

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

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Relatório de Estágio

**Parto Positivo: Experiências maternas de posturas e movimento**

Andreia Filomena Monteiro Lobão

Orientador(es) | Maria Otília Brites Zangão

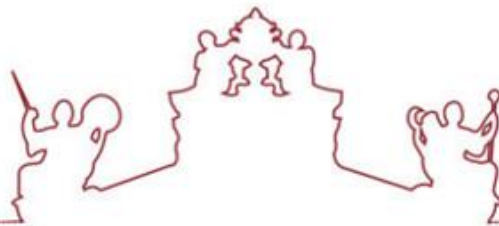
Évora 2022

---

---

---

---



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

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Relatório de Estágio

**Parto Positivo: Experiências maternas de posturas e movimento**

Andreia Filomena Monteiro Lobão

Orientador(es) | Maria Otília Brites Zangão

Évora 2022

---

---

---

---



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

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

Vogais | Maria Otília Brites Zangão (Universidade de Évora) (Orientador)  
Paula Bilro (Universidade de Évora) (Arguente)

Dedico este trabalho à minha avó Maria Laurinda,  
a minha estrela guia e inspiradora, pelo seu exemplo de força, de luta e amor.

## **Agradecimento**

À minha orientadora de Estágio, Professora Otilia, por toda a dedicação, empenho e encorajamento ao longo deste percurso. Obrigada por me ajudar a “escrever” a história do meu futuro!

A todas as professoras do curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica pelo apoio e conhecimentos transmitidos, por me fazerem acreditar que sou capaz de transformar sonhos em realidade. O meu sincero agradecimento!

Aos Enfermeiros Especialistas que supervisionaram o Estágio pela disponibilidade, orientação, partilha e carinho. Obrigada pelo enriquecimento profissional e pessoal!

A todas as Mulheres e famílias que se cruzaram comigo neste período, por me terem deixado fazer parte das suas vidas e contribuírem para a minha formação profissional e pessoal. Muito obrigada!

A todos os meus colegas de trabalho pelo apoio, pela força que transmitiram, pela paciência e pelos momentos de decompressão proporcionados. Estou muito grata!

Aos meus amigos, que compreenderam a minha ausência e me deram força e coragem para seguir em frente, em especial à Inês, por me escutar, me dedicar o seu tempo muito além do que eu poderia pedir. Obrigada por acreditarem!

Às companheiras de caminhada, Cláudia e Ana, estou profundamente grata pela amizade, pela partilha de emoções, de vitórias, derrotas e conquistas. Nada disto faria sentido sem vocês!

Ao Miguel, namorado, companheiro e amigo, pela paciência, amor e força que transmitiu sempre que os obstáculos pareceram incontornáveis, por não ter desistido e ter seguido ao meu lado... por acreditar que sou capaz! O meu coração guarda uma gratidão enorme!

A toda a minha família, especialmente, aos meus queridos pais, Benjamim e Emília, agradeço o amor incondicional, os princípios transmitidos, a paciência, compreensão e dedicação ao longo da minha vida. Esta conquista também é vossa!

A Deus, por seguir os meus passos lado a lado, por me ajudar a enfrentar os obstáculos e os meus maiores medos, por todas as oportunidades de mudar o meu caminho e crescer com cada mudança. Obrigada!

É com o coração cheio de amor e um sorriso no rosto, que agradeço o carinho e força que cada um de vocês me deu. A minha felicidade hoje só faz sentido por vos ter na minha vida!

**Título:** Parto Positivo: Experiências Maternas de Posturas e Movimentos

## **RESUMO**

**Objetivos:** Descrever e analisar reflexivamente o processo de aquisição e desenvolvimento de competências, comuns e específicas, para o exercício profissional especializado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

**Metodologia:** Estágio realizado sob a metodologia de supervisão clínica. Assentou numa prática baseada na evidência, utilizando-se como ferramenta a revisão integrativa da literatura, associada à reflexão sobre a prática, através de dados recolhidos em campo clínico.

**Resultados:** Foram adquiridas e desenvolvidas as competências necessárias à prestação de cuidados de enfermagem especializados na área da especialidade. A exploração da temática contribuiu para desenvolver competências que permitem favorecer experiências de parto positivas, nas quais a mulher abraça a sua vivência de forma mais ativa.

**Conclusão:** O conhecimento e competências adquiridas, contribuem para a assistência humanizada, centrada na Mulher, tendo capacitado para a tomada de decisão baseada na evidência científica e melhoria da qualidade dos cuidados. O aprofundar da temática afiança que as posturas e movimentos contribuem para um parto positivo.

**Descritores:** Posicionamento do Paciente; Postura; Deambulação; Primeira Fase do Trabalho de Parto.

**Title:** Positive Birth: Maternal Experiences of Postures and Movement

## **ABSTRACT**

**Objectives:** Describe, reflect and analyze the process of acquiring and developing common and specific competences for specialized professional practice in Maternal and Obstetric Health Nursing.

