childbirth*, 23(1), 1–9.
- Klein, V. C., Gasparido, C. M., & Linhares, M. B. M. (2011). Dor, autorregulação e temperamento em recém-nascidos pré-termo de alto risco. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 24(3), 504–512. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722011000300011>
- Koster, D., Romijn, C., Sakko, E., Stam, C., Steenhuis, N., Vries, D., Willigen, I., & Fontein-Kuipers, Y. (2020). Traumatic childbirth experiences: Practice-based implications for maternity care professionals from the woman's perspective. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 34(3), 792–799. <https://doi.org/10.1111/scs.12786>
- Larissa Wábia Santana de Almeida, Carmen Isaura Salles do Nascimento, Letícia Andrade Santos, Luana Rocha de Souza, Manuela Naiane Lima Barreto, Yuri Nunes de Oliveira, & Débora Cristina Fontes Leite. (2021). Boas práticas na sala de parto e ansiedade em puérperas: O que pode influenciar? *Research, Society and Development*, 10(11), 7. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i11.19778>
- Lucas Mattos, Ludmilla Silva, Andressa Melo, Yonara Mussarelli, & Giovanna Jorgetto. (2023). Avaliação do grau de ansiedade de parturientes e fatores relacionados. *Revista Faculdade do Saber*, 8(17), 1752–1765.
- Machado, A. P., Castro, T., Tavares, S., Afonso, M., & Santo, S. (2022). NORMAS DE ORIENTAÇÃO CLÍNICA SPOMMF. *Sociedade Portuguesa de Obstetricia e Medicina Materno-Fetal*. https://www.spommf.pt/wp-content/uploads/2017/03/Norma_Matura%C3%A7%C3%A3o-Cervical.pdf

- Mamede, L., Marano, D., Dias, M. A. B., & Souza Junior, P. R. B. de. (2024). Prevalência e fatores associados à percepção da laceração perineal: Estudo transversal com dados do Inquérito Nascer no Brasil, 2011 e 2012. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 33, e2023621. <https://doi.org/10.1590/s2237-96222024v33e2023621.en>
- Manuela Nené, Rosália Marques, & Margarida Batista. (2016). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Lidel.
- Mascarenhas, V. H. A., Lima, T. R., Silva, F. M. D. E., Negreiros, F. D. S., Santos, J. D. M., Moura, M. Á. P., Gouveia, M. T. D. O., & Jorge, H. M. F. (2019). Evidências científicas sobre métodos não farmacológicos para alívio a dor do parto. *Acta Paulista de Enfermagem*, 32(3), 350–357. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201900048>
- Mastrapa, Y. E. (2016). Relación enfermera-paciente una perspectiva desde las teorías de las relaciones interpersonales. *Revista Cubana de Enfermería*. <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v32n4/enf19416.pdf>
- Melo, C. R. M. e, & Peraçoli, J. C. (2007). Measuring the energy spent by parturient women in fasting and in ingesting caloric replacement (HONEY). *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15, 612–617. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692007000400014>
- Ministério da Saúde (1998). Decreto-Lei n.º 104/1998 de 21 de abril. Cria a Ordem dos Enfermeiros, aprova o estatuto da Ordem dos Enfermeiros, integra o código deontológico e procede á revisão do Regulamento do Exercício Profissional. Diário da República, 1.ª série, n.º 93, 1739-1757. Disponível em: <https://files.diariodarepublica.pt/1s/1998/04/093a00/17391757.pdf>
- Moraes, L. M. P., Lopes, M. V. D. O., & Braga, V. A. B. (2006). Componentes funcionais da teoria de Peplau e sua confluência com o referencial de grupo. *Acta Paulista de Enfermagem*, 19(2), 228–233. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002006000200016>
- Nascimento, J. W. A. do, Vasconcelos, M. R. B. de, Oliveira, J. da S. de, Santana, J. L. de, Silva, J. M. da, Santos, J. G. F. L. dos, Neto, G. W. da S., & Miranda, I. H. M. R. de. (2022). Técnicas não farmacológicas para redução de ansiedade entre parturientes submetidas ao parto normal: Uma revisão sistemática. *Research*,

- Society and Development*, 11(5), Artigo 5. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i5.27921>
- Nascimento, N. D. C., Borges, A. L. V., & Fujimori, E. (2019). Preconception health behaviors among women with planned pregnancies. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(suppl 3), 17–24. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0620>
- Neves, L. K. O., Francisco, N. G., Rogick, G. B., Varetto, T. E. D., Mello, L. F. L. de, Horta, L. F., Gandarela, A. A. C., Sousa, A. L. de, Roizenblit, H. N., Comandulli, I. V. S., Barcos, P. F. B., Bomfim, Á. A. C., Lima, S. dos S. T. de, & Almeida, T. E. G. de. (2024). Uma análise sobre o parto humanizado e as suas intervenções. *Revista Contemporânea*, 4(7), e5185–e5185. <https://doi.org/10.56083/RCV4N7-168>
- NIDCAP Federation International. (2020). *World NIDCAP Day*. https://nidcap.org/wp-content/uploads/2020/02/WND_FactSheet-Portuguese-General.pdf
- Nilsson, C., & Lundgren, I. (2009). Women's lived experience of fear of childbirth. *Midwifery*, 25(2), e1–e9. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2007.01.017>
- Nogueira, W. C., Oliveira, K. A. de, Silva, B. M. da, Sousa, R. A. P., & Arruda, E. F. de. (2024). *Fatores relacionados à gravidez não planejada: Revisão integrativa: Fatores relacionados à gravidez não planejada: revisão integrativa | Revista Coopex*. <https://coopex.unifip.edu.br/index.php/coopex/article/view/770>
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). *MULTICULTURALIDADE Perspectivas da Enfermagem: Contributos para Melhor Cuidar*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/projectos/Documents/LPM/LPM_1_Multiculturalidade.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Projeto Maternidade com Qualidade*. Ordem Dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-paginas-antigas/projeto-maternidade-com-qualidade/>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE): Lei n.º 161/96, de 4 de setembro*. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf

- Ordem dos Enfermeiros. (2019a). Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2.ª série, n.º 26, 4744-4750. Disponível em: <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2019b). Regulamento n.º 391/2019 de 3 de maio. Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica. Diário da República, 2.ª série, n.º 85, 13560-13565. Disponível em: <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2019/05/085000000/1356013565.pdf>
- Oliveira, C. R. (2023). *Indicadores de Integração de Imigrantes*. Relatório Estatístico Anual. Disponível em: <https://migrant-integration.ec.europa.eu/system/files/202312/Relatorio%20Estatistico%20Anual%20%20Indicadores%20de%20Integracao%20de%20Imigrantes%202023.pdf>
- ONU. (2022, março 31). *A crise invisível: A gravidez não intencional*. Nações Unidas - ONU Portugal. <https://unric.org/pt/a-crise-invisivel-a-gravidez-nao-intencional/>
- Pacheco, A., Costa, A., Lanhoso, A., Santos, A., Rodrigues, C., Rebelo, C., Capela, E., Águas, F., Galdes, F., Solheiro, H., Martins, I., Silva, I., Neves, J., Marques, J., Palma, F., Sousa, F., Gomes, G., Almeida, M., Carvalho, M., Mendes, N., Martins, N., Caramelo, O., Bombas, T., Ferraz, T. (2020). CONSENSO SOBRE CONTRACEÇÃO 2020. Disponível em: https://www.spdc.pt/images/CONSENSOS_FINAL.pdf
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2022). A declaração PRISMA 2020: Diretriz atualizada para relatar revisões sistemáticas. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 46, e112. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.112>
- Paz, M. M. S. D., Diniz, R. D. M. C., Almeida, M. D. O., Cabral, N. O., Assis, T. J. C. F. D., Sena, M. F. D., Pontes, V. A. D., Borges, N. M. D. S., & Mendes, C. K. T. T. (2022). Analysis of the anxiety level in high risk pregnancy based on the Beck

