



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
S. JOÃO DE DEUS

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

Relatório de Estágio

**IMPLEMENTAÇÃO DA CONSULTA PRÉ-NATAL ESPECIALIZADA
NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS**

Cátia Sofia Cabrita Vieira

Orientador

Professora Doutora Maria Margarida Santana Fialho Sim-Sim

2012



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
S. JOÃO DE DEUS

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

Relatório de Estágio

**IMPLEMENTAÇÃO DA CONSULTA PRÉ-NATAL ESPECIALIZADA
NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS**

Cátia Sofia Cabrita Vieira

Relatório de estágio apresentado para obtenção do grau de Mestre

Orientador

Professora Doutora Maria Margarida Santana Fialho Sim-Sim

2012

AGRADECIMENTOS

A concretização do Projeto de Implementação da Consulta Pré-Natal nos Cuidados de Saúde Primários e a respetiva dissertação de Relatório para obtenção do Grau de Mestre, não seria possível sem a contribuição e apoio de várias pessoas, às quais gostaria de mostrar o meu profundo agradecimento e reconhecimento.

À Professora Doutora Maria Margarida Santana Fialho Sim-Sim, que durante todo o percurso académico contribuiu para o meu desenvolvimento profissional e pessoal, estimulando na procura do saber científico, por todo o apoio prestado, pela preocupação constante com o meu bem-estar, pelo auxílio, simpatia, disponibilidade, pelo apoio, imparcialidade e bom senso demonstrados na gestão nas situações que para mim se revelaram hostis ao longo do percurso, pela confiança que depositou em mim e que por vezes foi decisiva em determinados momentos do percurso, pelos conselhos e orientação no estudo, pelo profissionalismo e sensibilidade e por ter feito muito mais que ensinar.

À enfermeira Mariana Ponte que sempre me tem apoiado, por ajudar a tornar possível este projeto, que de forma incansável colaborou para que pudesse crescer profissionalmente, pelos seus conselhos, por acreditar, por todas as diligências e esforços que desenvolveu para que eu pudesse atingir os objetivos de estágio e profissionais e pela generosidade que sempre demonstrou.

Á Dr.^a Natália Correia pela disponibilidade demonstrada, pelo profissionalismo e pela confiança depositada.

Á Dr.^a Noel que foi mais que uma parceira na equipa, uma ouvinte, uma conselheira, uma *professora* e uma amiga.

Aos amigos de longa data, por quem tenho estima, obrigada por compreenderem as minhas ausências e pelo apoio disponibilizado.

Ao Cesar Moreira pelo companheiro incensurável, compreensivo, amável e atencioso que tem sido, que muito contribuiu para a minha motivação e bem-estar emocional ao longo do trajeto.

E por último, à minha família, em especial à minha mãe por ser excepcional.

RESUMO

Título: Implementação da Consulta Pré-natal especializada nos Cuidados de Saúde Primários

O período pré-natal, envolve adaptações físicas, psicológicas, familiares e sociais, sendo considerado um período chave para a intervenção em saúde, trazendo benefícios a curto e longo prazo. Novos desafios se impõem aos governos, para melhorar os resultados na saúde materno-infantil. Diferentes organizações internacionais remetem a mulher grávida/família para os cuidados Especializados do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica (EESMO), pela excelência dos cuidados em função da Maternidade segura. Tendo o EESMO as competências reconhecidas a nível internacional e comprovadas cientificamente e dado a elevada importância dos Cuidados de Saúde Primários, o presente trabalho trata da implementação da consulta pré-natal especializada, no Centro de Saúde de Albufeira, com o objetivo de melhorar os cuidados na gravidez, contribuindo para a melhoria da saúde materna-fetal.

Palavras-chave: Gravidez, Consulta pré-natal, Cuidados de Saúde Primários.

ABSTRACT

Title: Implementation of Prenatal Consultation Specializing in Primary Health Care

The prenatal period, involves physical, psychological, social and family adaptations and is considered a key period for health intervention, bringing benefits in the short and long term. New challenges are imposed on governments to improve outcomes in maternal and child health. Different international organizations refer the pregnant woman/family to the specialist care of Nurse Midwife (NM), for the excellence of care in terms of safe motherhood. Having the NM skills internationally recognized and scientifically proven and given the high importance of Primary Health Care, the present work deals with the implementation of prenatal consultation specializing at the Health Center of Albufeira with the aim of improving health care in pregnancy contributing to the improvement of maternal-fetal health.

Key words: Pregnancy, Prenatal Consultation, Primary Health Care.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	9
2. ANÁLISE DO CONTEXTO	12
2.1 Caracterização do ambiente de realização do Estágio Final	14
2.2 Caracterização dos recursos materiais e humanos	17
2.3 Descrição e fundamentação do processo de aquisição de competências.....	18
3. ANÁLISE DA POPULAÇÃO/UTENTES	21
3.1 Caracterização geral da população/utentes.....	22
3.2 Cuidados e necessidades específicas da população-alvo	25
3.3 Estudos sobre programas de intervenção com população-alvo.....	29
3.4 Recrutamento da população-alvo	30
4. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE OS OBJETIVOS	32
4.1. Objetivos da intervenção profissional.....	32
4.2. Objetivos a atingir com a população-alvo	33
5. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS INTERVENÇÕES	34
5.1. Fundamentação das intervenções	34
5.2 Metodologias	36
5.3 Análise reflexiva sobre as estratégias acionadas.....	39
5.4 Recursos materiais e humanos envolvidos.....	43
5.5 Contactos desenvolvidos e entidades envolvidas	43
5.6 Análise da estratégia orçamental.....	45
5.7 Cumprimento do Cronograma	46
6. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO.....	48
6.1. Avaliação dos objetivos	48
6.2 Avaliação da implementação do programa	50
6.3 Descrição dos momentos de avaliação intermédia e medidas corretivas introduzidas	51

7. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE COMPETÊNCIAS MOBILIZADAS E ADQUIRIDAS	52
8. CONCLUSÃO	55
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	58
APÊNDICES	65
APÊNDICE A – Questionário Experiências na Maternidade, adaptado do original Canadian Maternity Experiences Survey	66
APÊNDICE B – Resultados Necessidades Especificas das Mulheres Grávidas	73
APÊNDICE C - Plano Síntese dos Objetivos, Atividades e Estratégias de Implementação do Projeto .	89
APÊNDICE D – Autorização para utilização de questionário Maternity Experiences Survey	93
APÊNDICE E – Solicitação de entrevista via e-mail a EESMO responsável pela consulta de Saúde Materna do CS de Faro e respetivo declínio	96
APÊNDICE F - Solicitação de visita à Unidade de Saúde de Tavira.....	98
APÊNDICE G - Revisão dos modelos teóricos de enfermagem e aplicação aos Cuidados Materno-Fetais.....	100
APÊNDICE H – Plano de assistência a Pré-natal de Baixo Risco e sistematização da consulta	103
APÊNDICE I - Apresentação de Projeto de Assistência Pré-Natal de Baixo risco pelo EESMO em formato PowerPoint.....	115
APÊNDICE J – Parecer do ACES Central para implementação do Projeto Piloto no CS de Albufeira	121
APÊNDICE K - Instrumentos de apoio à prestação de cuidados	123
APÊNDICE L - Instrumentos de apoio à gestão da assistência de enfermagem	134
APÊNDICE M - Solicitação de parecer ao Conselho Clínico do ACES Central para utilização de instrumentos de atendimento da assistência de Enfermagem.....	142
APÊNDICE N - Documento de referenciação para Curso de Preparação para o Nascimento e Parentalidade.....	145
APÊNDICE O - Questionário de satisfação e qualidade da consulta de Vigilância Pré-Natal	148

Índice de Tabelas

Tabela 1 Consultas SMO realizadas no Centro Saude de Albufeira no ano 2011	16
Tabela 2 Dados sociodemográficos das mulheres com parto em 2011 residentes em Albufeira	23
Tabela 3 Aspetos sociodemograficos das utentes da consulta pré-natal na Extensão das Ferreiras .	31
Tabela 4 História Reprodutiva e Obstetrica das utentes da consulta pré-natal na Extensão das Ferreiras	31

Índice de Figuras

Figura 1 Agrupamento de Centros de Saude do Algarve (ACES).....	14
Figura 2 Unidades Assistenciais que integram o Centro de Saúde de Albufeira.....	15

Índice de Gráficos

Gráfico 1 Nados vivos por idade materna	23
Gráfico 2 Nados vivos por paridade materna	24
Gráfico 3 Nascimentos por peso á nascença	24

1. INTRODUÇÃO

Os cuidados materno-infantis têm sofrido consecutivas reformas ao longo dos tempos, constituindo uma prioridade para os governos e organizações de saúde. Os Indicadores de Saúde Materno-Infantil exprimem a adequação da assistência materno-infantil, a qualidade dos cuidados e o impacto de programas de intervenção nesta área. Os resultados obtidos transmitem a ideia do investimento e benefícios de políticas protetoras.

O maior esforço realizado até à época, com vista à melhoria dos cuidados materno-infantis, sucedeu-se no ano 2000, com a adoção da Declaração do Milénio, por 189 estados Membros das Nações Unidas, no qual constam o 4^o e 5^o Objetivos de Desenvolvimento do Milénio, que dizem respeito à melhoria da saúde materna e infantil a atingir até 2015 (World Health Organization [WHO], 2012).

No entanto, segundo o relatório das Nações Unidas (2012) *The Millennium Development Goals Report*, os resultados em saúde materno-infantil mostram um progresso lento, ficando longe das metas estipuladas. Neste contexto Portugal coloca-se como um dos países com as taxas de mortalidade infantil mais baixas na Europa, sendo que há 10 anos que este indicador se mantém abaixo da média Europeia com 2,5/1000 Nados Vivos (NV) no ano 2010. No entanto, apesar de se manter entre os valores mais baixos da Europa, no ano 2011 inverteu a tendência para 3,1/1000 NV (PORDATA, 2011).

Também a mortalidade materna no nosso país mostra prejuízo na evolução, verificando-se em 2009 na Europa dos 27, uma representação mais elevada 7/100.000 NV, comparativamente à média europeia 6,3/100.000 NV e em 2010 agravou-se para 7,9/100.000 NV³.

Também os nascimentos pré-termo sofreram um aumento significativo de 5,9/100NV em 2001 para um valor de 8,8/100 NV em 2009, assim como o baixo peso ao nascer, que de acordo com a WHO (2010) está a aumentar mais depressa que a média europeia, registando em 2001 um valor de 7,1/100 NV e em 2009 um valor de 8,2/100 NV, colocando Portugal nos países da Europa com piores resultados. De acordo com o Plano Nacional de Saúde (PNS, 2012-2016) a projeção destes indicadores para o ano 2016 será

¹ Reduzir em dois terços entre 1990 e 2015 a taxa de mortalidade de menores de 5 anos (WHO, 2012)

² Reduzir em três quartos entre 1990 e 2015, a taxa de mortalidade materna e alcançar em 2015 o acesso universal à saúde reprodutiva (WHO, 2012)

³ <http://www.pordata.pt/Europa/Taxa+de+mortalidade+materna-1825>

em sentido crescente, prevendo-se um aumento de nascimentos pré-termo para valores de 13,5/100NV e o baixo peso à nascença para valores de 8,8/100NV (WHO, 2010; EUROPERISTAT, 2004; PNS, 2012-2016).

A casuística sugere necessidade de maior investimento na área, ideia que recupera o 4º e 5º Objetivo do Milénio e conduz para justificável inserção de novos programas de intervenção preventiva, destacando assim a importância dos CSP, na promoção de saúde e prevenção da doença, reconhecendo os centros de saúde (CS) como a “base institucional e o pilar central de todo o sistema de saúde”, tornando-se necessária a sua preservação, modernização e desenvolvimento (Grupo Técnico para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários, 2006).

De acordo com o PNS (2012-2016, p.12), o acompanhamento da grávida e recém-nascido (RN) “é da responsabilidade dos cuidados primários, do Médico e do Enfermeiro, em articulação com os cuidados hospitalares em situações de risco” e recomenda intervenção a nível do “seguimento adequado da grávida nos cuidados primários (...) prevenção da prematuridade e baixo-peso ao nascer e cuidados adequados pós natal nestas situações”. O mesmo menciona ainda que intervenções nas áreas de planeamento e acompanhamento da gravidez, preparação para o parto e parentalidade, estilos de vida saudáveis na gravidez, amamentação e imunização, trazem benefícios para a saúde a médio e longo prazo.

A WHO e alguns governos na União Europeia (UE), reconhecem o EESMO, como elemento fundamental para melhorar os resultados de saúde maternos e neonatais, através da prestação de cuidados especializados eficazes, seguros e sustentáveis na gravidez parto e puerpério (National Perinatal Association [NPA], 2008; WHO, 2011^a). Estudos revelam que os cuidados prestados pelo EESMO podem resultar em menores taxas de prematuridade e de pré-eclâmpsia, melhores resultados na amamentação e maior grau de satisfação por parte das utentes (NPA, 2008).

Dada a importância dos cuidados prestados durante a gravidez ao nível dos CSP e a elevada qualificação do EESMOG, torna-se necessário rentabilizar este recurso dirigindo a sua atividade para a vigilância da maternidade, em prol de uma prestação de cuidados de saúde que aumente a satisfação dos utentes e a satisfação profissional do EESMOG, contribuindo em ambos os campos para a modernização e desenvolvimento dos CSP.

A Consulta de Enfermagem Pré-Natal é uma área de atuação defendida pela Ordem dos Enfermeiros (OE), tendo o conceito e respetivas atividades sido aceites por maioria na Assembleia do Colégio da ESMOG em 16 de Julho de 2011, assim de acordo com a OE

constitui um “ato de assistência prestado pelos EESMOG à grávida e família, que visa definir, em parceria, um plano de cuidados individualizado, que promova a vivência saudável da gravidez, facilite a transição para a parentalidade e favoreça a participação ativa do casal grávido em todo o processo” (OE, Outubro 2011, p.15). Com este ato de assistência, pretende promover-se o autocuidado da grávida, as competências parentais, o empoderamento e uso de estratégias no autocontrolo durante o parto, a formulação do Plano de Parto e Plano de parentalidade e a prevenção e identificação precoce de complicações materno-fetais.

Cientes da importância do papel do EESMOG, tanto na afirmação e delimitação de funções, como nos benefícios que podem acrescentar à saúde das beneficiárias, o presente documento relata a implementação de uma consulta de vigilância pré-natal nos CSP, no âmbito do exercício das suas competências específicas.

Ainda de acordo com o PNS (2012-2016) “a saúde resultará de um trabalho multidisciplinar, em que cada profissão contribui com o seu saber e responsabilidade” (p.4), tendo por base o trabalho em equipa, os atos necessários à prestação de cuidados adequados podem ser, ou exclusivamente da responsabilidade de um dos grupos de técnicos de saúde (enfermeiros) ou necessitam da intervenção de ambos, e são desenvolvidos conforme os recursos, as competências, as aptidões, através de normas de atuação e articulação, de uniformização de procedimentos e linguagem uniforme (Direção Geral de Saúde [DGS], 2008).

Desde a conceptualização à implementação, o presente projeto contou com a concordância, apoio e colaboração dos superiores hierárquicos envolvidos.

O atual relato respeita no conteúdo, o documento orientador do Relatório de Mestrado da Universidade de Évora. Respeita ainda as normas da American Psychological Association (APA) traduzido, 6ª edição.

2. ANÁLISE DO CONTEXTO

A gravidez é um processo fisiológico do ciclo de vida da mulher, no qual são esperados ajustamentos naturais do organismo materno, não podendo por isso ser vista como uma condição de doença. A vigilância da gravidez por sua vez, pretende “assegurar uma gravidez saudável, fisicamente segura e emocionalmente satisfatória para a mãe, criança e família” (Lowdermilk, 2008, p.223).

Em Portugal, no contexto atual dos CSP, a vigilância da gravidez de baixo risco é assumida pelo médico de família, especialista em Clínica Geral e Familiar (MCGF), mediante um esquema de consultas mensais até as 36 semanas de gestação e quinzenais até ao parto, num total de 10 consultas ou 6 no mínimo, devendo a mulher iniciar a vigilância da gravidez antes das 12 semanas de gravidez, podendo o intervalo entre as consultas ser encurtado se houver necessidade, cumprindo desta forma as recomendações da DGS (1993). A consulta de enfermagem obedece ao mesmo esquema, sendo prévia à consulta médica, com uma duração programada para vinte minutos e os cuidados de enfermagem estabelecem-se na base de intervenções autónomas e interdependentes.

Segundo o Regulamento n.º 127/2011, publicado em Diário da República, 2ª série-n.º35, de 18 de Fevereiro de 2011⁴, que define e regulamenta a certificação das Competências Específicas do EESMOG, é beneficiária dos cuidados desta especialidade “a mulher no âmbito do ciclo reprodutivo”, assumindo o EESMOG “intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos fisiológicos e processos de vida normais no ciclo reprodutivo da mulher” (p.8662).

De acordo com este documento, o EESMOG “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” (p.8662), referenciando precocemente as situações que estão para além da sua área de atuação. Pode ainda ler-se no mesmo a competência específica de diagnosticar precocemente e prevenir complicações na saúde da mulher, podendo para isso prescrever “exames auxiliares de diagnóstico necessários à deteção de gravidez de risco”, identificar e monitorizar “desvios

⁴www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20127_2011_CompetenciasEspecifEnfSMObst_Ginecologica.pdf

à gravidez fisiológica, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação” (p.8663).

Na Lei n.º 9/2009, de 4 de Março, artigo 39⁵ podem ler-se as intervenções profissionais da parteira no espaço europeu, que em Portugal corresponde ao enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica, que incluem o diagnóstico da gravidez, a vigilância da gravidez normal, a execução dos exames necessários à vigilância da evolução da gravidez normal, a prescrição ou aconselhamento dos exames necessários ao diagnóstico o mais precoce possível de gravidez de risco, entre outros (EU, 1980, Diretiva 80/155, Artigo 4º n.º2 e 3⁶; EU, 2005, Diretiva 2005/36, Artigo 42º alíneas b e c⁷). De fato na transposição para a lei interna, o Decreto-Lei n.º 333/87 de 1 de Outubro define as condições de aplicação às atividades de parteira, o Decreto-Lei n.º 298/98 de 4 de Setembro legisla sobre parteiras portuguesas não enfermeiras⁸ e a lei n.º9/2009 de 4 de Março⁹, ratifica as atividades enunciadas na Diretiva 2005/36.

Apesar do EESMO ter as suas competências específicas regulamentadas e publicadas, como foi referido anteriormente, o atual Sistema Nacional de Saúde (SNS), não prevê a comparticipação de exames complementares, necessários à vigilância da gravidez de baixo risco quando prescritos pelo EESMO e contratualiza unicamente atos e objetivos médicos, tornando interdependentes as intervenções do EESMOG na gravidez (MCEESMO, 2011). Subjacente aos cuidados prestados pelo EESMOG, o código deontológico dos enfermeiros publicado em DR Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro, Seção II, Artigo 78º¹⁰, declara que estes assumem o dever de:

trabalhar em articulação e complementaridade com os restantes profissionais de saúde; integrar a equipa de saúde, em qualquer serviço em que trabalhe, colaborando, com a responsabilidade que lhe é própria, nas decisões sobre a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento e recuperação, promovendo a qualidade dos serviços. (p.6549)

Assim no seio da equipa multiprofissional, os cuidados de enfermagem desenvolvem-se em intervenções interdependentes, iniciadas por outros profissionais de saúde, numa lógica de colaboração e intervenções autónomas, como a elaboração de diagnósticos de enfermagem, prescrição e implementação de intervenções (Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2009; OE, Dezembro, 2001).

⁵ <http://dre.pt/pdf1s/2009/03/04400/0146601530.pdf>

⁶ <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=DD:06:02:31980L0155:PT:PDF>

⁷ http://www.dges.mctes.pt/NR/rdonlyres/84F15CC8-5CE1-4D50-93CF-C56752370C8F/1143/Directiva36_2005.pdf

⁸ <http://www.dre.pt/pdf1s/1989/09/20300/37873788.pdf>

⁹ http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/Lei_9_2009.pdf

¹⁰ [de www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Lei_111-09_16__Setembro_EstatutoOE.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Lei_111-09_16__Setembro_EstatutoOE.pdf)

2.1 Caracterização do ambiente de realização do Estágio Final

A rede pública de CSP da região do Algarve encontra-se organizada desde 2008 (Dec./Lei n.º 28/2008 de 22 de Fevereiro) em três Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES): ACES Algarve I-Central, ACES Algarve II-Barlavento, e ACES Algarve III-Sotavento (Figura 1). Cada agrupamento é constituído por CS, Extensões de Saúde, Unidades de Saúde Familiar (USF), Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) e restantes Unidades Funcionais, promovendo cuidados de medicina geral e familiar e de enfermagem, ao longo do ciclo de vida. Cada ACES integra um diretor executivo e um concelho clínico constituído por um diretor clínico e 3 adjuntos¹¹.

O ACES Algarve I-Central, engloba as unidades de saúde integradas nos CS de Albufeira, Loulé, S. Brás de Alportel, Faro (sede) e Olhão, tendo o estágio final, sido desenvolvido no CS de Albufeira.



Figura 1 Agrupamento de Centros de Saúde do Algarve (ACES)

Fonte: ARS Algarve (2012)

O CS do concelho de Albufeira, tem associadas duas Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), correspondendo a UCSP I à sede do Centro de Saúde, dividida em módulos de saúde e a UCSP II às extensões de saúde das Freguesias de Olhos de Água, Ferreiras, Paderne e Guia. Fazem ainda parte do CS de Albufeira, uma Unidade de Saúde Familiar (USF), a Unidade de Cuidados na Comunidade, uma unidade de Saúde Pública, uma extensão do Centro de Diagnóstico Pneumológico, um serviço de Urgência

¹¹ De acordo com Dec./Lei n.º 28/2008 de 22 de Fevereiro, artigo 25.º os adjuntos do conselho clínico são um médico da especialidade de saúde pública, um enfermeiro com a categoria de, pelo menos, enfermeiro especialista e um profissional designado de entre profissionais de saúde do ACES.

Básica, a Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (que inclui os técnicos: terapeuta ocupacional, terapeuta da fala, nutricionista, psicólogas e higienista oral), uma Unidade de Apoio à Gestão (UAG) e o Gabinete do Cidadão (Figura 2).

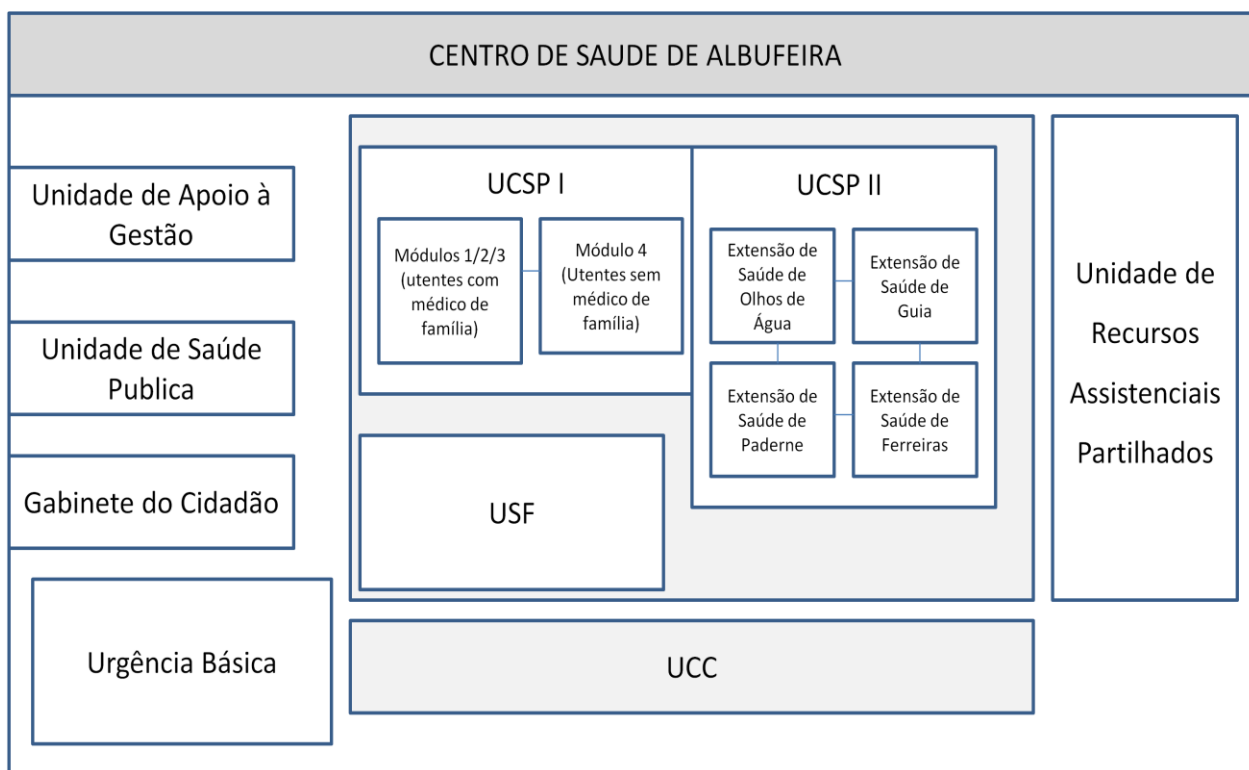


Figura 2 Unidades Assistenciais que integram o Centro de Saúde de Albufeira

É na área de abrangência da UCSP II, que o presente projeto se enquadra, especificamente na área de influência assistencial da Extensão de Saúde de Ferreiras.

As UCSP de Albufeira, à semelhança de todas as UCSP têm como missão “prestar cuidados curativos, preventivos e de promoção de saúde ao utente e família, através de uma intervenção personalizada (...) garantindo a acessibilidade, a continuidade, a globalidade, qualidade e continuidade dos mesmos” (Ministério da Saúde, 2011, p.4). As UCSP encontram-se organizadas por equipas de trabalho, constituídas por MCGF, enfermeiros (especialistas em saúde comunitária e generalistas), assistentes técnicas (administrativas) e assistentes operacionais (auxiliares), coordenada por um médico nomeado pelo diretor executivo do ACES, que por sua vez nomeia um enfermeiro e uma assistente técnica responsáveis pelas respetivas categorias profissionais.

Cada extensão de saúde e módulos, compreendem equipas fixas de profissionais: dois médicos, uma enfermeira e uma administrativa. As equipas são constituídas tendo por base os utentes inscritos no ficheiro de um determinado médico, ressaltando-se a estrutura familiar (cerca de 1550 utentes), constituindo também a população alvo de cuidados

individuais e familiares do enfermeiro pertencente à equipa (cerca de 3000 utentes/enfermeiro que corresponde ao dobro do preconizado).

Os cuidados encontram-se organizados com dias específicos programados, de forma a dar resposta aos programas de vigilância de saúde: Planeamento Familiar, Saúde Materna, Saúde Infantil; programa nacional de vacinação e acompanhamento a grupos de risco como diabéticos, hipertensos e hipocuagulados.

As consultas de vigilância da gravidez decorrem semanalmente, havendo um total de 4 vagas para as consultas de saúde materna, agendadas num intervalo de 20 em 20 minutos. A grávida com consulta previamente marcada, ao chegar dirige-se à assistente técnica que efetiva a consulta, seguidamente é realizada a consulta individual de enfermagem e por último a consulta com o MCGF. O modelo organizativo de cuidados praticado atualmente, aproxima-se ao modelo de enfermeiro de família, preconizado pela WHO e OE (Dezembro, 2001), e de acordo com os objetivos do Plano Nacional de Saúde 2004-2010 (Portugal, 2004), que assenta no pressuposto dos cuidados de enfermagem centrados na família, na saúde e na doença ao longo do ciclo de vida dos seus elementos.

No ano 2011 de acordo com dados do Instituto Nacional de Estatística (INE, 2011) a cidade de Albufeira registou 445 nascimentos de nados vivos. Através dos dados consultados no sistema SINUS relativos ao mesmo ano (Tabela 1), pôde apurar-se um total de 401 grávidas consultadas no CS de Albufeira (90,1%), com uma média de 6,7 consultas realizadas durante a gravidez e um total de 2693 consultas realizadas.

Observou-se igualmente uma precocidade de 85,8%, sendo que 14,2% iniciou vigilância da gravidez após as 12 semanas de gestação e 6% das grávidas iniciaram vigilância da gravidez apenas no 3º trimestre de gestação.

Tabela 1 Consultas SMO realizadas no Centro Saude de Albufeira no ano 2011

	CS Albufeira	UCSP1	UCSP 2			
			ES Olhos de Água	ES Paderne	ES Ferreiras	ES Guia
Nº de grávidas atendidas	401	308	14	23	32	24
Nº de grávidas que iniciaram vigilância da gravidez no 1ºTrimestre	344	277	12	18	25	24
Nº de grávidas que iniciaram vigilância da gravidez no 2ºTrimestre	21	16	0	1	4	0
Nº de grávidas que iniciaram vigilância da gravidez no 3ºTrimestre	24	15	2	4	3	0
Nº de consultas realizadas	2693	2128	77	155	144	189

2.2 Caracterização dos recursos materiais e humanos

O espaço físico da Extensão de Saúde de Ferreira, à semelhança dos módulos e outras extensões de saúde, é composto por dois gabinetes médicos, uma sala de enfermagem, uma sala de espera com guiché administrativo e casa de banho. O horário de funcionamento compreende o período entre as 8 e as 20 horas na sede, funcionando as extensões de saúde entre as 9 e as 16 horas, apenas nos dias úteis.

Os gabinetes médicos dispõem de marquesa ginecológica, um Doppler de audição da frequência cardíaca fetal (partilhado por ambos os médicos) e fita métrica. O gabinete de enfermagem dispõe de uma balança pediátrica, uma balança para adultos, uma marquesa comum, esfigmomanómetro digital e aparelho digital de avaliação de glicémia, entre outros.

Os gabinetes médicos, de enfermagem e administrativos estão informatizados, com acesso a computador e impressora para estes técnicos. O sistema informático de Apoio à Prática de enfermagem (SAPE) é o sistema operacional utilizado no CS de Albufeira, e tem por base a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), criado pelo International Council of Nurses (ICN). Permite assim uma linguagem uniforme e um registo padronizado dos cuidados prestados aos utentes, bem como organização e registo do trabalho desenvolvido, continuidade dos cuidados tornando-os facilmente acessíveis e conduzindo a maior visibilidade dos contributos para a saúde e dos cuidados de enfermagem (Pinto, L.F. 2009; OE, 2009). A nível de cuidados médicos o sistema informático que apoia a prática clínica designa-se por SAM (Sistema de Apoio Médico) e permite cruzar alguns dados com o CIPE/SAPE.

A equipa de enfermagem compreende na totalidade (UCSP I e II) cerca de 11 enfermeiros, sendo que oito têm equipa formada com 16 médicos e os restantes 3 enfermeiros constituem a equipa de enfermagem dos utentes sem médico de família atribuído. O CS de Albufeira tem ainda afeta uma enfermeira ESMO a desempenhar funções de Vogal do Conselho Clínico do ACES Central Algarve I, que até à data não estava envolvida na prestação direta de cuidados de enfermagem naquela instituição.

A equipa da URAP é ainda constituída por duas psicólogas, terapeuta ocupacional, terapeuta da fala, nutricionista, higienista oral e uma enfermeira, envolvidos em programas e projetos como Grupo de Apoio à Saúde Mental Infantil (GASMI), Comissão de Proteção de crianças e Jovens (CPCJ), Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco e Preparação para o Nascimento e Parentalidade.

2.3 Descrição e fundamentação do processo de aquisição de competências

De acordo com WHO (2011b), competência define-se como um conjunto de habilidades e conhecimentos adquiridos, que requerem constante atualização, e que permitem no exercício profissional, executar determinadas tarefas e prestar cuidados seguros, produzindo resultados desejados e de qualidade. Competência envolve simultaneamente valores, ética, princípios e capacidade reflexiva, constituindo-se de acordo com Fullerton et al (2010) referido por WHO (2011b) como “uma combinação complexa de conhecimentos, desempenho, habilidades, valores e atitudes” (p.9).

O EESMO, para além dos cuidados de Enfermagem gerais, é detentor de competências científicas, técnicas e humanas específicas que lhe permitem também prestar cuidados diferenciados, resultantes do desenvolvimento de competências e aprofundamento de conhecimentos específicos (OE, Dezembro, 2009).

A OE (2007) afirma que “o conjunto de competências clínicas especializadas decorre do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados Gerais e concretiza-se em competências comuns e específicas” (como citado por OE, Dezembro 2009, p.10), sendo que as competências comuns dizem respeito à capacidade de conceção, gestão e supervisão, nos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua de qualidade, gestão de cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais, sendo partilhadas por todos os enfermeiros especialistas. Enquanto as competências específicas são as que “decorrem das respostas humanas aos processos de vida, aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas” (OE, Dezembro, 2009, p.10).

O processo de aquisição de competências, requer assim o desenvolvimento do conhecimento cognitivo (entendimento de fenómenos, factos e procedimentos), que se dá essencialmente através da aprendizagem individual (leitura, debate e discussão) que permite, ao longo da prática clínica compreender o conhecimento científico fundamental e em permanente evolução. Na mesma perspetiva, os conhecimentos científicos adquiridos e compreendidos deverão traduzir-se na prática clínica em Obstetrícia, em habilidades e capacidades de executar diferentes tarefas com sucesso em variados contextos (Licquirish & Seibold, 2008 citado por WHO, 2011b).

As competências específicas do EESMO, em Portugal atribuídas pelo Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, são legalmente reconhecidas

pela legislação vigente (Lei n.º 9 de 4 de Março de 2009) e pela OE, e permitem-lhe no seu exercício profissional “realizar a vigilância da saúde da mulher ao longo do ciclo reprodutivo, a vivenciar processos de saúde/doença nos períodos pré-concepcional, pré, intra e pós-natal e ao recém-nascido até ao 28º dia de vida” (MCEESMO, 2010, p.1), assim como no âmbito da Educação Sexual, Planeamento Familiar, Ginecologia, Climatério e saúde Pública.

As competências obtidas na sua formação, reconhecida e certificada pela OE, permite ao EESMO no exercício profissional, oferecer a resposta mais adequada às necessidades do utente, contribui para o progresso da profissão pela sua conduta baseada na evidência e através da investigação, bem como “ajuda a encontrar soluções para problemas de saúde complexos, a todos os níveis – ao nível do alvo de cuidados e seus conviventes significativos, ao nível intra e inter-profissional e ao nível do suporte de decisão dos responsáveis organizacionais e políticos” (OE, 2007 citado por MCEESMO 2011, p.1).

A forma como um profissional desempenha o seu trabalho e portanto aplica os conhecimentos científicos, tem subjacente também, um conjunto de características pessoais, como “habilidades de comunicação (falar e escutar), capacidade de promover relações interpessoais de apoio, a capacidade de respeitar diversas culturas e tradições, sensibilidade para comunicar com comunidades, famílias e indivíduos” (WHO, 2011b, p.7), ser possuidor de pensamento crítico, fundamental para a tomada de decisão, diagnóstico e resolução de problemas na prática clínica, assim como revelar uma conduta baseada nos valores e ética profissional, considerando os contextos religioso e cultural do utente (WHO, 2011b de acordo com Turner, 2005; Daly, 2001; Profetto-McGrath, 2005; Fesler-Birch, 2005 e Vanaki & Memarian, 2009).

Na UE, as habilitações para o exercício de atividade de parteira estão definidas desde a década de 80 (Diretiva 80/155/CE) e transpostas para o direito interno desde 1987 pelo Decreto-Lei n.º322/87 de 28 de Agosto e Decreto-Lei n.º 333/87 de 1 de Outubro. O Decreto-Lei n.º 298/89 de 4 de Setembro¹² legisla sobre parteiras portuguesas e não enfermeiras e a lei n.º 9/2009 de 4 de Março¹³, ratifica as atividades enunciadas na Diretiva 36/2005/CE de 7 de Setembro, relativa ao reconhecimento das qualificações profissionais.

Relativamente ao diagnóstico e vigilância da gravidez normal, à execução dos exames necessários à vigilância da evolução da gravidez normal e à prescrição ou

¹² <http://www.dre.pt/pdf1s/1989/09/20300/37873788.pdf>

¹³ http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/Lei_9_2009.pdf

aconselhamento dos exames necessários ao diagnóstico o mais precoce possível de gravidez de risco, pode ler-se na Lei n.º 9/2009, de 4 de Março, artigo 39º que ao EESMOG são reconhecidas competências científicas, técnicas e humanas que lhe permitem realizar entre outras, as intervenções profissionais referidas.

A WHO reconhece a importância e valor dos EESMOG na concretização do objetivo de uma maternidade segura, defendendo que o fornecimento de atendimento especializado por parteiras resulta numa eficaz e sustentável redução da morbidade e mortalidade materna e neonatal (WHO, 2011c).

Alguns países, principalmente na Escandinávia, no norte da Europa o EESMOG assume-se como elemento fundamental e cuidador principal da mulher, na gravidez, parto e puerpério de baixo risco, com o direito legal de praticar cuidados especializados independentes e sem supervisão clínica, no exercício pleno da sua autonomia e competências (NPA, 2008; Banta, 2003). Em Portugal, este modelo não é frequente, mas é porventura desejável, dado que a formação dos EESMOG, em Portugal, é realizada de acordo com as normas europeias (Decreto-Lei n.º 322/87 de 28 de Agosto).

De acordo com a Entidade Reguladora de Saúde (2009), pela importância reconhecida aos CSP, os investimentos devem ser dirigidos para um atendimento ao utente “de qualidade, em tempo útil (melhoria do acesso), com efetividade, humanidade e custos sustentáveis ao longo do tempo” (p.4). Sabendo que aos cuidados prestados pelo EESMOG, é reconhecida elevada qualidade e que cuidados de qualidade na vigilância da gravidez, proporcionam melhoria de resultados na saúde materno-infantil, prevê-se que a intervenção do EESMO no âmbito da consulta pré-natal no CS, beneficie pela melhoria da qualidade, como também pelo acesso e a efetividade, proporcionado por um maior período de atendimento especializado na área materno-fetal, uma vez que o utente pode ser atendido em qualquer momento do período de prestação de serviços do EESMOG, sempre que procure os cuidados, o que se traduz numa resposta rápida e eficaz às suas necessidades/problemas.