**Methodology:** Internship performed under the methodology of clinical supervision. It was reasoned on evidence-based practice, using as a tool the integrative literature review, associated with reflection on practice, through data collected on clinical field.

**Results:** The necessary skills to provide specialized nursing care in the specialty area were acquired and developed. The exploration of the theme contributed to develop skills that allow for positive birth experiences in which the woman embraces her experience in a more active way.

**Conclusion:** The knowledge and skills acquired contribute to humanized care, centered on women, enabling decision-making based on scientific evidence and improving the quality of care. The deepening of the theme ensures that postures and movements contribute to a positive birth.

**Descriptors:** Patient Positioning; Posture; Ambulation; Labor Stage, First

## ÍNDICE

1 - INTRODUÇÃO .....	10
2 - CONTEXTO CLÍNICO ONDE DECORREU O ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL .....	13
<b>2.1 - Caracterização dos Serviços onde decorreu o Estágio</b> .....	17
2.1.1 - Serviço de Internamento de Ginecologia .....	17
2.1.2 - Serviço de Urgência e Emergência Obstétrica e Ginecológica/ Bloco de Partos .....	19
2.1.3 - Serviço de Internamento de Obstetrícia .....	23
2.1.4 - Serviço de Neonatologia .....	26
2.1.5 - Serviço de Consulta Externa de Ginecologia e Obstetrícia .....	29
<b>2.2 - Metodologia do Estágio de Natureza Profissional</b> .....	32
3 - CONTRIBUTOS PARA A MELHORIA DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA .....	37
<b>3.1 - Concetualização</b> .....	37
<b>3.2 - Metodologia</b> .....	40
<b>3.3 - Resultados</b> .....	41
4 - ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE MOBILIZAÇÃO DE COMPETÊNCIAS .....	56
<b>4.1 - Competências Comuns dos Enfermeiros Especialistas</b> .....	56
<b>4.2 - Competências Específicas dos Enfermeiros em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica</b> .....	59
5 - CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	95
6 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	98
APÊNDICES .....	113
<b>Apêndice 1 - Revisão da Literatura</b> .....	114
<b>Apêndice 2 - Estudo de Caso</b> .....	115
<b>Apêndice 3 - Formulário para recolha de informação</b> .....	116



## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Organização Hospitalar Algarve 2021.....	14
Figura 2 - Número Total de Partos do CHUA, E.P.E. – Portimão.....	15
Figura 3 - Tipos de Partos ocorridos no CHUA, E.P.E. – Portimão.....	16
Figura 4 - Conhecimento dos benefícios da liberdade de movimento e posturas verticais e realização de Curso de Preparação para o Parto.....	49
Figura 5 - Conhecimento dos benefícios da liberdade de movimentos e posturas verticais e duração do 1º estágio do trabalho de parto.....	52
Figura 6 - Diagrama de relação entre a duração do 1º estágio do trabalho de parto e o tempo de livre movimentação e posições verticais.....	53

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Organização do Estágio de Natureza Profissional.....	13
Tabela 2 - Caracterização da amostra por idade.....	42
Tabela 3 - Características Sociodemográficas.....	44
Tabela 4 - Caracterização Obstétrica.....	45
Tabela 5 - Número de gravidezes e Número de consultas de vigilância da gravidez..	46
Tabela 6 - Número de gravidezes e realização de Curso de Preparação para o Parto	47
Tabela 7 - Caracterização do Trabalho de Parto.....	50
Tabela 8 - Caracterização dos Recém-nascidos.....	55
Tabela 9 - Consultas realizadas em contexto de Estágio na Consulta Externa.....	66

## 1 - INTRODUÇÃO

O Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MESMO) oferecido na Universidade de Évora/Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, registado na Direcção-Geral do Ensino Superior (R/A-Ef 1783/2011/AL03, com parecer favorável da Ordem dos Enfermeiros (SAI -OE/2017/9022 e SAI -OE/2019/5981) confere o grau de Mestre e competências para a atribuição do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO) pela Ordem dos Enfermeiros (OE). No segundo ano do MESMO, está planeada a realização da Unidade Curricular - Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final, a qual teve início a 14 de setembro de 2020 e terminou a 25 de junho de 2021. O mesmo decorreu em diferentes contextos da prática clínica, no Centro Hospitalar Universitário do Algarve (CHUA), na Unidade de Portimão, sob a orientação da Professora Doutora Maria Otília Zangão e supervisão clínica dos EEESMO dos diferentes campos clínicos.