- Anxiety Inventory. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 22(4), 1015–1023. <https://doi.org/10.1590/1806-9304202200040016>
- Pimenta, F. L. B., Manola, C. C. V., Melo, E. B. M. de, Oliveira, A. dos S., Machado, P. S., & Bedin, L. P. (2021). Letramento em saúde no pré-natal relacionado aos métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto. *Global Clinical Research Journal*, 1(1), Artigo 1. <https://doi.org/10.5935/2763-8847.20210003>
- 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)
- PORDATA. (2023). *Nados-vivos de mães residentes em Portugal: total e por nacionalidade da mãe*. <https://www.pordata.pt/portugal/nados+vivos+de+maes+residentes+em+portal+total+e+por+nacionalidade+da+mae-2512>
- Presidência do Conselho de Ministros (2023). Decreto-Lei n.º 102/2023 de 7 de novembro. Procede à criação, com natureza de entidades públicas empresariais, de unidades locais de saúde. Diário da República, 1.ª série, n.º 215, 04-20. Disponível em: <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2023/11/21500/0000400020.pdf>
- Ratiu, D., Sauter, F., Gilman, E., Ludwig, S., Ratiu, J., Mallmann-Gottschalk, N., Mallmann, P., Gruttner, B., & Baek, S. (2023). Impact of Advanced Maternal Age on Maternal and Neonatal Outcomes. *In Vivo*, 37(4), 1694–1702. <https://doi.org/10.21873/invivo.13256>
- Rodrigues, E. S., & Ferreira, E. da S. (2023). O uso do partograma como ferramenta de redução de intervenções: um relato de experiência. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, 1, 450–459. <https://doi.org/10.51891/rease.v1i1.10536>
- Rufino, A. I. T. N. L., Ferreira, E. da P. P., & Tábuas, M. V. (2024). Realidade virtual: Lidar com a dor no trabalho de parto. *Revista Recien - Revista Científica de*

- Enfermagem*, 14(42), Artigo 42.
<https://doi.org/10.24276/rrecien2024.14.42.292303>
- Ruiz, M. T., Azevedo, N. F., Resende, C. V. D., Rodrigues, W. F., Meneguci, J., Contim, D., Wernet, M., & Oliveira, C. J. F. D. (2023). Quantificação da perda sanguínea para o diagnóstico de hemorragia pós-parto: Revisão sistemática e metanálise. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 76(6), e20230070. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2023-0070pt>
- Santos, A. O. (2011). *NIDCAP®: Uma filosofia de cuidados*.
- Santos, C. M. D. C., Pimenta, C. A. D. M., & Nobre, M. R. C. (2007). The PICO strategy for the research question construction and evidence search. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(3), 508–511. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692007000300023>
- Silva, D. L., & Valladares-Torres, A. C. A. (2023). A Comunicação Terapêutica em Enfermagem – Revisão Integrativa Da Literatura. *Revista Eletrônica Multidisciplinar de Investigação Científica*, 2(3), Artigo 3. <https://doi.org/10.56166/remici.2023.5.v2n3.1.15>
- Sirley Diaz, Helen Valencia, Luis Llanos, & Julexi Gutiérrez. (2021). Fator rhesus: Manejo en el embarazo. *Polo del Conocimiento*, 6(9). <https://doi.org/10.23857/pc.v6i9.3047>
- Taffner, V. B. M., Pimentel, R. R. D. S., Almeida, D. B. D., Freitas, G. F. D., & Santos, M. J. D. (2022). Nursing Theories and Models as theoretical references for Brazilian theses and dissertations: A bibliometric study. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 75(4), e20210201. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0201>
- Teixeira, G. D., Santos, L. L. M. T., & Sousa, N. dos S. (2023). *Protocolos Assistenciais da Maternidade Sant'Ana*. Ampla Editora.
- Teixeira, L. N. A., Silveira, A. E. L., Portela, L. P., Negreiros, F. da S., Júnior, V. A. da C., Santos, G. G. O. dos, Lopes, M. W. S., & Nunes, M. das D. (2021). Prevenção e manejo da hemorragia pós-parto: Uma revisão de literatura / Prevention and management of postpartum hemorrhage: a review of the literature. *Brazilian Journal of Health Review*, 4(3), 10420–10431. <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n3-066>

- ULS. (2024). *Nova fase da organização do SNS*. <https://www.sns.gov.pt/noticias/2024/01/01/arranca-nova-fase-da-organizacao-do-sns/>
- UNICEF. (2018). *Dez Medidas para ser considerado/a Hospital Amigo Dos Bebés Maternidade Amiga Dos Bebés*. <https://www.unicef.pt/media/3315/iab-10-medidas-hospitais-2018-02-16.pdf>
- UNICEF. (2024). *Iniciativa Amiga dos Bebés*. <https://www.unicef.pt/o-que-fazemos/o-nosso-trabalho-em-portugal/iniciativa-amiga-dos-bebes/>
- Vasconcelos, K. L., Martins, C. A., Mattos, D. V. de, Tyrrell, M. A. R., Bezerra, A. L. Q., & Porto, J. (2013). Partogram: Security tool in obstetric assistance. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, 7(2), Artigo 2. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v7i2a13685p619-624-2013>
- Verastegui-Martín, M., de Paz-Fresneda, A., Jiménez-Barbero, J. A., Jiménez-Ruiz, I., & Ballesteros Meseguer, C. (2023). 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*, 68(1), 84–98. <https://doi.org/10.1111/jmwh.13446>
- Vicente, L. F. (2020). Aborto por opção da mulher: A experiência portuguesa da implementação da Rede Nacional. *Cadernos de Saúde Pública*, 36(suppl 1), e00036219. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00036219>
- Vilelas, J. (2020). *Investigação – O Processo de Construção do Conhecimento* (3ª ed.). Edições Sílabo, Lda, p. 103-138.
- Wánderon Cássio Oliveira Araújo. (2020). Recuperação da informação em saúde: Construção, modelos e estratégias. *ConCI Convergências em Ciência da Informação*, 3. <https://doi.org/10.33467/conci.v3i2.13447>
- WHO. (2014). *Recomendações da OMS para a prevenção e tratamento da hemorragia pós-parto*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/75411/9789248548505?sequence=2>
- WHO. (2018). *WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience*. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/260178>

- Wigert, H., Nilsson, C., Dencker, A., Begley, C., Jangsten, E., Sparud-Lundin, C., Mollberg, M., & Patel, H. (2020). Women's experiences of fear of childbirth: A metasynthesis of qualitative studies. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 15(1), 1704484. <https://doi.org/10.1080/17482631.2019.1704484>
- Wojcieszek, A. M., Bonet, M., Portela, A., Althabe, F., Bahl, R., Chowdhary, N., Dua, T., Edmond, K., Gupta, S., Rogers, L. M., Souza, J. P., & Oladapo, O. T. (2023). WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience: Strengthening the maternal and newborn care continuum. *BMJ Global Health*, 8(Suppl 2), e010992. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2022-010992>

ANEXOS

Anexo A – Certificado de participação no XXV Congresso Nacional e IX Internacional: Unidades de Cuidados na Maternidade Lideradas por EESMO/Parteiras, da APEO



Anexo B – Certificado de participação no *workshop* “Ativação Eficaz da Produção de Leite. Plano B: Relactação”, inserido no XXV Congresso Nacional e IX Internacional da APEO



Anexo C – Certificado de participação como Póster “Relactação: Estratégias e Desafios na Prática da Enfermagem Obstétrica”, no XXV Congresso Nacional e IX Internacional da APEO

CERTIFICADO

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

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

Inês Custódio

Participou com o Poster “Relactação: Estratégias e Desafios na Prática da Enfermagem Obstétrica” inserida no XXV Encontro Nacional e IX Congresso Internacional da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras (APEO), organizado pela APEO, realizado no Auditório IAPME, Campus do Lumiar – Edifício L, Lisboa, PORTUGAL, em 2 e 3 de maio de 2024.