São estes pressupostos, que justificam e suportam legalmente a implementação do presente projeto e é igualmente através da sua implementação em contexto de estágio/prática clínica, pelo aprofundamento e desenvolvimento de conhecimento científico/humano e habilidades práticas, que se adquirem as competências de Enfermeiro ESMOG.

3. ANÁLISE DA POPULAÇÃO/UTENTES

Definir a população é um passo fundamental, ao desenhar um projeto. A sua definição determina com precisão a população que será estudada e a sua análise permite compreender as suas carências e justificar a necessidade do EESMOG na prestação de cuidados. Assim define-se população como um “grupo de pessoas ou de objetos, tendo características comuns” (Fortin, Côté & Fillion, 2009, p.70). Ao conjunto de elementos que satisfazem os critérios de seleção definidos *a priori* e que permitem fazer generalizações, denomina-se de população alvo, o objeto de estudo. A população que se tem acesso chama-se população acessível, que “tanto quanto possível, ela deve ser representativa da população alvo” (Fortin, et al., 2009, p.311).

A população alvo do presente estudo é constituída pelas utentes grávidas em vigilância pré-natal no CS Albufeira, sendo a população acessível as utentes grávidas em vigilância da gravidez na Extensão de Saúde das Ferreiras. Esta definição de população alvo e população acessível justifica-se pelo facto de inicialmente se ter definido como população alvo do presente projeto as utentes da área de influência do CS de Albufeira-UCSP II. Após reunião com a presidente do conselho clínico do ACES Central e vogal de Enfermagem e após auscultar a Coordenadora Clínica da UCSP II, com o objetivo de validar a implementação do projeto junto desta população, considerou-se que a sua implementação deveria decorrer de forma faseada, iniciando-se como projeto-piloto na Extensão de Saúde das Ferreiras, por ser a que detinha maior percentagem de mulheres grávidas e por haver maior receptividade e colaboração da parte clínica, nesta unidade.

Por estar prevista a fusão das UCSP I e II, os superiores hierárquicos consideraram para a posteridade, a possibilidade do projeto, se dirigir às utentes sem médico de família atribuído, pela condição especial de vulnerabilidade multifatorial em que este grupo se encontra, logo com necessidade de intervenção prioritária da atuação do EESMOG.

A definição da população em estudo pressupõe a determinação de critérios de inclusão, que correspondem às características essenciais que se pretendem encontrar na amostra, para que esta seja o mais homogénea possível (Fortin, et al., 2009).

Assim definem-se como critérios de seleção:

- gravidez de baixo risco
- vigilância da gravidez na Extensão de Saúde das Ferreiras
- realização de pelo menos uma consulta de SM com o EESMOG

Ainda de acordo com os autores referidos anteriormente, a amostra por sua vez corresponde à “fração da população sobre a qual se faz o estudo” (p.312), devendo ser representativa da população em estudo, a sua constituição está dependente do “objetivo procurado, constrangimentos no terreno e a capacidade de acesso à população estudada” (p.312).

3.1 Caracterização geral da população/utentes

Albufeira à semelhança dos demais concelhos do Algarve é uma região turística e sujeita a movimentos migratórios, o que tem sustentado o aumento populacional e o aumento da natalidade nos últimos anos, apresentando em 2011 uma taxa de natalidade de 10,9%. Com cerca de 40 910 habitantes residentes, 51% são mulheres das quais 39,9% encontram-se em idade fértil (PORDATA, 2011), registando-se um total de 445 nascimentos (INE, 2011).

Aspetos sociodemográficos

Os aspetos sociodemográficos podem ler-se na Tabela 2, analisando-se que dos 445 nascimentos registados a nacionalidade predominante é a portuguesa, 40,2% das mulheres encontravam-se em situação laboral desempregadas ou inativas e a grande maioria tem como habilitações literárias o ensino secundário. No que diz respeito à constituição das famílias, a maioria das mulheres coabitam com o pai do bebé, sendo que os nascimentos dentro do casamento acompanham a tendência nacional decrescente de 37,7% do total.

Tabela 2 Dados sociodemográficos das mulheres com parto em 2011 residentes em Albufeira

Nacionalidade	Nº
Portuguesa	280
Estrangeira	165
Estado Civil	
Casada	168
Em coabitação com o pai do bebé	220
Solteira sem coabitação	57
Habilitações Escolares	
Sem habilitações	3
Ensino básico	141
Secundário	192
Superior	98
Condição perante o trabalho	
Empregada	255
Desempregada	88
Inativa	91

Fonte: Elaborado com base nos dados disponibilizados pelo INE, 2011.

A maior parte dos nascimentos sucederam-se em mulheres de faixa etária entre os 25 e 34 anos de idade. É ainda de referir, pelas suas repercussões médicas e obstétricas que a maternidade em idade avançada ocupa uma taxa de 3,8% dos nascimentos em Albufeira (Gráfico 1).

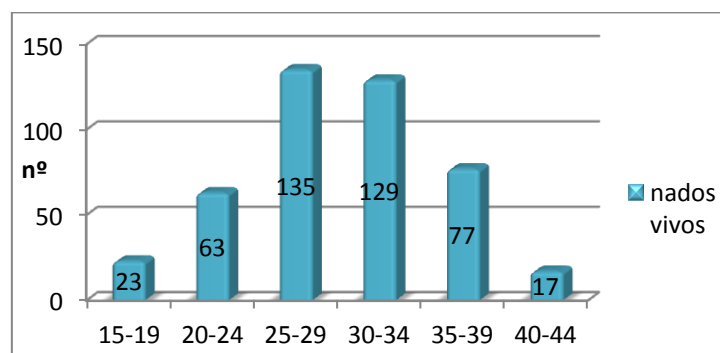


Gráfico 1 Nados vivos por idade materna

▪ ***Historia obstétrico-ginecológica***

Relativamente à Paridade, dos 445 nascimentos, em 2011, metade das mulheres foram primíparas, 160 tiveram o segundo filho e 38 mulheres o terceiro filho.

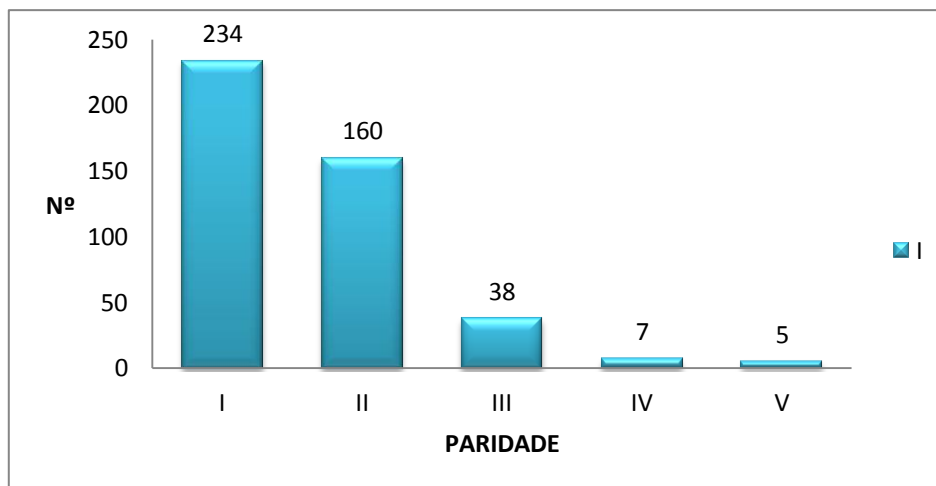


Gráfico 2 Nados vivos por paridade materna

Relativamente à duração da gravidez, a grande maioria dos recém-nascidos foram de termo culminando a gestação entre as 37 e as 41 semanas, sendo que 7,8% das gravidezes resultaram em partos prematuros com predominância entre as 32 e as 36 semanas. Não se verificaram gestações superiores a 41 semanas, pois é protocolo hospitalar da região, a indução programada às 41 semanas de gestação.

Os recém-nascidos tiveram na sua maioria um bom peso de nascimento entre os 3000g e 3499g, encontrando-se ainda uma grande percentagem de recém-nascidos acima dos 4000g (27% macrossómicos), enquanto que os RN com baixo peso à nascença também tiveram uma representação significativa nesta população (8,7%).

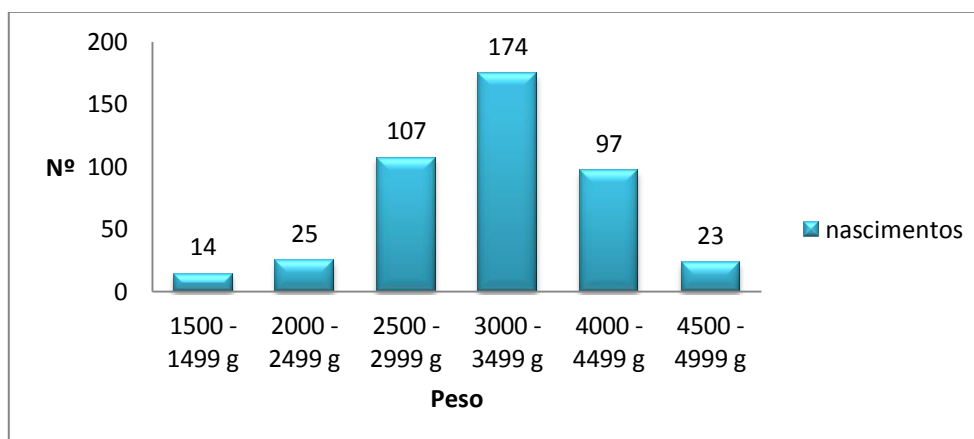


Gráfico 3 Nascimentos por peso à nascença

Pode-se assim concluir através dos dados acessíveis do INE que o perfil da mulher grávida residente no concelho de Albufeira é jovem, tem na sua maioria completa a

escolaridade obrigatória (43%) ocupando a escolaridade básica um valor expressivo de 31%, maioritariamente empregada, em coabitação com o pai do bebé, a maioria iniciou a vigilância pré-natal ainda no primeiro trimestre, com 92% das gestações de termo (INE, 2011), não se conseguindo apurar a utilização prévia de contraceção ou planeamento da gravidez.

3.2 Cuidados e necessidades específicas da população-alvo

A gravidez é um período no ciclo de vida da mulher, de aproximadamente 40 semanas, com adaptações físicas ao desenvolvimento do próprio feto e adaptações psicológicas específicas à experiência de estar grávida e da maternidade, adaptações essas que compreendem aspetos sociais, profissionais, familiares, conjugais e pessoais (Leal, 2005; Bortoletti, 2007).

A gravidez de baixo risco é um processo fisiológico normal, na qual se espera que evolua sem intercorrências. De acordo com a Norma N.º 37/2011 da DGS “considera-se gravidez de baixo risco aquela em que não é possível identificar, após avaliação clínica, nenhum fator acrescido de morbilidade materna, fetal e/ou neonatal” (p.2). Em oposto a gravidez de risco é aquela em que é maior a probabilidade de desfecho adverso para a mãe e/ou feto comparativamente à população em geral (Campos, Montenegro & Rodrigues, 2008).

Como período de transição do ciclo de vida da mulher, a gravidez é uma etapa maturacional que afeta todos os membros da família e que por isso também requer adaptação destes aos seus papéis. Durante este período, as necessidades da mulher/casal dividem-se essencialmente entre necessidades de orientação/informação e cuidados de vigilância do bem-estar materno e fetal, de forma a ver assegurada uma gravidez saudável, fisicamente segura e emocionalmente satisfatória para a mãe, criança e família, sem prejuízo para a saúde materna (Corbett, 2008).

Os cuidados prestados durante a gravidez permitem detetar e tratar problemas de saúde pré-existentes ou desenvolvidos na gravidez, possibilitam monitorizar o crescimento e desenvolvimento do bebé, bem como detetar intercorrências que possam interferir com a evolução da gravidez e/ou parto (Lowdermilk, 2008).

Para além das necessidades comuns a todas as grávidas, o meio económico-socio-cultural onde a grávida está inserida, a sua própria história pessoal/obstétrica e as

características pessoais determinam também as suas necessidades de cuidados particulares, pelo que o EESMOG precisa de estar atento aos aspetos biopsicossociais, culturais e económicos da grávida e família no objetivo da excelência dos cuidados (Corbett, 2008).

Cada mulher tem uma experiência de gravidez individual e por isso necessidades e preocupações particulares, pois as transformações inerentes à gravidez podem trazer sentimentos ambivalentes de angústia, medo, insegurança, dúvidas e curiosidades sobre a gravidez, desenvolvimento fetal e parto (Siqueira, 2001 referido por Moura & Lopes, 2003).

Para compreender as experiências e conhecer as necessidades específicas das mulheres grávidas do concelho de Albufeira, foi realizada uma pesquisa descritiva, através da aplicação de um questionário às utentes não abrangidas pela intervenção no período de estágio (Apêndice A) com base no original *What Mothers Say: The Canadian Maternity Experiences Survey* do Public Health Agency of Canada (2009), cuja metodologia se apresenta adiante no ponto 5.2 *Metodologias*. Os principais resultados da pesquisa encontram-se em Apêndice B, salientando-se os achados considerados de maior relevância.

Constituem a amostra trinta mulheres a vivenciar o puerpério entre a primeira e vigésima semana pós-parto, a média de idade foi 31,2 anos (DP=5.73), variando entre um mínimo de 15 e um máximo de 42 anos, a maioria das participantes foi primípara (n=14), sendo que para 10 mulheres (33.3%) era o segundo filho.

A maioria das participantes têm companheiro, vivendo como casadas ou em união de fato e o agregado familiar da maioria das participantes é constituído por família nuclear, marido e filhos.

A perceção da gravidez ocorreu para a maioria das mulheres após primeira amenorreia, às 4 semanas de gravidez (47,7%) e para 13 mulheres (43.3%) foi a “altura certa”, no entanto 6 desejavam a gravidez para mais cedo, 8 para mais tarde e 3 não desejavam a gravidez, aspeto relevante pelo facto da evidência demonstrar existir relação entre desejar a gravidez e resultados adversos em saúde materno-fetal (Santelli J, et al., 2003; Kaufmann, Morris & Spitz, 1997, citados por Kaczorowski (2009).

Os extremos de iniciação de consultas de gravidez situam-se entre a 4^a e a 22^a semana, iniciando para a maioria das participantes às 8 semanas de gravidez (30%), com exceção de 4 mulheres que iniciaram após as 12 semanas de gravidez, uma das quais adolescente com 15 anos de idade. A precocidade é de grande importância para avaliação do risco obstétrico precoce, deve iniciar-se assim que diagnosticada a gravidez de forma a iniciar um plano de cuidados que vá ao encontro das necessidades da grávida/casal.

A maior parte das mulheres realizou 8 consultas na gravidez (N=10; 33%), considerando a recomendação da DGS (1993) pode dizer-se que foi cumprido o esquema mínimo de consultas para a maioria. Também para a maioria as datas das consultas foram nas datas desejadas (N=27; 90%) e maioritariamente vigiadas pelo médico obstetra (N=13), seguindo do médico de família (N=10), sendo que apenas duas gestações foram de risco, revelando que a maior parte das mulheres embora tendo médico e enfermeiro de família, depositaram mais confiança num médico com especialização em Obstetrícia. Teria interesse estudar o motivo da tendência e a sua variação caso tivessem oportunidade de optar por um EESMOG.

A maioria das mulheres realizou 3 ecografias na gravidez (N=7), a primeira às 12 semanas de gravidez para a maioria das mulheres (N=11; 37,9%) de encontro à Norma N.º 023/2011 da DGS que recomenda o máximo de 3 ecografias na gravidez normal, variando a idade gestacional da primeira ecografia entre as 4 e as 20 semanas de gestação, 6 mulheres fizeram menos que 3 ecografias e 17 realizaram mais que 4. De grande importância como técnica não invasiva de diagnóstico pré-natal, não são totalmente conhecidos os efeitos da utilização excessiva e rotineira da ecografia no desenvolvimento fetal, inclusive há estudos que sugerem que as ecografias quando utilizadas excessivamente podem afetar o cérebro fetal e aumentam a incidência de hospitalização pré-natal e indução do parto, sem com isso melhorar os resultados perinatais, pelo que a sua utilização indiscriminada não é recomendada (Kieler, Chattingius, Haglund, Palmgren & Axelsson, 2001; Enkin M et al (2000) citados por Chalmers & Young, 2009).

A maioria das mulheres fez análises para o Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH), para o qual a sua opinião não foi pedida (N=28; 96%), o que denota ausência de participação da mulher nos cuidados de saúde prestados, tipicamente característico do modelo biomédico, que não promove o envolvimento ativo da mulher/família no processo decisório.

Quando questionadas sobre a toma de ácido fólico pré-concepcional, apenas 4 referiram ter tomado, respondendo na sua maioria negativamente (N=26; 86,6%). Também a maioria das mulheres (N=23; 76,7%) antes da gravidez atual desconhecia efeito protetor da toma de ácido Fólico na prevenção de malformações do tubo neural. Algumas mulheres referiram inclusive não ter sido informadas sobre a importância do ácido fólico durante a gravidez (N=37,9%). A DGS (2008) recomenda a suplementação diária de Acido Fólico pelo menos 2 meses antes da interrupção da contraceção, pelos seus efeitos preventivos na redução da incidência e gravidade dos defeitos abertos do tubo neural, como espinha bífida

e anencefalia (Lima, Diniz, Souza, Melo & Noronha, 2009), pelo que fornecer esta informação às utentes é de extrema importância.

Quando questionadas sobre informação recebida durante a gestação, sobre assuntos relacionados com trabalho de parto, nascimento e gravidez, a maioria das mulheres respondeu que tinha informação suficiente sobre modificações corporais (N=25; 83%), modificações psicológicas/emocionais (N=24; 80%), sinais de alarme (N=25; 86,2%), efeitos adversos da ingestão de medicação no desenvolvimento fetal (N=75; 90%), trabalho de parto e nascimento (N=27; 90%), sobre a forma como o marido/companheiro poderia participar no trabalho de parto (N=24; 80%), sobre efeitos dos medicamentos para a dor e anestesia (N=17; 58,6%), ainda que 12 responderam que não tinham informação suficiente; também relativamente às técnicas não farmacológicas de alívio da dor em trabalho de parto 11 grávidas (36,7%) responderam não estar suficientemente informadas.

A grande maioria das mulheres conhece a importância do aleitamento materno (N=28; 96,7%) o que denota o efeito dos esforços desenvolvidos nos últimos anos no âmbito da promoção do aleitamento materno. E embora a maioria tenha respondido ter conhecimento sobre recursos para resolução de problemas com a amamentação (N=25; 83,3%), considera-se problemático o facto de 5 mulheres (16,7%) referirem desconhecer o cantinho da amamentação, sendo frequentadoras regulares do CS de Albufeira.

A fonte de melhor recurso de informação foi considerada pela maioria das mulheres a Preparação para o Parto (N=7), seguindo-se o médico obstetra (N=6). Esta foi realizada apenas por 9 grávidas da amostra, tendo a maioria usufruído deste recurso no CS de Albufeira (N=7; 77,8%).

A maioria das mulheres era saudável e não teve problemas de saúde em que tivesse que tomar medicação durante mais do que duas semanas, cuidados especiais ou exames especiais durante a gravidez (N=22), no entanto 7 mulheres referiram problemas, sendo que 5 mulheres estiveram internadas antes do trabalho de parto e parto (16,7%).

Na grande maioria os partos foram de termo às 40 semanas (N=15) e 39 semanas (N=7), registando-se no entanto dois partos pré-termo.

Quando questionadas sobre o apoio que receberam na gravidez as participantes referem ter tido o apoio que necessitavam algumas vezes (n=9), a maior parte das vezes (N=9) ou todas as vezes (N=9).

Em média a pontuação das participantes face aos cuidados que recebeu durante a gravidez é de 81,63 (DP=22,5), variando entre 2 e 100 pontos, podendo concluir-se que a maioria das mulheres considerou os cuidados oferecidos na gravidez como bastante bons.

Por fim, é ainda de referir a respeito, que para prestar cuidados pré-natais que vão de encontro às necessidades das mulheres grávidas, é necessário estabelecer uma relação terapêutica, reconhecendo a individualidade da utente, como ser humano com receios, crenças, valores e desejos/expectativas relativos à gravidez, trabalho de parto, nascimento, maternidade e parentalidade, e desenvolver cuidados de enfermagem que promovam a informação, decisão informada, e o envolvimento da família no processo de cuidados, tendo sempre em atenção “a quantidade e o tipo de informação que o consumidor quer ou necessita para sentir-se informado” (Horey D, Weaver J, Russell H, 2004 referido por Sodré, Bonadio, Jesus & Merighi, 2010, p.453).

3.3 Estudos sobre programas de intervenção com população-alvo

A população do concelho de Albufeira tem ao seu dispor os seguintes programas de promoção da saúde materno-infantil:

Programa de saúde oral na grávida (Despacho n.º 4324/2008 de 19 de Fevereiro)¹⁴, dirigido às mulheres que vigiam a gravidez no SNS, pretende promover a saúde oral e diminuir a incidência/prevalência de afeções orais nesta população, que pela sua condição constituem um grupo de risco para surgimento de doenças periodontais, associadas a risco de prematuridade, baixo peso à nascença e pré-eclampsia. Em vigor desde Junho de 2008, abrangeu no ano de 2009 cerca de 72% das mulheres grávidas no Algarve, valores que revelam alguma heterogeneidade geográfica, não se conseguindo apurar a taxa de adesão correspondente ao concelho de Albufeira (ARS Algarve, Junho 2011).

Programa de preparação para o nascimento e parentalidade

Em vigor desde 2010 no CS Albufeira, compreende um curso de preparação para o nascimento e parentalidade multidisciplinar, um curso de exercícios de recuperação e estimulação da interação mãe-bebé, no puerpério com a finalidade de contribuir para o bem estar físico-psíquico e emocional no pós-parto, aumentar a autoestima materna e facilitar a relação afetiva com o bebé. Este programa usufrui ainda de aconselhamento de enfermagem, psicologia, terapia ocupacional e nutrição, que

¹⁴ http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/B2A32A48-8C2F-46DD-9178-2B149DEB4D16/0/Desp4324_SaudeOral.pdf

pretendem dar resposta preventiva/curativa perante a deteção de fatores de risco identificados ou patologia/problema presente na gravidez/puerpério sinalizados, que possam afetar o equilíbrio físico-psíquico-emocional da tríade mãe-bebé-família. Até à data não foram realizados estudos sobre o programa.

Programa de Proteção Promoção e Suporte ao Aleitamento Materno (AM) no Algarve – Cantinho da Amamentação

Entre outras atividades relacionadas com o AM, este programa é responsável pela implementação em 2007 dos Cantinhos de Amamentação nos CS e nos Hospitais da região do Algarve (HCF e Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio), sendo um espaço onde profissionais especializadas aconselham e promovem a Amamentação. Um estudo realizado pelo Observatório do Aleitamento Materno (2012) relativo ao ano 2010-2011 para monitorização da situação do aleitamento materno em Portugal, revela que a nível dos CSP a dimensão da amostra é muito redutora por falta de registos. Os registos obtidos indicam que aos 6 meses a prevalência de AM em Portugal considerando um grupo de 1.396 crianças era de 14,7%, havendo necessidade de mais registos.

3.4 Recrutamento da população-alvo

O recrutamento da população alvo fez-se de acordo com os critérios de inclusão referidos anteriormente e as mulheres integravam o grupo ao efetivarem a 1ª consulta de saúde materna com o EESMOG, no período entre 21 de Maio e 1 de Junho de 2012.

A amostra “fracção da população sobre a qual se faz o estudo” (Fortin, et al. 2009, p.312), que no presente caso, corresponde à fracção da população sobre a qual se realiza a intervenção, é constituída por doze grávidas de baixo risco, de nacionalidade maioritariamente portuguesa (75%), cuja faixa etária se situa maioritariamente entre os 20 e os 29 anos, cerca de 83% vive em coabitação com o pai do bebé, a maioria completou o ensino secundário e 50% tem emprego enquanto os outros 50% estão desempregadas ou inativas (Tabela 3).

Tabela 3 Aspectos sociodemográficos das utentes da consulta pré-natal na Extensão das Ferreiras

Idade	Nº
De 20 a 29 anos	8
De 30 a 34 anos	4
De 35 a 39 anos	0
Nacionalidade	
Portuguesa	9
Estrangeira	3
Estado Civil	
Casada	2
Em coabitação com o pai do bebé	10
Solteira sem coabitação	0
Habilitações Escolares	
Sem habilitações	0
Ensino básico	1
Secundário	9
Superior	2
Condição perante o trabalho	
Empregada	6
Desempregada	4
Inativa	2

Quanto à História Reprodutiva e Obstétrica (Tabela 4), 9 mulheres eram primigestas e 10 iniciaram a vigilância da gravidez no primeiro trimestre.

Tabela 4 História Reprodutiva e Obstétrica das utentes da consulta pré-natal na Extensão das Ferreiras

Nº de filhos vivos	Nº
0 filhos	9
1 filho	2
2 filhos	1
Início da Vigilância da gravidez	
Anterior às 12 semanas	10
Segundo trimestre	2
Terceiro trimestre	0

Tendo o período de implementação do projeto decorrido apenas em 12 dias de estágio, impossibilitou o recrutamento de um maior número de grávidas, limitando a dimensão da amostra a 12 grávidas que cumpriam os critérios de inclusão.

4. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE OS OBJETIVOS

Passamos a analisar os objetivos da intervenção profissional e os objetivos com a população alvo de cuidados.

4.1. Objetivos da intervenção profissional

Constituem objetivos de intervenção profissional:

- Identificar as características da população beneficiária dos cuidados
Conhecer as características sociodemográficas e história obstétrica da população, para compreensão das necessidades específicas e definição de estratégias de implementação;
- Definir o modelo de atendimento para a população beneficiária de cuidados
Definir a população beneficiária de cuidados e determinar um modelo de cuidar que se adeque à realidade e às características da população, de forma a basear nele a conduta profissional e assim melhorar a prática;
- (Re)Criar instrumentos de apoio à assistência em Enfermagem
Organizar a assistência de enfermagem na gravidez de acordo com orientações da DGS sobre vigilância pré-natal e competências específicas do EESMO, em consonância com as possibilidades e/ou limitações da Unidade de Saúde, bem como instrumentos de apoio à consulta;
- Divulgar o novo recurso junto dos parceiros de cuidados de saúde
Dar a conhecer, aos elementos da equipa multiprofissional e utentes, o novo recurso de saúde.
- Implementar o recurso de vigilância de gravidez instituindo a consulta de Enfermagem Pré-Natal
Trata-se de pôr em prática a consulta de vigilância da gravidez de acordo com o modelo estipulado, assumindo as diligências necessárias para a implementação, funcionamento e continuidade das consultas;
- Avaliar a Consulta de Enfermagem Pré-Natal como novo recurso da Unidade
De forma o poder melhorar os cuidados de enfermagem e se necessário reformular o modelo.

4.2. Objetivos a atingir com a população-alvo

Constituem objetivos a atingir com a população alvo:

- Melhorar a eficácia da assistência pré-natal de baixo risco na população alvo;
- melhorar o acesso aos cuidados na gravidez de baixo risco;
- melhorar a morbilidade e mortalidade materna/fetal;
- aplicar Programa de monitorização da gravidez com vigilância clínico-laboratorial e deteção de desvios da gravidez normal;
- referenciar o mais precocemente ao Hospital de Apoio Perinatal, as grávidas de risco;
- providenciar aconselhamento, informação e apoio a grávida/casal;
- informar e orientar sobre estilos de vida saudáveis;
- oferecer cuidados personalizados, eficazes e de qualidade;
- ajudar a grávida/casal a adaptar-se às alterações fisiológicas próprias da gravidez e a superar a sintomatologia por ela provocada;
- cumprir com as recomendações da OMS para uma assistência pré-natal humanizada;
- cumprir as normas e/ ou orientações emanadas pela Divisão de Saúde Reprodutiva da DGS.

5. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS INTERVENÇÕES

Na presente secção apresentam-se as intervenções realizadas, as metodologias utilizadas, as estratégias acionadas, os recursos materiais e humanos envolvidos, e o cumprimento do cronograma.

5.1. Fundamentação das intervenções

Com o objetivo de *identificar as características da população beneficiária de cuidados*, realizaram-se as seguintes atividades (Apêndice C):

- Determinação do número de mulheres que vigiaram a gravidez no CS Albufeira no ano 2011;
- Identificação da assiduidade das mulheres à vigilância pré-natal;
- Definição do perfil sociodemográfico e história obstétrica da mulher grávida, residente no concelho de Albufeira;
- Identificação das necessidades específicas da população alvo.

A análise destes dados permitiu ter um conhecimento geral sobre a população alvo, definir as futuras beneficiárias de cuidados, identificar as necessidades e planificar estratégias de intervenção, a propósito Campos & Soares (sd) consideram que o conhecimento dos utentes, permite adequar as medidas às suas reais necessidades e que para obter uma eficiente análise de situação em saúde, é necessário levantamento de dados sobre a população como aspetos sociodemográficos, eventos vitais (óbitos e nascimentos) e dados sobre utilização do serviço de saúde (acesso e assiduidade).

O diagnóstico das necessidades e experiências das mulheres grávidas do concelho de Albufeira, é etapa fundamental ao elaborar um projeto, como afirma Serrano (1998) ao elaborar um projeto é necessário descobrir e diagnosticar os problemas envolventes, para identificar o problema com maior precisão, o que implica um conhecimento crítico da comunidade ou instituição na qual se vai realizar a pesquisa “Diagnosticamos para introduzir mudanças, para poder atuar sobre a realidade com o fim de transformá-la. Propicia, ademais, não só a melhoria do que se faz, mas a sua compreensão mais profunda”.

Para *definir o modelo de atendimento para a população beneficiária de cuidados* realizaram-se as seguintes atividades (Apêndice C):

- Reconhecimento de uma consulta de Enfermagem no Pré-Natal, realizada por um EESMOG num Centro de Saúde;
- Identificação de um padrão de referência;
- Identificação do modelo de cuidados;
- Definição das futuras beneficiárias de cuidados.

A definição do modelo teórico de Enfermagem subjacente aos cuidados, permite ter um quadro de referência de forma a interpretar de uma determinada forma os fenómenos, funcionando como esquema de estruturação e suporte da prática. Tal como afirma Tomey e Allgood (2004) “os modelos de enfermagem contém grandes teorias implícitas e explícitas (...) a teoria confere significado ao conhecimento, de modo a melhorar a prática descrevendo, explicando e antevendo os fenómenos” (p.13). Os autores asseguram ainda que os modelos como estruturas de palavras, oferecem uma perspetiva da enfermagem que orienta o enfermeiro na observação e interpretação de fenómenos, aperfeiçoando o pensamento crítico a tomada de decisão, na prática clínica.

Também a respeito a OE (Dezembro, 2001) salienta a importância para a organização dos cuidados da “existência de um quadro de referência para o exercício profissional de enfermagem” (p.15), pelo que o conhecimento de diferentes realidades e experiências da prestação do EESMOG, semelhantes ao modelo que se pretendia implementar, possibilitavam identificar um padrão de referência e simultaneamente permitiam prever algumas lacunas e dificuldades que o próprio modelo de atendimento poderia ter, a nível de implementação e execução.

Com vista a *Re(Criar) instrumentos de atendimento da assistência de enfermagem, foram desenvolvidas algumas atividades* (Apêndice C):

- Planificação e regulamentação da assistência de enfermagem Pré-Natal local;
- (Re)criação de instrumentos educativos impressos de apoio à prestação de cuidados e instrumentos impressos de apoio à gestão da assistência de enfermagem.

A elaboração de um plano de assistência pré-natal na gravidez de baixo risco, consiste em organizar os procedimentos e cuidados a prestar às utentes, bem como delimitar a intervenção do EESMOG na unidade de cuidados, tendo por base as

orientações e normas provenientes do Ministério da Saúde/ DGS e regulamento de Competências do EESMO, com o objetivo de alcançar a excelência dos cuidados à mulher grávida (Alvim, Bassoto & Marques, G. (2007). A OE (Dezembro, 2001) no objetivo da excelência dos cuidados, salienta a importância da enfermagem na adoção de metodologias de organização de cuidados eficazes, como elemento promotor de qualidade.

Entendem-se por instrumentos impressos de apoio à gestão da consulta, aqueles que apoiam a prática de assistência em enfermagem à mulher grávida de utilização do profissional (ex.: consentimento informado e documento de registo de consulta).

Por instrumentos educativos impressos de apoio à prestação de cuidados, entendem-se os folhetos e panfletos informativos/educativos de promoção de saúde, cuja função consiste em facilitar o processo educativo, ao reforçar as informações fornecidas oralmente na consulta e relembrar orientações em caso de dúvida posterior (Moreira, Nóbrega & Silva, 2003).

Para *divulgar o novo recurso*, procedeu-se à:

- Divulgação do recurso de assistência pré-natal aos profissionais de saúde e utentes (Apêndice C).

Com o objetivo de *implementar o novo recurso de vigilância de gravidez*, realizaram-se as seguintes atividades (Apêndice C):

- Criação da consulta de Enfermagem Pré-Natal pelo EESMOG como novo recurso da Unidade de Saúde;
- Definição dos serviços complementares à consulta de enfermagem pré-natal (recursos multidisciplinares da consulta);
- Início das consultas de enfermagem ESMOG na gravidez.

5.2 Metodologias

A metodologia assume importante valor na construção e aplicação da pesquisa científica, na medida em que “indica técnicas de produção científica e fornece elementos de análise crítica das descobertas e comunicações na comunidade científica” (Salomon, 1991 referido por Gauthier, Cabral, Santos & Tavares, 1998, p.11).

O problema determina o tipo de pesquisa, os métodos e técnicas a serem utilizados, para os quais é necessária criatividade do pesquisador. O método por sua vez é “utilizado como instrumento básico na ciência a fim de ordenar o pensamento em sistemas e traçar

ordenadamente o procedimento do cientista na realização da pesquisa, com vista ao alcance do objetivo preestabelecido” (Ferrari, 1982 referido por Gauthier et al., 1998, p.11). Assim o método organiza a pesquisa científica, podendo de acordo com o mesmo autor, haver mais do que um método para atingir um único objetivo.

De acordo com Ruiz (1978) e Galliano (1986), referidos por Gauthier et al. (1998) o método “índice o que fazer, é orientador geral da atividade” (p.12) e pressupõe a utilização de técnicas, como instrumentos da ação. Refere Galliano (1986) citado por Gauthier et al. (1998) que a técnica “resolve o como fazer a atividade, soluciona o modo específico e mais adequado pelo qual a ação se desenvolve em cada etapa” (p.12). Assim aquando da elaboração da presente pesquisa científica, foram traçados objetivos específicos de intervenção profissional para os quais foram definidas metodologias de trabalho que organizaram os procedimentos e guiaram a pesquisa, as quais se passam a explicar.

O cumprimento do objetivo *identificar as características da população beneficiária de cuidados*, teve por base a metodologia quantitativa, que segundo Fortin et al (2006) assenta na “obtenção de dados numéricos suscetíveis de serem generalizados a outras populações ou conceitos” (p.27), a qual se desenvolveu nas seguintes fases:

- Definição do perfil da população beneficiária de cuidados, através de *pesquisa não experimental*, que consistiu num estudo de análise secundária, o qual segundo os autores supracitados, consiste no exame de dados publicados, para “verificar novas hipóteses, (...) responder novas questões (...), estabelecer outras relações” (p.253), através de consulta e análise dos dados estatísticos do INE, referentes ao ano 2011, para caracterização sociodemográfica e história obstétrica da população de mulheres grávidas residentes em Albufeira.
- Determinação do número de mulheres que vigiaram a gravidez no CS Albufeira no ano 2011, acessibilidade e assiduidade da consulta, através de um estudo descritivo, no qual de acordo com a definição proposta por Fortin et al (2006) se identificaram as “características de um fenómeno de maneira a obter uma visão geral de uma situação ou de uma população” (p.236). Assim, para compreender o fenómeno da consulta pré-natal no CS de Albufeira, realizou-se um levantamento, tratamento e análise de dados estatísticos disponíveis no SINUS.
- Investigação quantitativa descritiva, através da aplicação de questionário de perguntas fechadas aplicado via telefónica, para identificação das necessidades e experiências das mulheres grávidas do concelho de Albufeira, a partir do original:

*What Mothers Say: The Canadian Maternity Experiences Survey*¹⁵ da Public Health Agency of Canada em colaboração com a Statistics Canada, anteriormente aplicado em Países Europeus (I.E. Rússia). O instrumento foi cedido pela orientadora do relatório a partir de permissão das coautoras do estudo Beverley Chalmers¹⁶ e Sharon Bartholomew¹⁷ (Apêndice D).

Tratando-se de um estudo descritivo, pretende descrever detalhadamente um fenómeno estudado tal como se apresenta no ambiente natural, de forma a destacar características da população e assim compreender fenómenos ou conceitos pouco estudados, de maneira a obter uma visão geral de uma situação ou população (Fortin et al., 2009).

O processo de amostragem consistiu em identificar puérperas entre os 4 e os 180 dias de puerpério (através de obtenção de listagem no SINUS), residentes no concelho de Albufeira e que não tivessem sofrido influência do projeto (critérios de inclusão), obtendo-se uma amostra total de 30 mulheres. Trata-se por isso de uma amostra de conveniência, como indica Fortin et al (2009) é constituída por “indivíduos facilmente acessíveis e que respondem a critérios de inclusão precisos”(p.321). O método de amostragem escolhido vale não pela sua representatividade, mas por possibilitar obter ideias gerais e identificar aspetos particulares da população.

Para tratamento dos dados utilizou-se o suporte informático de SPSS versão 20.

Com vista a alcançar o objetivo de ***identificar o modelo de atendimento para a população beneficiária de cuidados***, a metodologia desenvolveu-se em três fases:

- Recurso à observação de um modelo de consulta de enfermagem realizada por um EESMOG no CS de Tavira, pois tal como afirma Fortin et al. (2006) a observação é um “*elemento essencial do conhecimento*” (p.18), uma forma de examinar com atenção um fenómeno ou uma situação, servindo os elementos que ela fornece de base às proposições, o que afirma a sua ligação estreita à teoria e constituindo-se de certa forma como uma fase do método de investigação;

¹⁵ Questionário com mais de 300 perguntas que cobrem uma ampla gama de temas que cercam a gravidez, parto e pós-parto, com o objetivo principal de fornecer dados representativos sobre as experiências das mulheres na maternidade. Disponível em <http://www.phac-aspc.gc.ca/rhs-ssg/survey-eng.php>

¹⁶ Prof Beverley Chalmers DSc(Med) Department Obstetrics and Gynecology, Affiliate Investigator, Ottawa Health Research Institute University of Ottawa, Ontario, Canada

¹⁷ Prof Sharon Bartholomew MHS Maternal and Infant Health Section Public Health Agency of Canada, Ottawa

- Pesquisa bibliográfica de artigos empíricos indexados nas bases de dados bibliográficas digitais Scielo, Google Académico, Medline, PubMed Central, através das palavras-chave: modelos de cuidados em enfermagem obstétrica, modelo colaborativo de cuidados e vigilância da gravidez, e seus correspondentes na língua inglesa, identificando-se o modelo que melhor se adaptava à realidade;
- Pesquisa bibliográfica na Biblioteca da Escola Superior de Saúde de Faro, breve revisão de modelos teóricos de enfermagem, e identificação dos modelos aplicáveis às futuras beneficiárias de cuidados.

De forma a *Re(Criar) instrumentos de atendimento da assistência de enfermagem*, descrevem-se os principais procedimentos metodológicos em duas fases:

- Pesquisa de normas, orientações e publicações no portal online da DGS, respetiva organização por temáticas em pasta, para consulta rápida.
- Consulta bibliográfica, de coleção pessoal, para construção e recriação de documentos e panfletos temáticos de apoio à consulta.

5.3 Análise reflexiva sobre as estratégias acionadas

Com vista a *identificar as características da população beneficiária de cuidados*, acionaram-se as seguintes estratégias (Apêndice C):

- Levantamento de dados provisório no SINUS em Novembro de 2011 sobre o número de grávidas com vigilância pré-natal no CS de Albufeira, número total de consultas realizadas entre Janeiro e Outubro de 2011 e número de consultas realizadas antes das 12 semanas de gestação. Dados atualizados em Março de 2012, obtendo o correspondente para os 12 meses de 2011. Posterior definição do perfil da uterária dos cuidados pré-natais, em Maio de 2012, através dos dados referidos e pesquisa realizada na base de dados do INE relativa aos aspetos sociodemográficos e história obstétrica da mulher grávida do concelho de Albufeira;
- Identificação das necessidades da população alvo, com recurso a estudo quantitativo descritivo, através de aplicação de questionário, com base no original

What Mothers Say: The Canadian Maternity Experiences Survey do Public Health Agency of Canada (2009).

Desenvolveram-se as seguintes estratégias para ***definir o modelo de atendimento para a população beneficiária de cuidados:***

- Solicitação de entrevista via e-mail a um EESMOG responsável pela consulta de SM do CS de Faro a 26 de Fevereiro de 2012 e recusa por indisponibilidade do mesmo (Apêndice E). A que se seguiu solicitação com parecer positivo, ao Coordenador Clínico da Unidade de Saúde de Tavira (Apêndice F), após conhecimento de início recente de modelo semelhante, concretizando a atividade a 17 de Maio de 2012, através de visita à unidade, observação da consulta e entrevista às enfermeiras Especialistas em SMOG, permitindo a identificação de um padrão de referência;
- Pesquisa bibliográfica, de modelos de cuidados de assistência pré-natal praticados a nível internacional, ao longo do mês de Março de 2012, através das bases de dados eletrónicas, objetivando identificar um modelo ajustável à realidade do nosso país e à população alvo. Identificou-se assim o modelo de cuidados baseado na prática colaborativa entre enfermeira ESMOG e MCGF, construído sobre o pressuposto de que o conhecimento e habilidades individuais dos profissionais, quando compartilhadas na prática e em função de um objetivo comum, influenciam de forma sinérgica os cuidados prestados ao utente (Way et al, 2000).

Este modelo reconhece a especificidade de cada profissão, as diferenças e os pontos fortes que a abordagem de cada profissional traz para a prática, sendo a relação de colaboração não hierárquica mas sim baseada na igualdade, que utiliza e respeita a contribuição dos profissionais envolvidos nos cuidados, com as suas funções e papéis específicos (Iliadi, 2010). É uma relação de interdependência, baseada no respeito e compreensão de cada profissão, cujas atividades/iniciativas visam reforçar os laços entre os diferentes parceiros, tendo como foco comum as necessidades materno-fetais, reconhecendo a mulher grávida como o mais importante membro da equipa, ativa e participante, envolvendo-a na tomada de decisão face aos cuidados/tratamentos. A colaboração bem-sucedida permite uma melhor utilização de competências profissionais, aumenta a eficácia da prestação de cuidados e promove um ambiente de trabalho mais satisfatório (Iliadi, 2010).

- Revisão breve dos modelos teóricos de enfermagem e identificação dos modelos de Enfermagem subjacentes aos cuidados (Apêndice G): O Cuidar Cultural de Leininger, o papel parental de Mercer e o défice de saúde do autocuidado de Orem (Tomey e Alligood, 2002).

Para *planificar e regulamentar a assistência de enfermagem Pré-Natal Local* desenvolveram-se as seguintes estratégias (Apêndice C):

- Definição dos objetivos da assistência de enfermagem em consonância com a missão na Unidade de Saúde e planificação da assistência Pré-natal (Apêndice H), consistindo na definição das atividades que competiam ao EESMOG de acordo com o desenvolvimento gravídico, de forma a identificar e delimitar as suas competências próprias na unidade. Preparação da apresentação do projeto e plano assistencial em formato PowerPoint (Apêndice I) para apresentação posterior, atividades realizadas na primeira quinzena de Abril;
- Deslocação ao CS Faro (sede do ACES Central), para apresentação e discussão formal de projeto e plano de assistência pré-natal de baixo risco, em reunião no dia 17 de Abril de 2012 com perceptora e Vogal de Enfermagem M.P. e a Presidente do Conselho Clínico do ACES Central, Coordenadora da Unidade Coordenadora Funcional (UCF) Dr.^a N.. Obtendo-se parecer positivo para implementação do projeto-piloto na UCSP II formalizado a 18 de Maio de 2012 (Apêndice J), com reconhecido mérito, na medida em que constitui uma mais-valia para os utentes e instituição, considerando igualmente a possibilidade de Implementação nos Centros de Saúde do ACES Central, com enfermeiros especialistas em SMOG.

Ainda no seguimento do objetivo *definição do modelo de atendimento para a população beneficiária de cuidados*, a estratégia referente à *definição das futuras beneficiárias de cuidados*, concretizou-se através de reunião com a Coordenadora Clínica da UCSP II, responsável de enfermagem e precetora a 23 de Abril de 2012, decidindo pelas utentes grávidas com vigilância pré-natal na extensão de saúde de Ferreiras.

Face ao objetivo de *Re(Criar) instrumentos de atendimento da assistência de enfermagem* (além da atividade de planificação da assistência e regulamentação da prática, referido acima), durante o mês de Maio foi realizada uma pesquisa de normas, orientações

e publicações no portal da DGS e respetiva organização por temáticas em pasta para consulta; foram elaborados e organizados: (a) instrumentos de apoio à prestação de cuidados e (b) instrumentos de apoio à gestão da assistência de enfermagem.

- a) instrumentos de apoio à prestação de cuidados – após recolha e revisão de todos os documentos educativos de apoio à assistência de enfermagem impressos, utilizados no CS de Albufeira, elaboraram-se novos folhetos informativos/educativos temáticos de promoção de saúde na gravidez (Apêndice K);
- b) instrumentos de apoio à gestão da assistência de enfermagem – instrumentos para utilização do profissional (Apêndice L): (1) consentimento informado para administração de Imunoglobulina Anti-D, após constatação de não conformidades nos documentos utilizados no CS de Albufeira; (2) documento de registo de consulta complementando os registos no CIPE/SAPE uma vez que este não se adequa às necessidades de registo do EESMOG; (3) documento auxiliar da avaliação nutricional da grávida.

Os documentos elaborados foram enviados via mail ao Conselho Clínico do ACES e UCF, para parecer sobre utilização no CS de Albufeira (Apêndice M). O que impulsionou esforços pela UCF, no sentido de uniformizar os instrumentos educativos escritos nos CS afetos ao ACES Central.

Para ***divulgação do novo recurso***, procedeu-se a uma reunião com a Enfermeira e os MCGF afetos à extensão de saúde de Ferreiras no dia 8 de Maio de 2012, na qual foi dado a conhecer formalmente o projeto e respetiva integração. O plano assistencial foi reproduzido e entregue aos médicos que demonstraram receptividade e intenção de colaborar. A divulgação às utentes foi realizada pontualmente em cada primeiro contacto com a enfermeira ESMOG durante a consulta de Saúde Materna.

Para a ***implementação do novo recurso de vigilância de gravidez***, foram acionadas as seguintes estratégias (Apêndice C):

- Definição de aspetos logísticos do funcionamento da consulta (durante o mês de Maio de 2012), através de contactos presenciais/telefónicos oportunos com a Coordenadora Clínica da unidade, Enfermeira Responsável, Perceptora e MCGF, da extensão de saúde de Ferreiras. A que se seguiu a definição dos horários das consultas de acordo com a dinâmica de funcionamento da extensão de saúde,

ligação aos parceiros institucionais e previsão das resoluções de encaminhamento no caso de surgirem situações que transcendam a área de competência do EESMOG, a que se seguiram orientações à assistente técnica da unidade sobre acessibilidade e agendamento de consultas para o EESMOG, dia 15 de Maio de 2012.

- Definiram-se os serviços complementares à consulta de enfermagem pré-natal e respetiva articulação, como a referenciação à nutricionista e psicóloga, encaminhamento para o curso de preparação para o nascimento e parentalidade (Apêndice N) e contacto telefónico às utentes que não compareçam a uma consulta agendada, entre 16 e 20 de Maio de 2012.
- Início das primeiras consultas realizadas pelo EESMOG no âmbito do projeto académico a 21 de Maio de 2012.

5.4 Recursos materiais e humanos envolvidos

Os recursos materiais envolvidos, consistem nos equipamentos e materiais que já existiam na unidade de saúde, pelo que não houve necessidade em adquirir novos materiais. Dos materiais utilizados na consulta fazem parte: um computador e impressora, telefone, doppler de FCF, candeeiro, marquesa ginecológica, balança para adultos, fita métrica, termómetro, aparelho digital de avaliação de pressão arterial, boletins de Saúde Materna, espéculos, cyto-brush ou cervi-brush, copos de recolha cervical, fitas para o teste multi-paramétrico de urina, fitas teste HCG – urina, copos de plástico (para colheita de urina), luvas latex e luvas esterilizadas, gel de observação ginecológica (ou vaselina).

Dos recursos humanos envolvidos, fazem parte uma assistente técnica, dois médicos de MCGF ambos afetos à extensão de saúde de Ferreiras e um Enfermeiro ESMO.

5.5 Contactos desenvolvidos e entidades envolvidas

Realização de reuniões preparatórias com os superiores hierárquicos:

- No início de Novembro de 2011 foi realizada uma primeira reunião com a preceptora de estágio e vogal de Enfermagem do Concelho Clínico do ACES Central, enfermeira M.P. para auscultar sobre viabilidade do projeto;

- Seguidamente e ainda no mesmo mês, foi realizada uma reunião com Coordenadora Clínica e responsável de Enfermagem da UCSP II de forma discutir a pertinência, necessidade e aplicabilidade do projeto, obtendo assim parecer informal para implementação do projeto;

Estabelecimento de contactos via telefónica e eletrónica, numa fase preparatória do projeto, para obtenção de dados específicos passíveis de identificar a população:

- No dia 7 de Novembro foi contactada via telefónica a UAG de Albufeira, e solicitados dados no SINUS, relativos às consultas de SM realizadas ao longo do ano 2011 até à data, que reencaminhou dados via correio eletrónico;

Sucederam-se os contactos relativos às atividades de implementação do projeto, nomeadamente:

- A 26 de Fevereiro de 2012 foi solicitado entrevista via correio eletrónico a um enfermeiro EESMOG responsável pela consulta de SM do CS de Faro, para conhecimento de uma consulta e obtenção de padrão de referência;
- Em Março de 2012, foi realizado contato presencial com gestora da UAG, e solicitados dados atualizados do SINUS para o ano 2011, relativos às consultas de Saúde Materna no CS de Albufeira;
- A 13 de Abril de 2012, foi estabelecido contato telefónico entre a perceptorora M.P. e a Presidente do Conselho Clínico do ACES Central, Coordenadora da Unidade Coordenadora Funcional (UCF) Dr.ªN. e agendada reunião para apresentação e discussão do projeto;
- Dia 17 de Abril de 2012, realizou-se reunião com Presidente do Concelho Clínico do ACES Central/Coordenadora da UCF e Precetora na qualidade de Vogal de Enfermagem do Concelho Clínico, apresentando formalmente o projeto e o plano de assistência pré-natal de baixo risco que o integrava;
- A 23 de Abril de 2012, realizou-se uma reunião com a Coordenadora Clínica da UCSP II, responsável de enfermagem e precetora, para apresentação forma do projeto e definição das beneficiárias de cuidados;
- No dia 8 de Maio de 2012, realizou-se uma reunião com os médicos de família afetos à extensão de Saúde das Ferreiras e enfermeira de Família, para apresentação

oficial do projeto, auscultação relativa à aceitação e colaboração no projeto e definição de alguns aspetos organizativos da consulta;

- Dia 11 de Maio foi estabelecido contacto telefónico entre a Perceptora Enfermeira M.P. e as Enfermeiras ESMOG da Unidade de Saúde de Tavira, para auscultar a disponibilidade para visita à Unidade de Saúde;
- Dia 14 de Maio 2012, via correio eletrónico, foi solicitado parecer ao Coordenador Clínico da Unidade de Saúde de Tavira e enfermeiras ESMOG responsáveis pela consulta de SM local, para visitar a Unidade e conhecer a dinâmica do modelo de vigilância pré-natal;
- Dia 17 de Maio de 2012 visitou-se a Unidade de Saúde de Tavira e tomou-se conhecimento do funcionamento da consulta de SM local;
- A 18 de Maio de 2012 formalizou-se parecer positivo do Concelho Clínico do ACES Central, para implementação do projeto;
- Por último, a 21 de Maio de 2012 tiveram início as primeiras consultas realizadas pelo EESMO no âmbito do projeto académico.
- Dia 2 de Novembro de 2012 solicitou-se parecer para utilização e distribuição às utentes dos panfletos e folhetos educativos elaborados.

5.6 Análise da estratégia orçamental

Os gastos do Projeto e atual Relatório estiveram a cargo da mestranda, apresentando-se os gastos relacionados com o projeto e relatório:

- Gasto em combustível para deslocações com vista a implementação do projeto
 - CS de Faro 70km aproximadamente 6 euros
 - CS de Tavira 140 km aproximadamente 12 euros
- Custos telefónicos para aplicação de questionário às utentes puérperas no âmbito do projeto: 15 euros
- Gastos relacionados com deslocações a Évora: 60 euros
- Gastos relacionados com impressão do relatório

5.7 Cumprimento do Cronograma

O Cronograma inicialmente traçado compreendia um período de trabalho preparatório durante o mês de Novembro e de implementação do projeto, com início em Novembro de 2011 e termo em Junho de 2012. De facto assim foi, apenas as fases de implementação não decorreram dentro dos tempos previstos, enumeram-se assim as alterações e respetiva justificação:

- *levantamento de dados sobre o nº de grávidas no CS* – os dados solicitados à UAG em Novembro não compreendiam o total de grávidas atendidas em 2011, pelo que se procedeu à atualização dos dados em Março 2012;
- *definição do perfil da beneficiária de cuidados pré-natais* – previsto em Janeiro, foi uma previsão irrealista uma vez que os dados apenas foram disponibilizados na Base de dados do INE em Abril de 2012, pelo que esta atividade foi adiada para Maio de 2012;
- *definição das futuras beneficiárias de cuidados* – julgou-se estarem definidas desde a reunião prévia com a Coordenadora da UCSP II, mas após reuniões posteriores com os vários superiores hierárquicos estes decidiram em Abril de 2012, quem seriam as beneficiárias de cuidados no âmbito do projeto;
- *conhecimento de uma consulta de enfermagem num CS* – a atividade estava prevista para Janeiro, foram realizados alguns contactos nomeadamente com Enfermeiro ESMO do CS Faro e Enfermeira ESMO de Évora, tendo o primeiro recusado, e a segunda aceite, mas como exigia uma deslocação a Évora e conjugação de disponibilidades de ambas as partes, foi adiada. Posteriormente houve conhecimento da possibilidade de realizar a atividade no CS Tavira, pelo que se concretizou a 17 de Maio de 2012 ;
- *construção de instrumentos de assistência pré-natal* – atividade prevista para Fevereiro, sofreu adiamento por na realidade o estágio estar previsto para Fevereiro e Março de 2012, tendo posteriormente sido adiado para o período de 10 de Abril a 1 de Junho, razão pela qual se desenvolveu a atividade ao longo de Abril e Maio de 2012;

- *divulgação do recurso de assistência pré-natal* – pela mesma razão anterior, de adiamento do período de estagio para os meses de Abril a Junho de 2012, esta atividade decorreu apenas em Maio de 2012;
- *iniciação das consultas de Enfermagem para assistência pré-natal* – pelo período real em que decorreu o estagio e todos os procedimentos burocráticos, constrangimentos e dificuldades que se sucederam, apenas foi possível iniciar as consultas a 21 de Maio de 2012.

Apresenta-se, o cronograma de atividades com as fases principais do projeto, nos tempos em que estavam previstas e nos períodos que decorreram na realidade:

Fases Principais	Nov.	Dez.	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai.	Jun.
Reuniões com coordenadores da UCSP2								
Elaboração da proposta do projeto de mestrado e entrega nos SAC								
Levantamento de dados sobre nº de grávidas no CDS								
Definição do perfil da beneficiária de cuidados Pré-Natais								
Definição das futuras beneficiárias dos cuidados								
Conhecimento de consulta de Enfermagem num CS								
Construção de instrumentos de assistência de Enfermagem Pré-Natal								
Divulgação do recurso de assistência pré-natal								
Iniciação das Consultas de Enfermagem para assistência Pré-Natal								

Cronograma 1 Atividades das Fases principais do Projeto

- Atividades previstas
- Atividades desenvolvidas

6. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO

De acordo com International Confederation of Midwives (ICM, 2011) avaliação consiste num “ procedimento sistemático para a recolha de dados qualitativos e quantitativos para avaliar o desempenho, progresso ou prática de decisões/ações relativamente a parâmetros e/ou competências” (p.8). Após a produção de atividades de preparação do projeto e de se proceder à sua subsequente implementação, fez-se necessário desenvolver um método de avaliação que permitisse apreciar os efeitos da intervenção e assim determinar se os objetivos estabelecidos foram cumpridos, podendo ser uma avaliação final e intermédia, de forma controlar a adequação do trabalho desenvolvido.

Seguidamente apresentam-se o sistema de avaliação dos objetivos, a avaliação da implementação do programa e descrição dos momentos de avaliação intermédia e medidas corretivas introduzidas.

6.1. Avaliação dos objetivos

A avaliação das atividades desenvolvidas ao longo do projeto deverá concretizar-se tendo em conta a aplicação e monitorização de indicadores de acessibilidade, produção e qualidade. A avaliação da qualidade dos cuidados prestados será complementada através da aplicação de um questionário de satisfação.

De acordo com Dias et al (2007) e Nutbeam (1998) referidos por PNS (2012-2016) indicadores são “instrumentos de medida sumária que refletem direta ou indiretamente, informações relevantes sobre diferentes atributos e dimensões” (p.2), servindo para identificar lacunas, melhorar o conhecimento sobre uma determinada área e definir novas estratégias em saúde. Assim, prevê-se a avaliação semestral no ano de implementação (2012) e anual a partir do ano 2013, e que a mesma monitorize:

Indicadores de Acessibilidade

- **Percentagem de grávidas que integram a consulta de vigilância da gravidez de baixo-risco antes das 12 semanas de gestação:** nº de grávidas com Idade

Gestacional <12 s e que integraram o projeto /nº de grávidas com inscrição no CS de Ferreiras x100;

- **Número médio de consultas de enfermagem realizadas por grávida:** nº total de consultas de enfermagem/ nº de grávidas vigiadas x 100;
- **Número médio de consultas médicas realizadas por grávida:** nº total de consultas médicas/ nº de grávidas vigiadas no CS Ferreiras x 100;
- **Taxa de cobertura da consulta de vigilância da gravidez de baixo-risco:** nº grávidas que integram o projeto/ nº grávidas elegíveis para o projeto X 100;

Indicadores de Produção

- **Percentagem de primeiras consultas de gravidez realizadas no 1º Trimestre:** nº primeiras consultas de gravidez no 1º Trimestre/ nº de grávidas com primeira consulta no período em análise x 100;
- **Percentagem de grávidas do programa, que tiveram pelo menos 4 consultas de enfermagem apenas com o EESMO durante a vigilância da Gravidez:** grávidas no programa com 4 ou mais consultas de enfermagem/ nº de grávidas do programa com data de parto no período em análise x 100;
- **Percentagem de grávidas que tiveram pelo menos 5 consultas de MGF durante a vigilância da Gravidez:** grávidas com 5 ou mais consultas de MGF/ nº de grávidas vigiadas com data de parto no período em análise x 100;

Indicadores de Qualidade

- **Percentagem de grávidas/casais que tiveram pelo menos 5 consultas de MGF & EESMO:** grávidas com 5 ou mais consultas de MGF & EESMO/nº de grávidas vigiadas com data de parto no período em análise X 100;
- **Percentagem de grávidas/casais que tiveram pelo menos 4 consultas de EESMO:** grávidas com 4 ou mais consultas EESMO/nº de grávidas vigiadas com data de parto no período em análise X 100;
- **Percentagem de grávidas que tiveram pelo menos 6 consultas na gravidez no período analisado:** nº de grávidas que tiveram 6 ou mais consultas no período analisado/nº total de grávidas que integraram o programa com data de parto no período em análise X 100;

- **Percentagem de grávidas referenciadas à consulta de alto risco:** nº grávidas referenciadas/ nº total grávidas vigiadas de X 100;
- **Percentagem de concretização da referenciação à consulta de alto risco:** nº grávidas referenciadas/ nº grávidas com indicação para referenciação para consulta de alto risco X 100;
- **Percentagem de grávidas referenciadas a outros técnicos:** nº grávidas referenciadas/ nº total grávidas vigiadas de X 100.

Questionário de Satisfação

O questionário de satisfação e qualidade da consulta de Vigilância Pré-Natal proposto (Apêndice O), foi elaborado com base no “*Questionário Estudo da Perceção da Qualidade e Satisfação dos Utentes do Hospital do Espírito Santo de Évora*”¹⁸ e deverá ser aplicado no período de puerpério, aquando da deslocação da mulher ao CS para realização de diagnóstico precoce ou consulta de revisão de puerpério até às 8 semanas após o parto. A sua aplicação pretende essencialmente avaliar a adequabilidade dos cuidados oferecidos às reais necessidades dos utentes e assim implementar as medidas corretivas possíveis.

6.2 Avaliação da implementação do programa

Apesar do adiamento das respostas institucionais e alterações organizativas no CS que se sucederam, foi possível implementar o projeto de consulta pré-natal especializada, pelo enfermeiro ESMOG com sucesso no CS Albufeira. A implementação realizou-se apenas às utentes da área de influência da Extensão de Saúde de Ferreiras, longe do que estava previsto inicialmente, mas de forma a superar alguns problemas e obstáculos que se colocaram e de forma a fasear a implementação, assim foi decidido pelos superiores hierárquicos.

A sua implementação surgiu já no final do estágio, o que confinou o número de utentes que integraram o programa, a 12 utentes com um total de 17 consultas realizadas.

Finalizado o estágio, as consultas integradas no programa sofreram interrupção, pois o programa carecia de horas de enfermagem para ser executado e a unidade atravessou um período grave de falta de recursos humanos (provocado por férias e baixas médicas por doença).

¹⁸ http://www.hevora.min-saude.pt/docs/qualidade/relatorio_final_hese_epe.pdf

Entretanto, no CS de Faro, foi implementado o mesmo projeto, para o qual foi convidada pela Presidente do Conselho Clínico do ACES Central, uma enfermeira EESMOG do CS de S. Brás, tendo iniciado o projeto com as utentes sem médico do CS de Faro, em Setembro de 2012, revelando a valorização do atual projeto académico pelo seu desenho que levou à sua aplicação noutra CS.

No início de Julho de 2012 as UCSP I e II, fundiram-se formando uma única UCSP de Albufeira, com um único Coordenador Clínico e uma Enfermeira Chefe e a 19 de Outubro de 2012 foi apresentado o presente projeto ao novo Coordenador Clínico, que deu parecer positivo para a implementação do projeto, tendo as utentes grávidas sem médico de família atribuído como futuras beneficiárias de cuidados. Presentemente, aguarda emissão de certificado de Enfermeira ESMOG da OE para dar continuidade ao projeto de implementação de consulta pré-natal especializada no CS Albufeira.

6.3 Descrição dos momentos de avaliação intermédia e medidas corretivas introduzidas

De forma a controlar a adequação do trabalho desenvolvido, por vezes faz-se necessário para além da avaliação anual, uma avaliação intermédia, permitindo fazer ajustamentos e correções, no presente caso lamentavelmente as consultas decorreram apenas durante cerca de 2 semanas, não tendo sido necessária avaliação intermédia.

Há apenas a referir que a duração das consultas com um tempo previsto de 20 minutos, reduzem a qualidade dos cuidados prestados e registos de enfermagem CIPE/SAPE tornam-se incompletos não revelando os reais problemas, diagnósticos e intervenções realizados. Para futuro, sugerem-se consultas de enfermagem com a duração mínima de 40 minutos a primeira consulta e os subsequentes 30 minutos de duração.

Pela mesma razão a folha de registos criada, que seria um instrumento de registo valioso para o EESMO, requer tempo para preenchimento, e havendo o registo obrigatório no CIPE/SAPE, optou-se por registar a informação relativa à utente apenas neste sistema, e incluir em notas de enfermagem informação adicional.

7. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE COMPETÊNCIAS MOBILIZADAS E ADQUIRIDAS

Na visão do ICM (2011) competência é a “combinação de capacidades de conhecimento, psicomotoras, comunicação e tomada de decisões que permitem que o indivíduo execute uma tarefa específica de acordo com um nível de proficiência definido” (p. 9). Ao executar as diferentes fases de concretização do projeto de implementação da consulta pré-natal, foram mobilizados e aprofundados saberes científicos e práticos ligados à formação inicial, à experiência profissional adquirida ao longo do tempo e aos conhecimentos teóricos assimilados.

A formação, de acordo com Velada (2007) “é uma experiência planejada de aprendizagem que é concebida com o objetivo de resultar numa mudança permanente dos conhecimentos, atitudes ou competências, críticos para o bom desempenho da função de um indivíduo” (p.12). Apresentam-se assim, a criação de projetos inovadores e prática profissional em contexto de formação, como facilitadores e decisores no processo de aprofundamento e aquisição competências nos vários domínios do “saber, saber-ser, saber-estar e saber-fazer” (Rodrigues, A. et al., 2007, p.55), o que implica saber mobilizar, integrar e transferir conhecimentos para prática clínica, contribuindo para o desenvolvimento pessoal e profissional, e conduzindo a uma melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Assim, ao mobilizar e aprofundar um conjunto de competências da formação inicial, possibilitou alcançar um conjunto de competências especializadas (comuns) e aprofundar conhecimentos diferenciados na área de saúde materna, obstétrica e ginecológica. Relativamente às competências comuns (partilhadas por todos os enfermeiros especialistas), desenvolveram-se capacidades nos seus quatro domínios: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão de cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Desenvolveu-se uma prática profissional e ética, mobilizando habilidades de tomada de decisão assente no conhecimento ético e deontológico, com respeito pelos direitos humanos, seguindo-se a avaliação e autorresponsabilização pelas decisões tomadas.

No que diz respeito à aquisição de competências no domínio da melhoria contínua da qualidade, o presente projeto teve como referência primordial o Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica¹⁹, onde se pode ler “a qualidade dos cuidados guarda uma estreita relação com a competência profissional: só com enfermeiros competentes se conseguem cuidados de qualidade” (OE, Outubro, 2011, p.2), pelo que com a conceção e concretização do presente projeto na medida em que promove a melhoria da qualidade dos cuidados materno-infantis na instituição de saúde, através da análise, revisão e avaliação quer das ações de implementação do projeto, quer dos próprios cuidados prestados, permitiu adquirir saberes na área da melhoria continua da qualidade.

Desenvolveram-se igualmente capacidades na área de promoção de um ambiente terapêutico e seguro, de que é exemplo a sistematização do trabalho (plano assistencial) assente em pressupostos científicos, de forma minimizar a ocorrência de erros, assim como na promoção do envolvimento da família nos cuidados, respeitando a identidade cultural e espiritual das utentes. Também no domínio da gestão dos cuidados, mobilizaram-se conhecimentos científicos e práticos, de forma a otimizar a gestão de cuidados, no que diz respeito aos diagnósticos efetuados, informação fornecida, prescrição e avaliação da efetividade dos cuidados, aperfeiçoando habilidades de trabalho de equipa e tomada de decisão junto dos elementos da equipa multiprofissional.

Por último, desenvolveram-se competências relacionadas com o autoconhecimento (consciencialização do Eu enquanto pessoa e profissional e da relação com o Outro), no “contexto singular, profissional e organizacional” (OE, Dezembro, 2009, p.18), essencial à gestão de relações terapêuticas e multiprofissionais. E mobilizaram-se competências de adaptação pessoal e profissional a diferentes situações da prática clínica, que envolveram necessidade de gestão de sentimentos, pressão sofrida e conflitos, de forma eficaz e assertiva, contribuindo para o crescimento pessoal e profissional (OE, Dezembro, 2009).

As intervenções realizadas quer para implementação do projeto, quer a nível dos cuidados prestados às mulheres grávidas, tiveram como base de atuação conhecimentos científicos atuais, recorrendo sempre que necessário, à investigação de forma a aprofundar e produzir novos conhecimentos válidos.

Também no que diz respeito à investigação, foram mobilizadas competências adquiridas na formação inicial e desenvolvidas novas habilidades de pesquisa,

¹⁹ <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEESaudeMaternaObstetricaGinecologica.pdf>

reconhecendo o valor da investigação na atualização do conhecimento em constante desenvolvimento e construção de novos saberes, confirmando a sua importância como suporte indispensável da prática de enfermagem.

No que diz respeito às competências específicas do EESMOG definidas no Regulamento de Competências Específicas desta especialidade (Regulamento n.º 127/2011 de 18 Fevereiro), considera-se que o percurso formativo permitiu desenvolver as habilidades necessárias ao exercício profissional de enfermeiro ESMOG, permitindo assumir os cuidados de enfermagem à mulher inserida na família no período pré-concepcional, pré-natal, parto, puerpério climatérico, no caso de padecer de afeções ginecológicas e na comunidade.

As competências da Especialidade de SMOG são de acordo com a definição de competência da profissão de Parteira pela IMC (2011) “uma combinação de conhecimento, comportamentos profissionais e capacidades específicas que são demonstradas num nível definido de proficiência no contexto da formação da profissão de parteira e/ou prática” (p.10). O desenvolvimento do presente projeto, no contexto de estágio final, permitiu mobilizar para a ação e adquirir conhecimentos novos científicos e habilidades técnicas, de forma a assegurar cuidados especializados de enfermagem de SMOG à mulher/casal durante a gravidez, de forma a potenciar a sua saúde, promover a vivência positiva de modificações fisiológicas e autocontrolo em trabalho de parto, capacitar para o autocuidado, promover a adaptação à parentalidade e relação mãe/pai-filho, promover o aleitamento materno e deteção e tratamento precoce de complicações.

De acordo com Martim (1996), Esteves e Rodrigues (2003) citados por Rodrigues et al (2007) a aprendizagem em contexto de estágio em enfermagem é essencial, na medida em que permite consolidar conhecimentos, adquirir valores da profissão e contactar com a realidade “desenvolvendo o domínio do saber nas dimensões científicas, técnicas, de desenvolvimento pessoal e interpessoal, contribuindo para a autonomia e para a tomada de consciência de si e da situação onde age” (p.8).

As competências adquiridas, dependem grandemente das oportunidades de aprendizagem na prática em contexto de formação. Compete ao EESMOG, na sua formação contínua, perante a complexidade das práticas ou contextos, desenvolver respostas dinâmicas, adquirir novos conhecimentos, de forma a acompanhar a evolução das necessidades da população ao longo do tempo, melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem e assim melhorar o nível de competência.

8. CONCLUSÃO

A realização do presente projeto no contexto da prática clínica, possibilitou um crescimento pessoal e profissional, na medida em que permitiu trabalhar capacidades de reflexão, de tomada de decisão, de definição de estratégias fundamentadas e de produção de saberes científicos, essenciais para aquisição de competências de enfermeiro especialista em SMOG, no objetivo da autonomia profissional. A respeito Rodrigues et al. (2007) referindo Carvalho (2003) acrescenta que “para além da mobilização de saberes prévios, se constituem novos saberes, fruto da reflexão que o estudante opera a partir da sua experiência” (p.130).

O projeto como estratégia formativa permite de forma personalizada integrar conhecimentos, viver experiências novas, lidar com questões complexas, aplicar capacidades de resolução de problemas e de pôr em prática ideias criativas e ações construtivas, que otimizem e valorizem o papel do ESMO, no âmbito da sua intervenção profissional e científica, permitindo ainda proporcionar mudanças benéficas nos contextos profissionais.

Fundamental para a aquisição de competências, o projeto da consulta pré-natal especializada constitui-se como benéfico para todos os envolvidos: a instituição, o EESMO e os utentes, desenvolvido com o objetivo primordial de contribuir para a melhoria dos cuidados às mulheres grávidas/família.

Diferentes organizações internacionais reconhecem o papel essencial do EESMOG na promoção de uma maternidade segura e remetem a mulher grávida e família para cuidados especializados da parteira (MCEESMO, 2011), estudos realizados comprovam os benefícios para a tríade grávida-RN-família, associados à assistência pré-natal de baixo risco pelo EESMOG. Em muitas partes do mundo, a parteira assume-se como referência primária dos cuidados pré-natais na gravidez normal, noutros países são os médicos obstetras ou médicos de família responsáveis pela vigilância da gravidez (Hatem, Sandall, Devane, Soltani & Gates, 2009). Países como Portugal, onde o EESMO tem as suas competências reconhecidas e legisladas, podendo contribuir com efetividade e proficiência para um elevado nível de qualidade de cuidados de enfermagem na gravidez, devem reunir esforços para criar as condições necessárias à rentabilização do EESMOG enquanto recurso, para que os cidadãos possam usufruir das suas intervenções especializadas. Tal

como afirma Hatem et al. (2009) “os decisores políticos que desejam alcançar melhorias clinicamente importantes na assistência à maternidade, especialmente em torno da normalização e humanização do nascimento, devem considerar os modelos de atenção liderados por parteiras e considerar como o financiamento de serviços lideradas por parteiras podem ser revistos” (p.2).

Existem muitos modelos de cuidados pré-natais, e à semelhança de outros países, Portugal não tem ainda uma organização do serviço público e privado que permita ao EESMO concretizar em plenitude o exercício das suas competências, assim desenvolveu-se um modelo que introduzisse algumas mudanças benéficas no sistema e permitisse ao EESMO uma maior intervenção, otimizando os cuidados de enfermagem oferecidos à mulher grávida, no objetivo da excelência dos cuidados prestados à mulher grávida. Objetivo atingido com êxito, apesar das dificuldades e problemas que foram surgindo no percurso, o modelo foi discutido a nível da UCF e ACES Central e foi reconhecido mérito nos benefícios para a instituição de saúde e utentes, como projeto inovador na área de vigilância da gravidez a nível dos cuidados de saúde primários, apresentando-se atualmente como projeto do ACES Central, a implementar nos CS com EESMO afetos, às utentes mais vulneráveis e carentes de atenção diferenciada/especializada (utentes sem médico de família atribuído), com o objetivo de rentabilizar os EESMO e melhorar a atenção pré-natal.

No entanto mantém-se o desejo que num futuro próximo se conquiste um modelo de cuidados pré-natais assumido pelo EESMOG no exercício pleno das suas competências conforme definição explícita no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro ESMOG n.º127/2011 publicado em Diário da República N.º 35, 2ª Série de 18 de Fevereiro de 2011 e na Lei n.º 9/2009 de 4 de Março artigo 39º, pois esse representa o modelo de vigilância da gravidez com maiores benefícios para as mulheres e RN isento de efeitos adversos, e por isso recomendável, devendo as mulheres “ser incentivadas a pedir esta opção” (Hatem et al., 2009, p.17). O que requer no futuro grandes transformações nos hábitos culturais e nos costumes das mulheres no que diz respeito à procura do profissional de saúde de referência para a vigilância da gravidez, remetendo para o EESMOG essa preferência. Considera-se que contribuem para o efeito, *pequenos grandes passos* como a implementação deste projeto, que permite revelar aos utentes os benefícios da prestação do EESMO, pela satisfação da intervenção enfermagem especializada em SMOG, baseada no conhecimento científico, no pressuposto de que a gravidez e maternidade são eventos naturais e reconhecimento da potencial da mulher/família a participar ativamente nos

cuidados com vista a uma gravidez e experiência de nascimento saudáveis e adaptação ao novo papel parental (WHO, 2011b; ICM, 1992).