Presidente da APEO
Assinado por: **VITOR MANUEL LEÃO BAPTISTA VARELA**
Num. de identificação: 06706968
Data: 2024.05.10 22:53:29 +0100





Assinado por: **Márcio Filipe Meniz Tavares**
Num. de identificação: 11531478
Data: 2024.05.10 22:53:29 +0100

Presidente da Comissão Científica da APEO



PROGRAMA

2 DE MAIO DE 2024
(Transmissão DIGITAL e/ou Presencial – AUDITÓRIO) 13H30 – 18H30

WORKSHOPS

ATIVIDADE EFICAZ DA PRODUÇÃO DE LEITE: PLANO B: RELACTAÇÃO (Hibrido)
Teresa Félix, MEDELA Portugal (Apelo MEDELA)

INSERÇÃO E REMOÇÃO DE DISPOSITIVO CONTRACETIVO INTRAUTERINO (Presencial – exclusivo para EESMO)
Ana Lúcia Torgal

INTRODUÇÃO E REMOÇÃO DE IMPLANTE CONTRACETIVO (Presencial – exclusivo para EESMO)
Paula Pereira (Apelo ORGANON)

COMUNICAÇÕES LIVRES (Hibrido)
Moderador: Mariana Níne
Mesa 1
Mesa 2
Mesa 3

POSTERS (Presencial)
Moderador: Márcio Tavares
Mesa 1
Mesa 2
Mesa 3

(1) palestras em português com tradução simultânea para inglês
(2) palestras em inglês com tradução simultânea para português

3 DE MAIO DE 2024
(Conferência modelo: Ibbotz – AUDITÓRIO) 9H00 – 17H00

SESSÃO DE ABERTURA (1)
MIDWIFERY LED UNITS: EVIDÊNCIA CIENTÍFICA E REALIDADE MUNDIAL
Moderador – Sónia Brandão
Lucia Rocca-Dumacho – Midwife, Investigadora e Professora Universitária, Reino Unido (2)
Jennifer Stevens – Midwife e Co-fundadora da Goodbirth Network, Estados Unidos da América (2)

MESA REDONDA: LANÇAMENTO DA PRIMEIRA UNIDADE DE CUIDADOS NA MATERNIDADE EM PORTUGAL
Moderador – Isabel Ferreira
Emilie Ruel Petersen – Fundadora do Born Birth Centre Project, Dinamarca (2)
Lara Olchanetsky | Midwife, Born Birth Centre Project, Portugal (1)
Érika Ruivo | Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica, Born Birth Centre Project, Portugal (1)
Mia Negra | Advogada, Born Birth Centre Project, Portugal (1)
Vitor Varela | Presidente da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras, Portugal (1)
Alexandrina Cardoso | Presidente da Mesa do Colóquio de ESMO da Ordem dos Enfermeiros, Portugal (1)
Sara do Vale | Representante da Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e no Parto, Portugal (1)

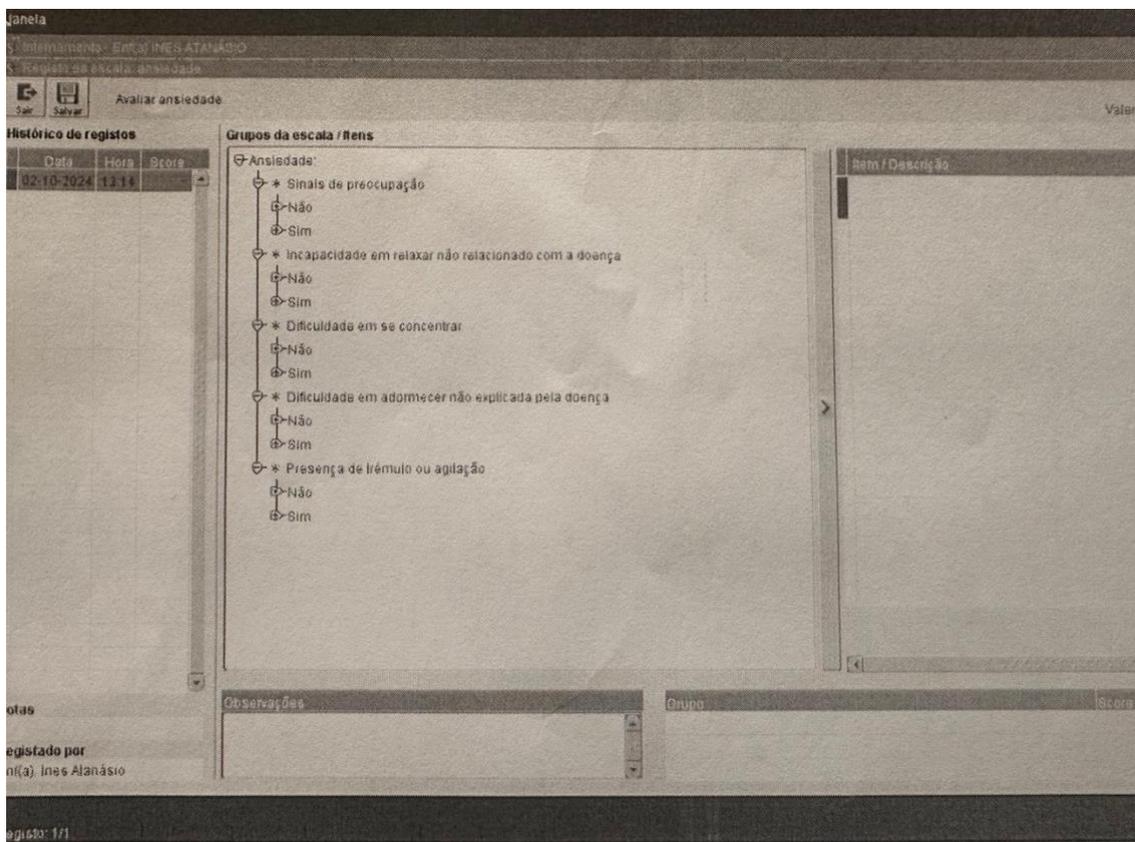
MESA REDONDA: IMPACTO ECONÓMICO DA PROMOÇÃO DA AUTONOMIA DOS EESMO/PARTEIRAS em Portugal
Moderador – Vitor Varela
Andreia Gonçalves | EESMO/Parteira, Investigadora e Professora Universitária, Portugal (1)
Eduardo Costa | Economista, Investigador e Professor Universitário, Portugal (1)
Filipa Carvalho | Representante da Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e no Parto, Portugal (1)
Políticos (1)

APRESENTAÇÃO DOS PRÉMIOS E BOLSA APEO 2022 E 2023
Moderador – Márcio Tavares (1)

ENTREGA DE PRÉMIOS PARA POSTERS E COMUNICAÇÕES LIVRES

ENCERRAMENTO

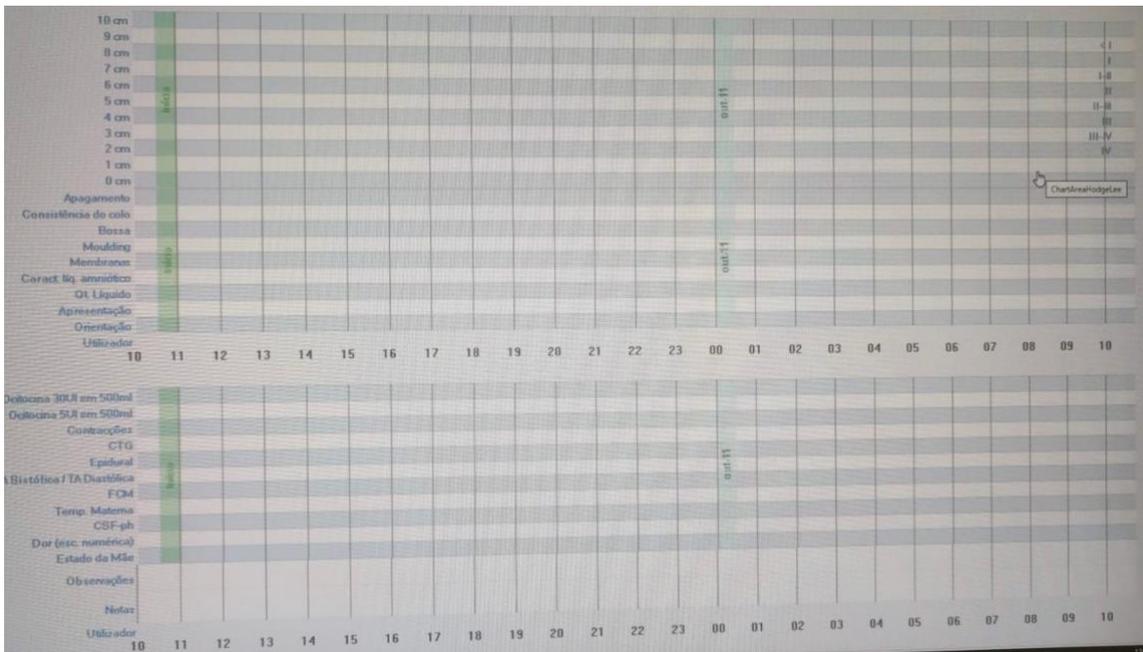
Anexo D – Escala da Ansiedade – *Scĺnico*[®]



Anexo E – Escala de *Goodwin* Modificada

HISTÓRIA REPRODUTIVA		
Idade	≤17 >40	= 3
	18 - 29	= 0
	30 - 39	= 1
Paridade	0	= 1
	1 - 4	= 0
	≥ 5	= 3
HISTÓRIA OBSTÉTRICA ANTERIOR		
Aborto habitual ≥ (3 consecutivos)	= 1	
Infertilidade	= 1	
Hemorragia pós-parto/dequitação manual	= 1	
RN ≥ 4000 g	= 1	
Pré-eclampsia/eclampsia	= 1	
Cesariana anterior	= 2	
Feto morto / morte neonatal	= 3	
Trabalho de parto prolongado ou difícil	= 1	
PATOLOGIA ASSOCIADA		
Cirurgia ginecológica anterior	= 1	
Doença renal crónica	= 2	
Diabetes gestacional	= 1	
Diabetes Mellitus	= 3	
Doença cardíaca	= 3	
Outras (bronquite crónica, lúpus, etc.)		
Índice de acordo com a gravidade	= (1 a 3)	
Gravidez atual		
	1ª visita	36ª semana
Hemorragias ≤ 20 semanas	= 1	
Hemorragias > 20 semanas	= 3	
Anemia (≤ 10 g)	= 1	
Gravidez prolongada ≥ 42 semanas	= 1	
Hipertensão	= 2	
Rotura prematura da membranas	= 2	
Hidramnios	= 2	
ACIU (atraso de crescimento intrauterino)	= 3	
Apresentação pélvica	= 3	
Isoimunização Rh	= 3	
Baixo risco 0 – 2 / Médio risco 3 – 6 / Alto risco ≥ 7		

Anexo G – Partograma Unidade P



APÊNDICES

10. ORIENTAÇÃO (Anexar declaração(ões) de aceitação)	
Nome: <u>Maria Otília Brites Zangão</u>	
Universidade/Instituição: <u>Universidade de Évora/ Escola Superior de Enfermagem São João de Deus</u>	
N.º Identificação Civil: <u>09294982</u> - <u>7</u> Tipo de Identificação: <input type="checkbox"/> BI <input checked="" type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> Passaporte <input type="checkbox"/> Outro: _____	
Telef.: <u>+ 351 963543933</u> E-mail: <u>otilizaz@uevora.pt</u> ID ORCID: <u>0000-0003-2899-8768</u>	
Nome: _____	
Universidade/Instituição: _____	
N.º Identificação Civil: _____ - _____ Tipo de Identificação: <input type="checkbox"/> BI <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> Passaporte <input type="checkbox"/> Outro: _____	
Telef.: _____ E-mail: _____ ID ORCID: _____	
Nome: _____	
Universidade/Instituição: _____	
N.º Identificação Civil: _____ - _____ Tipo de Identificação: <input type="checkbox"/> BI <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> Passaporte <input type="checkbox"/> Outro: _____	
Telef.: _____ E-mail: _____ ID ORCID: _____	
11. ÁREA DISCIPLINAR E PALAVRAS-CHAVE DO TRABALHO	
Domínio Científico e Tecnológico (Área FOS): <u>Ciências da Saúde</u>  <small>Consulte a lista de Áreas FOS em: http://www.dgeec.mec.pt/np4/28</small>	
Palavras-chave (5 palavras, separadas por ','): <u>ver campo 13.</u>	
12. DOMÍNIO A INVESTIGAR/TEMA	
Ansiedade durante o trabalho de parto e parto.	
13. RESUMO, PLANO E CRONOGRAMA [Se necessário submeter como anexo a este impresso]	
Em documento anexo ao impresso.	
<p>Descritores nos 3 idiomas:</p> <p>Descritores (DeCS): Ansiedade; Trabalho de Parto; Parto; Enfermeiras Obstétricas; Gestão da Assistência de Enfermagem</p> <p>Descriptors (DeCS): Anxiety; Labour; Birth; Midwives; Nursing Care</p> <p>Descriptores (DeCS): Ansiedad; Trabajo de Parto; Parto; Matronas; Asistencia de enfermería</p>	
14. DOCUMENTOS ANEXOS	15. DECLARAÇÃO DO ESTUDANTE
<input checked="" type="checkbox"/> Plano do Trabalho <input checked="" type="checkbox"/> Cronograma <input checked="" type="checkbox"/> Declaração de Orientador(es) <input type="checkbox"/> Declaração da Unidade Orgânica de acolhimento (Deve incluir o(s) Orientador(es), o Projeto ou Equipa de Investigação em que diretamente se enquadra a preparação da Tese) - Apenas para alunos de 3.º Ciclo <input type="checkbox"/> Outros: _____	<p>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.</p> <p>Declaro que caso efetue alguma alteração a este projeto a ser aprovado (título, orientador, língua, etc.) procederei nos termos do referido regulamento, à entrega do projeto de alteração no prazo máximo de 10 dias antes da entrega da T/D/E/TP.</p>

Apêndice B – Relato de Caso “Gravidez Ectópica”

Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na mulher com Gravidez Ectópica: Relato de Caso

Intervention by Maternal and Obstetric Health Nurse Specialists in Women with Ectopic Pregnancy: Case Report

Inês Cavaco Custódio

Centro Hospitalar e Universitário do Algarve,
Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica
Faro - Portugal

<https://orcid.org/0009-0000-6195-8368>

Maria Otilia Brites Zangão

Comprehensive Health Research Centre (CHRC), Universidade de Évora,
Escola Superior de Enfermagem São João de Deus
Évora - Portugal

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

Resumo

Objetivo: Elaborar uma proposta de plano de cuidados de enfermagem com destaque para as intervenções realizadas numa mulher com gravidez ectópica.