Por último salienta-se a necessidade de investimento em estudos que visem a compreensão das representações dos cuidados de enfermagem especializados em SMO para as mulheres grávidas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS ²⁰

- Alligood, M. & Tomey, A. (2004). Introdução à Teoria de Enfermagem. In M. Alligood & A. Tomey, *Teóricas de Enfermagem e Sua Obra* (pp.3-13). Loures: Lusociência;
- Alvim, D., Bassoto, T. & Marques, G. (2007). Sistematização da Assistência de Enfermagem à Gestante de Baixo Risco. *Revista do Meio Ambiente e Saúde*, 2(1), 258-272. Acedido em 05 de Novembro de 2012 em <http://www.faculdadedofuturo.edu.br/revista/2007/resumos/RMAS%202%281%29%20258-272.pdf>
- Administração Regional de Saúde do Algarve (2012). *Apresentação dos Recursos na Área de Saúde do Algarve*. Acedido em 10 de Junho de 2012 em http://www.arsalgarve.min-saude.pt/site/index.php?option=com_content&view=article&id=46&Itemid=59&lang=pt
- Administração Regional de Saúde do Algarve. Observatório Regional de Saúde (2011). *Algarve Perfil de Saúde da Região*. Acedido em 31 de Outubro de 2012 em http://www.arsalgarve.min-saude.pt/site/images/centrodocs/PRSARSALG_CAPV_Estadosaude.pdf
- Banta D (2003). *What is the efficacy/effectiveness of antenatal care and the financial and organizational implications?* WHO Regional Office for Europe; Copenhagen: Health Evidence Network report. Acedido em 6 de Janeiro de 2011 em http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/74662/E82996.pdf
- Bortoletti, F. (2007). Psicodinâmica do ciclo gravídico puerperal. In Bortoletti, F., Moron, A., Bortoletti Filho, J., Santana, R., Nakamura, M. & Mattar, R., *Psicologia na Prática Obstétrica* (pp 21-31). Brasil: Editora Manole Lda.
- Campos, S. & Soares, D. (s.d.). Epidemiologia e Indicadores de Saúde. Acedido em 17 de Novembro de 2012 em www.ebah.com.br/content/ABAAAAXfAAH/epidemiologia-indicadores-saude
- Campos, D., Montenegro, N. & Rodrigues, T. (2008). *Protocolos de Medicina Materno-Fetal*. 2ªed. Lisboa: Lidel;
- Chalmers, B. & Young, D. (2009). Prenatal Ultrasound. In Public Health Agency of Canada, *What Mothers Say: The Canadian Maternity Experiences Survey*. Ottawa. Acedido em 28 de Novembro de 2012 em <http://www.phac-aspc.gc.ca/rhs-ssg/pdf/survey-eng.pdf>

²⁰ De acordo com o estilo APA – American Psychological Association.

- Corbett, R.W. (2008). Cuidados de Enfermagem na Gravidez. In Lowdermilk & Perry, *Enfermagem na Maternidade* (pp.245-297). Loures: Lusodidacta;
- Decreto-Lei n.º 322/87 de 28 de Agosto. Ministério da Saúde N.º 197, 1.ª Série. Acedido em 10 de Novembro de 2012 em <http://www.dre.pt/pdf1s%5C1987%5C08%5C19700%5C33323332.pdf>
- Decreto Lei n.º 28/2008 de 22 de Fevereiro (22 de Fevereiro, 2008). Diário da República, N.º 38 , 1.ª série. Acedido em 12 e Julho de 2012 em <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/639D1F2C-07BD-4ED3-8EA3-53FBB5EE0F30/0/0118201189.pdf>
- Despacho n.º Despacho n.º 4324/2008 de 19 de Fevereiro. (2008, 19 de Fevereiro). *Diário da República*. N.º35, 2ª Série. Acedido em 3 de Outubro de 2012 em http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/B2A32A48-8C2F-46DD-9178-2B149DEB4D16/0/Desp4324_SaudeOral.pdf
- Direção Geral de Saúde. Divisão de Saúde Materna e Planeamento Familiar (1993). Orientações técnicas nº2 - Vigilância pré-natal e revisão do puerpério. 2ªed. Lisboa: Direção Geral de Saúde;
- Direção Geral de Saúde. (2008). *Saúde Reprodutiva e Planeamento Familiar: Orientações DGS*. Programa Nacional de Saúde Reprodutiva. Lisboa: DGS;
- Entidade Reguladora de Saúde (2009). *Estudo do Acesso aos Cuidados de Saúde Primários do SNS*. Porto: ERS. Acedido em 10 de outubro de 2012 em http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/5D701CD5-E361-48CE-A94E-E600046B4BDC/0/EstudoAcessoCuidadosaudePrimarios_Relatorio.pdf
- Escola Superior de Enfermagem do Porto. Linha de Investigação de Enfermagem de Família (2009). *Da investigação à prática de Enfermagem de Família*. Porto: Editora Linha de Investigação de Enfermagem de Família. Acedido a 6 de Agosto de 2012 em [http://portal.esenf.pt/www/pk_menus_ficheiros.ver_ficheiro?fich=F2042243075/\[e-book\]%20Enfermagem%20de%20Familia.pdf](http://portal.esenf.pt/www/pk_menus_ficheiros.ver_ficheiro?fich=F2042243075/[e-book]%20Enfermagem%20de%20Familia.pdf)
- Euro-Peristat Project (2004). *European Perinatal Health Report*. Acedido em 10 de Novembro de 2011 de <http://www.sante.public.lu/publications/sante-fil-vie/petite-enfance/european-perinatal-health-report/european-perinatal-health-report.pdf>
- Fortin, M., Côté, J. & Filion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Gauthier, J., Cabral, I., Santos, I. & Tavares, C. (1998). *Pesquisa em Enfermagem: Novas Metodologias Aplicadas*. Rio de Janeiro: Guanabata Koogan S.A..

- Grupo Técnico para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários (2006). *Linhas de Ação Prioritária para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários* – Resolução do Conselho de Ministros nº 86/2005, de 7 de Abril e Despacho nº 10942//2005 do Ministro da Saúde, de 21 de Abril. Acedido a 7 de Novembro de 2011 em www.portugal.gov.pt/pt/Documentos/Governo/MS/Linhas_Cuidados_Saude_Primary.pdf
- Hatem, M., Sandall, J., Devane, D., Soltani, H. & Gates, S. (2009). *Midwife-led versus other models of care for childbearing women*. The Cochrane Collaboration. London: JohnWiley & Sons, Ltd. Acedido em 26 de Novembro de 2012 em <http://apps.who.int/rhl/reviews/CD004667.pdf>
- International Confederation of Midwives (2011). *Parâmetros Gerais para Regulação da Profissão de Parteira*. Acedido em 25 de Novembro de 2012 em <http://www.internationalmidwives.org/Portals/5/2011/DB%202011/Par%C3%A2metros%20Gerais%20para%20Rgula%C3%A7%C3%A3o%20da%20Profiss%C3%A3o%20de%20Parteira%20%282011%29%20POR.pdf>
- International Midwives Council (1992). *International Code of Ethics for Midwives*. Acedido em 25 de Novembro de 2012 em [HTTP://WWW1.UMN.EDU/HUMANRTS/INSTREE/MIDWIVES.HTML](http://WWW1.UMN.EDU/HUMANRTS/INSTREE/MIDWIVES.HTML)
- International Midwives Council (2002). *Essential Competencies for Basic Midwifery Practice*. Acedido em 28 de Setembro de 2012 em http://www.internationalmidwives.org/Portals/5/Documentation/Essential%20Compenglish_2002-JF_2007%20FINAL.pdf
- Iliadi, P. (2010). Accountability and Collaborative Care: How interprofessional education promotes them. *Health Science Journal*, 129-135. Acedido em 8 de Março de 2012 em <http://www.hsj.gr/volume4/issue3/432.pdf>
- Instituto Nacional de Estatística (2011) - **Nados-vivos (N.º) por Local de residência da mãe e Nacionalidade da mãe**. Consultado em 10 de Junho de 2012 em http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0003665&contexto=bd&selTab=tab2 2011
- Instituto Nacional de Estatística (2011) - **Nados-vivos (N.º) por Local de residência da mãe, Sexo, Idade da mãe e Duração da gravidez da mãe**; Consultado em 10 de Junho de 2012 em http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0003665&contexto=bd&selTab=tab2 202011
- Kaczorowski (2009). 1 Reaction to Conception. In Public Health Agency of Canada, *What Mothers Say: The Canadian Maternity Experiences Survey*. Ottawa. Acedido em 28 de Novembro de 2012 em <http://www.phac-aspc.gc.ca/rhs-ssg/pdf/survey-eng.pdf>

- Kieler, H.; Cnattingius, S.; Haglund, B.; Palmgren, J.; Axelsson, O. (Novembro, 2001). Sinistrality-a side-effect of prenatal sonography: A comparative study of young men. *EPIDEMIOLOGY*, 12(6), 618-623. Acedido em 28 de Novembro de 2012 em http://journals.lww.com/epidem/Fulltext/2001/11000/Sinistrality_a_side_effect_of_prenatal_sonography_.7.aspx?utm_source=twitterfeed&utm_medium=twitter&generateEpub=Article|epidem:2001:11000:00007||#
- Leal, I. (2005). Da Psicologia da gravidez e à psicologia da Parentalidade. In I. Leal *Psicologia da Gravidez e Parentalidade*, (pp. 9-19). Lisboa: Fim de Século.
- Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro (2009, 16 de Setembro). Diário da República, N.º 180 – 1.ª Série. Acedido a 12 de Setembro de 2012 em www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Lei_111-09_16__Setembro_EstatutoOE.pdf
- Lei n.º 9/2009 de 4 de Março (2009, 4 de Março). Diário da República, N.º 44, 1.ª Série. Acedido em Setembro de 2012 em <http://www.dre.pt/pdf1s/2009/03/04400/0146601530.pdf>
- Lima, M., Diniz, P., Souza, R., Melo, O. & Noronha, C. (2009). Ácido fólico na prevenção de gravidez acometida por morbidade fetal: aspectos atuais. *Femina*, 37(10), 569-575. Acedido em 20 de Novembro de 2012 em <http://www.febrasgo.org.br/arquivos/femina/Femina2009/outubro/Femina-v37n10p569-75.pdf>
- Lopes, M.F. (2006), *Manual de Estilo da APA: Regras Básicas*, American Psychological Association. Portalegre, Artmed.
- Lowdermilk, D.L. (2008). Anatomia e Fisiologia da Gravidez. In D.L. Lowdermilk and S. Perry, *Enfermagem na Maternidade* (pp.222-231). Loures: Lusodidacta
- MCEESMO (2010). Parecer N.º 3/2010. Competência do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica e do Enfermeiro de Cuidados Gerais no Âmbito da Saúde Sexual e Reprodutiva. Acedido em 14 de Setembro de 2012 em http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/Parecer3_MCEESMO.pdf
- MCEESMO (2011). Parecer N.º 19/2011. Competência para a Vigilância da Gravidez e Prescrição de Exames Complementares de Diagnóstico. Acedido a 12 de Setembro de 2012 em http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/Parecer19_CEESMO.pdf
- Ministério da Saúde (2011). Orientações para a Organização e Funcionamento das Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados. Lisboa. Acedido a 8 de Junho de 2012 de http://www.mcsp.min-saude.pt/Imgs/content/page_161/aprovacao_ucsp.pdf
- Moreira, M. F., Nóbrega, M.L. & Silva, M. I.T. (2003). Comunicação Escrita: Contribuição para a Elaboração de Material Educativo em Saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 56(2), 184-188. Acedido em 10 de Novembro de 2012 em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v56n2/a15v56n2.pdf>

- Moura, C. & Lopes, G. (2003). Acompanhamento Pré-Natal Realizado por Enfermeiras Obstetras: Representação das gestantes. *Revista de Enfermagem UERJ*; N°11, 165-170. Acedido em 10 de Julho de 2012 em <http://www.facenf.uerj.br/v11n2/v11n2a07.pdf>
- Nações Unidas (2012). *The Millennium Development Goals Report*. Acedido em 10 de Novembro de 2012 em <http://www.undp.org/content/undp/en/home/librarypage/mdg/the-millennium-development-goals-report-2012/>
- National Perinatal Association (2008). *Position Statement on Midwifery*. Retirado a 8 de Novembro de 2011 de www.nationalperinatal.org
- Norma N.º 023/2011 da DGS Ministério da Saúde (Setembro, 2011). Exames Ecográficos na Gravidez. Acedido em 23 de Novembro de 2012 em <http://www.dgs.pt/?cr=21166>
- Norma N.º37/2011 DGS Ministério da Saúde (Outubro, 2011). Exames Laboratoriais na Gravidez de Baixo Risco. Acedido em 23 de Novembro de 2012 em <http://www.saudereprodutiva.dgs.pt/>
- Observatório do Aleitamento Materno. Direção-Geral da Saúde. Divisão de Saúde Reprodutiva. Mama Mater. Associação pró Aleitamento Materno em Portugal (2012). *Registo do Aleitamento Materno: Relatório Julho 2010 – Junho 2011*. Acedido em 31 de Outubro de 2012 em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i016988.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2009). Linhas de Orientação para a Elaboração de Catálogos CIPE: *Guidelines for ICNP® Catalogue Development*. Acedido em 20 de Agosto de 2012 em http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/linhas_cipe.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (Dezembro, 2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento conceptual. Enunciados descritivos. Acedido em 6 de Agosto de 2012 em <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/PadroesqualidadeCuidadosEnfermagem.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (Dezembro, 2009). *Caderno Temático - Modelo de Desenvolvimento Profissional*. Acedido em 23 de Agosto de 2012 em http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/cadernostematico_s2.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (Outubro, 2011). Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica. Acedido em 6 de Outubro de 2012 em <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEESaudeMaternaObstetricaGinecologica.pdf>
- Pinto, L.F. (2009). Sistemas de Informação e Profissionais de Enfermagem. Dissertação de Mestrado, Gestão dos Serviços de Saúde. Universidade de Trás-os-Montes e Alto

Douro, Vila Real. Acedido em 20 de Agosto de 2012 em http://repositorio.utad.pt/bitstream/10348/355/1/msc_lfbpinto.pdf

Plano Nacional de Saúde (2012-2016). *Indicadores e Metas em Saúde*. Acedido em 22 de Novembro de 2012 em http://pns.dgs.pt/files/2012/02/Indicadores_e_Metas_em_Saude1.pdf

Plano Nacional de Saúde (Janeiro, 2012). *PNS 2012-2016: Objectivo para O sistema de Saúde - Promover Contextos Favoráveis à Saúde ao longo do Ciclo de Vida*. Acedido em 22 de Novembro de 2012 em <http://pns.dgs.pt/files/2012/02/Contextos-saud%C3%A1veis-ao-longo-da-vida.pdf>

PORDATA (2011) - **População residente do sexo feminino: total e por grupo etário**. Acedido em 20 de Outubro de 2012 em <http://www.pordata.pt/Municipios/Ambiente+de+Consulta/Tabela>

PORDATA (2011) – Taxa de Mortalidade Infantil 2001-2011. Acedido em 20 de Outubro de 2012 de <http://www.pordata.pt/Europa/Ambiente+de+Consulta/Gr%C3%A1fico>

Direcção-Geral da Saúde (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos*. Vol. II - Orientações estratégicas. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. Acedido a 8 de Junho de 2012 em http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/media/pns_vol2.pdf

Regulamento n.º 127/2011 (2011, 18 Fevereiro). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro e Saúde Materna Obstétrica e Ginecológica. Diário da Republica, n.º35, 2ª Série. Acedido a 24 de Outubro de 2011 em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulament_o%20127_2011_CompeticenciasEspecifEnfSMObst_Ginecologica.pdf

Rodrigues, A., Nascimento, C., Antunes, L., Mestrinho, M., Serra, M., Madeira, R., Canário, R. e Lopes, V. (2007). *Processos de Formação na e para a Prática de Cuidados*. Loures: Lusociência

Serrano, G. P. (1998). La Investigación Acción. In G.P. Serrano, *Investigación cualitativa: Retos e interrogantes*. Vol 1. (pp.177-202). Madrid: La Muralla

Sodré, Bonadio, Jesus & Merighi (2010). Necessidade de Cuidado e desejo de participação no parto de gestantes residentes em Londrina-Paraná. *Contexto Enfermagem*, Florianópolis; Jul-Set 2010, 19(3), pp452-460. Acedido em 28 de Novembro de 2012 em <http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n3/a06v19n3.pdf>

Tomey e Alligood (2002). Tradução de Teóricas de enfermagem e sua obra. Loures: Lusociência.

Velada, A.R. (2007). *Avaliação da Eficácia da Formação Profissional: Fatores que afetam a Transferência da Formação para o Local de Trabalho*. Tese de Doutoramento em Psicologia Social e Organizacional, Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, Lisboa. Acedido em 23 de Novembro de 2012 em http://repositorio-iul.iscte.pt/bitstream/10071/626/1/Tese%20Doutoramento_Raquel%20Velada.pdf

- Way, D., Jones, L., & Busing, N. (2000). *Implementation Strategies: "Collaboration in Primary Care –Family Doctors & Nurse Practitioners Delivering Shared Care"* Discussion Paper Written for The Ontario College of Family Physicians. Acedido em 8 de Março de 2012 em www.eicp.ca/en/toolkit/hhr/ocfp-paper-handout.pdf
- World Health Organization (2010). Evaluation of the National Health Plan of Portugal 2004-2010. Acedido em 5 de Abril de 2012 em <http://pns.dgs.pt/files/2011/01/avaext.pdf>
- World Health Organization (2011a). *Strengthening Midwifery Toolkit - Module 9. Developing midwifery capacity for the promotion of maternal and newborn health.* Acedido em 8 de Novembro de 2012 em http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501965_module9_eng.pdf
- World Health Organization (2011b). *Strengthening midwifery toolkit - Modulo 4. Competencies for midwifery practice.* Acedido em 18 de Agosto de 2012 em http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501965_module4_eng.pdf
- World Health Organization (2011c). *Strengthening Midwifery Toolkit - Module 1. Strengthening Midwifery: A background paper.* Acedido a 6 de Janeiro de 2012 em http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501965_module1_eng.pdf
- World Health Organization (2012). *Millennium Development Goals.* Acedido em 13 de Agosto de 2012 em http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/en/

APÊNDICES

**APÊNDICE A – Questionário Experiências na Maternidade, adaptado
do original Canadian Maternity Experiences Survey**

QUESTIONARIO TELEFÓNICO Nº _____

D^a _____ Apresento-me como Enf^a do Centro de Saúde de _____;
o meu nome é Cátia Vieira e obtive o seu nº de telefone no ficheiro do Centro de Saúde. Neste momento estou a fazer um inquérito que recolhe as **opiniões e experiências das senhoras durante a gravidez**.

Assim, através deste telefonema gostaria de a convidar para participar neste inquérito. Diga-me então se faz favor se está disposta a responder às questões que lhe vou colocar; o tempo que a vou ocupar é de aproximadamente 15 minutos.

Se a S^a diz **NÃO**

Agradeça e diga algo; “Obrigada, ficará então para uma outra oportunidade; Uma boa tarde para a Senhora e felicidades para o bebé e para toda a família; eu trabalho aqui no Centro de Saúde de _____ e estarei ao dispor para algo que necessite dos Cuidados de Enfermagem”]

Se a S^a diz **SIM**

Muito obrigada, vou então começar a recolher as suas respostas que se referem ao tempo em que esteve grávida, se tem mais do que um filho, refiro-me à gravidez do ultimo filho. Os resultados deste inquérito pretendem melhorar os cuidados de saúde às mulheres grávidas.

As suas respostas são completamente confidenciais, serão usadas para fins estatísticos e o seu nome não será revelado. A sua participação é importante, agradeço ter concordado em participar

Vou então começar as perguntas:

Data da Entrevista pelo telefone _____/_____/_____

A 1ª parte é sobre a conceção do nome do bebé

1. De quanto tempo estava grávida do <u>nome do bebé</u> , quando percebeu que estava grávida?
a) _____ Semanas [informação preferencialmente em semanas]
2. Pensando nessa altura em que ficou grávida do <u>nome do bebé</u> , diria que desejava a gravidez para
1. Mais cedo 2. Mais tarde 3. Para aquela altura 4. Não desejava a gravidez
3. Quando percebeu que estava grávida, qual foi a sua reacção?
1. Muito Contente 2. Contente 3. Nem Contente nem triste 4. Triste 5. Muito Triste
4. Nos 3 meses antes de ficar grávida do <u>nome do bebé</u> tomou multivitaminas com ácido fólico ou suplemento de ácido fólico?
1. Sim 2. Não [vá para Q.6]
5. Tomou-o todos os dias (durante os primeiros 3 meses de gravidez)?
1. Sim 2. Não
6. Foi informada sobre a importância do ácido fólico na prevenção de alguns problemas das crianças?
1. Sim 2. Não [vá para Q.8]
7. Quem a informou?
1. Médico Obstetra 2. Médico Ginecologista 3. Médico de Família 4. Médico em Consultório Privado 5. Enfermeira Especialista SMO – Enfermeira-Parteira 6. Enfermeira 7.1 Outro _____
8. Antes do nascimento do <u>nome do bebé</u> a Srª sabia que tomar Ácido Fólico antes da gravidez podia ajudar a prevenir alguns problemas das crianças?
1. Sim 2. Não
9. Fez algum tratamento para ajudar a ficar grávida? (<i>questão só para quem respondeu que desejava a gravidez, na Q.2.</i>)
1. Sim 2. Não

A 2ª parte é sobre os Cuidados antes do Nascimento.

As perguntas que vou fazer são sobre as consultas com o médico ou com a enfermeira para exames, análises, aconselhamentos sobre a gravidez antes do nome do bebé nascer

10. De quantas semanas estava grávida do <u>nome do bebé</u> quando foi pela 1ª vez à Consulta de Gravidez? Isto inclui a 1ª vez que a gravidez foi confirmada
1. _____ Semanas [se possível em semanas; se a Srª disser em meses, diga "aí aproximadamente às ___ semanas]
11. As datas das suas consultas de gravidez foram nas datas que desejava? Tão cedo quanto a Srª desejou?

1. Sim [vá para Q.13]
2. Não
12. Que Razão levou a que as consultas de gravidez não fossem tão cedo quanto a Srª desejava?
1. Não havia nenhum Medico/Enfermeiro(a) disponível [sublinhe se médico, se enfermeiro]
2. O seu Medico/Enfermeiro não tinha vagas [sublinhe se médico, se enfermeiro]
3. A Srª não sabia que estava grávida
4. A Srª não estava inscrita no Centro de Saude
5. A Srª tinha muito que fazer e não podia ir à consulta
6. A Srª não tinha transporte [carro, camioneta..] para ir
7. A Srª não podia sair do emprego
8. Outra causa _____
13. A quantas consultas de gravidez foi?
1. _____ consultas
14. Qual foi o técnico de saúde que a seguiu mais vezes nas consultas?
1. Medico Obstetra
2. Medico Ginecologista
3. Médico de Família
4. Medico em Consultório Privado
5. Enfermeira Especialista SMO – Enfermeira-Parteira
6. Enfermeira
7. Outro _____
15. Em que Local [recebeu a maior parte das Consultas de Gravidez?
1. _____ (Se a Srª não disser sugerir Albufeira)
16. Durante a gravidez do <u>nome do bebé</u> fez Preparação para o Parto?
1. Sim
2. Não [vá para Q.18]
17. Em que local funcionava o Curso de Preparação para o Parto?
1. No Hospital
2. Numa Clinica de Saúde Privada
3. No Centro de Saúde
4. De forma Privada com uma Parteira ou uma Doula
5. Outra _____
18. Qual era a data que estava prevista para o parto?
1. _____ (Perguntar se nasceu antes da data prevista)
19. Em alguma altura da gravidez ou antes do Trabalho de Parto a Srª pediu para fazer uma cesariana?
1. Sim
2. Não
20. Em alguma altura da gravidez ou antes do Trabalho de Parto o médico recomendou à Srª uma cesariana?
1. Sim
2. Não

A 3ª parte é sobre Procedimentos e Exames

21. Foi-lhe proposto fazer Ecografias durante a gravidez do <u>nome do bebé</u>
1. Sim
2. Não [vá para Q.24]
22. Quantas Ecografias fez durante a gravidez do <u>nome do bebé</u>
1. _____
23. Quantas semanas tinha quando fez a 1ª Ecografia?
1. _____
24. Durante a gravidez do <u>nome do bebé</u> fez análises do VIH, o vírus que causa a SIDA?
1. Sim
2. Não [vá para Q.26]

25. De que forma a sua opinião foi respeitada na sua decisão em fazer o teste do VIH?
1. Foi-lhe totalmente pedida opinião
2. A sua opinião foi parcialmente respeitada
3. Não lhe pediram opinião

A 4ª Parte é sobre a Altura e modificações no Peso

26. Qual a sua Altura?
1. _____
27. Antes da gravidez do <u>nome do bebé</u> quanto pesava?
1. _____
28. Quantos quilos aumentou no final da gravidez do <u>nome do bebé</u>
1. _____
29. Quanto pesa agora?
1. _____

A 5ª Parte é sobre Problemas durante a Gravidez

30. Antes da gravidez tinha algum problema de saúde, em que tivesse de tomar medicamentos durante mais do que 2 semanas, cuidados especiais ou exames especiais?
1. Sim
2. Não
31. Durante a gravidez teve algum problema de saúde que necessitasse de tomar medicamentos durante mais do que 2 semanas, cuidados especiais ou exames especiais?
1. Sim
2. Não
32. Durante a gravidez, antes do Trabalho de Parto, a Srª esteve internada no Hospital?
1. Sim
2. Não [vá para Q.34]
33. (Antes do Trabalho de Parto e Parto) quantas noites no total ficou internada no Hospital durante a gravidez
1. _____

A 6ª Secção é sobre informação sobre a gravidez, Trabalho de Parto e Nascimento

34. Durante a gravidez do <u>nome do bebé</u> antes do Trabalho de Parto e Parto a Srª tinha informação suficiente sobre os seguintes assuntos que vou dizer: Modificações físicas do seu corpo tais como retenção de líquidos, dores nas costas, enjoos
1. Sim
2. Não
35. Durante a gravidez do <u>nome do bebé</u> antes do Trabalho de Parto e Parto a Srª tinha informação suficiente sobre: Mudanças emocionais que algumas mulheres sentem como sentir-se insegura, ter medos ou receios
1. Sim
2. Não
36. Durante a gravidez do <u>nome do bebé</u> antes do Trabalho de Parto e Parto a Srª tinha informação suficiente sobre: Sinais de Alarme/problema de complicações da gravidez tais como febre elevada dores de cabeça
1. Sim
2. Não
37. Durante a gravidez do <u>nome do bebé</u> antes do Trabalho de Parto e Parto a Srª tinha informação suficiente sobre :

Tomar medicamentos pode afetar o bebê
<ol style="list-style-type: none"> 1. Sim 2. Não
38. Durante a gravidez do <u>nome do bebê</u> antes do Trabalho de Parto e Parto a Srª tinha informação suficiente sobre:
O que esperar do Trabalho de Parto e Nascimento
<ol style="list-style-type: none"> 1. Sim 2. Não
39. Durante a gravidez do <u>nome do bebê</u> antes do Trabalho de Parto e Parto a Srª tinha informação suficiente sobre:
O que ou como o seu marido/companheiro poderia apoiar durante o Trabalho de Parto e Nascimento
<ol style="list-style-type: none"> 1. Sim 2. Não
40. Durante a gravidez do <u>nome do bebê</u> antes do Trabalho de Parto e Parto a Srª tinha informação suficiente sobre:
As formas/técnicas de alívio da dor que não usam medicamentos tais como respiratórias e massagens, duche quente....?
<ol style="list-style-type: none"> 1. Sim 2. Não
41. Durante a gravidez do <u>nome do bebê</u> antes do Trabalho de Parto e Parto a Srª tinha informação suficiente sobre:
Os efeitos secundários potenciais que o uso de medicamentos para a dor e anestesia pode ter
<ol style="list-style-type: none"> 1. Sim 2. Não
42. Durante a gravidez do <u>nome do bebê</u> antes do Trabalho de Parto e Parto a Srª tinha informação suficiente sobre:
Os testes médicos e procedimentos que poderiam ser necessários durante a gravidez tais como ecografias ou amniocentese
<ol style="list-style-type: none"> 1. Sim 2. Não
43. Durante a gravidez do <u>nome do bebê</u> antes do Trabalho de Parto e Parto a Srª recebeu informação suficiente sobre:
Importância do Aleitamento Materno
<ol style="list-style-type: none"> 1. Sim 2. Não
44. Durante a gravidez do <u>nome do bebê</u> antes do Trabalho de Parto e Parto a Srª tinha informação suficiente sobre:
Recursos disponíveis para resolução de possíveis problemas com amamentação (ex.: Cantinho da Amamentação)
<ol style="list-style-type: none"> 1. Sim 2. Não
45. Durante a gravidez do <u>nome do bebê</u> antes do Trabalho de Parto e Parto a Srª tinha informação suficiente sobre:
Atividade sexual na gravidez
<ol style="list-style-type: none"> 1. Sim 2. Não
46. Durante a gravidez do <u>nome do bebê</u> quem ou o quê foi o melhor recurso de informação sobre a gravidez, Trabalho de Parto e Parto?
<ol style="list-style-type: none"> 1. Gravidez anterior 2. Família ou amigos 3. Médico Obstetra/Ginecologista 4. Médico de Família 5. Enfermeira Especialista SMO – Parteira 6. Enfermeira 7. Doula 8. Aulas de Preparação para o Parto 9. Livros

10. Internet
11. Outros _____
47. Durante a gravidez quantas vezes teve apoio quando necessitou desse mesmo apoio?
1. Em nenhuma vez 2. Em Poucas vezes 3. Em algumas vezes 4. A maior parte das vezes 5. Todas as vezes

48. De 0 a 100 se tivesse que dar pontos/nota aos Cuidados de Saúde que recebeu durante a gravidez, quantos ponto lhe dava?

Resposta _____

Para terminar gostaria de lhe perguntar ainda:

49. Idade	50. Quantos filhos tem	51. O seu estado Civil: 1) solteira; 2) casada/união ofato; 3) Divorciada; 4) Viuva	52. Com quem vive
53. Nacionalidade:	1) Portuguesa 2) Estrangeira	55. Tempo de puerpério: _____ semanas	

Data da Entrevista pelo telefone _____/_____/_____

**APÊNDICE B – Resultados Necessidades Especificas das Mulheres
Grávidas**

Diagnóstico de Situação
Instrumento Maternity Experience Survey Questionnaire

Perceção da Gravidez Semanas		
	Frequency	Valid Percent
Valid 1,00	1	3,3
3,00	1	3,3
4,00	14	46,7
5,00	5	16,7
6,00	5	16,7
8,00	2	6,7
17,00	2	6,7
Total	30	100,0

Os extremos da perceção de gravidez situam-se entre a 1ª e a 17ª semana, com média às 5,5ª semana (DP=3,41)

A perceção de gravidez ocorreu para a maioria das participantes cerca das 4 semanas de gravidez (46,7%), ou seja coincidindo com a primeira amenorreia;

P2GravidezTempo		
	Frequency	Valid Percent
Valid Mais cedo	6	20,0
Mais tarde	8	26,7
Altura certa	13	43,3
Não desejava Gravidez	3	10,0
Total	30	100,0

O enquadramento da gravidez mais representativo, foi “altura certa” para 13 utentes (43.3%);

P3GravidezReação		
	Frequency	Valid Percent
Valid Muito contente	18	60,0
Contente	3	10,0
Nem contente nem triste	8	26,7
Muito triste	1	3,3
Total	30	100,0

A grande maioria das utentes, face à notícia de gravidez teve uma reação de grande contentamento (N=18; 60%)

P4AcdFolico		
	Frequency	Valid Percent
Valid Sim	4	13,3
Não	26	86,7
Total	30	100,0

A maioria das utentes (N=26; 86,6%) não tomou ácido fólico ou multivitaminas com ácido fólico, nos 3 meses antes da gravidez.

Das quatro utentes que tomaram, três cumpriram diariamente a prescrição.

		P6AcdFolicoPrevenção	
		Frequency	Valid Percent
	Sim	18	62,1
Valid	Não	11	37,9
	Total	29	100,0
Missing	System	1	
Total		30	

A maioria das senhoras (N=18; 62.1%) foi informada sobre a importância do ácido fólico na prevenção de alguns problemas das crianças.

		P7AcdFolicQuemInformou	
		Frequency	Valid Percent
	Medico Obstetra	8	42,1
	Medico Ginecologista	1	5,3
Valid	Medico de Familia	9	47,4
	Enf. SMO	1	5,3
	Total	19	100,0
Missing	System	11	
Total		30	

A maioria das utentes foi informada sobre a importância do ácido fólico na prevenção de problemas nas crianças, através do médico de família (N=9), seguindo-se o médico obstetra (N=8).

		P8AcdFolicoPrevenção	
		Frequency	Valid Percent
	Sim	7	23,3
Valid	Não	23	76,7
	Total	30	100,0

A maioria das mulheres, antes da gravidez atual, não sabia que tomar Acido Fólico antes da gravidez poderia ajudar a prevenir problemas das crianças (N=23; 76,7%).

		P9TrataGravidez	
		Frequency	Valid Percent
	Sim	1	6,3
Valid	Não	15	93,8
	Total	16	100,0
Missing	System	14	
Total		30	

Apenas uma mulher entrevistada realizou tratamento para ajudar a engravidar.

P10ConsultaGravidez		
	Frequency	Valid Percent
Valid 4,00	3	10,0
5,00	4	13,3
6,00	6	20,0
7,00	2	6,7
8,00	9	30,0
9,00	2	6,7
12,00	2	6,7
18,00	1	3,3
22,00	1	3,3
Total	30	100,0

Os extremos de iniciação de consultas de gravidez situam-se entre a 4ª e a 22ª semana.

A vigilância da gravidez teve início para a maioria das participantes cerca das 8 semanas de gravidez (30%).

P11DatasConsultaDesejadas		
	Frequency	Valid Percent
Valid Sim	27	90,0
Não	3	10,0
Total	30	100,0

Para a grande maioria as datas das consultas foram nas datas desejadas (N=27; 90%)

P12RazõesAtrasoConsulta			
		Frequency	Valid Percent
Valid	Não Havia Vagas	1	50,0
	Outra	1	50,0
	Total	2	100,0
Missing	System	28	
Total		30	

A razão mais apontada foi por falta de vagas ou outra razão não especificada.

P13QuantasConsultas		
	Frequency	Valid Percent
4,00	1	3,3
6,00	1	3,3
7,00	4	13,3
8,00	10	33,3
9,00	1	3,3
10,00	8	26,7
11,00	1	3,3
12,00	1	3,3
14,00	1	3,3
15,00	1	3,3
18,00	1	3,3
Total	30	100,0

A maior parte das mulheres realizou 8 consultas na gravidez (N=10; 33%).

P14TecnicoQueMaisSeguiu		
	Frequency	Valid Percent
Medico Obstetra	13	43,3
Medico Ginecologista	1	3,3
Valid Medico de Família	10	33,3
Enfermeiro	6	20
Total	30	100,0

O técnico que seguiu mais vezes na consulta foi o médico obstetra (N=13), seguindo-se o médico de família (N=10).

P16PParto		
	Frequency	Valid Percent
Valid Sim	9	30,0
Não	21	70,0
Total	30	100,0

A grande maioria não realizou Preparação para o parto (N=21)

P17PPartoLocal		
	Frequency	Valid Percent
Valid Clinica Privada	1	11,1
Centro Saúde	7	77,8
Outra	1	11,1
Total	9	100,0
Missing System	21	
Total	30	

Das utentes que realizaram preparação para o parto a maioria realizou no CS de Albufeira (N=7; 77,8%).

P18PrematuroSemanas

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
28,00	1	3,3	3,3	3,3
35,00	1	3,3	3,3	6,7
38,00	2	6,7	6,7	13,3
Valid 39,00	7	23,3	23,3	36,7
40,00	15	50,0	50,0	86,7
41,00	4	13,3	13,3	100,0
Total	30	100,0	100,0	

Na grande maioria os partos foram de termo às 40 semanas (N=15) e 39 semanas (N=7), Registrando-se no entanto dois partos pré-termo.

P19PediuCesariana

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Sim	1	3,3	3,3	3,3
Valid Não	29	96,7	96,7	100,0
Total	30	100,0	100,0	

Apenas uma mulher solicitou cesariana.

P20RecomendaramCesariana

	Frequency	Valid Percent
Sim	2	6,7
Valid Não	28	93,3
Total	30	100,0

A maioria dos médicos não sugeriu cesariana (N=28; 93%)

P21EcoFeitas

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
1,00	3	10,0	10,0	10,0
2,00	3	10,0	10,0	20,0
3,00	7	23,3	23,3	43,3
4,00	5	16,7	16,7	60,0
5,00	3	10,0	10,0	70,0
Valid 6,00	1	3,3	3,3	73,3
7,00	2	6,7	6,7	80,0
8,00	2	6,7	6,7	86,7
12,00	1	3,3	3,3	90,0
13,00	2	6,7	6,7	96,7
15,00	1	3,3	3,3	100,0
Total	30	100,0	100,0	

O número de ecografias realizadas na gravidez variaram entre 1 e 15.

A maioria das mulheres realizou 3 ecografias na gravidez (N=7).

P22EcoPropostas		
	Frequency	Valid Percent
Sim	27	90,0
3,00	1	3,3
Valid 5,00	1	3,3
10,00	1	3,3
Total	30	100,0

Para a maioria das mulheres foi proposto fazer ecografia na gravidez.