Método: Utilizada uma abordagem descritiva e observacional, respeitando princípios éticos com consentimento informado da mulher. O relato de caso é referente a Mulher de 35 anos com diagnóstico de gravidez ectópica. Foi aplicada a taxonomia CIPE para diagnosticar e intervir e o Modelo de Atividades de Vida Diária de Roper, Logan & Tierney para orientar a avaliação inicial da Mulher. Relato de caso organizado seguindo as diretrizes do CAsE REport.

Resultados: Foram identificados dez diagnósticos de enfermagem, sendo estabelecidos dois diagnósticos prioritários: Ansiedade e Risco de Hemorragia, de forma a promover a melhoria do estado de saúde da mulher.

Conclusão: O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica desempenha um papel crucial na gestão de casos de Gravidez Ectópica, com ênfase na prevenção, diagnóstico precoce de potenciais problemas, bem como na promoção da saúde das mulheres com gravidez ectópica numa abordagem holística, favorecendo a qualidade de vida das mesmas.

PALAVRAS CHAVE (DeCS): Gravidez Ectópica; Enfermeiras Obstétricas; Cuidados de Enfermagem; Relatos de Casos

Apêndice C – Reflexão – Obesidade na Gravidez

Reflexão

O modelo reflexivo de Gibbs, desenvolvido por Graham Gibbs no ano de 1988, compreende um ciclo de aprendizagem estruturado para reflexão, frequentemente utilizado na educação e no desenvolvimento profissional através de uma abordagem sistemática para analisar experiências, centrando-se na aprendizagem de situações passadas e na melhoria de ações futuras. É composto por seis etapas distintas, cada uma delas focada num aspeto específico do processo reflexivo: descrição, sentimentos, avaliação, análise, conclusão e plano de ação (Gibbs, 2013).

Baseado no modelo descrito, a presente reflexão prende-se com um momento vivenciado no dia 04/01/2024, no estágio de natureza profissional enquadrado no Mestrado de Saúde Materna e Obstétrica da Universidade de Évora, mais especificamente na Consulta de Diagnóstico Pré-Natal do Hospital X. A presente consulta, inclui a realização do Rastreio Pré-Natal (também conhecido como Rastreio Combinado do 1º Trimestre). Para a sua realização, são convocadas todas as grávidas referenciadas pelos Centros de Saúde, durante o primeiro trimestre (entre a 11ª semana e a 13ª semana + 6 dias de gestação) (DGS, 2011).

O rastreio tem como objetivo avaliar o grau de risco para a existência no feto de Trissomia 13 (Síndrome de Patau), Trissomia 18 (Síndrome de Edwards) e Trissomia 21 (Síndrome de Down). Determina ainda o risco de ocorrência de Pré Eclâmpsia durante a gravidez e o risco de restrição do crescimento fetal. Combina a informação de um exame ecográfico e de um exame bioquímico, sendo efetuada a colheita para o exame bioquímico duas semanas antes da realização do exame ecográfico, pois desta forma, no dia da realização da ecografia já estão disponíveis todos os resultados analíticos e assim o Obstetra informa no momento o resultado (Ferreira, 2003)

O rastreio bioquímico consiste numa colheita de sangue venoso periférico, que permite o doseamento de duas substâncias presentes no sangue materno: PAPP-A (Proteína Plasmática A Associada à Gravidez) e a β -HCG livre (Subunidade β livre da Hormona Gonadotrófica Coriônica), ambas com elevada sensibilidade e especificidade para o despiste das Trissomias referidas (Henriques, 2009).

O exame ecográfico permite determinar a idade gestacional através do comprimento craneo-caudal (CCC/CRL), medir o espaço subcutâneo localizado sobre a nuca do feto (translucência da nuca- TN/NT) e avaliar a presença do osso nasal (ON/NB) (Henriques, 2009).

Ao longo do presente estágio, têm sido inúmeras as mulheres/casais com quem tenho tido possibilidade de contactar e várias as experiências e aprendizagens que tenho retirado de cada uma delas pois cada mulher/casal é possuidora de uma história, uma forma diferente de enfrentar os desafios diários e uma forma singular de encarar a vida. Trata-se de uma consulta complexa em que é efetuada uma extensa entrevista de forma a completar toda a história clínica da mulher, do casal e família de ambos. Com todas as experiências é possível verificar a individualidade de cada um e a forma com que encaram o presente e trabalham nele.

- **Descrição:**

No dia ████████ 2024, participei ativamente na consulta da grávida M. Respondeu prontamente à chamada pela senha que lhe foi atribuída e rapidamente se dirigiu ao gabinete de enfermagem. Ao observar os seus dados antropométricos, destaquei o seu Índice de Massa Corporal (IMC), sendo a sua altura 157cm e o seu peso 132kg (peso anterior à gravidez: 126kg). Ao longo da entrevista, obtive informações acerca do Centro de Saúde de referência, profissão, antecedentes pessoais e familiares, alergias, grupo de sangue, medicação habitual, história obstétrica (Índice Obstétrico 1-0-0-1, tendo um parto eutócico em 2021, com uma gravidez normal de termo com recém-nascido do sexo feminino (3,450kg), amamentou durante duas semanas), dados relativos ao conjugue. Senti necessidade de aprofundar os seus hábitos alimentares e estilo de vida. Percebi prontamente que já existia um grau de obesidade considerável anterior à primeira gravidez, sendo que durante a mesma engordou cerca de 30kg, referindo nunca ter conseguido perder a maioria desse ganho ponderal.

Através da entrevista foi ainda possível perceber que a sua alimentação se baseia essencialmente à base de hidratos de carbono, comida processada e tem maioritariamente um estilo de vida mais sedentário pois encontra-se de baixa desde que tem conhecimento da gravidez.

- **Sentimentos**

Ao iniciar a consulta fui impactada pela obesidade da senhora M. Sentimentos de surpresa surgiram ao perceber a magnitude do seu ganho de peso durante a primeira gravidez e a leveza com que tal ocorrência é vivida. Rapidamente senti preocupação ao compreender a relação entre o seu estilo de vida sedentário, os maus hábitos alimentares e o ganho de peso que está também a ocorrer na presente gravidez e a forma como estes

poderão ter impactos negativos na saúde materna e fetal. Senti-me impressionada e com necessidade de refletir acerca da forma como grande parte da sociedade lida com leveza com a obesidade, apesar de toda a informação existente relativa aos riscos que a mesma trás para a saúde, não sendo vista como uma patologia grave para muitos.

- **Avaliação**

A avaliação revela a importância de uma entrevista abrangente para compreender a história clínica da senhora M. A obtenção de informações detalhadas sobre os hábitos alimentares, história obstétrica e estilo de vida foram fundamentais para compreender os fatores de risco associados à obesidade na gravidez. Reconheceu-se a necessidade de intervenções precoces e personalizadas e a necessidade de uma abordagem holística no que toca à saúde materna e fetal.

- **Análise**

Torna-se crucial considerar todos os conhecimentos existentes relativos à obesidade na gravidez e as suas consequências. É necessário estas pacientes terem uma abordagem multidisciplinar, que integre não apenas a obstetria mas também a nutrição e a atividade física. Nunca deve ser descurada a relação entre a obesidade e possíveis complicações obstétricas de modo a ser realizado um planeamento adaptado com intervenções e cuidados adequados.