P23EcoQuandoSemanas		
	Frequency	Valid Percent
4,00	1	3,4
5,00	4	13,8
6,00	3	10,3
8,00	1	3,4
9,00	2	6,9
10,00	1	3,4
Valid 11,00	1	3,4
12,00	11	37,9
13,00	2	6,9
14,00	1	3,4
17,00	1	3,4
20,00	1	3,4
Total	29	100,0
Missing System	1	
Total	30	

A primeira ECO, para a maioria das mulheres foi realizada às 12 semanas de gravidez (N=11; 37,9%). Variando entre as 4 e as 20 semanas de gestação.

P24AnalisesHIV		
	Frequency	Valid Percent
Sim	29	96,7
Valid Não	1	3,3
Total	30	100,0

A maioria das mulheres fez análises para o HIV.

		P25TesteVIHOpição	
		Frequency	Valid Percent
	Totalmente pedida	1	3,4
Valid	Não pediram Opinião	28	96,6
	Total	29	100,0
Missing	System	1	
Total		30	

Para 28 mulheres a opinião sobre realização do teste de HIV não foi pedida (96,6%).

		P28PesoAumentouGravidez	
		Frequency	Valid Percent
	4,00	1	3,4
	5,00	1	3,4
	6,00	1	3,4
	8,00	1	3,4
	9,00	2	6,9
	10,00	3	10,3
	11,00	2	6,9
	12,00	2	6,9
	13,00	2	6,9
	13,50	1	3,4
Valid	14,00	2	6,9
	15,00	2	6,9
	16,00	1	3,4
	17,00	1	3,4
	18,00	1	3,4
	19,00	1	3,4
	20,00	2	6,9
	21,00	1	3,4
	22,00	1	3,4
	25,00	1	3,4
	Total	29	100,0
Missing	System	1	
Total		30	

Statistics

P28PesoAumentouGravidez

N	Valid	29
	Missing	1
Mean		13,5345
Std. Deviation		5,22004
Minimum		4,00
Maximum		25,00

Em media o aumento de peso durante a gravidez foi de 13,54 Kg, variando entre um mínimo de 4 Kg e um máximo de 25 Kg

P29PesoAtual

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
52,00	1	3,3	4,0	4,0
54,00	1	3,3	4,0	8,0
55,00	3	10,0	12,0	20,0
57,00	2	6,7	8,0	28,0
57,50	1	3,3	4,0	32,0
58,00	1	3,3	4,0	36,0
63,00	1	3,3	4,0	40,0
64,00	1	3,3	4,0	44,0
Valid 65,00	1	3,3	4,0	48,0
67,00	1	3,3	4,0	52,0
68,00	4	13,3	16,0	68,0
69,00	1	3,3	4,0	72,0
70,00	1	3,3	4,0	76,0
72,00	3	10,0	12,0	88,0
74,00	2	6,7	8,0	96,0
75,00	1	3,3	4,0	100,0
Total	25	83,3	100,0	
Missing System	5	16,7		
Total	30	100,0		

		P30DoençaMedicaAntesGravidez	
		Frequency	Valid Percent
Valid	Sim	3	10,0
Valid	Não	27	90,0
Total		30	100,0

A maioria das mulheres aparentam ser saudáveis antes da gravidez.

		P31DoençaMedicaDuranteGravidez	
		Frequency	Valid Percent
Valid	Sim	7	24,1
Valid	Não	22	75,9
Total		29	100,0
Missing	System	1	
Total		30	

A maioria das mulheres não teve problemas de saúde em que tivesse que tomar medicação durante mais do que duas semanas, cuidados especiais ou exames especiais (N=22), no entanto 7 mulheres tiveram problemas.

		P32GravidezInternamento	
		Frequency	Valid Percent
Valid	Sim	5	16,7
	Não	24	80,0
	22,00	1	3,3
	Total	30	100,0

5 mulheres estiveram internadas no Hospital antes do Trabalho de parto e parto (16,7%).

		P33GravidezNoitesHospital	
		Frequency	Valid Percent
Valid	,00	6	46,2
	1,00	3	23,1
	2,00	2	15,4
	5,00	1	7,7
	6,00	1	7,7
	Total	13	100,0
Missing	System	17	
Total		30	

		P34ModificaCorporal	
		Frequency	Valid Percent
Valid	Sim	25	83,3
	Não	5	16,7
	Total	30	100,0

Durante a gravidez antes do trabalho de parto, a maioria das grávidas tinham informação suficiente sobre modificações corporais (N=25; 83%).

		P35MudançasEmocionais	
		Frequency	Valid Percent
Valid	Sim	24	80,0
	Não	6	20,0
	Total	30	100,0

Durante a gravidez antes do trabalho de parto, a maioria das grávidas tinham informação suficiente sobre modificações psicológicas/emocionais (N=24; 80%).

		P36SinaisAlarme	
		Frequency	Valid Percent
Valid	Sim	25	86,2
	Não	4	13,8
	Total	29	100,0
Missing	System	1	
Total		30	

Durante a gravidez antes do trabalho de parto, a maioria das grávidas tinham informação suficiente sobre sinais de alarme (N=25; 86,2%).

		P37InfMedicamentos	
		Frequency	Valid Percent
	Sim	27	90,0
Valid	11,00	3	10,0
	Total	30	100,0

Durante a gravidez antes do trabalho de parto, a maioria das grávidas tinham informação suficiente sobre efeitos adversos da ingestão de medicação no desenvolvimento fetal (N=75; 90%).

		P38InfTParto	
		Frequency	Valid Percent
	Sim	27	90,0
Valid	Não	3	10,0
	Total	30	100,0

Durante a gravidez antes do trabalho de parto, a maioria das grávidas tinham informação suficiente sobre trabalho de parto e nascimento (N=27; 90%).

		P39InfApoioMarido	
		Frequency	Valid Percent
	Sim	24	80,0
Valid	Não	6	20,0
	Total	30	100,0

Durante a gravidez antes do trabalho de parto, a maioria das grávidas tinham informação suficiente de que forma o marido/companheiro poderia participar no trabalho de parto (N=24; 80%).

		P40InfTecAlivioDor	
		Frequency	Valid Percent
	Sim	19	63,3
Valid	Não	11	36,7
	Total	30	100,0

Durante a gravidez antes do trabalho de parto, 11 grávidas (36,7%) não tinham informação suficiente sobre técnicas não farmacológicas de alívio da dor em trabalho de parto .

		P41InfEfeitosMedicaDor	
		Frequency	Valid Percent
	Sim	17	58,6
Valid	Não	12	41,4
	Total	29	100,0
Missing	System	1	
	Total	30	

Durante a gravidez antes do trabalho de parto, 17 grávidas responderam que tinham informação suficiente sobre efeitos dos medicamentos para a dor e anestesia (58,6%) e 12 responderam que não.

		P42InfProcediGravidez	
		Frequency	Valid Percent
	Sim	26	89,7
Valid	Não	3	10,3
	Total	29	100,0
Missing	System	1	
	Total	30	

Durante a gravidez antes do trabalho de parto, a maioria das grávidas tinham informação suficiente sobre procedimentos que poderiam ser necessários durante a gravidez, como amniocentese e ecografias (N=26; 89,7%).

		P43InfAleitaMaterno	
		Frequency	Valid Percent
Valid	Sim	28	96,7
	Não	1	3,3
	Total	30	100,0

Durante a gravidez antes do trabalho de parto, a maioria das grávidas tinham informação suficiente sobre a importância do aleitamento materno (N=28; 96,7%).

		P44InfRecursosAleitaMaterno	
		Frequency	Valid Percent
Valid	Sim	25	83,3
	Não	5	16,7
	Total	30	100,0

Durante a gravidez antes do trabalho de parto, a maioria das grávidas tinham informação suficiente sobre recursos para resolução de problemas com a amamentação (N=25; 83,3%), sendo que 5 mulheres desconheciam o cantinho da amamentação (16,7%).

		P46MelhorRecurso	
		Frequency	Valid Percent
Valid	Gravidez Anterior	5	16,7
	Familia Ou Amigos	2	6,7
	Medico Obstetra/Ginecologista	6	20,0
	Medico Familia	3	10,0
	Enf. SMO	2	6,7
	Enfermeiro	2	6,7
	AulasPParto	7	23,3
	Livros	1	3,3
	Internet	2	6,7
	Total	30	100,0

A fonte de melhor recurso foram as aulas de Preparação para Parto.

		P47ApoioQdPrecisou	
		Frequency	Valid Percent
Valid	Poucas Vezes	3	10,0
	Algumas Vezes	9	30,0
	a maior parte das vezes	9	30,0
	todas as Vezes	9	30,0
	Total	30	100,0

AS participantes referem ter tido o apoio que necessitavam algumas vezes (n=9) , a maior parte das vezes (n=9) ou todas as vezes (n=9).

P48NotaCSP

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2,00	1	3,3	3,3
	49,00	1	3,3	6,7
	50,00	2	6,7	13,3
	60,00	1	3,3	16,7
	65,00	1	3,3	20,0
	70,00	3	10,0	30,0
	80,00	4	13,3	43,3
	90,00	4	13,3	56,7
	95,00	3	10,0	66,7
	99,00	2	6,7	73,3
	100,00	8	26,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0

Em média a pontuação das participantes face aos cuidados de saúde primários é de 81,63 (DP=22,5), variando entre 2 e 100 pontos

Statistics

P48NotaCSP

N	Valid	30
	Missing	0
Mean	81,6333	
Std. Deviation	22,50438	
Minimum	2,00	
Maximum	100,00	

			P49Idade	
			Frequency	Valid Percent
	15,00		1	3,3
	22,00		1	3,3
	23,00		2	6,7
	25,00		1	3,3
	27,00		1	3,3
	28,00		2	6,7
	29,00		2	6,7
	30,00		1	3,3
Valid	31,00		3	10,0
	32,00		1	3,3
	33,00		4	13,3
	34,00		3	10,0
	35,00		3	10,0
	36,00		1	3,3
	37,00		2	6,7
	41,00		1	3,3
	42,00		1	3,3
	Total		30	100,0

A média de idades das participantes era de 31,2 anos (DP=5.73), com um mínimo de 15 e um máximo de 42 anos

			P50NumeroFilhos	
			Frequency	Valid Percent
	1,00		14	46,7
	2,00		10	33,3
Valid	3,00		4	13,3
	4,00		2	6,7
	Total		30	100,0

A grande maioria das participantes (n=14) tinha 1 filho, seguindo-se 10 (33.3%) com 2 filhos

			P51EstadoCivil	
			Frequency	Valid Percent
	Solteira		13	43,3
Valid	Casada Ou União Fato		16	53,3
	Divorciada		1	3,3
	Total		30	100,0

A maioria das participantes têm companheiro, vivendo como casadas ou em união de fato.

			P52ComQuemVive	
			Frequency	Valid Percent
	Companheiro e filhos		1	3,3
	Mãe Pai Irmão Filha		1	3,3
	Marido		5	16,7
	Marido e Filhas		1	3,3
	Marido e filho		1	3,3
Valid	Marido e Filho		6	20,0
	Marido e Filhos		12	40,0
	Marido e Pais		1	3,3
	Mario e Filho		1	3,3
	Sozinha		1	3,3
	Total		30	100,0

O agregado familiar da maioria das participantes é constituído por família nuclear, marido e filhos

			P53Nacionalidade	
			Frequency	Valid Percent
	Desc.		2	6,7
	Brasileira		4	13,3
Valid	Portuguesa		21	70
	Ucraniana		3	10,0
	Total		30	100,0

A maioria das participantes é de nacionalidade portuguesa (n=21;70%).

P55SemanasPuerperio				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	1,00	3,3	3,4	3,4
	2,00	3,3	3,4	6,9
	3,00	3,3	3,4	10,3
	4,00	23,3	24,1	34,5
Valid	6,00	3,3	3,4	37,9
	8,00	16,7	17,2	55,2
	12,00	20,0	20,7	75,9
	16,00	20,0	20,7	96,6
	20,00	3,3	3,4	100,0
	Total	96,7	100,0	
Missing	System	3,3		
Total		100,0		

As participantes encontravam-se entre a 1ª e a 20ª semana após o parto;

		IMCGrupos	
		Frequency	Valid Percent
	Peso ideal	15	62,5
Valid	Levemente acima do peso	9	37,5
	Total	24	100,0
Missing	System	6	
	Total	30	

A grande maioria das participantes encontra-se no peso ideal (n=15; 62,5%)

**APÊNDICE C - Plano Síntese dos Objetivos, Atividades e Estratégias de
Implementação do Projeto**

Objetivo	Atividades	Estratégias	Data
Identificar as características da população beneficiária de cuidados	Determinação do nº de mulheres que vigiaram a gravidez no CS Albufeira no ano 2011; Identificação da assiduidade das mulheres à vigilância pré-natal	- Levantamento de dados provisório no SINUS sobre: nº de grávidas com vigilância pré-natal no CS de Albufeira, nº de consultas realizadas entre Janeiro e Outubro de 2011 e nº de primeiras consultas realizadas no 1º Trimestre	Novembro de 2011
		- Atualização de dados colhidos anteriormente, obtendo o correspondente para os 12 meses de 2011	Março de 2012
	Definição do perfil da beneficiária de cuidados pré-natais	- Análise dos dados sociodemográficos e historia obstétrica das utentes habituais do CS Albufeira através da consulta da base de dados do INE referente ao ano 2011	Maio de 2012
	Identificação das necessidades específicas da População	- aplicação de questionário a utentes não sujeitas à intervenção	Ao longo do projeto
Definir o modelo de atendimento para a população beneficiária de cuidados	Reconhecimento de uma consulta de Enfermagem no Pré-Natal, realizada por um EESMO num Centro de Saúde; Identificação de um padrão de referência	- solicitação de entrevista, via e-mail a um enfermeiro EESMO responsável pela consulta de SM do CDS de Faro (Recusada por indisponibilidade)	26 de Fevereiro de 2012
		-solicitação ao Coordenador Clínico da Unidade de Saúde de Tavira, para conhecimento da dinâmica da consulta e entrevistar as Enfermeiras ESMO	14 de Maio
		- visita à Unidade de Tavira e observação da consulta - entrevista com a responsável pela consulta de enfermagem sobre o modelo praticado	17 de Maio de 2012
	Identificação do modelo de cuidados	- pesquisa bibliográfica de modelos de cuidados na assistência pré-natal existentes a nível internacional	17 de Maio de 2012
		- Revisão dos modelos teóricos e adaptação do modelo às características da população beneficiária de cuidados	Março de 2012

Definir o modelo de atendimento para a população beneficiária de cuidados (cont.)	Definição das futuras beneficiárias de cuidados	<ul style="list-style-type: none"> - reunião com a Coordenadora Clínica da UCSP II, responsável de enfermagem e preceptora - definição das grávidas inscritas na Extensão de saúde de Ferreiras como futuras beneficiárias de cuidados 	23 de Abril de 2012
(Re)criar instrumentos de atendimento da assistência de enfermagem	Planificação e regulamentação da assistência de enfermagem Pré-Natal Local	- definição dos objetivos da assistência de enfermagem em consonância com a missão na Unidade de Saúde.	Na primeira quinzena de Abril
		- criação de plano de assistência a Pré-natal definindo atividades que competiam ao EESMO de acordo com o desenvolvimento gravídico, de forma a identificar e delimitar as competências próprias do EESMO na Unidade,	
		- exposição do projeto e plano assistencial em formato PowerPoint	16 de Abril de 2012
		- deslocação ao CS Faro para apresentação formal do projeto aos Superiores Hierárquicos (Presidente do Conselho Clínico e Vogal de Enfermagem)	17 de Abril de 2012
		- obtenção de parecer positivo para implementação do projeto-piloto a desenvolver no CS Albufeira (UCSP II)	18 de Maio de 2012
	(Re)criação de instrumentos educativos de apoio à prestação de cuidados e instrumentos de apoio à gestão da assistência de enfermagem.	<ul style="list-style-type: none"> - levantamento e organização de documentos informativos/normativos da DGS - levantamento e revisão de todos os documentos educativos de apoio à assistência de enfermagem na gravidez - recriados novos documentos/panfletos sobre variados temas - recriados documentos de apoio à gestão da consulta de enfermagem (folha de registo, consentimento informado para administração de imunoglobulina-antiD e documento auxiliar de avaliação nutricional da grávida) 	Maio 2012

Divulgar o novo recurso	Divulgação do recurso de assistência pré-natal junto dos parceiros de cuidados de saúde e utentes	- divulgação em reunião com os médicos de família afetos à extensão de Saúde das Ferreiras e enfermeira de Família - reprodução do plano assistencial e entrega aos MCGF	8 de Maio de 2012
		- divulgação às utentes pontualmente em cada primeiro contacto com a enfermeira ESMO durante a consulta de Saúde Materna	A partir de 21 de Maio de 2012
Implementar o novo recurso de vigilância de gravidez	Criação da consulta de Enfermagem Pré-Natal pelo EESMO como novo recurso da unidade de saúde	- tratamento de aspetos logísticos do funcionamento da consulta, através de contactos presenciais/telefónicos oportunos com os elementos da equipa, superiores Hierárquicos e Perceptora - definição se os horários das consultas, ligação a parceiros institucionais e previsão das resolução de encaminhamento quando necessário	Maio 2012
		- orientações à assistente técnica da unidade, sobre acessibilidade e agendamento de consultas para o EESMO	15 de Maio 2012
	Definição dos serviços complementares à consulta de enfermagem pré-natal	- definição dos serviços complementares à consulta de enfermagem pré-natal e respetiva articulação (nutrição, psicologia, preparação para o nascimento e parentalidade	16 a 20 de Maio de 2012
	Início das consultas de enfermagem para EESMO na gravidez	Início da consulta pré-natal especializada	21 de Maio de 2012

**APÊNDICE D – Autorização para utilização de questionário Maternity
Experiences Survey**

❏ Maragarida Sim Sim [Adicionar a contatos](#)
Para cpss@phac-aspc.gc.ca, Cátia Vieira

24/10/2012 
[Responder](#) 

Dear Sir

I'm a Nursing Portuguese Professor at the University of Évora, Portugal and my education area is Maternal Care.

At this time I have some master's students of Midwifery and I have the responsibility of their orientation.

One of them [Catia Vieira] she is a nurse, and works at Public Health Care, in small part of Algarve Region.

In order to complete her master final study and develop competencies, Catia needs to do an experience with the aim of diagnose mother's needs, during pregnancy.

Helping Catia during an episode of master orientation, I saw the Report "What Mothers Say: The Canadian Maternity Experiences Survey", and I saw also The Questionnaire MES. I think that it is very interesting and a good instrument to apply in our academic experience.

So, the aim of this e-mail is to ask your permission to apply the questions of pregnancy, in the small region where Catia develop her study.

Thank you very much for your attention

Margarida Sim-Sim [PhD]
School of Nursing
University of Évora


RE: Maternity Experiences Survey permission

Voltar para mensagens |  

Para ver mensagens relacionadas a esta, [agrupar mensagens por conversa](#).

❏ Margarida Sim Sim [Adicionar a contatos](#)
Para 'Sharon Bartholomew', Cátia Vieira

25/10/2012

Responder 

Dear Dr. Sharon

I received your e-mail, and I would like to thank you very much your permission to apply MES Questionnaire.

Certainly, with this questionnaire, my student, Catia Vieira, will have a good opportunity to develop her master dissertation, and also to advance her knowledge in Maternal Health Care.

I would like to thanks too your kindness and of course, if there are some doubt I will contact you

Very sincerely

Margarida Sim-Sim

De: Sharon Bartholomew [mailto:Sharon.Bartholomew@phac-aspc.gc.ca]

Enviada: quinta-feira, 25 de Outubro de 2012 13:31

Para: msimsim@uevora.pt

Cc: cpss@phac-aspc.gc.ca

Assunto: Maternity Experiences Survey permission

Dear Dr. Sim Sim,

Thank you for your letter regarding our Maternity Experiences Survey.

I am please to grant you permission to use the Questionnaire. I have attached the formal letter indicating such permission and a copy of the Questionnaire.

Please feel free to contact me directly if you have any further questions.

regards,

Sharon

Re: Maternity Experiences Survey Questionnaire ("Questionnaire")

The Public Health Agency of Canada ("PHAC") hereby authorizes Catia Vieira, School of Nursing University of Évora to reproduce the above-noted Questionnaire (found at on the PHAC website at www.phac-aspc.gc.ca/rhs-ssg/pdf/question07_e.pdf) and adapt it as required for use for her Master's of Nursing work in the region of Catia without charge and without further permission, provided that all such reproductions carry a notice in the following terms:

© Her Majesty the Queen in Right of Canada as represented by the Minister of Health, 2009

**APÊNDICE E – Solicitação de entrevista via e-mail a EESMO
responsável pela consulta de Saúde Materna do CS de Faro e respetivo
declínio**

Para Cátia Vieira

27/02/2012
Responder

Olá Boa noite

Lamento mas de momento não tenho disponibilidade de auxilio na concretização/implementação do seu respectivo projecto. Tenho de momento um aluno em estagio até Abril, depois tenho alguns dias de férias e não sei por quanto tempo irei ficar nesta USF a desempenhar estas funções.
Cumprimentos

[Redacted]

Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica

De: Cátia Vieira [cati_scv@hotmail.com]
Enviado: domingo, 26 de Fevereiro de 2012 18:55
Para: [Redacted]
Assunto: pedido - Enfª Catia Vieira CDS Albufeira

Olá Sr. Enf.º [Redacted]

o meu nome é Catia Vieira, trabalho no centro de Saúde de Albufeira e encontro-me a frequentar o curso de mestrado em Enfermagem de Saúde Materna Obstétrica e Ginecologica da Escola de Enfermagem S. João de Deus da Universidade de Évora.
Irei realizar um estagio final no meu centro de saude no periodo de 9 de Abril a Junho, com o intuito de implementar um projecto profissional no âmbito do referido mestrado.
O projecto trata-se da implementação de uma consulta pré-natal realizada pelo EESMOG transitoriamente agregada à consulta com o médico de família.
Penso que, à semelhança do modelo de consulta que executa no centro de saude onde desempenha funções.
Por essa razão e pela sua experiência, gostaria de lhe pedir encarecidamente se me pode auxiliar na concretização/implementação do referido projecto.

Será que o Sr. Enfermeiro tem disponibilidade para me receber?

Grata pela atenção.

Cumprimentos,
Enfª Catia Vieira.

APÊNDICE F - Solicitação de visita à Unidade de Saúde de Tavira

De: M [REDACTED]

Enviado: segunda-feira, 14 de Maio de 2012 18:21

Para: Mariana Ponte

Cc: Maria Natália Perestrelo; José C. Queimado

Assunto: RE: Pedido de autorização

Srª Enfermeira M [REDACTED]

É sempre um prazer colaborar em qualquer processo de formação dos nossos técnicos. Assim só vemos vantagens na oportunidade de partilharmos experiencias com os colegas. Com os nosso cumprimentos

M [REDACTED]

Director Executivo

ACES Algarve III - Sotavento

De: M [REDACTED]

Enviado: segunda-feira, 14 de Maio de 2012 16:52

Para: M [REDACTED]

Cc: Deonilde Guerreiro; Fernanda Faleiro

Assunto: Pedido de autorização

Exmo. Sr.Director Executivo do ACES Sotavento

Dr. M [REDACTED]

Solicito autorização para a aluna de Mestrado em Enfermagem de Saude Materna e Obstétrica, Catia Vieira, actualmente em estágio no Centro de Saude de Albufeira, sob a minha orientação, assistir á consulta de Saude Materna das grávidas sem médico atribuido, no Centro de Saude de Tavira, no dia 17 de Maio (data sugerida pela Enf. Patricia).

Informo que foi realizado contacto prévio com as Enf. Ligia e Patricia, que informaram nada ter a opôr.

Com os melhores cumprimentos

Enf. M [REDACTED]

**APÊNDICE G - Revisão dos modelos teóricos de enfermagem e aplicação
aos Cuidados Materno-Fetais**

Teóricas	Síntese do Modelo	Aplicação do modelo à assistência de enfermagem pré-natal
Défice do Autocuidado de Orem	<p>Teoria do Autocuidado – O autocuidado são atividades que as pessoas desenvolvem em próprio benefício, para preservar a vida, alcançar o desenvolvimento, o funcionamento saudável e o bem-estar pessoal. São 3 os requisitos para o autocuidado <i>universais (comuns a todos, durante o ciclo vital ex.: eliminação, ingestão), de desenvolvimento (requisitos universais que sofreram particularização no desenvolvimento ex.: adaptação a um novo trabalho e mudanças físicas) e de desvio de saúde (situação patológica ou consequência de medidas médicas para o diagnóstico ou correção de uma condição) (Taylor,2004; Luce et al. (1990) citado por Torres, Davim e Nóbrega, 1997).</i> Assim a teoria do autocuidado assenta no pressuposto que a pessoa tem habilidades próprias para promover o autocuidado e que na presença de incapacidade pode beneficiar com cuidados de enfermagem.</p> <p>Défice de autocuidado – Limitações de saúde podem limitar a habilidade de autocuidado e levar a cuidados incompletos e não efetivos, necessitando a pessoa do serviço de enfermagem, por incapacidade de cuidar de si próprio ou de dependentes (Dupa, Pintes, Mendes e Benedini, 1994). Segundo Foster & Janssens (1993) citados por Torres, Davim e Nóbrega (1997) são cinco os métodos de ajuda identificados por Orem: 1) agir ou fazer para o outro; 2) guiar o outro; 3) apoiar o outro (física ou psicologicamente); 4) proporcionar um ambiente que promova o desenvolvimento pessoal, quanto a tornar-se capaz de satisfazer demandas futuras ou atuais de ação; e 5) ensinar o outro.</p> <p>Teoria dos sistemas de enfermagem Baseado nas necessidades de autocuidado e na capacidade do paciente para a execução de atividades de autocuidado. Para satisfazer os requisitos de autocuidado do indivíduo, Orem identificou três classificações de sistemas de enfermagem que são os seguintes: o <i>sistema totalmente compensatório (enfermeiro atua na ação limitada do indivíduo totalmente incapaz de autocuidar-se), o sistema parcialmente compensatório (enfermeiro e utente realizam algumas medidas de autocuidado)</i> e o <i>sistema de apoio-educação</i> "quando o indivíduo consegue executar, ou pode e deve aprender a executar medidas de autocuidado terapêutico, regula o exercício e desenvolvimento de suas atividades de autocuidado, e o enfermeiro vai promover esse indivíduo a um agente capaz de se autocuidar" (Foster & Janssens (1993) citados por Torres, Davim e Nóbrega (1997, p.6).</p>	<p>Sendo a gravidez um período do ciclo de vida da mulher, de transição e adaptações ao período gravídico e maternidade, a grávida uma pessoa com necessidade de ajuda no período de adaptação, capaz de promover o autocuidado, serve o aconselhamento pré-natal como promotor do autocuidado, que através da educação, auxilia a grávida, no desenvolvimento de aprendizagens que lhe permitem desenvolver autocuidado, de forma a alcançar o funcionamento saudável e bem estar pessoal. Compete assim ao enfermeiro ensinar estratégias, desenvolver ações e promover recursos, para que a grávida seja um agente de autocuidado.</p>

<p>Cuidar Cultural de Leininger</p>	<p>Principais conceitos: Cuidar (verbo; cuidado (substantivo); cultura; cuidar cultural; cuidar congruente; diversidade do cuidar cultural, universalidade do cuidar cultural, enfermagem e enfermagem transcultural.</p> <p>Assenta no pressuposto de que o indivíduo e a família têm hábitos, crenças e costumes que influenciam a forma como estes vivem os processos de saúde/doença, devendo ser envolvidos no processo de cuidar, de forma a obter colaboração, e evitar práticas de saúde culturalmente impositivas, que não favorecem a autonomia ou tomada de decisão do indivíduo. Assim defende um cuidar culturalmente congruente, cujas ações vão de encontro aos valores, crenças e modos de vida de um indivíduo/grupo, reconhecendo os seus próprios conceitos de saúde, doença e cuidar, variáveis transculturalmente.</p> <p>O cuidar culturalmente congruente só é possível se o enfermeiro conhecer e usar adequadamente os padrões de cuidar cultural.</p> <p>Um cuidar que não seja culturalmente congruente com as crenças, valores e estilos de vida "irá mostrar sinais de conflitos culturais, falta de condescendência, tensões e preocupações éticas ou morais" (p.575) em oposição, intervenções de enfermagem que reconhecer e oferecem práticas de cuidar da própria cultura, aproximam os utentes e trazem sinais de bem-estar e saúde.</p> <p>Enfermeiros transculturalmente preparados, com conhecimento particular sobre varias culturas, trazem grandes benefícios e fazem diferença nos resultados de prestação de cuidados ao utente. (Welch, 2004)</p>	<p>Sendo a Cidade de Albufeira uma região de grande fluxo migratório, o contacto de populações heterogêneas e culturalmente diversificadas com os profissionais de saúde é frequente, pelo que há necessidade de estar preparado para responder adequadamente às suas necessidades. No que diz respeito à gravidez o tardio ou inexistente acompanhamento pré-natal que frequentemente se verifica nestas populações, traz consequências graves a nível de saúde, levando mesmo ao aumento da morbilidade e mortalidade materna e infantil, entre outros problemas observados em diversos estudos realizados junto dos imigrantes (Ramos, 2004).</p> <p>A mulher na gravidez e maternidade necessita do apoio emocional da família e amigos para concretizar em plenitude as suas competências maternas, mas a rotura provocada pela imigração torna esse suporte social insuficiente ou inexistente, o que faz aumentar a ansiedade. São os profissionais de saúde/enfermeiro que através das suas competências vão contribuir para a avaliação correta dos problemas e necessidades na gravidez e adaptação ao papel materno, .</p> <p>O enfermeiro, como suporte social formal da mulher/família, precisam de promover uma adaptação harmoniosa, cuidados livres de representações sociais estereotipadas, que têm em conta a dimensão bio-psico-socio-cultural da mulher/família, para que esta não se sinta insegura e dividida entre o saber e hábitos tradicionais adquiridos no seio familiar - vistos no país de acolhimento como inadequados e ultrapassados – e as práticas sugeridas/impostas pela nova sociedade, que muitas vezes não lhe fazem sentido e apenas aumentam a ansiedade e o stress (Ramos, 2004). Ao prestar cuidados à mulher imigrante nesta fase da sua vida, é imperativo desenvolver competências culturais e recorrer a instrumentos que contribuam para um cuidado culturalmente assertivo. Todas as culturas têm normas de comportamento e expectativas para cada estágio do ciclo perinatal que se relacionam com o modo como as pessoas se mantêm saudáveis e previnem a doença, o que determina os seus pontos de vista, mas que embora diferentes das suas podem ser igualmente razoáveis. Torna-se portanto necessário explorá-las junto da mulher e sua família tentando encorajar as que promovam a adaptação física e emocional para o nascimento e reeducar e modificar as que forem prejudiciais (Williams, 1995).</p>
-------------------------------------	---	--

**APÊNDICE H – Plano de assistência a Pré-natal de Baixo Risco e
sistematização da consulta**

PLANO DE ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO

Consulta/ Exames	I. G.	Quem faz?	Descrição da Ação
1ª Consulta	6 – 8s	MCGF	Pedir análises do 1º trimestre NORMA DA DGS 037/2011 Pedir ecografia das 11-13 semanas+6 dias (anexo IV) NORMA DA DGS 023/20111 Atestado de isenção de taxas moderadoras Identificação do risco obstétrico
		EESMOG	Determinar estado vacinal com eventual programação de vacina Td (>16s) Avaliar hábitos toxicológicos, maus tratos (se violência doméstica orientar) Antecedentes pessoais, familiares, obstétricos e ginecológicos Identificação do risco obstétrico Pesar e calcular IMC Avaliação de TA (rastreamento de hipertensão prévia); Análise sumária de urina (pesquisa de proteinúria, glicosúria, leucocitose) Exame ginecológico/obstétrico e eventual colpocitologia (<13s) NORMA DA DGS 037/2011 Informar e Orientar sobre Rastreamento de hemoglobinopatias Informação sobre cuidados antecipatórios Marcação da consulta das 13-14 semanas
1ªECO	11- 13+6d		Biometria para datar a gravidez, nº de fetos, corionicidade e rastreamento ecográfico de cromossomopatias SE Translucência da nuca aumentada: orientar para Consulta de DPN no HCF SE gravidez múltipla: orientar para Consulta de Alto Risco
Análises 1ºT	<13s		Tipagem ABO e fator Rh; Coombs indirecto; Hemograma completo; Glicémia em Jejum(>92 e <126 DG >126 ou >200DP); VDRL; Serologia Rubéola IgG e IgM; Serologia Toxoplasmose IgG e IgM; Ac HIV1 e 2; AgHBs; Urocultura com eventual TSA;
2ª Consulta	13-14s	MCGF	Pedir ecografia das 20-22 semanas+6 dias NORMA DA DGS 023/2011 Pede serologia Rubéola entre as 18- 20 semanas nas grávidas não imunes (anexo III) Vê e regista no BSG as análises e a ecografia do 1º trimestre (se TN ≥ 2.5mm ou R.Bioquimico +, marcar DPN) Passar Cheque dentista Atesta idade gestacional para subsídio de maternidade
		EESMOG	Confirma DPP pela ecografia e ausculta foco fetal com eco-doppler. Regista esses parâmetros no BSG Informação sobre cuidados antecipatórios Marca consulta das 22-24 semanas
2ªECO	20- 22+6d		Informa sobre os achados ecográficos e orienta a grávida: Se ecografia normal: agenda Consulta das 35 semanas no H. de Faro SE anomalias morfológicas: agenda Consulta de DPN no H. de Faro ou nova ecografia SE anomalias da placenta ou do LA: agenda Consulta de Alto Risco no H. de Faro ou nova ecografia SE colo encurtado (risco de PPT): agenda Consulta de Alto Risco no H. de Faro ou nova ecografia SE placenta prévia: agenda ecografia às 28 semanas

3ª Consulta	22-24s	MCGF	Vê e regista no BSG a ecografia morfológica Pede análises do 2º trimestre (26s) NORMA DA DGS 037/2011 e informa quando a grávida deve ir fazer as análises;
		EESMOG	Pesar, avaliação de TA; Análise sumária de urina (pesquisa de proteinúria, glicosúria, leucocitose); Mede altura do fundo uterino e ausculta foco fetal com eco-doppler. Regista esses parâmetros no BSG Se Rh(-) informa a grávida e dá início ao protocolo profilaxia da isoimunização Rh Informação sobre cuidados antecipatórios (anexo VIII) Marcação da consulta das 28 semanas
Análises 2ºT	24-28s (26s)		Coombs indirecto; Hemograma completo; PTGO; Serologia Rubéola IgG e IgM nas não imunes; Serologia Toxoplasmose IgG e IgM nas não imunes; Urocultura com eventual TSA;
4ª Consulta	28s	MCGF	Avaliação clínica da grávida; Vê e regista no BSG as análises do 2º trimestre; Pede análises do 3º trimestre NORMA DA DGS 037/2011 Solicita consulta de referência no Hospital às 35 semanas (BEF)
		EESMOG	Anamnese, Pesar e Avalia TA; Análise sumária de urina (pesquisa de proteinúria, glicosúria, leucocitose); Mede altura do fundo uterino e Ausculta foco fetal com eco-doppler. Regista esses parâmetros no BSG Informação sobre cuidados antecipatórios Administração de gama globulina se Rh (-) se Coombs indirecto (-); Regista no BSG; Marcação da consulta das 33-34 semanas
Análises 3ºT	32-34s		Hemograma completo; VDRL; Serologia Rubéola IgG e IgM nas não imunes; Serologia Toxoplasmose IgG e IgM nas não imunes; AgHBs; Urocultura com eventual TSA; Ac HIV1 e 2
5ª Consulta	33-34s	MCGF	Confirma consulta de referência no Hospital às 35 semanas Vê e regista no BSG as análises do 3º trimestre.
		EESMOG	Pesar, avaliação de TA; Análise sumária de urina (pesquisa de proteinúria, glicosúria, leucocitose); Mede altura do fundo uterino e Ausculta foco fetal com eco-doppler. Regista esses parâmetros no BSG Informação sobre cuidados antecipatórios Marcação da consulta das 37 semanas
BEF	35s	HCF	Verificação de análises e ecografias. Ex. clínico com colheita de exsudado recto-vaginal (rastreo de estreptococo B) Ecografia para apresentação, biometria (rastreo de RCF), ILA, localização e grau de maturação da placenta SE apresentação pélvica: agenda cesariana electiva . Entrega o consentimento informado Informa sobre a possibilidade de indução do trabalho de parto se este não ocorrer até às 41 semanas Agenda internamento para indução do trabalho de parto às 41 semanas
6ª Consulta	37s	EESMOG	Pesar, avaliar aumento ponderal; avaliação de TA; Avaliar estado geral (edemas/varizes/hemorroidas) Análise sumária de urina (pesquisa de proteinúria, glicosúria, leucocitose); Mede altura do fundo uterino e Ausculta foco fetal com eco-doppler. Manobras de Leopold para determinação da estática fetal Exame Ginecológico e Obstétrico (cervicometria se conveniente)

			Regista esses parâmetros no BSG Informação sobre cuidados antecipatórios Marcação da consulta das 38 semanas
7ª Consulta	38s	EESMOG	Pesar, avaliar aumento ponderal; avaliação de TA; Avaliar estado geral (edemas/varizes/hemorroidas) Análise sumária de urina (pesquisa de proteinúria, glicosúria, leucocitose); Mede altura do fundo uterino e Ausculta foco fetal com eco-doppler. Manobras de Leopold para determinação da estática fetal Exame Ginecológico e Obstétrico se conveniente (cervicometria) Regista esses parâmetros no BSG Informação sobre cuidados antecipatórios Marcação da consulta das 39 semanas
8ª Consulta	39s	EESMOG	Pesar, avaliar aumento ponderal; avaliação de TA; Avaliar estado geral (edemas/varizes/hemorroidas) Análise sumária de urina (pesquisa de proteinúria, glicosúria, leucocitose); Mede altura do fundo uterino e Ausculta foco fetal com eco-doppler. Manobras de Leopold para determinação da estática fetal Exame Ginecológico e Obstétrico se conveniente (cervicometria) Regista esses parâmetros no BSG Informação sobre cuidados antecipatórios Marcação da consulta das 40 semanas
9ª Consulta	40s	EESMOG	Pesar, avaliar aumento ponderal; avaliação de TA; Avaliar estado geral (edemas/varizes/hemorroidas) Análise sumária de urina (pesquisa de proteinúria, glicosúria, leucocitose); Mede altura do fundo uterino e Ausculta foco fetal com eco-doppler. Manobras de Leopold para determinação da estática fetal Exame Ginecológico e Obstétrico se conveniente (cervicometria) Regista esses parâmetros no BSG Informação sobre cuidados antecipatórios Confirma internamento programado para indução ou consulta no Hospital às 41 semanas
10ª Consulta	41s	HCF	Internamento para indução de trabalho de parto.

Periodicidade/Esquema das consultas

Os períodos programados para a realização das consultas dependem da idade gestacional do 1º contacto e consideram-se momentos oportunos no ciclo gravítico para: realizar rastreios de anomalias fetais e de patologias associadas à gravidez, tomar medidas preventivas (ex.: administração de Anti-D, ácido fólico, ferro); fazer ensinios chave e incentivar mudanças de comportamentos de saúde da mulher grávida/casal.

A partir das 33 e 38 semanas, intensifica-se a vigilância para uma frequência quinzenal e semanal, respetivamente, pela possibilidade de maior incidência de complicações.

Assim, apresenta-se de seguida o esquema de consultas proposto:

Nº consultas	Idade Gestacional (semanas)	Consultas	
		Médica	EESMO
1	6 – 8s	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2	13-14	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3	23-24	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
4	28	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
5	33-34	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
6	37		<input checked="" type="checkbox"/>
7	*38		<input checked="" type="checkbox"/>
8	39		<input checked="" type="checkbox"/>
9	40		<input checked="" type="checkbox"/>

Sistematização da consulta

❖ Acolhimento da grávida com TIG positivo ou suspeita de gravidez

Grávida recorre ao CDS, faz o 1º contacto com administrativa/enfermeira de família que encaminha para consulta com EESMOG.

Procedimentos
Enfermagem
<ul style="list-style-type: none">• SE TIG(-) e não deseja a gravidez: assegurar contraceção segura• SE TIG(+) e não deseja a gravidez: informar/encaminhar para Consulta de IVG• SE TIG(+) e deseja a gravidez: agenda a 1ª Consulta da gravidez

❖ **Primeira Consulta entre as 6 e as 8 semanas de gestação**

Se a grávida procurar os cuidados de saúde antes das 8 semanas de gestação, o EESMOG poderá realizar a primeira consulta, marcando-se uma consulta posterior com o médico, preferencialmente até às 9 semanas de gestação.

Procedimentos	
Médicos	Enfermagem
<ul style="list-style-type: none"> • Exame Físico Geral • Pedido de Determinações Analíticas 1ºT • Pedido de Exames complementares • Sistemáticos - Eco 1º Trimestre (11s - 13s+6d) • Específicos – Amniocentese (se critérios, 14-16s) • Seletivos – Ecocardiografias (se critérios) • Isenção • Diagnóstico e Tratamento de complicações da gravidez, patologia associada ou concomitante; • Identificação do risco obstétrico segundo índice de Goodwinn Modificado • Referenciação ao HAP de situações de risco pré-natal/DPN • Prescrições medicamentos/suplementos (ácido fólico) 	<ul style="list-style-type: none"> • Entregar BSG • Anamnese • Exame Físico (Geral, Ginecológico e Obstétrico) • Determinar idade gestacional e DPP pela DUM (Gestograma/Regra de Naegele) • Análise sumária de urina (Combur Teste) • Identificação de desvios à gravidez fisiológica /referenciação • Informar/rastrear para hemoglobinopatias • Avaliação do estado vacinal e eventual programação de vacina Td • Avaliação fetal <ul style="list-style-type: none"> • Altura uterina (com fita métrica >25 s) • FCF (se maior que 10/11 semanas) • Proceder aos registos no BSG e aplicativo informático • Informar/Realizar Aconselhamento Personalizado • Informar e Inscrever a Grávida/ Casal na Preparação para o parto se desejarem • Programar nova consulta 13-14semanas

❖ Segunda consulta 13-14 semanas

Procedimentos	
MGF	EESMOG
<ul style="list-style-type: none"> • Observação/Registo/ Interpretação de Resultados Analíticos e Ecográficos referentes ao 1º Trimestre • Pedido de Determinações Analíticas: serologia rubéola para grávidas não imunes • Pedido de Exames complementares Sistemáticos - Eco 2º Trimestre (20s - 22s+6d) • Identificação /Referenciação ao HAP de situações de risco pré-natal • Atesta idade gestacional para subsídio de maternidade • Cheque dentista 	<ul style="list-style-type: none"> • Anamnese <ul style="list-style-type: none"> - Pesquisar necessidades da grávida/casal - Investigar as possíveis intercorrências entre cada consulta, que possam afetar o bem-estar físico, psicológico, familiar e social • Exame Físico Geral/Objetivo <ul style="list-style-type: none"> - Avaliar estado geral (edemas/varizes/hemorroidas) - Pulso, TA, peso e amento ponderal - Análise sumária de urina • Corrigir DPP de acordo com ecografia e datar a IG; • Identificação de desvios à gravidez fisiológica • Avaliação fetal <ul style="list-style-type: none"> - Altura uterina (com fita métrica >25 s) - FCF • Proceder aos registos no BSG e aplicativo informático • Realizar Aconselhamento Personalizado • Informar grávidas Rh- de protocolo de profilaxia da isoimunização Rh • Programar nova consulta às 23-24s

❖ Terceira consulta ± 23-24 semanas

Procedimentos	
MGF	ESMOG
<ul style="list-style-type: none"> • Anamnese/ Exame Físico Geral • Observa/regista ECO de 2º T • Verifica se ficou com consulta de BEF marcada* • Marca consulta de BEF se necessário • Pedido de Determinações Analíticas 2ºT a realizar às 26semanas (Anexo III) • Protocolo Profilaxia da Isoimunização Rh (Anexo IX) <p>*se a grávida realizou a ECO morfológica no HCF, a consulta de BEF fica automaticamente agendada; caso tenha realizado esta ECO numa clinica com acordo com SNS (Ferragude/Diprenatal) é necessário realizar pedido através do ALERT.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Anamnese <ul style="list-style-type: none"> - Pesquisar necessidades da grávida/casal - Investigar as possíveis intercorrências entre cada consulta, que possam afetar o bem-estar físico, psicológico, familiar e social • Exame Físico Geral/Objetivo <ul style="list-style-type: none"> - Avaliar estado geral (edemas/varizes/hemorroidas) - Pulso, TA, peso e amento ponderal - Análise sumária de urina • Avaliação fetal <ul style="list-style-type: none"> - Altura uterina (com fita métrica >25 s) - FCF • Determinar e Registrar no BSG a IG; • Vacinação antitetânica (se critérios) • Protocolo Profilaxia da Isoimunização Rh <ul style="list-style-type: none"> - requisição de Ig anti-D à Farmácia - pedido de consentimento informado - preenchimento impresso nº1804 • Verificar se realizou DPN/amniocentese e resultado (para grávidas com critérios) • Identificação de possíveis desvios à gravidez fisiológica • Proceder aos registos no BSG e aplicativo informático • Aconselhamento Temático • Programar nova consulta para as ±28 semanas

❖ **Quarta Consulta ± 28 semanas**

Procedimentos	
Médicos	Enfermagem
<ul style="list-style-type: none"> • Observação/Registo/Interpretação de Resultados Analíticos do 2º Trimestre • Pedido de Determinações Analíticas de 3º Trimestre <u>a realizar às 32s semanas</u> • Informar a grávida do período em que deve realizar Análises de 3º Trimestre • Verificar Marcação de Consulta de BEF no HCF (ALERT) • Identificação /Referenciação ao HAP de situações de risco pré-natal 	<ul style="list-style-type: none"> • Anamnese <ul style="list-style-type: none"> - Pesquisar necessidades da grávida/casal - Investigar as possíveis intercorrências entre cada consulta, que possam afetar o bem-estar físico, psicológico, familiar e social • Exame Físico Geral/Objetivo <ul style="list-style-type: none"> - Avaliar estado geral (edemas/varizes/hemorroidas) - Pulso, TA, peso e amento ponderal - Análise sumária de urina • Avaliação fetal <ul style="list-style-type: none"> - Altura uterina (com fita métrica >25 s) - FCF • Determinar e Registrar no BSG a IG; • Identificação de possíveis desvios à gravidez fisiológica • Proceder aos registos no BSG e aplicativo informático • Facultar Aconselhamento Especializado/Personalizado e adaptado às queixas e cuidados antecipatórios do trimestre • Protocolo Profilaxia da Isoimunização Rh (Anexo IX) <ul style="list-style-type: none"> - requisição de Ig anti-D à Farmácia - grávida assina consentimento informado - preenchimento quadro D do impresso e devolução à farmácia - se Coombs indireto negativo administração da imunoglobulina anti-D e registar no BSG • Programar nova consulta às 33-34s

❖ Quinta Consulta ± 33-34 semanas

Prevedendo-se que a gestação continue a decorrer sem desvios da normalidade, entende-se que as ± 33 semanas terá completado o esquema mínimo de consultas médicas, prosseguindo a monitorização da gravidez com o EESMOG.

Posteriormente, aquando da identificação de desvios à gravidez fisiológica ou problemas patológicos, que estão para além da área de atuação do EESMOG, os mesmos serão referenciados ao médico assistente ou diretamente ao hospital de apoio perinatal.

Procedimentos	
MGF	ESMOG
<ul style="list-style-type: none">• Observação/Registo/Interpretação de Resultados Analíticos e Ecográficos de 3º Trimestre• Verificação de Marcação de Consulta de BEF/ Pedido de Consulta de BEF no HCF• Identificação /Referenciação ao HAP de situações de risco pré-natal• Preenchimento de questionário e consentimento informado Lusocord (outros) para dadoras interessadas	<ul style="list-style-type: none">• Anamnese<ul style="list-style-type: none">- Pesquisar necessidades da grávida/casal- Investigar as possíveis intercorrências entre cada consulta, que possam afectar o bem-estar físico, psicológico, familiar e social• Exame Físico Geral/Objetivo<ul style="list-style-type: none">- Avaliar estado geral (edemas/varizes/hemorroidas)- Pulso, TA, peso e amento ponderal- Análise sumária de urina• Avaliação fetal<ul style="list-style-type: none">- Medição da Altura uterina- FCF• Administração 2ª dose Td (se aplicável)• Determinar e Registrar no BSG a IG;• Identificação de possíveis desvios à gravidez fisiológica• Proceder aos registos no BSG e aplicativo informático• Facultar Aconselhamento Personalizado e adaptado às queixas e cuidados antecipatórios do trimestre• Programar nova consulta às 37semanas

❖ **± 37, 38*, 39 e 40 semanas**

Às 35 semanas a grávida deverá ter uma consulta de Bem Estar Fetal (BEF) no hospital de referência/Apoio Perinatal (HCF).

Pelo que a data de marcação da consulta com o EESMOG no centro de saúde vai depender da data de realização do BEF no HCF, prevendo-se a sua concretização às 37 semanas.

*A consulta das 38 semanas realiza-se no caso de estarmos perante uma primigesta, ou conforme cada caso assim o exija.

Procedimentos de Enfermagem

- **Anamnese**
 - Pesquisar necessidades da grávida/casal
 - Investigar as possíveis intercorrências entre cada consulta, que possam afetar o bem-estar físico, psicológico, familiar e social
- **Exame Físico Geral/Objetivo**
 - Avaliar estado geral (edemas/varizes/hemorroidas)
 - Pulso, TA, peso e amento ponderal
 - Análise sumária de urina
- **Exame Ginecológico e Obstétrico se ≥ 37 semanas**
 - Cervicometria (quando e se conveniente)
- **Avaliação fetal**
 - Altura uterina
 - FCF
 - Manobras de Leopold (situação da apresentação fetal)
- **Determinar e Registrar no BSG a IG;**
- **Proceder aos registos no BSG e aplicativo informático**
- **Programar regresso entre o 4º e o 7º dia de vida do bebé (39semanas)**
- **Facultar Aconselhamento Especializado/Personalizado e adaptado às queixas e cuidados antecipatórios**
- **Programar nova consulta (se aplicável)**

ANAMNESE	
Factores demográficos e Gerais	
Idade materna, etnia, profissão, nível socioeconómico, estado civil. Idade etnia e profissão do conjugue.	
Antecedentes Obstétricos	
Gestações anteriores, abortos espontâneos e gravidez ectópica, interrupções voluntárias da gravidez; dados sobre partos anteriores (duração e características da gravidez, local e tipo de parto, vitalidade, sexo, peso e eventuais malformações do RN), características do puerpério e da amamentação;	
Antecedentes pessoais Gerais	
Peso e pressão arteriais habituais, doenças médica, hábitos (tabaco, álcool, drogas), medicação habitual no último ano (anticonvulsivantes, tranquilizantes, anticoagulantes orais, medicamentos do foro dermatológico) e a data em que foi interrompida, intervenções cirúrgicas, problemas anestésicos e alergia a medicamentos, etc;	
Antecedentes Ginecológicos	
Infecções, infertilidade, contraceção (último método utilizado e data em que foi interrompido), padrão menstrual, problemas específicos;	
Antecedentes familiares (conjugue e sua família)	
Anomalias congénitas, doenças de transmissão genética, diabetes, HTA, nefropatias, consanguinidade, gemelaridade, etc;	
Historia obstétrica actual	
Data da última menstruação, irregularidades menstruais, data do primeiro teste de gravidez positivo, data da primeira ecografia e idade gestacional baseada nos dados deste exame, sintomatologia referida pela grávida.	

EXAME OBJECTIVO	
GERAL	Avaliação do Pulso, Tensão Arterial, Altura, Peso; Observação geral pele, extremidades, cabeça, tronco, abdómen, membros;
GINECOLÓGICO	Exame dos genitais externos, vagina, colo do útero e anexos; colheita para exame colpocitológico; exame mamário;
OBSTÉTRICO	Toque vaginal para determinação das características do colo (consistência, posição/orientação, permeabilidade do orifício externo; tamanho e características gerais do corpo do útero);


ACONSELHAMENTO E ENSINOS CHAVE POR DESENVOLVIMENTO GRAVÍDICO

Em todas as consultas:

- Avaliar as necessidades presentes da grávida/casal;
- Responder às dúvidas
- Investigar as possíveis intercorrências entre cada consulta, estando alerta para todas as áreas do bem-estar: físicas, psicológicas, familiares e sociais, com particular atenção para a possibilidade da existência de violência familiar e/ou laboral;
- Questionar sobre o cumprimento dos cuidados alimentares, exercício físico, hábitos de vida (ex.: repouso, sono, consumos de substâncias nocivas e terapêutica);

Primeiro Trimestre	Segundo Trimestre	Terceiro trimestre	Pré-parto
<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolvimento fetal durante a gravidez • Higiene alimentar (reduzir riscos) • Nutrição • Estilo de vida (stress, exercício, vícios, medicamentos, trabalho) • Doenças sexualmente transmissíveis • Rastrear riscos e benefícios • Preparação para o parto • Importância da vigilância da gravidez • Sinais e Sintomas de Risco/Alerta • Importância da Higiene Oral • Introdução ao AM • Actividade sexual • Desconfortos comuns 1.º Trimestre (náuseas/vómitos, alt. mamárias, poliúria, prostração, fadiga, ptialismo, gengivite, leucorreia, epistaxis, congestão nasal) 	<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolvimento fetal durante a gravidez • Nutrição e dieta • Roupas para maternidade • Exercício e exercícios do assoalho pélvico • Posturas corretas • Aleitamento materno • Legislação e Apoio à maternidade • Preparação para o parto • Criopreservação de células estaminais • Sinais e Sintomas de Risco/Alerta • Reconhecer sinais de parto pré-termo • Desconfortos comuns 2.º Trimestre (Pigmentação acentuada, acne, pele oleosa, angiomas, eritema palmar, prurido, palpitações, hipotensão de Decúbito e Bradicardia, lipotimia, desejos alimentares, azia, obstipação, Flatulência, varizes e hemorroidas, leucorreia, cefaleias 26ªs, síndrome do Canal Cárpico, dor no ligamento redondo, dor articular/dorsal/ lombar e pressão pélvica) 	<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolvimento fetal durante a gravidez • Contagem dos Movimentos fetais (>35s) • Sinais e Sintomas de Risco/Alerta • A chegada do bebé na família • Artigos de puericultura • Sinais de parto/ir para maternidade • Trabalho de parto • Parto (dilatação/expulsivo/dequitação) • Episiotomia/Episiorrafia • Analgesia em TP • Preenchimento formulário Lusocord (opcional) • Local de nascimento • Aleitamento materno • Puerpério alterações psicológicas (O "baby blues") • Desconfortos comuns 3.º Trimestre (Dispneia, insónia, oscilações de humor, aumento da Frequência Urinária, desconforto e pressão perineal, ↑ contracções de Braxton-Hicks, câibras dos m.i., edema maleolar) 	<ul style="list-style-type: none"> • Alimentação • Sinais de parto/ir para maternidade • Trabalho de parto • Perdas Vaginais (Sangue, líquido, leucorreia, tampão mucoso) • Movimentação fetal • Trabalho de parto • Sinais de parto • Ida/Chegada à Maternidade • Profilaxias RN • Cuidados com o RN • Segurança do RN • Rotinas na 1ª semana de vida • Teste do pezinho • Cantinho da amamentação • Puerpério alterações físicas • Amamentação (possíveis dificuldades) • Cadeira para o carro • Desconfortos comuns final da gravidez

**APÊNDICE I - Apresentação de Projeto de Assistência Pré-Natal de
Baixo risco pelo EESMO em formato PowerPoint**



Consulta de Vigilância Pré-Natal de Baixo Risco

Proposta de Projecto Académico/Profissional

Dr. Fernando C. da Costa
Clínica de Ginecologia, Obstetrícia e Ginecologia
Unidade Funcional de Ginecologia

17 de Junho de 2012
Definição de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica
Cursos de Saúde da Mulher - Universidade Nova de Lisboa

Junho 2012

1

Gravidez

- Processo **fisiológico** do ciclo de vida da mulher, no qual são esperados **ajustamentos naturais** do organismo materno.

Vigilância da Gravidez


“assegurar uma gravidez saudável, fisicamente segura e emocionalmente satisfatória para a mãe, para a criança e para a família” (Lancet, 2008, 22)

2

Contextualização

- Reformas sucessivas nos cuidados materno-infantis ao longo dos tempos, constituindo-se como uma **prioridade para os governos**.
- **Portugal** coloca-se como um dos países com as **taxas de morbimortalidade neonatal** mais baixas da Europa, mas em simultâneo com **taxas de mortalidade materna** relativamente **significativas** (Euro-Peristat Project, 2008)


3

Contextualização 

- Empenha-se a OMS na redução das taxas, desenhando para tal o 4º e 5º Objectivo do Milénio
 - Reduzir a mortalidade infantil
 - Melhorar a saúde materna

(WHO, Outubro 2011)

4

 World Health Organization

- A OMS reconhece a importância e valor dos **Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna Obstétrica e Ginecológica (EESMOG)** na concretização do objectivo de uma **Maternidade segura**, defendendo que o fornecimento de **atendimento especializado por parteiras** resulta numa **eficaz e sustentável** redução da morbidade e mortalidade materna e neonatal

(WHO, 2011)

5


Alguns países, principalmente na Escandinávia e no norte da Europa



- O EESMOG assume-se como elemento fundamental e cuidador principal da mulher, na gravidez, parto e puerpério de baixo risco, com o direito legal de praticar cuidados especializados independentes e sem supervisão clínica, no exercício pleno da sua autonomia e competências

(National Perinatal Association, 2008; Bents, D., 2003)


6

 World Health Organization

- De acordo com a WHO (2011) ao longo dos tempos tem havido um esforço constante para encontrar **estratégias que visem melhorar a morbimortalidade materna e neonatal**, pelo que se tornou conclusivo que para melhorar os resultados é necessário que os **governos disponibilizem cuidados especializados, através do aumento e fortalecimento do número e papel dos enfermeiros e parteiras**.

(National Perinatal Association, 2008; WHO, 2011)

7

 World Health Organization

- Estudos realizados em países onde este modelo é praticado já há algum tempo, comprovam a **eficácia dos cuidados** prestados por EESMOG na vigilância pré-natal, parto e puerpério.
- E revelam que os cuidados prestados pelo EESMOG podem resultar em:
 - menores taxas de prematuridade
 - de pré-eclâmpsia
 - melhores resultados na amamentação
 - maior grau de satisfação por parte das utentes

(National Perinatal Association, 2008)

8

Em Portugal

- este modelo não é frequente, mas é porventura desejável, dado que a formação dos EESMOG, em Portugal, é realizada de acordo com as normas europeias.

(Portugal, Ministério da Saúde, 2007)

9

Regulamento nº 127/2011 Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Ginecológica



- este tem como alvo dos cuidados a mulher no âmbito ciclo reprodutivo, assumindo "intervenção autónoma em todas as situações de baixo risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos fisiológicos e processos de vida normais no ciclo reprodutivo de mulher"
- "cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, de forma a potenciar a sua saúde, a detectar e a tratar precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno-fetal"

(Portugal, Ministério da Saúde, 2011)

10

Os cuidados de saúde primários

- assumem um papel importante na **promoção de saúde e prevenção da doença**, sendo os centros de saúde (CDS) reconhecidos como a

"base institucional dos cuidados de saúde primários e o pilar central de todo o sistema de saúde"

tornando-se necessária a sua **preservação, modernização e desenvolvimento.**

(Grupo Técnico para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários, 2006)

11

- Dada a importância dos cuidados prestados durante a gravidez ao nível dos cuidados de saúde primários, e a elevada e reconhecida qualificação dos EESMOG, torna-se evidente a necessidade de **rentabilizar este recurso dirigindo a sua actividade para a vigilância da gravidez de baixo risco.**

12

Objectivo Geral do Projecto

- O presente documento trata de ao abrigo da referida Lei, desenvolver e implementar um programa de **vigilância de gravidez de baixo risco**, utilizando um **modelo de cuidados colaborativo (Médico/Enfermeiro Especialista SMOG) que beneficie do exercício das competências específicas do EESMOG.**

13

Objectivos específicos

- Melhorar a assistência pré-natal de baixo risco na população alvo;
- melhorar o acesso aos cuidados na gravidez de baixo risco;
- melhorar a morbilidade e mortalidade materna/fetal;
- contribuir para o desenvolvimento, progresso e modernização dos cuidados de saúde primários;
- rentabilizar recursos especializados na área materno-infantil;
- Optimizar os recursos disponíveis;
- disponibilizar um elemento de suporte social formal de referência para grupos com potencial risco (ex.: imigrantes);

14

Objectivos específicos (cont.)

- sistematizar a consulta pré-natal (procedimentos, ligação/referenciação aos parceiros institucionais);
- identificação e definição da actuação do EESMO na consulta (papeis/funções);
- implementação de um modelo colaborativo (Médico/Enfermeiro) inovador de cuidados pré-natais de baixo risco;
- disponibilizar/libertar horas clínicas para situações patológicas que carecem de indispensável vigilância e cuidados médicos;

15

EXECUÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO

- objectivos da consulta
- periodicidade
- esquema de consultas
- plano da consulta

16

OBJECTIVOS

OBJECTIVO GERAL/PRIMORDIAL

- Assegurar uma gravidez saudável, fisicamente segura e emocionalmente satisfatória para a mãe, para a criança e para a família, sem prejuízo para a saúde materna.

17

OBJECTIVOS

OBJECTIVOS ESPECIFICOS

- Monitorizar a gravidez através de um programa de vigilância clínico e laboratorial, promovendo o normal decurso da gravidez e detecção precoce de eventuais desvios da normalidade;
- Referenciar o mais precocemente ao Hospital de Apoio Perinatal, as grávidas de risco;
- Providenciar aconselhamento, informação e apoio a grávida/casal;
- Informar e orientar sobre estilos de vida saudáveis

18

OBJECTIVOS

OBJECTIVOS ESPECIFICOS

- Oferecer cuidados personalizados, eficazes e de qualidade;
- Ajudar a grávida a adaptar-se às alterações fisiológicas próprias da gravidez e a superar a sintomatologia por ela provocada.
- cumprir com as recomendações da OMS para uma assistência pré-natal humanizada
- Cumprir as normas e/ou orientações emanadas pela Divisão de Saúde Reprodutiva da DGS e de outras entidades idóneas.

19

PERIODICIDADE

- consultas mensais até as 32 semanas
- quinzenais das 33 às 37 semanas
- semanais das 38 até às 40 semanas.
 - Sendo que a primeira consulta deve realizar-se o mais precocemente (antes das 12 semanas).
 - Intensifica-se a frequência às 33 e 38s pela possibilidade de maior incidência de complicações

(Belo, L. 2003, Campos, D., Vitoranga, N. e Rodrigues, T. 2009, 088.1894)

20

ESQUEMA DE CONSULTAS

- Os períodos programados para a realização das consultas dependem da idade gestacional do 1º contacto e consideram-se momentos oportunos no ciclo gravítico para:
 - realizar rastreios de anomalias fetais e de patologias associadas à gravidez
 - tomar medidas preventivas (ex.: administração de Anti-D, ácido fólico, ferro)
 - fazer ensinios chave e incentivar mudanças de comportamentos de saúde da mulher grávida/casal.

21

ESQUEMA DE CONSULTAS

Nº de consultas	IDADE GESTACIONAL	CONSULTAS	
		Médicos	EESMOG
1	6-8semanas	☑	☑
2	13-14semanas	☑	☑
3	23-24semanas	☑	☑
4	28	☑	☑
5	33-34semanas	☑	☑
6	37		☑
7	38*		☑
8	39		☑
9	40		☑

22

PLANO DE VIGILÂNCIA PRÉ-NATAL

Primeira Consulta <12 semanas

- Se a grávida procurar os cuidados de saúde antes das 8 semanas de gestação, o EESMOG fará uma primeira consulta, marcando-se uma consulta posterior (antes das 12 semanas) preferencialmente até às 8 semanas de gestação.

23

Procedimentos	
Médicos	Enfermagem
- Exame Físico Geral	- Entregar BSG
- Pedido de Determinação Analítica 1º T	- Anamnese
- Pedido de Exame complementar	- Exame Físico (Geral, Ginecológico e Obstétrico) Anam II
Sierotípico - Rio 1º Trimestre (11s- 13s+6d)	- Determinar idade gestacional e DPP pela DUM
Respectivos - Amniocentese (se criteria, 16-18d)	- Análise sumária de urina
Sierotípico - Sociodemografia / Rio - (se criteria)	- Identificação de dados à grande fisiologia segundo
- Identificação do risco obstétrico segundo índice de Goodwin Modificado (GIM)	- Índice de Goodwin Modificado (GIM) Anam III
- Índice de Goodwin Modificado (GIM)	- Informar sobre
- Referenciação ao NUP de situações de risco pré-natal	- Rastreio de Hemoglobinas
- Diagnóstico e Tratamento de complicações da gravidez, patologia associada ou coexistentes;	- Rastreio de Coagulograma
- Prevenção de medicamentos Suplementos	- Avaliação do estado vascular e eventual programação de vacina Td
- Choque de rotina	- Avaliação fetal
- Inação	- Altura uterina (com fita métrica +2d)
	- PEF (se manuseio 1011 semana)
	- Proceder aos regimes no BSG e aplicar informação
	- Realizar Aconselhamento Personalizado (ANEXO IV)
	- Informar e Orientar a Grávida/Casal na Preparação para o parto e do parto
	- Programar nova consulta

24

❖ 2ª consulta ± 14 semanas

Módulo	Procedimentos	Definições
Observação Registo Inspecção de Resultados Analíticas	• Anamnesis	
• Diagnósticos	• Pedigree neonatal da gravidez/leão	
• Pedido de Consulta de Referência de Resultados de 2º Trimestre	• Investigar se possui alterações nas análises entre esta consulta e a anterior	
• Diagnóstico de Referência de Resultados de 2º Trimestre	• Exame Físico Geral/Objetivo	
• Avaliação do estado geral (domínios variáveis/heteromórfica)	• Pulso, T.A., peso e sintonia ponderal	
• Avaliação do estado geral (domínios variáveis/heteromórfica)	• Análise: sintonia de urina	
• Pedido de Consulta de Referência ao HCF	• Avaliação fetal	
• Identificação (Retorno) ao HAP de situações de risco pré-natal	• Alguns sintomas (com fita métrica <10 g)	
• Diagnóstico e Tratamento do diagnóstico da gravidez, patologia associada ao diagnóstico	• PCP	
• Prescrição farmacológica/Suporte	• Determinar e Registrar no BSG a IO;	
	• Identificação de possíveis danos à gravidez/fisiologia	
	• Proceder aos regimes no BSG e aplicar o formulário	
	• Facilitar Aconselhamento Especializado/Personalizado e adaptado às queixas e cuidados sanitários do tratamento (verbalmente/particular)	
	(ANEXO IV)	
	• Avaliar e Registrar Causa Indirecta	
	• Vacinação antitetânica (se cabível)	

25

❖ Quarta Consulta ± 23-24 semanas

Módulo	Procedimentos	Definições
Observação Registo Inspecção de Resultados Analíticos	• Anamnesis	
• Diagnósticos	• Pedigree neonatal da gravidez/leão	
• Pedido de Consulta de Referência de Resultados de 2º Trimestre	• Investigar se possui alterações nas análises entre esta consulta e a anterior	
• Diagnóstico de Referência de Resultados de 2º Trimestre	• Exame Físico Geral/Objetivo	
• Avaliação do estado geral (domínios variáveis/heteromórfica)	• Pulso, T.A., peso e sintonia ponderal	
• Avaliação do estado geral (domínios variáveis/heteromórfica)	• Análise: sintonia de urina	
• Pedido de Consulta de Referência ao HCF	• Avaliação fetal	
• Identificação (Retorno) ao HAP de situações de risco pré-natal	• Alguns sintomas (com fita métrica <10 g)	
• Diagnóstico e Tratamento do diagnóstico da gravidez, patologia associada ao diagnóstico	• PCP	
• Prescrição farmacológica/Suporte	• Determinar e Registrar no BSG a IO;	
	• Identificação de possíveis danos à gravidez/fisiologia	
	• Proceder aos regimes no BSG e aplicar o formulário	
	• Facilitar Aconselhamento Especializado/Personalizado e adaptado às queixas e cuidados sanitários do tratamento (verbalmente/particular)	
	(ANEXO IV)	
	• Avaliar e Registrar Causa Indirecta	
	• Vacinação antitetânica (se cabível)	

26

❖ Quarta Consulta ± 28 semanas

Módulo	Procedimentos	Definições
Pedido de Consulta de Referência de Resultados Analíticos de 2º Trimestre	• Anamnesis	
• Diagnósticos	• Pedigree neonatal da gravidez/leão	
• Pedido de Consulta de Referência de Resultados de 2º Trimestre	• Investigar se possui alterações nas análises entre esta consulta e a anterior	
• Diagnóstico de Referência de Resultados de 2º Trimestre	• Exame Físico Geral/Objetivo	
• Avaliação do estado geral (domínios variáveis/heteromórfica)	• Pulso, T.A., peso e sintonia ponderal	
• Avaliação do estado geral (domínios variáveis/heteromórfica)	• Análise: sintonia de urina	
• Pedido de Consulta de Referência ao HCF	• Avaliação fetal	
• Identificação (Retorno) ao HAP de situações de risco pré-natal	• Alguns sintomas (com fita métrica <10 g)	
• Diagnóstico e Tratamento do diagnóstico da gravidez, patologia associada ao diagnóstico	• PCP	
• Prescrição farmacológica/Suporte	• Determinar e Registrar no BSG a IO;	
	• Identificação de possíveis danos à gravidez/fisiologia	
	• Proceder aos regimes no BSG e aplicar o formulário	
	• Facilitar Aconselhamento Especializado/Personalizado e adaptado às queixas e cuidados sanitários do tratamento (verbalmente/particular)	
	(ANEXO IV)	
	• Avaliar e Registrar Causa Indirecta	
	• Vacinação antitetânica (se cabível)	

27

❖ Sexta consulta ± 33-34 semanas

Módulo	Procedimentos	Definições
Observação Registo Inspecção de Resultados Analíticos	• Anamnesis	
• Diagnósticos	• Pedigree neonatal da gravidez/leão	
• Pedido de Consulta de Referência de Resultados de 2º Trimestre	• Investigar se possui alterações nas análises entre esta consulta e a anterior	
• Diagnóstico de Referência de Resultados de 2º Trimestre	• Exame Físico Geral/Objetivo	
• Avaliação do estado geral (domínios variáveis/heteromórfica)	• Pulso, T.A., peso e sintonia ponderal	
• Avaliação do estado geral (domínios variáveis/heteromórfica)	• Análise: sintonia de urina	
• Pedido de Consulta de Referência ao HCF	• Avaliação fetal	
• Identificação (Retorno) ao HAP de situações de risco pré-natal	• Alguns sintomas (com fita métrica <10 g)	
• Diagnóstico e Tratamento do diagnóstico da gravidez, patologia associada ao diagnóstico	• PCP	
• Prescrição farmacológica/Suporte	• Determinar e Registrar no BSG a IO;	
	• Identificação de possíveis danos à gravidez/fisiologia	
	• Proceder aos regimes no BSG e aplicar o formulário	
	• Facilitar Aconselhamento Especializado/Personalizado e adaptado às queixas e cuidados sanitários do tratamento (verbalmente/particular)	
	(ANEXO IV)	
	• Avaliar e Registrar Causa Indirecta	
	• Vacinação antitetânica (se cabível)	

28

❖ Sexta consulta ± 37 semanas (cont.)

- Prevendo-se que a gestação continue a decorrer sem desvios da normalidade, entende-se que às ± 33 semanas terá completado o esquema mínimo de consultas médicas, prosseguindo a monitorização da gravidez com o EESMOG.
- Posteriormente a esta data, aquando da identificação de desvios à gravidez fisiológica ou problemas patológicos, que estão para além da área de actuação do EESMOG, os mesmos serão referenciados ao médico assistente ou directamente ao hospital de apoio perinatal.

29

❖ Sexta consulta ± 37 semanas

- Às 35 semanas a grávida deverá ter uma consulta de BEF no hospital de referência/Apoio Perinatal (HCF)
- Pelo que a data de marcação da consulta com o EESMOG no centro de saúde vai depender da data de realização do BEF no HAP, podendo realizar-se entre as 35 e as 37 semanas

30

❖ Sexta consulta ± 37 semanas

Módulo	Procedimentos	Definições
Observação Registo Inspecção de Resultados Analíticos	• Anamnesis	
• Diagnósticos	• Pedigree neonatal da gravidez/leão	
• Pedido de Consulta de Referência de Resultados de 2º Trimestre	• Investigar se possui alterações nas análises entre esta consulta e a anterior	
• Diagnóstico de Referência de Resultados de 2º Trimestre	• Exame Físico Geral/Objetivo	
• Avaliação do estado geral (domínios variáveis/heteromórfica)	• Pulso, T.A., peso e sintonia ponderal	
• Avaliação do estado geral (domínios variáveis/heteromórfica)	• Análise: sintonia de urina	
• Pedido de Consulta de Referência ao HCF	• Avaliação fetal	
• Identificação (Retorno) ao HAP de situações de risco pré-natal	• Alguns sintomas (com fita métrica <10 g)	
• Diagnóstico e Tratamento do diagnóstico da gravidez, patologia associada ao diagnóstico	• PCP	
• Prescrição farmacológica/Suporte	• Determinar e Registrar no BSG a IO;	
	• Identificação de possíveis danos à gravidez/fisiologia	
	• Proceder aos regimes no BSG e aplicar o formulário	
	• Facilitar Aconselhamento Especializado/Personalizado e adaptado às queixas e cuidados sanitários do tratamento (verbalmente/particular)	
	(ANEXO IV)	
	• Avaliar e Registrar Causa Indirecta	
	• Vacinação antitetânica (se cabível)	

31

❖ Consultas Pré-Parto ± 38, 39 e 40s

Módulo	Procedimentos	Definições
Observação Registo Inspecção de Resultados Analíticos	• Anamnesis	
• Diagnósticos	• Pedigree neonatal da gravidez/leão	
• Pedido de Consulta de Referência de Resultados de 2º Trimestre	• Investigar se possui alterações nas análises entre esta consulta e a anterior	
• Diagnóstico de Referência de Resultados de 2º Trimestre	• Exame Físico Geral/Objetivo	
• Avaliação do estado geral (domínios variáveis/heteromórfica)	• Pulso, T.A., peso e sintonia ponderal	
• Avaliação do estado geral (domínios variáveis/heteromórfica)	• Análise: sintonia de urina	
• Pedido de Consulta de Referência ao HCF	• Avaliação fetal	
• Identificação (Retorno) ao HAP de situações de risco pré-natal	• Alguns sintomas (com fita métrica <10 g)	
• Diagnóstico e Tratamento do diagnóstico da gravidez, patologia associada ao diagnóstico	• PCP	
• Prescrição farmacológica/Suporte	• Determinar e Registrar no BSG a IO;	
	• Identificação de possíveis danos à gravidez/fisiologia	
	• Proceder aos regimes no BSG e aplicar o formulário	
	• Facilitar Aconselhamento Especializado/Personalizado e adaptado às queixas e cuidados sanitários do tratamento (verbalmente/particular)	
	(ANEXO IV)	
	• Avaliar e Registrar Causa Indirecta	
	• Vacinação antitetânica (se cabível)	

32

**APÊNDICE J – Parecer do ACES Central para implementação do Projeto
Piloto no CS de Albufeira**

DECLARAÇÃO

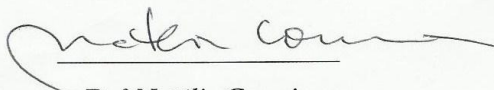
Declara-se que a Sra. Enfermeira Catia Sofia Cabrita Vieira apresentou o projecto de “Vigilância de Gravidez de Baixo Risco” no âmbito do projecto académico/profissional do curso de Mestrado de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica a desenvolver no Centro de Saúde de Albufeira, que foi submetido à apreciação pelo Conselho Clínico deste ACES e pela Unidade Coordenadora Funcional para a área de Saúde Materna de Faro, tendo sido emitido o seguinte parecer:

“Trata-se de projecto inovador na área da vigilância de grávidas de baixo risco a nível de cuidados de saúde primários com ganhos em saúde e rentabilização de recursos, pelo que a sua implementação poderá constituir uma mais-valia para as utentes e instituição.”