- **Conclusão**

Com a presente reflexão, é possível destacar a necessidade de uma abordagem holística na saúde materna. É possível reconhecer que cada grávida é única, exigindo dos profissionais de saúde, nomeadamente dos Enfermeiros Especialistas de Saúde Materna e Obstétrica, uma compreensão da individualidade e dos hábitos, vivências, receios e medos de cada um. Torna-se necessário trabalhar no sentido de promover uma atenção personalizada, apoio e uma educação para a saúde contínua de modo a promover uma gravidez saudável, especialmente em casos de obesidade.

Apesar do elevado número de grávidas com que tive contacto ao longo deste Ensino Clínico, foi possível compreender que cada uma delas tem necessidades diferentes, sendo necessário diariamente, uma pesquisa e dedicação intensas de modo a responder às necessidades de cada mulher/casal.

A presente reflexão proporcionou uma compreensão mais profunda deste evento vivenciado, traduzindo percepções valiosas para o desenvolvimento profissional e aprimoramento da prática clínica.

- **Plano de ação**

Como ação futura, considero de extrema importância dar ênfase à necessidade de existência de programas educacionais, acessíveis a todas as grávidas, que compreendam uma equipa multidisciplinar (Médicos, Enfermeiros, Nutricionistas e Fisioterapeutas), que abordem não só a gravidez atual, mas também promovam hábitos de vida saudáveis a longo prazo.

Referências Bibliográficas

- DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE - Exames Ecográficos na Gravidez de baixo risco Médicos do Sistema Nacional de Saúde.* (2011). <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0232011-de-29092011-atualizada-a-21052013-jpg.aspx>
- Ferreira, M. (2003). Rastreio pré-natal. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 19(5). <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v19i5.9971>
- Henriques, S. (2009). Rastreio pré-natal de cromossomopatias e defeitos do tubo neural. Como actuar?. *Revista Portuguesa De Medicina Geral E Familiar*, 25(3), 320–31. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v25i3.10628>
- Gibbs, G. (2013). Learning by Doing: a Guide to Teaching and Learning Methods. In *Oxford Brookes University*. Oxford Brookes University. <https://thoughtsmostlyaboutlearning.files.wordpress.com/2015/12/learning-by-doing-graham-gibbs.pdf>

Apêndice D – Revisão da Literatura - Relactação

RELACTAÇÃO: ESTRATÉGIAS E DESAFIOS NA PRÁTICA DA ENFERMAGEM OBSTÉTRICA

CUSTÓDIO, Inês Cavaco¹; ALBINO, Carla Sofia Rocha²; GUIOMAR, Catarina Alexandra Fernandes²; ZANGÃO, Maria Otilia Brites³

Enquadramento: Em Portugal, aponta-se para uma alta incidência do aleitamento materno. No entanto, estudos indicam que metade das mães deixam de amamentar durante o primeiro mês de vida do bebé, desistindo muito precocemente da amamentação. Quando a mesma é interrompida, pode ser novamente iniciada através do processo de relactação. Este é um processo complexo e de grande dedicação por parte da mulher e família, que carece de apoio de profissionais de saúde qualificados capazes de individualizar técnicas e cuidados.

Objetivos: Explorar na literatura a temática do processo de relactação com foco na intervenção dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EESMO).

Método: Realizou-se uma revisão narrativa da literatura, com recurso às bases de dados *PubMed*, *Scielo* e *Web of Science*. Após definidos os descritores e aplicados os critérios de inclusão e de exclusão, obteve-se um total de 5 artigos. A questão orientadora de pesquisa foi: “Qual a intervenção dos EESMO no processo de Relactação?”.

Resultados: Foram identificadas três temáticas principais: processo de relactação, técnica de relactação e desafios, obstáculos e estratégias para promover o sucesso da relactação pelos EESMO. Existem diversos fatores que influenciam a relactação, nomeadamente: motivos para interrupção precoce da amamentação, técnicas de promoção da relactação e fatores associados ao sucesso e insucesso do processo. Foram identificados desafios físicos e emocionais enfrentados pelas mulheres durante a relactação, bem como a importância do apoio familiar e de profissionais qualificados para o sucesso da mesma. As principais dificuldades referidas pelas mulheres que vivenciam este processo relacionam-se com o cansaço e stress causados pela necessidade constante

¹ Enfermeira de Cuidados Gerais, Unidade Local de Saúde do Algarve – icustodio@chalgarve.min-saude.pt

² EESMO, Unidade Local de Saúde do Algarve – albino@chalgarve.min-saude.pt ; cguiomar@chua.min-saude.pt

³ EESMO, Comprehensive Health Research Centre [CHRC], Departamento de Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, Universidade de Évora- otiliaz@uevora.pt

de estimulação da mama para induzir a produção de oxitocina e prolactina e com a insuficiente informação relativa ao tema.

Conclusão: Os resultados reforçam a importância do papel do EEESMO na promoção da relactação, destacando a sua capacidade de compreender as necessidades individuais das mulheres e bebés, fornecer orientações personalizadas e oferecer apoio emocional durante o processo.

Palavras-Chave: Amamentação; Desmame; Relactação; Enfermeiras Obstétricas

Apêndice E – Póster “Relactação: Estratégias e Desafios na Prática da Enfermagem Obstétrica”

UNIDADES DE CUIDADOS NA MATERNIDADE LIDERADAS POR EESMO/PARTEIRAS

XXV Congresso Nacional e IX Internacional APEO
2 e 3 de maio

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE



Relactação: Estratégias e Desafios na Prática da Enfermagem Obstétrica

Inês Custódio^{1,2}, Catarina Guiomar², Carla Albino², Otilia Zangão³

¹Mestranda em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus, Universidade de Évora, ²Unidade Local de Saúde do Algarve, ³Comprehensive Health Research Centre [CHRC], Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus, Universidade de Évora

INTRODUÇÃO

A OMS recomenda o início precoce da amamentação na 1ª hora após o nascimento, amamentação exclusiva até aos 6 meses de idade e contínua até aos dois anos de idade ou mais⁷. Portugal regista uma alta incidência de aleitamento materno, sendo que cerca de 90% das mães o iniciam, porém cerca de 50% deixa de amamentar durante o primeiro mês de vida do bebé¹. O sucesso do ato de amamentar depende de fatores históricos, sociais, culturais, psicológicos e clínicos, em colaboração com o conhecimento técnico-científico dos profissionais de saúde envolvidos na promoção, incentivo e apoio ao aleitamento materno^{4,6}.

OBJETIVOS	METODOLOGIA
Explorar na literatura a temática do processo de relactação com foco na intervenção dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO).	Realizou-se uma revisão narrativa da literatura, com recurso às bases de dados <i>PubMed</i> , <i>Scielo</i> e <i>Web of Science</i> . Após definidos os descritores (DeCs) e aplicados os critérios de inclusão e de exclusão, obteve-se um total de 5 artigos , que foram analisados.

PALAVRAS CHAVE	Questão orientadora: “Qual a intervenção dos EEESMO no processo de Relactação?”
Amamentação; Desmame; Relactação; Enfermeiras Obstétricas.	

RESULTADOS

- A relactação trata-se da **retoma da amamentação** em mães que pararam de amamentar⁵;
- Pode ser estimulada em mulheres que já estiveram grávidas e interromperam recentemente ou no passado a amamentação⁴;
- Trata-se de uma **prática complexa que requer tempo e dedicação** por parte da mulher/casal/família e carece de **apoio de profissionais de saúde qualificados**²;
- **Fatores contributivos para o sucesso**: motivação materna e da família próxima, correta gestão do stress e ansiedade, correta ingestão nutricional e hídrica, estimulação frequente da mama, idade do bebé, sucção e pega corretas, vinculação da díade, apoio de profissionais qualificados³;
- **Fatores influenciadores**: motivo que levou à interrupção precoce da amamentação, técnicas de promoção da relactação, desafios físicos e emocionais enfrentados pela mulher durante o processo, apoio familiar, apoio de profissionais de saúde qualificados⁵;
- **Principais dificuldades**: cansaço e stress causados pela necessidade constante de estimulação da mama e insuficiente informação relativa ao tema^{5,6}.

CONCLUSÃO	REFERÊNCIAS
A relactação pode ser um processo emocionalmente desafiador para algumas mulheres, especialmente para aquelas que enfrentam dificuldades no estabelecimento da amamentação desde o nascimento do recém-nascido. O resultado do estudo reforça a importância do papel do EEESMO na promoção da relactação, destacando a sua capacidade de compreender as necessidades individuais das mulheres e bebés, fornecer orientações personalizadas e oferecer apoio emocional durante o processo.	

Lisboa Portugal

Apêndice F – Póster Adaptado “Relactação: Estratégias e Desafios na Prática da Enfermagem Obstétrica”



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE

Relactação:

Estratégias e desafios na prática da Enfermagem Obstétrica

Inês Custódio^{1,2}; Carla Albino¹; Catarina Guiomar¹; Otilia Zangão²

¹Unidade Local de Saúde do Algarve; ²Universidade de Évora



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

Introdução

OMS

- Início da amamentação na 1ª hora após o nascimento⁷
- Amamentação exclusiva até aos 6 meses de idade⁷
- Amamentação contínua até aos 2 anos de idade ou mais⁷

Leite materno

- Alimento vivo, completo e natural⁴
- Adequado a quase todos os recém-nascidos⁴
- Benefícios para o bebé, mãe, família e ambiente⁶

Portugal

- Alta incidência do aleitamento materno¹
- > 90% das mães iniciam aleitamento materno¹
- > 50% deixam de amamentar durante o primeiro mês¹

O sucesso do ato de amamentar depende de fatores históricos, sociais, culturais, psicológicos e clínicos, em colaboração com o **conhecimento técnico-científico dos profissionais de saúde envolvidos na promoção, incentivo e apoio ao aleitamento materno**^{4,6}

Objetivos

- Explorar na literatura a temática do processo de relactação, com foco na intervenção dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO)

Métodos

Revisão narrativa da literatura

Bases de dados

→

- PubMed
- Scielo
- Web of Science

Definidos descritores (DeCs)

Critérios de inclusão e de exclusão

5 artigos

Questão orientadora:
Qual a intervenção dos EEESMO no processo de relactação?

Palavras chave:
Amamentação; Desmame; Relactação; Enfermeiras Obstétricas

Resultados

Relactação

↓

Retoma da amamentação em mães que pararam de amamentar⁵

→ Pode ser estimulada em mulheres que já estiveram grávidas e interromperam recentemente ou no passado a amamentação⁴

Prática complexa²

Tempo e dedicação²

Mulher, casal e família²

Apoio de profissionais de saúde qualificados²

- **Fatores contributivos:** Motivação materna e da família próxima, correta gestão do stress e ansiedade, correta ingestão nutricional e hídrica, estimulação frequente da mama, idade do bebé, sucção e pega corretas, vinculação da diáde, apoio de profissionais qualificados³
- **Fatores influenciadores:** Motivo que levou à interrupção precoce da amamentação, técnicas de promoção da relactação, desafios físicos e emocionais enfrentados pela mulher durante o processo, apoio familiar, apoio de profissionais de saúde qualificados⁵
- **Principais dificuldades:** Cansaço e stress causados pela necessidade constante de estimulação da mama e insuficiente informação disponível relativa ao tema^{5,6}

Conclusão

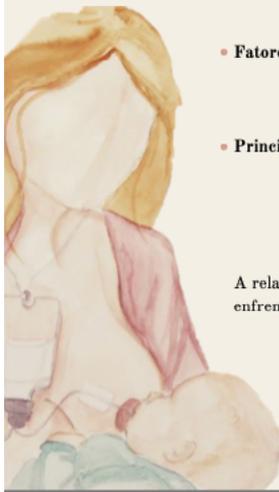
A relactação pode ser um processo emocionalmente desafiador para algumas mulheres, especialmente para aquelas que enfrentam dificuldades no estabelecimento da amamentação desde o nascimento do bebé

EEESMO

- Capacidade para compreender as necessidades individuais das mulheres e bebés
- Fornecer orientações personalizadas
- Oferecer apoio emocional durante o processo

Referências Bibliográficas:





Apêndice G – Póster “Técnica dos 5S’s para acalmar o bebé”

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE

Swaddle
Envolver o bebé numa mantinha para lhe dar a sensação de segurança e conforto que tinha no útero

Side/Stomach
Colocar o bebé de lado ou com a barriga para baixo em cima do seu antebraço (nunca esquecer de suportar a cabeça)

Shush - Shhh
Dentro do útero não havia silêncio. Faça o som “shhhh” perto do ouvido do bebé, com um volume semelhante ao do seu choro

Swing
Dentro do útero o bebé era suavemente balançado devido à oscilação provocada pelos movimentos da mãe. Balance o bebé alguns centímetros para a frente e para trás, em movimentos suaves mas rápidos

Suck
O movimento de sucção é relaxante e reconfortante para os bebés

Acalmar o bebé
Técnica dos 5S
O objetivo é recriar o ambiente de conforto e segurança do interior do útero

Elaborado por: Enf.ª Inês Custódio (estudante do MESMO da Universidade de Évora). Orientado por: Prof.ª Dr.ª Otilia Zangão. Supervisionado por EEESMO Vera Relvas
Bibliografia: Karp, H. (2002). The happiest baby on the block. The new way to calm crying and help your newborn baby sleep longer. Fonte de imagens: Canva

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

Apêndice H – Síntese da análise de artigos incluídos na revisão da literatura

Artigo	Objetivo do estudo	Metodologia	Resultados do Estudo	Conclusões
<p>Artigo 1 Boas práticas na sala de parto e ansiedade em puérperas: o que pode influenciar?</p> <p>(Almeida, L., Nascimento, C., Santos, L., Souza, L., Barreto, M., Oliveira, Y., Leite, D., 2021)</p>	<p>Identificar se as boas práticas na sala de partos, a partir dos componentes do parto humanizado, influenciam o score de ansiedade das mulheres no pós-parto imediato.</p>	<p>Estudo prospetivo transversal com entrevista a a 810 puérperas.</p>	<p>Os fatores que influenciam a ansiedade na mulher são: via de parto, respeito pela posição adotada no período expulsivo, violência obstétrica, contacto pele a pele com o recém-nascido, amamentar na primeira hora de vida do recém-nascido. Os fatores que minimizam a ansiedade na mulher são: uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor, presença de acompanhante. Fatores que aumentaram a ansiedade da mulher: restrição alimentar, posição ginecológica</p>	<p>Boas práticas na sala de partos, por parte dos profissionais de saúde, influenciam o nível de ansiedade descrito pelas mulheres.</p>
<p>Artigo 2 The relationship between women's perception of support and control during childbirth on fear of birth and mother's satisfaction</p> <p>(Demirel, G., Kaya, N., Evcili, F., 2022)</p>	<p>Determinar a relação entre a perceção das mulheres entre o suporte por parte dos profissionais de saúde durante o parto, a ansiedade no parto e a satisfação da mulher</p>	<p>Estudo descritivo com entrevista a a 725 puérperas</p>	<p>A maioria das mulheres apresenta ansiedade e medo do parto. A satisfação com o parto cirúrgico foi baixa quando comparada com o parto vaginal. Puérperas que apresentaram gravidez planeada, parto não invasivo, períneo íntegro e tiveram uma maior perceção de apoio por parte dos profissionais durante o trabalho de parto, apresentaram um nível de satisfação mais elevado.</p>	<p>O apoio prestado por parte dos profissionais de saúde durante o parto reduz os níveis de medo e ansiedade sentidos pela mulher e aumenta os seus níveis de satisfação. É recomendado que todos os profissionais de saúde, em particular as parteiras, implementem iniciativas de cuidados atendendo as necessidades de cada mulher.</p>