Pelo exposto, fica a enfermeira acima identificada, autorizada a implementar o referido projecto a partir de 21/05/2012 na UCSP 2 do Centro de Saúde de Albufeira.

Faro, 18 de Maio de 2012

Presidente do Conselho Clínico


Dr.ª Natália Correia

APÊNDICE K - Instrumentos de apoio à prestação de cuidados

CONSELHOS PARA ATENUAR OS DESCONFORTOS COMUNS NA GRAVIDEZ

1º trimestre

Náuseas e Vômitos

- Evite sentir o cheiro ou comer alimentos que provocam náuseas;
- Se sentir náuseas nas primeiras horas da manhã, coma torradas secas ou bolachas de água e sal, antes de levantar da cama;
- Levante-se lentamente da posição deitada ou sentada, para evitar náuseas;
- Permaneça deitada enquanto os sintomas persistirem;
- Faça uma refeição ligeira a cada 2 ou 3 horas e evite encher demasiado o estômago;
- Evite alimentos gordurosos ou muito condimentados;
- Espere 30 min após as refeições para ingerir líquidos;
- Experimente beber chá de mentol, raiz de gengibre, funcho, folha de framboesa, camomila, lúpulo/ ulmária;
- Consulte um profissional de saúde se os sintomas persistirem mais que uma vez por dia, ou para além da 16ª semana.

Alterações Urinárias

Se sentir necessidade de urinar frequentemente, isso deve-se a alterações hormonais que interferem com o normal funcionamento da bexiga e a uma diminuição da sua capacidade devido ao crescimento do útero no primeiro trimestre. Este sintoma alivia no 2º trimestre, regressando novamente no 3º trimestre devido à compressão da cabeça do bebé sobre a bexiga, diminuindo a sua capacidade. Também no último trimestre, podem ocorrer perdas de urina, devido ao relaxamento do esfíncter urinário.

- Diminua a ingestão de líquidos ao anoitecer, a fim de reduzir a necessidade de urinar à noite;
- Durante o dia é importante que mantenha a ingestão de 1,5 a 2L de água, para manter o bom funcionamento dos rins;
- Esvazie regularmente a bexiga, evitando ter a bexiga cheia (previne infecções urinárias);
- Limpe-se sempre da frente para trás;
- Pratique exercícios de Kegel para manter o tonus perineal e controle da micção;

Esteja atenta: em caso de ardor ao urinar e/ou dificuldade em urinar e dor na zona dos rins, procure um profissional de saúde.

Aumento da Secreção Vaginal

Por razões hormonais o corrimento vaginal normal – espesso, sem cheiro e branco – aumenta.

- Faça a higiene íntima diariamente com sabonete/gel de banho de pH neutro, sem fazer irrigações no interior da vagina (podem causar infecções);
- Use roupas íntimas de algodão, que permitem a circulação do ar;
- Não utilize pensos diários;

Esteja atenta: em caso de dor, comichão, odor desagradável, alterações da cor e características, procure um profissional de saúde.

Dentes e Gengivas

É importante que mantenha uma boa saúde oral, se tiver cáries deve procurar um dentista com a maior brevidade para iniciar tratamentos necessários, pois pode contribuir para a prevenção do parto pré-termo. Durante a Gravidez por acção hormonal as gengivas podem inchar e sangrar, desaparecendo por volta 1 a 2 meses após o parto.

- Use escova de nylon macia de cabeça pequena e uma pasta indicada para gengivas sensíveis;
- Informe-se junto do seu médico de família sobre o cheque dentista oferecido pelo SNS.

CONSELHOS PARA ATENUAR OS DESCONFORTOS COMUNS NA GRAVIDEZ

2º trimestre

Hipotensão de Decúbito

Se estiver deitada de barriga para cima é normal que o útero aumentado ao fazer pressão sobre a veia cava, diminua a perfusão sanguínea ao útero e rins, fazendo com que se sintam mal. Evite deitar-se de barriga para cima, deite-se de lado, ou semi-sentada com as pernas ligeiramente flectidas. Use almofadas para aumentar o conforto.



Desmaios

Podem ser provocados por uma tensão arterial baixa (comum na gravidez), por circulação sanguínea dificultada nas pernas, mas também por um baixo nível de açúcar no sangue.

- Quando sentir tonturas sente-se e coloque a cabeça entre os joelhos ou deite-se de lado;
- Evite mudanças súbitas de posição (levantar-se rapidamente);
- Evite ficar de pé por longos períodos;
- Evite locais fechados com muitas pessoas;
- Evite longos períodos sem se alimentar;
- Nos dias quentes, evite exposição solar, utilize chapéu e beba bastante água;
- Use meias elásticas;

Azia

- Evitar alimentos que provoquem azia, fritos ou condimentados, bicarbonato de sódio e citrinos;
- Evite deitar-se logo após uma refeição;
- Faça refeições menores em intervalos mais curtos;
- Evite chocolate preto, rebuçados de mentol, café e bebidas com gás;
- O leite pode agravar a azia porque estimula a produção de ácido gástrico;
- Coma um pouco de pão ou bolacha de água e sal;
- Levante ligeiramente a cabeceira da cama, ou durma encostada a várias almofadas;
- Use roupa larga e confortável especialmente à volta da cintura e estômago;
- Se persistir comunique a um profissional de saúde.

Obstipação /Flatulência

Muitas grávidas sofrem de prisão de ventre, devido a diminuição dos movimentos peristálticos do intestino de causa hormonal e compressão do intestino pelo útero, aumentando a absorção de água e secura das fezes; por outro a ingestão de suplementos de ferro pode provocar obstipação.

- Beba muitos líquidos e coma alimentos ricos em fibras como frutos frescos, vegetais e cereais integrais;
- Evite bebidas gaseificadas;
- Faça exercício físico moderado diariamente (ex.: caminhadas);
- Coma ameixas, kiwi, laranja e/ou sementes de papaia, são um laxante natural;
- Não tomar laxantes, emolientes das fezes sem consultar um profissional de saúde.

Síndrome do canal cárpico

Engloba polegar, 2º e 3º dedos, e a parte lateral do 5º dedo. Pode provocar dor, formigamento, adormecimento, ardor, perda de movimentos finos (escrever à máquina), deixar cair objectos. Não existe prevenção;

- Eleve o membro afectado acima do nível do coração e suspensão da mão afectada, pode ajudar;
- Regride após a gravidez.

Varizes/ Hemorróidas

As varizes são veias dilatadas, causadas por uma predisposição hereditária e/ou pela acção das hormonas sobre as paredes das veias, levando ao seu relaxamento, tendendo a agravar com o aumento do tamanho do útero.

Podem surgir nas pernas e na vulva (zona em volta da vagina), causando dor e hipersensibilidade; e ânus/recto (hemorróidas) podendo causar dor, desconforto, sangramento e comichão. Normalmente desaparecem após o parto.

- Evite estar muito tempo de pé, parada ou sentada e quando descansar coloque as pernas para cima;
- Não se sente de pernas cruzadas;
- Use meias de descanso (calçar antes de se levantar e retirar após colocação dos membros elevados durante 15min) e evite roupa apertada;
- Faça exercício físico moderado;
- Beba muitos líquidos, coma alimentos ricos em fibra para evitar a prisão de ventre;
- Para aliviar a dor causada pelas hemorróidas aplique massagem na zona afectada com gelo e aplique banhos de assento de água morna;
- Coloque a hemorróida para dentro e deite-se de lado, de joelhos dobrados durante alguns minutos;
- Comunique ao seu médico, pois ele pode prescrever-lhe pomadas ou anestésicos tópicos;
- Caso as hemorróidas pareçam duras, sejam dolorosas ou haja sangramento rectal, fale com um profissional de saúde.



Dores de cabeça

As dores de cabeça comuns na gravidez podem ocorrer por volta da 26ª semana. Mas também pode ser um sintoma de alarme de associada a outras alterações.

- Prefira ambientes calmos e com pouca luz, tente relaxar fazendo inspirações;
- Aplique saco de gelo;
- Avalie a sua tensão arterial;
- Deve contactar o seu profissional de saúde de referência se as dores de cabeça forem constantes e "latejantes";
- Não se automedique.

Dor no Ligamento redondo

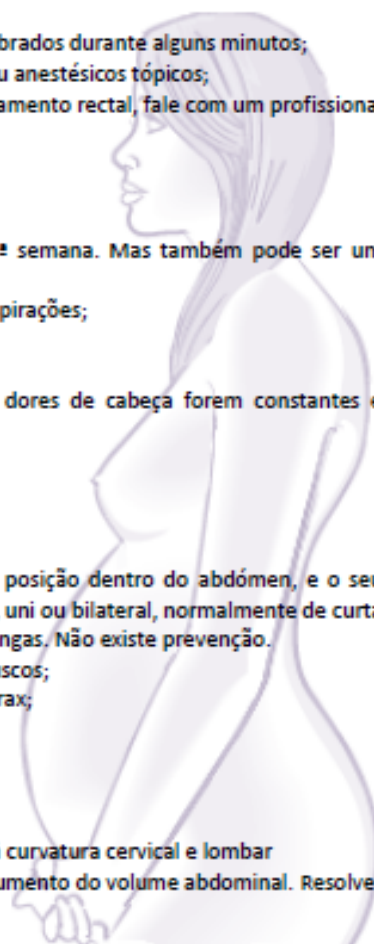
O ligamento redondo é um dos responsáveis por manter o útero na sua posição dentro do abdómen, e o seu estiramento pode levar a dor tipo cólica, sentida próxima da região inguinal, uni ou bilateral, normalmente de curta duração, que piora ao final do dia e após esforço físico, como caminhadas longas. Não existe prevenção.

- Repouso, mantenha boa mecânica corporal evitando movimentos bruscos;
- Alivie a dor colocando-se de cócoras ou elevando os joelhos até ao tórax;
- Aplique calor.

Dor articular, dorsal e lombar e pressão pélvica

Dores que se devem ao relaxamento das articulações dos ossos da bacia, e à curvatura cervical e lombar acentuadas, causada pela alteração do centro de gravidade, resultante do aumento do volume abdominal. Resolve 6 a 8 semanas após o parto.

- Pratique exercício moderado;
- Mantenha uma postura correcta e use os músculos das pernas quando levantar objectos;
- Evite carregar objectos pesados;
- Use sapatos de tacão baixo (± 3 cm);
- Durma num colchão firme com apoio de almofadas;
- Aplique calor local alternado com frio;
- Realizar exercícios de básculas da bacia;
- Use cinta de gravidez com faixa de sustentação, mas não por muitas horas seguidas (2-3h).



CONSELHOS PARA ATENUAR OS DESCONFORTOS COMUNS NA GRAVIDEZ

3º trimestre

Insónias

No final da gravidez é normal que tenha alguma dificuldade em dormir, devido à maior percepção dos movimentos fetais, aumento da frequência urinária, câibras musculares, dificuldade em respirar e ausência de posição de conforto para dormir.

- Tome um banho quente e/ou uma bebida quente antes de se deitar (ex: chá de camomila/ leite);
- Deite-se de lado com uma almofada a apoiar as costas, a barriga e outra entre as pernas;
- Peça para o seu companheiro fazer uma massagem nas costas para relaxar e utilize respirações lentas e profundas, de forma a induzir o relaxamento;
- Faça uma caminhada antes de se deitar e evite deitar-se logo após o jantar.

Dificuldade em Respirar

Os pulmões no final da gravidez têm menos espaço para se expandirem devido à compressão causada pelo aumento do útero.

- Manter postura correcta;
- Dormir com mais almofadas;
- Utilize roupa de algodão confortável;
- Distenda o abdómen, permanecendo de pé com as mãos sobre a cabeça e respirando fundo.

Pernas e Tornozelos inchados

É um desconforto comum no final da gravidez causado pela acumulação e à retenção de líquidos e à dificuldade de retorno da circulação sanguínea. Pode agravar no final do dia.

- Não use roupas a apertadas, use meias de descanso (vestir antes de sair da cama e despir 15min após elevação das pernas);
- Use sapatos confortáveis de salto baixo;
- Evite estar muito tempo de pé, parada ou sentada e quando descansar coloque as pernas para cima;
- Massageie a zona inchada suavemente;

Esteja atenta: se sentir as mãos e/ou cara inchada deve dirigir-se a um profissional de saúde com a maior brevidade.

Cãibras dos membros inferiores

As câibras são devidas à compressão causada nos nervos dos membros inferiores, devido ao aumento do útero. Podem surgir quando permanece muito tempo na mesma posição.

- No momento da câibra, dobre o pé para cima com o joelho em extensão ou fazer alongamentos;
- Aplicar calor húmido na zona afectada (duche ou toalha com água morna);
- Evite vestir roupa apertada;
- Pratique exercício físico moderado;
- Aumente ingestão de alimentos ricos em cálcio (superior a um litro de leite, iogurtes, queijo).



Orientações para o Autocuidado

O exercício físico moderado e regular (30 minutos de exercício físico diário ou pelo menos 3 vezes por semana) é recomendado. Melhora a circulação, promove o repouso e o relaxamento, e permite controlar o peso.

Os exercícios mais aconselhados são a caminhada, natação, hidroginástica (só até saída de rolhão mucoso) e bicicleta ergométrica. Desaconselha-se a musculação, desportos e ginástica de alto impacto.

Lembre-se que a dor, é um sinal para parar e repousar.



Exercício Físico

Higiene pessoal

Os banhos de imersão e os duches mornos, podem ter um efeito relaxante e são recomendados.

No primeiro trimestre evitar hidromassagem e banhos de imersão quentes, repetidas vezes, por risco aumentado de malformações do tubo neural e abortamento.

No duche deve usar o gel de banho habitual, podendo hidratar a pele com óleo hidratante (que deve ser aplicado no duche e enxaguar) e/ou hidratar a pele logo após o banho com um creme hidratante.

A higiene íntima deve ser feita com gel/sabonete de pH neutro, diariamente e sem fazer irrigações vaginais. Não utilize outros produtos sem se aconselhar com um profissional de saúde.



Batons, esmalte de unhas, maquilhagem, chapôs, condicionadores, perfumes, desodorizantes, protectores solares e tinta de cabelo, podem ser utilizados na gravidez.

Tinta para o cabelo principalmente as que contêm amónia ou acetato de chumbo (metais pesados) devem ser evitadas no 1º trimestre. A partir do 2º trimestre as formulas comercializadas podem ser aplicadas, à excepção de misturas, que geram compostos sobre os quais não se tem conhecimento.

Depilação a laser e com cremes é desaconselhada.



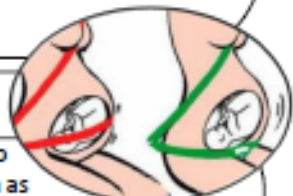
Cósméticos

Viagens

As viagens de avião não são contra-indicadas para as grávidas de baixo risco, no entanto há um risco aumentado de edema dos membros inferiores e tromboembolismo. As viagens para países com fracos recursos médicos sem água potável e prevalência de malária devem ser evitadas. Algumas companhias aéreas exigem autorização médica para viajar após as 30 semanas.

Nas viagens terrestres, parar 10 min a cada 2h, para exercitar as pernas, alongar, esvaziar a bexiga.

O cinto de segurança sempre na raiz das coxas. nunca sobre o útero.



Trabalho

As grávidas saudáveis podem trabalhar até ao parto desde que a actividade não apresente riscos maiores do que os encontrados no dia a dia.

No entanto alguns ambientes de trabalho expõem o feto a riscos (ex.: plantações, estufas, operárias de industria de material electrónico e gráficas, cabeleireiras, comissárias de bordo, empregadas de limpeza, professoras de creche e primária, militares, profissionais de saúde, etc), neste caso será necessário implementar estratégias para aumentar a segurança no trabalho ou transferência de actividade exercida. O cansaço em excesso determina a suspensão da actividade laboral.

Evitar longos períodos sentada ou em pé (alternar).

Consultar "Direitos no emprego durante a gravidez e pós-parto" em : www.portaldocidadao.pt

Folheto "Parentalidade – Bom para os Pais Melhor para os Filhos" disponível em: www.cite.gov.pt

Elaborado por Catia Vieira aluna de Mestrado em EESMOG, Escola Sup. De Enfermagem S. João de Deus, UÉVORA

Bibliografia: Branden, P. (2000). Enfermagem Materno-infantil. Rio de Janeiro Reichmann & Afonso Editores; Corbett, R. (2008). Cuidados de Enfermagem durante a Gravidez. In Lowdermilk and Perry. Enfermagem na Maternidade. Loures: Lusodidacta;

Imagens retiradas de: www.aventaldeseda.com; www.lucianofitnessaade.blogspot.com; www.babyblog.br; www.crecerprecer.com;

Alimentação



O ganho de peso gestacional adequado é muito importante, pois melhora a mortalidade da mãe e do bebé e permite o crescimento linear materno.

A obesidade materna associa-se a maiores riscos de aparecimento de diabetes gestacional, defeitos do tubo neural, cesariana, parto prolongado, menor sucesso na amamentação, malformações congénitas, bebés com excesso de peso e dificuldade em recuperar o peso materno após o parto. Por sua vez, o baixo peso materno, está relacionado com baixo peso ao nascer, crescimento intra-uterino restrito e prematuridade.

O aumento adequado de peso no final da gravidez depende do peso que tinha antes de engravidar. Se tinha um peso adequado à sua altura esse ganho total de peso no final da gestação deve situar-se entre os 12 e os 16kg. Contudo cada caso é um caso, pelo que é importante discutir o tema com o seu enfermeiro/médico de família.

Seguidamente apresentam-se as recomendações gerais para uma alimentação completa, equilibrada e variada na gravidez:

- Fraccionar a dieta (6-7 refeições diárias, comer de 3/3h) e em menor volume;
- Beba no mínimo 2L de água por dia evitando os horários das refeições principais;
- Use pouca quantidade de gordura para cozinhar e temperar, preferindo o azeite;
- Coma sempre sopa no início do almoço e do jantar;
- Prefira a fruta como sobremesa ou inclua-a nos intervalos das refeições;
- Evite fast-food, bolos, refrigerantes e outros produtos açucarados;
- Beba leite, chá, café ou sumos de fruta natural sem adição de açúcar;
- Evite alimentos salgados, processados e enlatados;
- Não consuma carne ou peixe mal passados, enchidos ou fumados crus como bacon, fiambre, mortadela, presunto, etc;
- Evite mariscos (devido ao risco de salmonelas e intoxicações) e carne mal passada (por causa da toxoplasmose);
- Pode comer caracóis pois estes são cozinhados a altas temperaturas, o que destrói os microorganismos como o toxoplasma gondii;
- Queijo fresco de leite não pasteurizado (devido ao risco de contrair brucelose)
- Retire peles e gorduras visíveis à carne e ao peixe;
- Prefira alimentos ricos em micronutrientes:
 - leite (pastorizado) e derivados (cálcio e proteínas);
 - carnes, de preferência magras - frango, peru, coelho (ferro/proteínas)
 - vegetais folhosos, amarelos e vísceras (vitamina A e ácido fólico)
 - frutas, especialmente citrinos (vitamina C)
- alimentos diet e light só em casos de diabetes gestacional e sob supervisão de um profissional;
- comer devagar e mastigar bem os alimentos;
- a suplementação vitamínica pode ser indicada quando não for possível a ingestão dietética adequada. nesse caso o seu médico decidirá a prescrição de suplementos.

Actividade Sexual



Existem muitos mitos e informações incorrectas acerca da sexualidade na gravidez.

O coito e o orgasmo não estão contra-indicados na gravidez saudável. No entanto algumas alterações fisiológicas da gravidez, como o aumento mamário, náuseas, fadiga, aumento do volume abdominal, alterações vaginais e corrimento aumentado podem afectar a forma como vivência a sexualidade, podendo nalgumas fases da gravidez, apetecer-lhe mais receber (e dar) mimos do que ter relações sexuais. É importante que enquanto casal, procurem falar sobre o assunto, de forma a compreender reacções e evitar mal entendidos.

As relações sexuais não prejudicam o bebé, pois ele encontra-se bem protegido no interior do útero.

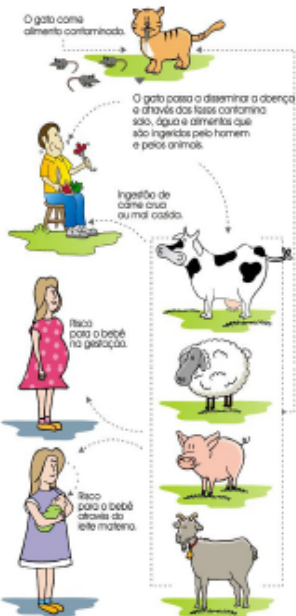
Experimentar outras posições para o coito, poderá ser conveniente, uma vez que com o aumento do volume uterino, algumas posições possam tornar-se desconfortáveis.

Caso sinta contracções uterinas ou hemorragia vaginal, suspenda o coito até consultar o seu médico/enfermeiro.

TOXOPLASMOSE

O QUE É A TOXOPLASMOSE?

É uma infecção grave, causada por parasitas (*Toxoplasma gondii*), que pode surgir durante a gravidez e assim constituir uma ameaça para o bebé.



COMO SE TRANSMITE?

- Ingestão de carne mal cozinhada (sobretudo borrego, porco e vaca, que são animais portadores do parasita);
- Vegetais mal lavados, pois podem ter tido contacto com estes animais;
- Contacto com excrementos de gato, pois o parasita multiplica-se nas células intestinais destes animais;
- Manipulação da terra na jardinagem, pois pode haver excrementos dos animais na terra;
- Lavagem inadequada das mãos depois de ter mexido no solo, gato, etc.

COMO PREVENIR?

- Evitar produtos lácteos não pasteurizados;
- Evitar comer carnes cruas ou mal passadas;
- Lavar e desinfetar a bancada onde preparou a carne;
- Evitar levar as mãos à boca ou olhos quando se prepara a carne crua e lavar bem as mãos após;
- Lavar por várias águas correntes os vegetais e fruta, essencialmente a que cresce directamente na terra;
- Limpar diariamente a liteira dos gatos, usando água a ferver e uma correcta desinfecção, usar sempre luvas e lavar bem as mãos após;
- Usar luvas ao fazer jardinagem e lavar sempre bem as mãos após contacto com solo e/ou areia.

Imagem retirada de www.ccw.sct.embrapa.br

COMO SE DETECTA?

A infecção ou imunidade a esta doença é detectada através de uma colheita de sangue específica para a toxoplasmose.

Caso seja detetada toxoplasmose na grávida, pode ser feita uma amniocentese (recolha de líquido amniótico) para confirmar se o feto está ou não infectado.

Se houver necessidade, posteriormente proceder-se-á a tratamento médico.

QUAIS AS CONSEQUÊNCIAS DA INFECÇÃO PARA A GRÁVIDA/BEBÉ?

Se ocorrer na primeira metade da gravidez, o recém-nascido pode apresentar, desde retinite (lesões oftálmicas) e lesões cerebrais.

Se acontecer na segunda metade da gravidez, as complicações são menores, pois os órgãos já estão formados.

AMNIOCENTESE

O QUE É A AMNIOCENTESE?

É um procedimento realizado na gravidez, a partir das 15 semanas de gestação, para deteção de anomalias cromossómicas e/ou doenças genéticas hereditárias.

QUEM FAZ?

- Mulheres com idade superior ou igual a 35 anos;
- rastreio ecográfico/bioquímico no 1º trimestre anormal;
- anomalia cromossómica ou defeito do tubo neural na gravidez anterior;
- historia familiar de distúrbio genético (fibrose cística, hemofilia, anemia falciforme).

COMO SE FAZ?

Realiza-se introduzindo uma agulha através do abdómen materno, até à cavidade amniótica (local onde está o bebé rodeado de líquido amniótico) de forma a extrair um pouco do líquido (cerca de 20ml). Observa-se a posição e direcção do feto mediante a ajuda de um ecógrafo e a punção é feita num local que não afecte o feto.

Não é dolorosa, e a sensação é semelhante a uma injeção intramuscular.

QUE RISCOS ESTÃO ASSOCIADOS?

O risco de perda gestacional é cerca de 1 em cada 200 grávidas.

Risco de perda de líquido amniótico e sangue vaginal 1-2% dos casos

Risco de infecção 1 em cada 1000 procedimentos

Lesão do feto pela agulha extremamente rara, pois é realizada mediante controlo ecográfico.

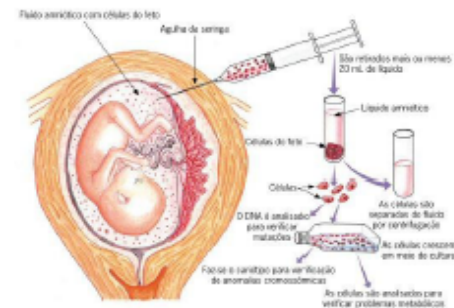
Muito raramente contracções uterinas

Falha da cultura das células do líquido amniótico em 0,1% dos casos

Nas grávidas Rh negativo será administrada uma imunoglobulina anti-D após a amniocentese para prevenir a isoimunização Rh.

Importa saber que este método de diagnóstico pré-natal não assegura o nascimento de um bebé saudável, proporciona apenas informações relacionadas com as malformações que estão a ser pesquisadas.

A decisão final de realizar a amniocentese cabe unicamente aos pais.



A mala para a maternidade

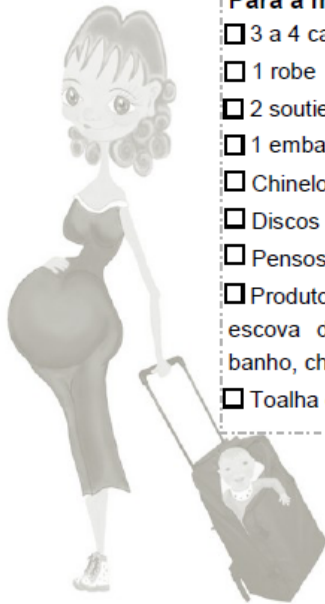


Imagem Retirada de www.sobrebebe.com.

Para a mãe:

- 3 a 4 camisas de dormir abertas à frente
- 1 robe
- 2 soutiens de amamentação
- 1 embalagem de cuecas (descartáveis)
- Chinelos de quarto/banho
- Discos de amamentação
- Pensos higiénicos
- Produtos de higiene (pasta de dentes, escova de dentes e de cabelo, gel de banho, champô, cremes, etc...)
- Toalha de banho e rosto

Para o bebé:

- 3 a 4 mudas completas de roupa: interior e baby-grow
- 1 embalagem de fraldas descartáveis
- Meias
- 2 a 3 fraldas em tecido
- Toalha de banho

Num saco separado deve levar para o bloco de partos: a primeira roupa do bebé, uma fralda e cuecas para si.

Identifique os sacos/mala

Lembrar de levar:

- boletim de grávida
- cartão de beneficiária do seu sistema de saúde
- cartão de utente
- todos os exames que fez durante a gravidez (análise, ECOS...)

Onde se deve dirigir?

- das 8 às 22h Posto de atendimento e informação (toldo amarelo)
- das 22 às 8h Serviço de Urgência Geral



Elaborado por Cátia Vieira aluna de Mestrado em EESMOG, Escola Sup. De Enfermagem S. João de Deus, UÉVORA

Quando ir para a maternidade?

Coloque um penso e observe, se humedece de forma gradual e que obrigue a uma mudança cada vez mais frequente. Se assim for trata-se de uma rotura de bolsa de águas.

O líquido amniótico tem um cheiro característico, isto permite distingui-lo da urina.

Contracções Uterinas

- Tome atenção às características das contracções. Poderá começar por sentir a barriga ficar rija, podendo não haver dor ou pode sentir apenas uma dor fraca nas **costas**, nas **coxas** e **abdómén**;
- as contracções uterinas tornam-se regulares e progressivamente sentirá um aumento da **frequência**, **intensidade** e **duração** das contracções;
- **quando as contracções forem regulares com intervalos de 10 em 10 minutos e duração de 30 a 45s**, e que não passam com o repouso, deve **dirigir-se à maternidade**.

Rotura de Bolsa de Águas

- Saída de líquido amniótico pela vagina devida à rotura das membranas que envolvem o bebé;
- pode sair lentamente e em pequena quantidade ou de repente e em grande quantidade, o mais comum é que pingue;
- normalmente o líquido amniótico é claro e transparente.

Diminuição dos movimentos fetais

- Se sentir que o seu bebé mexe menos que o habitual: beba uma bebida açucarada ou coma um reбуçado, deite-se para o lado esquerdo e aguarde pra ver se sente o bebé mexer normalmente;
- se o bebé mexe normalmente, então poderia tratar-se de um período de sono ou poderia estar com fome;
- se continuar com dificuldade em sentir o seu bebé mexer-se dirija-se à maternidade;
- lembre-se de contar os 10 movimentos fetais e registar no boletim de grávida.



Elaborado por Cátia Vieira aluna de Mestrado em EESMOG, Escola Sup. De Enfermagem S. João de Deus, UÉVORA
Bibliografia: Lowdermilk (2008). Trabalho de Parto e Parto. In Lowdermilk and Perry. *Enfermagem na Maternidade*. Loures: Lusodidacta

Quando o seu bebé nascer:

TESTE DO PEZINHO



Imagem retirada de www.saoluiz.com.br/Images/maternidade/teste_pezinho.jpg

Entre o 3º e o 6º dia de vida do bebé, deverá realizar o teste do pezinho, que consiste numa colheita de sangue fundamental para rastrear certas doenças metabólicas, como a Fenilcetonúria e Hipotiroidismo Congénito.

Data: ___/___/___ às ___:___h

NOTA: Logo após Alta Hospitalar ligue para CS Albufeira e marque o teste do pezinho do seu bebé.

AVALIAÇÃO DO PESO

O seu bebé nas 48h de vida tem uma perda de peso fisiológica, de cerca de 10%, recuperando o peso com que nasceu, entre o 10º e 15º dia de vida. Cada bebé tem o seu padrão de crescimento. Pelo que deverá ser pesado semanalmente no primeiro mês de vida.



Imagem retirada de www.t2.gstatic.com

PRIMEIRA CONSULTA



Imagem retirada de www.voumascer.com/mediaconsultas_beb_e_23.jpg

A primeira consulta do bebé deverá ser realizada com o seu médico de família e enfermeiro(a), até aos 15 dias de vida, de forma a despistar situações que possam afetar a qualidade de vida do bebé, avaliar o crescimento e desenvolvimento psicomotor, esclarecer sobre sinais e sintomas comuns e esclarecer sobre alimentação do bebé.

CONTRAÇÕES UTERINAS

prevenindo o parto pré-termo...



Contrações de Braxton-Hicks

As contrações de *Braxton-Hicks* podem sentir-se a partir do 4º mês, são indolores e irregulares e ocorrem intermitentemente ao longo da gravidez, como forma de ajudar o fluxo sanguíneo da placenta.

Após as 28 semanas, estas contrações tornam-se mais definidas, e podem ser confundidas com as contrações de trabalho de parto, mas não causam dilatação do colo uterino.

Como reconhecer uma contração

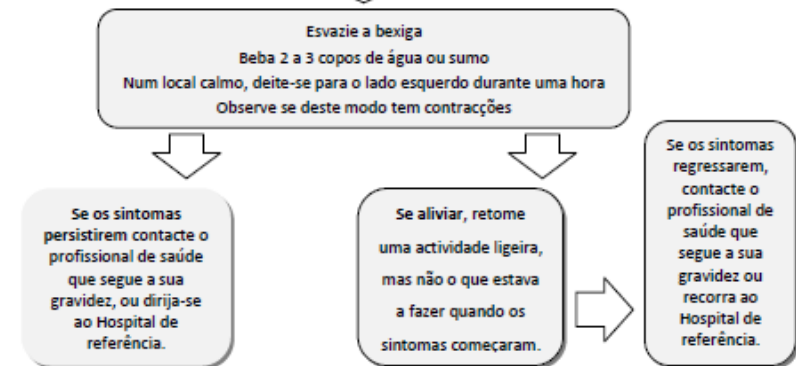
Se ao colocar a mão sobre a parte superior do útero, sentir a barriga ficar dura por um breve período e em seguida a barriga relaxa e fica novamente flácida, então sentiu uma contração.

Estas contrações são mais frequentes no terceiro trimestre de gravidez, mas podem aparecer durante a realização de esforços ou períodos prolongados de pé e passam com o repouso.

SE SENTIR QUALQUER UM DESTES SINTOMAS/SINAIS:

- Contrações uterinas regulares /irregulares por mais de uma hora com ou sem dor;
- Cólicas tipo cólicas intestinais na porção inferior na barriga, nas costas abaixo da cintura. Cólicas tipo dores menstruais, dor ou pressão supra-púbica, pressão ou peso pélvico;
 - aumento da frequência urinária;
- Alteração das características e quantidade do corrimento habitual: mais espesso (mucoso) ou mais fluido (aquoso/liquido), com sangue, acastanhado ou incolor, em maior quantidade, ou com odor;

O QUE FAZER?



Cuidados Pós-parto

O Puerpério

O período pós parto é chamado de puerpério, e vai desde o nascimento da criança até ao retorno dos órgãos reprodutores da mãe ao estado não grávido. Dura cerca de 6 a 8 semanas dependendo da mulher, terminando apenas com o retorno da menstruação. Neste curto período de tempo grandes alterações físicas e psicológicas vão ocorrer.

As seguintes recomendações poderão ajudar a assegurar o seu bem-estar nesse período e a compreender o que pode esperar e quando deverá procurar um profissional de saúde.



Imagem retirada de: www.sanginaeducar.aperiblog.com.br

Perda Vaginal

Após o parto o revestimento interno do útero começa a cicatrizar e a regenerar o que causa uma perda vaginal - os lóquios. Geralmente após um parto normal o fluxo é mais abundante e duradouro que uma cesariana.

Ao longo dos dias os lóquios vão diminuindo de quantidade e mudando de aspecto:

- do 1º a 4º dia - vermelho vivo com odor a menstruação e abundante (aumentando temporariamente ao amamentar e ao levantar);
- do 4º ao 9 dia rosa e em menor quantidade;
- ao 10º dia esbranquiçado/creme, diminuindo gradualmente de quantidade, cessando normalmente na 3ª semana após o parto, mas podem persistir por 6 ou mais semanas.

Características anormais dos Lóquios: numerosos coágulos grandes, mau cheiro, saturação do absorvente do perineo, eliminação de lóquios persistente além das 3 semanas, retorno de fluxo rósea ou vermelho após os 10 dias de puerpério.

Cuidados com Períneo

- esteja atenta às características dos lóquios, quanto à cor, quantidade e cheiro, procurando sempre um profissional de saúde caso detecte alguma anormalidade;
- os pontos devem cair dentro de 8-10 dias, se não tiverem caído e estiverem a incomodar pode referi-lo à sua enfermeira de família;
- Utilize um penso absorvente genital no pós-parto, trocando com frequência (pelo menos a cada 4 horas);
- não utilize tampões antes da consulta de revisão do puerpério;
- aplique e retire o penso da frente para trás para evitar contaminação pelos microorganismos fecais;
- realize exercícios de kegel que favorecem também a cicatrização do perineo;
- sempre que for ao wc lave os genitais com sabão neutro ou apenas água fria (nunca com betadine ou duches vaginais);
- secar com secador a frio;
- observar o perineo com espelho para despiste de sinais inflamatórios/infecciosos: vermelhidão, inchaço, secreção purulenta, dor e pontos "a abrir" (deiscência).

Consulta de Revisão do Puerpério

Entre as 4 e 6 semanas de puerpério deve ser realizada uma consulta importante para assegurar o normal funcionamento do organismo, após todas as modificações sofridas. Como também avaliar queixas existentes e discutir outros assuntos. A puérpera deve levar o boletim de grávida e o boletim do planeamento familiar. E 6 meses após o parto deve fazer citologia.

Contraceção

É muito importante para a sua saúde e de um futuro bebé, que o intervalo entre gravidezes seja de pelo menos 2 anos. Uma sexualidade responsável, requer a utilização adequada de um método anticoncepcional eficaz. E que pode ser adquirido gratuitamente no seu centro de saúde.

O início da contraceção depende da situação de cada mulher, pelo que deve discutir este assunto com a sua enfermeira assistente e/ou médico de família para evitar uma gravidez indesejada.



Retorno da Actividade Sexual

A retoma da actividade sexual depende do estado físico e psicológico da mulher. Pode ter relações sexuais após a cicatrização do perineo, caso não se sinta desconfortável ou com dor e quando os lóquios cessarem (cerca de 3 a 4 semanas). Entre as 6 semanas após o parto e os 6 meses a vagina pode não lubrificar bem pelo que pode ser necessário o recurso a um lubrificante. É normal que até aos 3 meses após o parto, não responda da mesma forma aos estímulos sexuais, possivelmente terá uma resposta mais lenta e menos intensa.

Deve praticar exercícios de kegel pois estão associados à sensação de prazer durante o coito. Se sentir dor durante o coito, pode experimentar uma posição em que controle a introdução do pénis (lado a lado ou com a mulher por cima).



Alimentação e Recuperação do Peso

Procure fazer uma alimentação equilibrada, semelhante à que fazia durante a gravidez, para manutenção de um bom estado nutricional, retorno do peso corporal, para um bom funcionamento intestinal e uma adequada produção de leite. Beba líquidos em abundância, principalmente leite, suco de frutas e água. No pós-parto, os suplementos vitamínicos, são frequentemente continuados até às 6 semanas após o parto.

Após o parto há uma perda de peso de aproximadamente 5kg, devido ao esvaziamento do útero (bebé, placenta, líquido amniótico e membranas) e ao longo das 6 semanas de puerpério há uma perda de líquidos acumulados na gravidez de cerca de 4kg.

Se estiver a amamentar, queima cerca de 500 calorias por dia, promovendo uma recuperação de peso gradual e consistente, atingindo o peso anterior à gravidez normalmente no final de 6 meses.

Para o efeito contribui igualmente o exercício físico diário, começando com exercícios simples aumentando a intensidade gradualmente.

Ao passear o bebé, também faz exercício e estabelece uma rotina diária.

APÊNDICE L - Instrumentos de apoio à gestão da assistência de enfermagem

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA ADMINISTRAÇÃO DE IMUNOGLOBULINA ANTI-D EM GRÁVIDAS RH(D) NEGATIVAS

Factor Rh(D) negativo

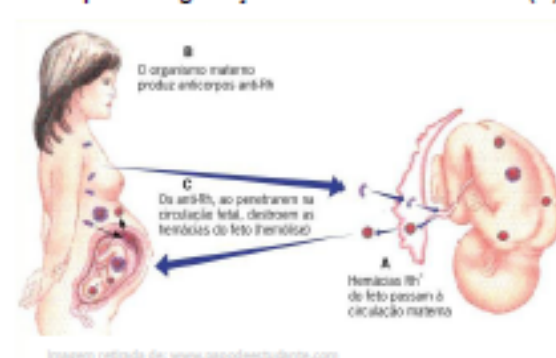
O sangue humano pode ser de tipo A, B, AB e O, e ter factor Rhesus positivo ou negativo (Rh+ ou Rh). Os factores Rhesus (RhD) são características especiais dos glóbulos vermelhos do sangue humano. As pessoas que não têm o factor (antigénio) Rh do tipo D no sangue, são chamadas RhD negativas e as que têm, são RhD positivas.

Implicações para a gravidez e bebé

Numa primeira gravidez, se a mulher é Rh- e o pai do bebé Rh+, o bebé pode herdar o sangue do pai e ser Rh+.

Neste caso se o sangue do bebé entra em contacto com o sangue materno, este produz anticorpos contra o sangue do bebé, sendo o risco de complicações relativamente pequeno.

Numa próxima gestação se o novo bebé for Rh(D) positivo, o seu sistema imunitário agirá contra os



glóbulos vermelhos do bebé destruindo-os, levando a complicações graves na saúde do bebé podendo mesmo conduzir à sua morte.

O bebé pode vir a sofrer de anemia, icterícia (pele amarela), kernicterus (uma forma grave de icterícia que pode causar lesões cerebrais), edemas, insuficiência cardíaca e uma doença chamada hidropisia fetal (que pode ser fatal).

Os riscos para a mãe incluem abortos frequentes e nados-mortos. Se lhe for administrada a Imunoglobulina Anti-D (Rh), o risco de desenvolver estes anticorpos reduz de 2 para 0,1%.

Prevenção de Complicações – A administração de Imunoglobulina Anti(D)

Estas complicações podem ser prevenidas através de uma vacina denominada Imunoglobulina Anti-D, que contém anticorpos específicos contra o antigénio D, que vão impedir que o sistema imunitário materno desenvolva anticorpos que "ataquem" o bebé.

É obtido a partir do sangue de outra pessoa que já tem anticorpos anti-Rh e é administrado por injeção às 28 semanas de gestação e/ou até 72 horas após o parto se o bebé for Rh positivo. Também em caso de aborto (espontâneo ou provocado), gravidez ectópica, amniocentese ou biopsia das vilosidades coriônicas, versão cefálica externa (virar o bebé), descolamento da placenta, placenta prévia (placenta localizada sobre o colo do útero), traumatismo abdominal ou qualquer outra situação em que o sangue do bebé possa entrar na corrente sanguínea da grávida.

Riscos ao tomar a imunoglobulina anti-D

A imunoglobulina Anti-D é um derivado do plasma humano, tendo sido os dadores e as doações (sangue e plasma) cuidadosamente seleccionados e testados, para garantir a exclusão de risco de vírus e infecções.

Apesar destas medidas, quando são administrados medicamentos preparados de plasma ou sangue humano, não se pode excluir totalmente a possibilidade de transmissão de infecções (hepatite B, hepatite C, HIV e outros), vírus desconhecidos ou emergentes e outros agentes patogénicos.

Efeitos secundários da vacina

Os efeitos secundários da imunoglobulina administrada por injeção intramuscular são raros e geralmente ligeiros. Os efeitos secundários possíveis são: desconforto no local da injeção e febre ligeira. Muito raramente podem surgir reacções de hipersensibilidade mais graves e podem

(Documento com duas vias - original a arquivar no processo clínico, duplicado a entregar à utente)

Bibliografia: Cardoso, Maria C. (2005). Imunização Rh. In Graça, Mendes. Medicina Materno Fetal. Lousã:Lidel; Documento Guia Sobre Consentimento Informado. ARS Norte. Retirado a 10 de Maio de www.portal.arsnorte.minsaude.pt.

manifestar-se por dores musculares, febre, sensação de estar doente, aumento do baço, aumento dos níveis de bilirrubina e choque anafilático. Por ser um produto que é usado para prevenir a formação de anticorpos, a Imunoglobulina Anti-D (Rh) pode interferir com a eficácia de certas vacinas (sarampo, parotidite, rubéola, varicela). Se tiver de fazer alguma vacina no período de 3 meses após a administração desta imunoglobulina, deve consultar o seu médico.

Não existem efeitos secundários documentados no bebé.

Alternativas à administração da Imunoglobulina anti-D

Não existem até à data alternativas para evitar a sensibilização da grávida para produzir anticorpos anti-Rh(D), actualmente este é o único tratamento disponível.

No entanto, se o pai da criança também for Rh negativo, não é geneticamente possível que o bebé seja Rh positivo, pelo que o risco de produzir anticorpos não existe. Se não tem certezas sobre o Rh do pai é preferível fazer o tratamento.

O PROFISSIONAL DE SAÚDE

(médico/enfermeiro)

Confirmando que expliquei à pessoa abaixo indicada, de forma adequada e inteligível, os procedimentos necessários à administração da imunoglobulina Anti-D, incluindo informação relativa ao eventual risco associado aos hemoderivados e a possibilidade da não administração se o pai biológico for Rh-, conforme disposto na Circular Normativa n.º 2/ DSMIA de 15/01/2007, da Direcção-Geral da Saúde.

Respondi a todas as questões que me foram colocadas e assegurei-me de que houve um período de reflexão suficiente para a tomada da decisão. Também garanti que, em caso de recusa, não serão adoptados quaisquer procedimentos discriminatórios no contexto da sua assistência nesta Unidade de Saúde.

Nome : | _____ | N.º mecanográfico _____

Categoria Profissional: _____

Data .../.../... Assinatura

UTENTE / REPRESENTANTE:

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações ao médico/enfermeiro se não estiver completamente esclarecido. Verifique se todas as informações estão correctas. Se entender que tudo está em conformidade e se estiver de acordo com a proposta que lhe é feita, então assine este documento.

- Declaro ter compreendido os objectivos de quanto me foi proposto e explicado pelo profissional que assina este documento, ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora, ter-me sido garantido que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar esta solicitação, e ter-me sido dado tempo suficiente para reflectir sobre esta proposta. Autorizo o acto indicado, bem como os procedimentos directamente relacionados que sejam necessários no meu próprio interesse e justificados por razões clínicas fundamentadas.

_____ (localidade), ___/___/___ NOME _____

Assinatura X _____

Se não for o doente a assinar:

Nome: _____

BI/CD n.º: _____, data/validade ___/___/___

Morada _____

Grau de parentesco ou tipo de representação: _____

(Documento com duas vias - original a arquivar no processo clínico, duplicado a entregar à utente)

Bibliografia: Cardoso, Maria C. (2005). Imunização Rh. In Graça, Mendes. Medicina Materno Fetal. Lousã:Lidel; Documento Guia Sobre Consentimento Informado. ARS Norte. Retirado a 10 de Maio de www.portal.arsnorte.minsaude.pt.

REGISTO DE ENFERMAGEM - VIGILÂNCIA DA GRAVIDEZ DE BAIXO RISCO

Colar aqui vinheta de identificação da utente	Idade:	Nacionalidade:	Religião:
	Profissão:	Contacto:	
	Pessoa de Referência:	Contacto:	
	e-mail:		

Dados Psico-sociais

Défice de Com./Ling.: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	Estado Emocional: <input type="checkbox"/> Ambivalente <input type="checkbox"/> Ansiosa <input type="checkbox"/> Deprimida <input type="checkbox"/> Irritada
Companheiro envolvido <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	Aparência de Abuso Físico/Emocional: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não

Historia Familiar de Doença

<input type="checkbox"/> Hemoglobinopatias	<input type="checkbox"/> Gravidez Múltipla
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Doença Cardíaca
<input type="checkbox"/> HTA	<input type="checkbox"/> Perturbações da coagulação
<input type="checkbox"/> Doenças Congénitas/Genéticas	<input type="checkbox"/> Doença Neurológica/Psiquiátrica
<input type="checkbox"/> Neoplasias Malignas	<input type="checkbox"/> Outra (s) _____

Antecedentes pessoais

<input type="checkbox"/> Cardiovasculares _____	<input type="checkbox"/> DST's _____	<input type="checkbox"/> Alergias _____
<input type="checkbox"/> Gastro-intestinais _____	<input type="checkbox"/> Doença infecciosa _____	<input type="checkbox"/> Hábitos Tabágicos _____
<input type="checkbox"/> Ginecológicos _____	<input type="checkbox"/> Infecções urinárias recorrentes _____	<input type="checkbox"/> Alcoólicos _____
<input type="checkbox"/> Respiratórios _____	<input type="checkbox"/> Traumatismos/Acidentes _____	<input type="checkbox"/> Vac. Anti-Rubéola _____
<input type="checkbox"/> Renais _____	<input type="checkbox"/> Intervenções Cirúrgicas _____	<input type="checkbox"/> Vac. Anti-Tétano _____
<input type="checkbox"/> Endócrinos/Metabólicos _____	<input type="checkbox"/> Gemelaridade _____	<input type="checkbox"/> Exp. a teratogenicos _____
<input type="checkbox"/> Genéticos _____	<input type="checkbox"/> Infertilidade _____	<input type="checkbox"/> Riscos Ocupacionais _____
<input type="checkbox"/> Neoplasias Malignas _____	<input type="checkbox"/> Cons.Pré concepcional _____	<input type="checkbox"/> Medicação _____
<input type="checkbox"/> D.Hepática _____	<input type="checkbox"/> Última Citologia _____	
<input type="checkbox"/> Hist. Infecção TORCH _____		

Outros:

História Obstétrica

Data:	IG.:	Peso:	Sexo:	Parto:	Local:	Complicações/Observações:

GRAVIDEZ ACTUAL

1ª Consulta	Data: - -	<input type="checkbox"/> IG <12s	<input type="checkbox"/> IG > 12s	IO: - - -
DUM: - -	DPP: - -	DPP (Eco): - -	G.S.: ___Rh	Sexo do bebé: <input type="checkbox"/> ♂ <input type="checkbox"/> ♀

Peso: kg	Altura: m	IMC(P/A ²) =	Ganho total estimado=	Ganho semanal=
---------------	----------------	---------------------------	-----------------------	----------------

Índice de Goodwin Modificado

1ª Avaliação - -	Referenciação aos Parceiros Institucionais:	
<input type="checkbox"/> Baixo Risco 0 – 2;		<input type="checkbox"/> Nutricionista <input type="checkbox"/> Higiениста Oral <input type="checkbox"/> Psicóloga <input type="checkbox"/> Preparação Para Parto
<input type="checkbox"/> Médio Risco 3 – 6;		
<input type="checkbox"/> Alto Risco >= 7		<input type="checkbox"/> Sinalizar Gasmin/CPCJ
Obs.:	Obs.:	

Ecografias	IG	Obs.:	BEF
1ªECO - -			
2ªECO - -			
3ªECO - -			

Rastreios

<input type="checkbox"/> Rastreio Citológico:	- -	Resultado:
<input type="checkbox"/> Rastreio de Hemoglobinas:	- -	Resultado:
<input type="checkbox"/> DPN <input type="checkbox"/> Amniocentese:	- -	Resultado:
<input type="checkbox"/> Bioquímico	<input type="checkbox"/> 1ºT	<input type="checkbox"/> 2ºT
<input type="checkbox"/> Outros Quais? _____		

Administrações Profiláticas

Imunoglobulina Anti-D	Data administração:	Coombs indirecto 24-26s <input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo
Tétano	Data/nº de administrações:	

Determinações Analíticas

1ºT	- -	Obs.:	Serologias
2ºT	- -	Obs.:	Imunidade: <input type="checkbox"/> Toxoplasmose <input type="checkbox"/> Rubéola
3ºT	- -	Obs.:	

Exame Físico Obstétrico e

Ginecológico	Inicial:	Outras Observações (- -):
Mamas	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal _____	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal _____
Mamilos	<input type="checkbox"/> Comum <input type="checkbox"/> Rasos <input type="checkbox"/> Retraídos <input type="checkbox"/> Invertidos	<input type="checkbox"/> Comum <input type="checkbox"/> Rasos <input type="checkbox"/> Retraídos <input type="checkbox"/> Invertidos
Genitais ext.	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Condilomas <input type="checkbox"/> Lesões <input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Condilomas <input type="checkbox"/> Lesões <input type="checkbox"/> Outros
Colo	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Inflamação <input type="checkbox"/> Corrimento	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Inflamação <input type="checkbox"/> Corrimento
Recto	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterações _____	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterações _____
Toque Vaginal		

Bem estar Materno/Fetal (+ = presente o = ausente)

Data														
Semanas														
FCF														
Mov.Fet														
Estatica F.														
Exame do Colo (L.Bishop)														
Secreção/Líquido														
Urina II <small>Leuc/Glicó/Prot./Nitr.</small>														
Sinais/Sintomas PPT														

Problemas identificados/IG**Plano/Intervenções**

1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	

Desfecho da Gravidez

Parto	<input type="checkbox"/> Eutócico <input type="checkbox"/> Vent/Forc <input type="checkbox"/> Cesariana _____	Analgesia Epidural <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
	I.G. ___s___d D.P. - -	<input type="checkbox"/> P.Integro <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Episiotomia
RN	Peso ___g Comp. ___cm Sexo do bebé: <input type="checkbox"/> ♂ <input type="checkbox"/> ♀	Amamentação: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Excl/Supl
	Apagar 1º 5º	Excl. ate aos ___m

AValiação Nutricional da Grávida

1ª Consulta

- Obtenção do peso pré-gestacional/inicial (informação dada pela grávida, ou medido antes da 14ª semana).
- obtenção da estatura materna
- cálculo do índice de massa corporal
- cálculo da idade gestacional

Cálculo IMC:

$$IMC (kg/m^2) = \frac{\text{Peso (kg)}}{\text{estatura}^2 (m)}$$

a) Peso pré-gestacional conhecido e avaliação do IMC pré-gestacional

- programar ganho de peso gestacional semanal e total de acordo com tabela 1

Tabela 1. Avaliação do estado nutricional da gestante adulta e adolescente e recomendações de ganho de peso, segundo o estado nutricional inicial.

Estado Nutricional Inicial (IMC) ^{a)}	Ganho de peso total no 1º trimestre (IG < 14 semanas) ^{b)}	Ganho de peso (kg) semanal médio no 2º e 3º trimestres (≥ 14 semanas)	Ganho de peso (kg) total na gestação	Ganho de peso mínimo (kg/mês)
Baixo peso (< 18,5)	2,3	0,5	12,5 - 18,0	Não determinado
Adequado (18,5 - 24,99)	1,6	0,4	11,5 - 16,0	1,0
Sobrepeso (25,0 - 29,99)	0,9	0,3	7,0 - 11,5	Não determinado
Obesidade (≥ 30,0)		0,3 ^{c)}	7,0 (adulta) 7 - 9,1 (adolescente) ^{d)}	0,5

Fonte: Adaptado de recomendações dos comitês IOM (1990, 1992), MS (2006), WHO (1995), citado por Saunders, C.(2008).

a) Pontos de corte de IMC pré-gestacional para adultos. Para a classificação do estado pré-gestacional das adolescentes, podem-se adotar a classificação e os pontos de corte de IMC para meninas, conforme idade cronológica. b) Para gestantes que iniciam o cuidado no 1º trimestre, o cálculo do aumento de peso também deve ser realizado com base no ganho recomendado no 1º trimestre (até à 14ª semana), conforme a sua categoria de IMC inicial. c) É proposto o ganho de peso mínimo de 0,3kg/semana no 2º e 3º trimestres, pois o ganho inferior a esse está relacionado com part prematuro em gestantes obesas, pela produção de prostaglandinas e stress metabólico materno (Siega-Riz et al,1996). d) Segundo Gutierrez e King (1993). e) Ganho de peso mínimo, em caso de a gestante já ter atingido o peso total recomendado (IOM, 1990; Rezende& Montenegro, 1999).

b) Peso pré-gestacional desconhecido e avaliação do IMC gestacional

- caso não se consiga obter o peso pré-gestacional da grávida, iniciar a avaliação da gestante com os dados da 1ª consulta pré-natal, mesmo que esta ocorra após a 14ª semana, obtendo-se assim o IMC gestacional;
- determinar o diagnóstico nutricional através do IMC gestacional com recurso à tabela 2
- calculado o IMC gestacional, programar o ganho de peso semanal e total, conforme cada situação nutricional inicial com recurso à tabela 1.

Consultas Subsequentes

- o aumento de peso recomendado na gravidez pode ser avaliado com base na avaliação do estado nutricional inicial (tabela 1) ou através da evolução do ganho de peso segundo a idade gestacional no gráfico de aumento ponderal, presente no BG, com atenção ao traçado da curva, devendo este ser sempre ascendente (estado nutricional adequado). No caso de ser horizontal ou descendente, o estado nutricional é considerado inadequado e a gestante

Observações:

- Gestantes adultas de baixa estatura <1,47m e adolescentes de baixa estatura <1,45m considerar ganho e peso total mínimo para cada categoria de IMC;

- Ganho de peso >0,5kg/semana ou 3kd/mês, especialmente após a 20ª semana, sugestivos de edema e síndrome hipertensivo na gravidez;

Consequências de inadequado aumento ponderal:

- Obesidade/sobrepeso: >risco de alterações metabólicas (resistência à insulina, menores concentrações de ácido fólico, hiperinsulinemia fetal), defeitos do tubo neural e malformação congênita, macrossomia fetal, pré-eclampsia, síndrome hipertensivo gestacional, tromboembolismo, diabetes gestacional, cesariana, parto prolongado, menor produção de prolactina e insucesso na amamentação;
- Baixo peso pré-gestacional: risco elevado de baixo peso ao nascer, restrição de crescimento intra-uterino e parto pré-termo;
- Excessivo aumento de peso gestacional: síndrome hipertensiva da gravidez, cesariana, insucesso no início e manutenção da amamentação, dificuldade na recuperação do peso até 1 ano pós parto;

Tabela 2 Avaliação do estado nutricional da gestante acima dos 19 anos, segundo o IMC, por semana gestacional.

Semana gestacional	Baixo peso IMC	Adequado IMC entre	Sobrepeso IMC entre	Obesidade IMC
6	19,9	20,0 24,9	25,0 30,0	30,1
8	20,1	20,2 25,0	25,1 30,1	30,2
10	20,2	20,3 25,2	25,3 30,2	30,3
11	20,3	20,4 25,3	25,4 30,3	30,4
12	20,4	20,5 25,4	25,5 30,3	30,4
13	20,6	20,7 25,6	25,7 30,4	30,5
14	20,7	20,8 25,7	25,8 30,5	30,6
15	20,8	20,9 25,8	25,9 30,6	30,7
16	21,0	21,1 25,9	26,0 30,7	30,8
17	21,1	21,2 26,0	26,1 30,8	30,9
18	21,2	21,3 26,1	26,2 30,9	31,0
19	21,4	21,5 26,2	26,3 30,9	31,0
20	21,5	21,6 26,3	26,4 31,0	31,1
21	21,7	21,8 26,4	26,5 31,1	31,2
22	21,8	21,9 26,6	26,7 31,2	31,3
23	22,0	22,1 26,8	26,9 31,3	31,4
24	22,2	22,3 26,9	27,0 31,5	31,6
25	22,4	22,5 27,0	27,1 31,6	31,7
26	22,6	22,7 27,2	27,3 31,7	31,8
27	22,7	22,8 27,3	27,4 31,8	31,9
28	22,9	23,0 27,5	27,6 31,9	32,0
29	23,1	23,2 27,6	27,7 32,0	32,1
30	23,3	23,4 27,8	27,9 32,1	32,2
31	23,4	23,5 27,9	28,0 32,2	32,3
32	23,6	23,7 28,0	28,1 32,3	32,4
33	23,8	23,9 28,1	28,2 32,4	32,5
34	23,9	24,0 28,3	28,4 32,5	32,6
35	24,1	24,2 28,4	28,5 32,6	32,7
36	24,2	24,3 28,5	28,6 32,7	32,8
37	24,4	24,5 28,7	28,8 32,8	32,9
38	24,5	24,6 28,8	28,9 32,9	33,0
39	24,7	24,8 28,9	29,0 33,0	33,1
40	24,9	25,0 29,1	29,2 33,1	33,2
41	25,0	25,1 29,2	29,3 33,2	33,3
42	25,0	25,1 29,2	29,3 33,2	33,3

Fonte: Atalah et al (1997), MS (2006). Retirado de Saunders, Claudia(2008). Aspectos Nutricionais. In Montenegro & Rezende Filho. Obstetrícia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Bibliografia: Saunders, C. (2008). Aspectos Nutricionais. In Montenegro & Rezende Filho. Obstetrícia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

**APÊNDICE M - Solicitação de parecer ao Conselho Clínico do ACES
Central para utilização de instrumentos de atendimento da assistência de
Enfermagem**

panfletos de apoio à consulta de Saude Materna

Cátia Vieira

Enviado: sexta-feira, 2 de Novembro de 2012 21:17

Para: Conselho Clínico ACES Central; Natália Correia

Cc: M [REDACTED]

Anexos: [A mala para a maternidade.pdf \(456 KB\)](#) [Abrir como Página Web]; [AUTOCUIDADO NA GRAVIDEZ.pdf \(527 KB\)](#) [Abrir como Página Web]; [CONSENTIMENTO INFORMADO RHD.pdf \(576 KB\)](#) [Abrir como Página Web]; [cuidados pós parto.pdf \(744 KB\)](#) [Abrir como Página Web]; [O QUE É A AMNIOCENTESE.pdf \(346 KB\)](#) [Abrir como Página Web]; [O QUE É A TOXOPLASMOSE.pdf \(291 KB\)](#) [Abrir como Página Web]; [panfletos desconfortos por~1.pdf \(709 KB\)](#) [Abrir como Página Web]; [parto pre termo.pdf \(419 KB\)](#) [Abrir como Página Web]; [regresso a casa.pdf \(446 KB\)](#) [Abrir como Página Web]

Exm.ª Sr.ª Presidente do Conselho Clínico do ACES Central

Dr.ª N [REDACTED]

Em contexto de estagio que realizei no Centro de Saúde de albufeira no período de 10 de Abril de 2012 a 1 de Junho de 2012, no âmbito do Mestrado em Saúde Materna e Obstétrica, revi os panfletos e folhetos existentes no Centro de Saúde de Albufeira e (re)criei novos folhetos educativos/informativos, tendo por base a clareza e sintetização da informação redigida, conteúdo científico e o menor consumo de papel possível.

Assim elaborei folhetos sobre variados temas, de forma a apoiar a consulta de saúde Materna, que passo a enumerar:

1. A mala para a maternidade
2. autocuidado na gravidez
3. cuidados pós parto
4. o que é a amniocentese
5. o que é a toxoplasmose
6. desconfortos por trimestre
7. prevenção de parto pré-termo
8. regresso a casa

Elaborei ainda um consentimento informado para administração de imunoglobulina anti-D, por o utilizado no CS Albufeira não se encontrar em conformidade.

Assim, venho desta forma solicitar parecer para utilização e distribuição às utentes, oportunamente na consulta de Saúde Materna.

Atenciosamente,
Enf.ª Cátia Vieira

Aluna de Mestrado
em Saúde Materna e Obstétrica

FW: panfletos de apoio à consulta de Saude Materna

M [REDACTED]

Enviado: quinta-feira, 8 de Novembro de 2012 12:49

Para: Cátia Vieira

Anexos: [A mala para a maternidade.pdf \(456 KB\)](#) [Abrir como Página Web]; [AUTOCUIDADO NA GRAVIDEZ.pdf \(527 KB\)](#) [Abrir como Página Web]; [CONSENTIMENTO INFORMADO RHd.pdf \(576 KB\)](#) [Abrir como Página Web]; [cuidados pós parto.pdf \(744 KB\)](#) [Abrir como Página Web]; [O QUE É A AMNIOCENTESE.pdf \(346 KB\)](#) [Abrir como Página Web]; [O QUE É A TOXOPLASMOSE.pdf \(291 KB\)](#) [Abrir como Página Web]; [panfletos desconfortos por~1.pdf \(709 KB\)](#) [Abrir como Página Web]; [parto pre termo.pdf \(419 KB\)](#) [Abrir como Página Web]; [regresso a casa.pdf \(446 KB\)](#) [Abrir como Página Web]

Cátia

Reencaminho o mail enviado pela Dra. N [REDACTED] elementos da UCF para análise e parecer.

De: N [REDACTED] a

Enviado: quinta-feira, 8 de Novembro de 2012 1:38

Para: [REDACTED]

Cc: [REDACTED]

Assunto: FW: panfletos de apoio à consulta de Saude Materna

Caras parceiras da UCF

Tal como falado na reunião anterior, envio os folhetos elaborados pela Enf^a Cátia Vieira durante o seu curso de Saúde Materna.

Será que devemos colocar tb. à consideração de outros enf^{os} de S. Materna.... deveremos propor uniformização entre folhetos dos CS e do Hospital?...claro que quem elabora um folheto sente-o como único e pretende distribuí-lo junto da população alvo.

Agradeço a vossa análise e parecer.

Cumps.

N [REDACTED]

Presidente do Conselho Clinico

Aces Central - ARS do Algarve, IP

Centro de saúde de Loulé

Av.Laginha Serafim

8100-242 Loulé

Tel: +351289401000 / Fax: +351289401005

Antes de imprimir este mail pense bem se tem mesmo de o fazer.

Proteja o Ambiente

**APÊNDICE N - Documento de referência para Curso de Preparação
para o Nascimento e Parentalidade**



FICHA DE INSCRIÇÃO

CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O NASCIMENTO E PARENTALIDADE

A preencher pela grávida ou enfermeira de família

Nome _____	Data nascimento ____/____/____
Profissão _____	Grau de escolaridade _____
Morada _____	
Localidade _____	Tel/Tlm :1 _____ 2 _____
e-mail: _____	Data Prevista para o Parto (Eco): ____/____/____
Número de filhos: ____ ____	Idades: _____
Frequência anterior de Preparação para o Parto	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
Frequência anterior na Recuperação Pós-parto	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
Tem/teve algum problema grave de saúde	NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> Qual? _____
Pretende inscrever-se para:	Curso completo <input type="checkbox"/> Só pré-parto <input type="checkbox"/> Só pós-parto <input type="checkbox"/>

A preencher pelo coordenador do curso ou quem o substitua

Inscrição a ____/____/____	Curso Pré-parto a iniciar em ____/____/____
Grávida contactada/informada do início do curso a ____/____/____,	por _____
Gravidez vigiada:	<input type="checkbox"/> Médico família (____) <input type="checkbox"/> Privado (____) <input type="checkbox"/> Ambos <input type="checkbox"/> Outro (____)
Parto a ____/____/____	Eutóxico <input type="checkbox"/> Ventosa <input type="checkbox"/> Fórceps <input type="checkbox"/> Cesariana <input type="checkbox"/>
Sexo do bebé ♀ <input type="checkbox"/> ♂ <input type="checkbox"/>	Curso Pós-parto a iniciar em ____/____/____

A preencher pela enf.º de família e/ou pelo coordenador e/ou outro técnico envolvido no curso

Observações:

A preencher pela grávida ou puérpera

É da responsabilidade da grávida, informar o profissional da sessão, de que não pode frequentar as sessões de carácter mais prático, por orientação médica.
Data ____/____/____ Assinatura _____

A preencher pelo coordenador do curso ou quem o substitua

Grupo sanguíneo: A B AB O Rhésus: + - Índice Obstétrico |__|__|__|__|

Antecedentes Pessoais:

	Não	Sim		Não	Sim		
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	D. Tiróide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hipertensão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	D. Respiratória	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
D. Renal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	D. Imunológica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Infeções urinárias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	D. Neurológica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
D. Cardíaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Alergias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Intervenções cirúrgicas

(tipo/ano) _____

Consumo de álcool Não Sim Consumo de tabaco Não Sim _____ n.º cigarros/dia

Tem dor/ desconforto na coluna vertebral Não Sim

Se sim, existia antes da gravidez ou surgiu durante a gravidez. (riscar o que não interessa)

Qual o tipo de problema/ queixa e a sua localização?

Antecedentes Obstétricos:

Ano	Alterações na gravidez	Tempo de gravidez	Tipo de parto	Sexo do bebé	Peso do bebé	Estado do bebé	Alterações puerpério	Tempo de amamentação	Aumento de peso

Teve depressão pós-parto Não Sim em que ano _____

Gravidez atual:

DUM |__|__|__| DPP |__|__|__| DPP (ecografia) |__|__|__|

Peso inicial |__|__|Kg Altura |__|__|m IMC|__|__| Peso final |__|__|Kg

Complicações da gravidez

Diabetes gestacional Hipertensão APPT RCIU Outro _____

**APÊNDICE O - Questionário de satisfação e qualidade da consulta de
Vigilância Pré-Natal**

Estudo da Percepção da Qualidade e Satisfação dos Utentes
Da Consulta de Vigilância Pré-Natal Especializada

Assinale com um x as seguintes respostas, *aff.*

I. Aspetos gerais

P 1. Em que medida se considera satisfeita com o programa de consultas Pré-Natais?

- Totalmente Satisfeita Muito Satisfeita Satisfeito(a) Pouco Satisfeita Nada Satisfeita Não Sabe Não Responde

P 2. Tendo em conta os serviços prestados na Consulta Pré-Natal, e as suas características gerais, como considera a qualidade da consulta

- Muito boa Boa Aceitável Má Péssima Não sabe Não Responde
Suficiente

II. Acesso

P 3. Quanto tempo decorreu desde que soube que estava grávida até procurar os serviços de saúde?

- Tempo e semanas _____ Não sabe Não responde

P 4. Quanto tempo decorreu desde o dia em que marcou a consulta até esta se realizar?

- Tempo e semanas _____ Não sabe Não responde

P 5. Quantas vezes teve que ir ao Centro de Saúde ou telefonar para marcar a primeira consulta?

- 1 2 3 Mais de 3 vezes

P 6. As consultas foram sempre realizadas na altura que a senhora desejava, tão cedo quanto desejava?

- Sempre alguma vezes nem sempre nunca

P 7. Com que idade gestacional veio pela primeira vez à consulta?

- Tempo e semanas _____ Não sabe

P 8. Quanto tempo esperou pela enfermeira, em relação à hora marcada, até ser atendido?

- < 15 minutos < 30 minutos > 1 hora > 2 horas Não sabe Não Responde

P 9. Concorde com o horário de funcionamento das Consultas?

- Sim Não Não sabe Não Responde

(Indique, por favor, qual o horário de atendimento que lhe parece mais adequado)

P 10. Alguma vez durante a gravidez recorreu ao serviço de urgência do CS Albufeira?

- Sim Não Não sabe Não Responde

Caso tenha respondido sim Indique por favor o

Motivo: _____

P.10 Alguma vez durante a gravidez recorreu ao serviço de urgência do Hospital?

Sim Não Não sabe Não Responde

Caso tenha respondido sim Indique por favor o

Motivo: _____

III. Admissão de utentes

P 11. Relativamente ao seu processo de admissão na consulta, como classifica o desempenho do pessoal administrativo:

Muito bom Bom Aceitável/
Suficiente Mau Péssimo Não sabe Não responde

IV. Pessoal

P 12. Tendo em conta o atendimento prestado, como classifica o desempenho dos seguintes profissionais de saúde em relação aos seguintes aspectos:

	Médico	Enfermeiro
Informação clínica prestada	<input type="checkbox"/> Boa <input type="checkbox"/> Aceitável/Suficiente <input type="checkbox"/> Má <input type="checkbox"/> Péssima <input type="checkbox"/> Não Sabe <input type="checkbox"/> Não Responde	<input type="checkbox"/> Boa <input type="checkbox"/> Aceitável/Suficiente <input type="checkbox"/> Má <input type="checkbox"/> Péssima <input type="checkbox"/> Não Sabe <input type="checkbox"/> Não Responde
Desempenho de funções	<input type="checkbox"/> Boa <input type="checkbox"/> Aceitável/Suficiente <input type="checkbox"/> Má <input type="checkbox"/> Péssima <input type="checkbox"/> Não Sabe <input type="checkbox"/> Não Responde	<input type="checkbox"/> Boa <input type="checkbox"/> Aceitável/Suficiente <input type="checkbox"/> Má <input type="checkbox"/> Péssima <input type="checkbox"/> Não Sabe <input type="checkbox"/> Não Responde
Simpatia/disponibilidade/cortesia	<input type="checkbox"/> Boa <input type="checkbox"/> Aceitável/Suficiente <input type="checkbox"/> Má <input type="checkbox"/> Péssima <input type="checkbox"/> Não Sabe <input type="checkbox"/> Não Responde	<input type="checkbox"/> Boa <input type="checkbox"/> Aceitável/Suficiente <input type="checkbox"/> Má <input type="checkbox"/> Péssima <input type="checkbox"/> Não Sabe <input type="checkbox"/> Não Responde

V. Outros serviços prestados

P 13. Aquando da sua consulta, foi sugerido algum dos seguintes recursos do Centro de Saúde?

	Sim	Não	Não sabe	Não responde	Não houve necessidade
Preparação para o Nascimento e Parentalidade					
Nutricionista					
Psicóloga					
Higienista Oral					
Assistente Social					
Outro Qual? _____					

VI. Informação fornecida

P 14. Como classifica a informação prestada pela enfermeira, em relação a:								
	Muito bom	Bom	Aceitável/ Suficiente	Mau	Péssimo	Não recebeu	Não sabe	Não responde
Alimentação na Gravidez								
Estilo de vida (stress, exercício, vícios, medicamentos, trabalho)								
Infeções na Gravidez								
Rastrear riscos e benefícios								
Preparação para o parto								
Desconfortos referidos (azia, vômitos, etc)								
Sinais e Sintomas de Risco/Alerta								
Importância da Higiene Oral								
Aleitamento Materno								
Actividade sexual								
Enxoval do bebé								
Exercícios do assoalho pélvico								
Posturas correctas								
Saúde mental (sentir-se insegura, medos, receios)								
Criopreservação de células estaminais								
Plano de Parto								
Contagem dos Movimentos fetais								
A chegada do bebé na família								
Sinais de parto/ir para maternidade								
Trabalho de parto e Parto								
Técnicas Farmacológicas em Trabalho de Parto								
Técnicas não farmacológicas em trabalho de parto								
Perdas Vaginais (Sangue, líquido, leucorreia, rolhão mucoso)								
Cuidados com o RN								
Rotinas na 1ª semana de vida (consultas, avaliação do peso, teste do pezinho)								
Cantinho da amamentação								
Puerpério alterações físicas e psicológicas								
Transporte do bebé no carro								

P 15. Qual o seu nível de satisfação relativamente:

	Totalmente Satisfeita	Muito Satisfeita	Satisfeita	Pouco Satisfeita	Nada Satisfeita	Não sabe	Não responde	Não se aplica
Aos cuidados de Enfermagem recebidos								
A informação recebida na consulta de enfermagem								
Ao apoio oferecido pela Enfermeira								
A eficácia na resolução de problemas								

VII. Instalações

P 16. Como avalia a qualidade das instalações:

	Muito bom	Bom	Aceitável/ Suficiente	Mau	Pessimo	Não sabe	Não responde
Sala de Espera							
Gabinetes de Consultas							
Equipamento (clínico e mobiliário, etc.)							
Ambiente físico (luminosidade, ruído, climatização)							
Instalações sanitárias							
Higiene/Limpeza							
Privacidade							
Conforto							

IX. Expectativas

P 17. Considera que os cuidados prestados durante a gravidez _____

- Superaram as expectativas
 Corresponderam às expectativas
 Não Corresponderam às expectativas
 Não sabe
 Não responde

P 18. Indique, por favor, sugestões para a melhoria das Consultas.

X. Caracterização do Inquirido

P 19. Idade |__|__| anos

P 20. Nacionalidade _____

P 21. Grau de ensino que está a frequentar ou frequentou:

- Sem escolaridade
 1º Ciclo (4ª Classe)
 2º Ciclo (6ª Classe)
 3º Ciclo (9º Ano de Escolaridade)
 Ensino Secundário
 Curso Técnico-Profissional
 Bacharelato ou Curso Médio
 Licenciatura ou Superior

P 22. Situação Profissional:

- Desempregada
 Estudante
 Trabalhadora por conta de outrem
 Trabalhadora por conta própria

P.23 Com quem vive _____

P.24 Número de filhos _____

Obrigada pela sua Opinião.