<p>Artigo 3 Mixed-method study of women's assessment and experience of childbirth care</p> <p>Manzanares, M., Cano, T., Almagro, J., Martínez, A., Hernández, G., Fernández L., 2021)</p>	<p>Estudar as avaliações das mulheres sobre a qualidade dos cuidados e partir das suas perspetivas</p>	<p>Estudo sequencial explicativo de método misto com entrevistas a a 1082 puérperas</p>	<p>As variáveis que mais influenciaram a experiência das mulheres de parto foram: tipo de parto, trauma perineal, momento do nascimento, tempo de período expulsivo, local do parto, paridade e duração do trabalho de parto. As expectativas por parte da mulher influenciam a experiência do trabalho de parto e parto, assim como a relação que estabelecem com os profissionais de saúde. O controlo da dor e continuidade de cuidados também são descritos como elementos-chave para a redução de ansiedade e consequente satisfação com o parto.</p>	<p>A experiência de parto, na perspetiva da mulher, está diretamente relacionada com a assistência prestada por parte dos profissionais de saúde, tornando-se desta forma necessário trabalhar habilidades de comunicação e compreender que cada mulher tem a sua própria experiência e trabalhar no sentido de garantir que cada parto seja um momento enriquecedor e positivo, apesar de complicações inevitáveis.</p>
<p>Artigo 4 Environmental factors influencing women's childbirth experiences in labor-delivery-recovery-postpartum unit: a qualitative cross-sectional study (Kazemi, A., Hajar, M., Najafabadi, E., 2023)</p>	<p>Avaliar os fatores ambientais que influenciam as experiências de parto</p>	<p>Estudo qualitativo transversal com entrevistas a a 20 puérperas, 4h a 24h após o parto</p>	<p>Os fatores ambientais que mais influenciaram as experiências de parto foram: privacidade, possibilidade de alternância de decúbito, intervenções médicas, expectativas, ambiente tranquilo e espiritual, poluição sonora, iluminação, características do espaço físico</p>	<p>É necessário ter em conta fatores como segurança física, ambiente orientado e conforto físico para influenciar positivamente a experiência de parto</p>
<p>Artigo 5 The effect of backup midwife on maternal experience after vaginal childbirth (Khodarahmi, S., Hajian, S., Zare, E., Nasiri, M., 2022)</p>	<p>Identificar as experiências das mulheres que tiveram apoio de uma parteira durante o trabalho de parto e parto</p>	<p>Estudo qualitativo com entrevistas a semiestruturada a 19 puérperas</p>	<p>A presença de uma parteira durante o trabalho de parto e parto causou sensação de segurança, controlo e perceção de empoderamento, proporcionando assim uma experiência de parto positiva</p>	<p>O apoio durante o parto sentido pelas mulheres que viveram este momento na presença de parteiras, diminuiu a sensação de ansiedade. As mulheres sentiram que não foram utilizadas</p>

				intervenções desnecessárias, foi respeitada a privacidade e gerada uma sensação de segurança.
<p>Artigo 6 Traumatic childbirth experiences: practice-based implications for maternity care professionals from the woman's perspective (Koster, D., Romijn, C., Sakko, E., Stam, C., Steenhuis, N. Vries, D., Willigen, I., Kuipers, Y., 2020)</p>	Determinar experiências traumáticas do parto, de modo a consciencializar profissionais de saúde acerca das necessidades de cuidados intraparto da mulher.	Estudo qualitativo exploratório com entrevistas a 36 puérperas	As variáveis que mais desencadearam a vivência de experiências traumáticas durante o trabalho de parto e parto, reportadas pelas mulheres foram: falta de informação e de consentimento para intervenções (tomada de decisão apenas dos profissionais) e a sensação de exclusão relativamente aos cuidados de saúde	Os cuidados de saúde devem ser adaptados a fim de prevenir experiências traumáticas de parto para as mulheres. O cenário ideal deve ser aquele em que a mulher sinta que tem o controlo, se sinta respeito pelas suas ideias e escolhas e seja tratada como uma pessoa individual e ser humano. Devem ser prestados cuidados centrados na mulher que incluam cuidados personalizados humanizados.
<p>Artigo 7 Coping With the Unexpected in Childbirth: A Thematic Analysis (Hinic, K., 2021)</p>	Descrever as experiências de mulheres em relação ao parto e aos cuidados com a maternidade.	Estudo qualitativo com entrevistas a 39 mulheres	As experiências das mulheres/casal relativas ao trabalho de parto e parto são beneficiadas quando as mesmas são acompanhadas por profissionais respeitadores e que dedicam tempo a capacitá-las a fazerem as suas próprias escolhas informadas.	Torna-se necessário os profissionais de saúde adotarem a promoção de um parto fisiológico, cuidados respiradores centrados na mulher/casal durante todas as fases do trabalho de parto.
<p>Artigo 8 Anxiety and fear about childbirth and postpartum period in last trimester and its relation to childbirth pain (Ugurlu, M., Yavan, T., 2022)</p>	Determinar o medo e ansiedade relacionados ao parto e pós-parto no último trimestre de gravidez e a sua relação	Estudo descritivo prospectivo, com entrevistas e acompanhamento a 104	Os principais fatores relacionados ao medo e ansiedade descritos pelas mulheres foram: amamentação, comportamento da equipa de saúde no momento do parto e a possibilidade de parto cirúrgico.	Torna-se necessária, por parte de enfermeiras parteiras, uma identificação precoce dos fatores causadores de medo e ansiedade em cada mulher, em relação ao trabalho de parto

	com a dor no parto	grávidas no último trimestre de gravidez, parto e pós o parto		e ao período pós-parto de modo a que sejam prestados cuidados e estratégias de educação para a saúde adequados às necessidades de apoio de cada mulher. Assim é possível as mulheres terem uma gravidez mais saudável e uma experiência de parto mais positiva.
--	--------------------	---	--	---

Apêndice I – Contabilização das experiências realizadas em estágio


UNIVERSIDADE DE ÉVORA
 ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
 SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
 Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final
 Ano Letivo 202 /202

Nome do Aluno Inês Cavaco Custódio Nº 53591

1 - Vigilância e prestação de cuidados à grávida • Exames pré-natais (100)	448
2 - Vigilância e prestação de cuidados à parturiente	
• Partos eutócicos (40) _____	43
• Participação activa em partos pélvicos _____	1
• Participação activa em partos gemelares _____	1
• Participação activa noutros partos _____	19
• Episiotomia _____	6
• Episiorrafia / perineorrafia _____	34
3 - Vigilância e prestação de cuidados a mulheres em situação de risco (40)	
• Gravidez _____	227
• Trabalho de parto _____	33
• Puerpério _____	34
4 - Vigilância e prestação de cuidados a puérperas saudáveis (100)	159
5 - Vigilância e prestação de cuidados a RN saudáveis (100)	141
6 - Vigilância e prestação de cuidados a RN de risco	42
7 - Vigilância e prestação de cuidados a mulheres com afecções ginecológicas.	68

Rubrica Professor