O Estágio de Natureza Profissional, mais á frente apresentado como Estágio, objetivou a aquisição e o desenvolvimento de competências técnicas, científicas, relacionais, comunicacionais e éticas específicas do EEESMO (Regulamento n.º 391/2019, de 3 de Maio de 2019) e comuns aos enfermeiros especialistas (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de Fevereiro de 2019), primando pelo desenvolvimento do pensamento crítico-reflexivo e pela prática baseada na evidência científica, de forma a dar resposta ao preconizado na Diretiva Europeia, transposta para a Lei Portuguesa através da Lei nº 9/2009 de 4 de março, com várias atualizações. Pretendeu-se, também, o aprofundamento de uma temática com vista a basear a prática na evidência científica, de forma a contribuir para a melhoria da prestação de cuidados. Consciente das competências específicas dos EEESMO, sensível para a importância de devolver ao processo de nascimento um significado mais fisiológico e natural, de contribuir para vivências seguras e satisfatórias do trabalho de parto e parto, emergiu a temática “Parto Positivo: Experiências maternas de posturas e movimento”.

Os principais reguladores da saúde mundiais e nacionais têm desenvolvido estratégias no sentido de promover o parto fisiológico e seguro, que se traduza numa experiência positiva para mulheres e suas famílias. De entre várias recomendações para a assistência ao parto normal enunciadas em 1996 pela *World Health Organization* (WHO) e reforçadas em 2018 pela mesma associação, está o estímulo à mobilidade e adoção de posturas verticais durante o trabalho de parto, em mulheres de baixo risco (WHO, 2018a). Em Portugal, a Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras (APEO) associou-se à Federação das Associações de Parteiros Espanholas (FAME),

publicando a obra *Iniciativa ao Parto Normal*, onde pode ver-se a referência à liberdade de movimento e posições durante o trabalho de parto (FAME & APEO, 2009). Em 2012 a Ordem dos Enfermeiros, publicou o documento de consenso *Pelo Direito ao Parto Normal – uma Visão Partilhada*, que orienta os EEESMO para práticas que respeitem o processo fisiológico do parto e que inclui no ponto sete o apoio à “liberdade de movimentos da mulher oferecendo-lhe instrumentos que possibilitem a posição vertical” (Ordem dos Enfermeiros et al., 2012). Nesta linha, o Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da Ordem dos Enfermeiros (OE) desenvolveu o Projeto *Maternidade com Qualidade*, com vista à promoção do parto fisiológico e ao empoderamento da mulher, no qual salientam como indicador de evidência e medida o estímulo a posições não supinas durante o trabalho de parto e a promoção da deambulação como medida não farmacológica de alívio da dor (Ordem dos Enfermeiros, 2014a).

O interesse pela temática emergiu face ao exposto e dada a vontade de ampliar os meus conhecimentos técnicos, científicos e humanos, que me permitam incentivar a liberdade de movimentos e a adoção de posições verticais durante o primeiro estágio do trabalho de parto, contribuindo para a melhoria dos cuidados de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

Para orientar a prática profissional, é fundamental a existência de um modelo conceptual de referência. Pela sua pertinência e aplicabilidade, foi alicerçada a prática de cuidados no Modelo de Dorothea Orem. A sua escolha é justificada pela necessidade de desenvolver e validar o conhecimento, bem como pela necessidade de enquadrar e orientar a prática no sentido de determinar as necessidades em autocuidado da pessoa e promover ou restituir a sua capacidade para satisfazer os seus requisitos de autocuidado, com o máximo de independência, em favor da manutenção da vida, da saúde e do bem estar.

De forma a refletir sobre a aquisição e desenvolvimento das competências, surge o presente documento que constitui um Relatório Final, que visa a descrição e reflexão crítica relativa ao processo de desenvolvimento e aquisição de conhecimentos e competências preconizadas para o exercício profissional do EEESMO, ao longo do Estágio de Natureza Profissional, tendo por base a evidência científica atual.

O presente relatório foi elaborado de acordo com o Regulamento Académico da Universidade de Évora, despacho nº 3144/2019, encontrando-se organizado em seis capítulos. O primeiro é a presente introdução, seguindo-se a caracterização dos diferentes contextos clínicos e metodologia do Estágio de Natureza Profissional. O terceiro capítulo descreve o processo e estratégias desenvolvidas para o aprofundamento da temática escolhida e seus contributos para a melhoria da prestação

de cuidados. No quarto capítulo é feita uma análise reflexiva sobre o processo de mobilização de competências comuns dos enfermeiros especialistas e específicas dos EEESMO. Seguem-se algumas considerações finais relativas a todo o Estágio, as referências bibliográficas, bem como anexos e apêndices, que complementam o texto.

Este relatório encontra-se redigido conforme as normas de publicação da *American Psychological Association* (2019) e de acordo com o Novo Acordo Ortográfico.

## 2 - CONTEXTO CLÍNICO ONDE DECORREU O ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

O Estágio de Natureza Profissional do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Escola Superior de Enfermagem da Universidade de Évora é uma unidade curricular anual de caráter prático, dividido em dois semestres.

Com vista ao cumprimento do Regulamento das competências específicas do EEESMO (Regulamento n.º 391/2019, de 3 de Maio de 2019), o Estágio de Natureza Profissional foi realizado em diferentes contextos de prática clínica, envolvendo o período pré-concepcional, a fase pré-natal, os quatro estádios do trabalho de parto, o puerpério e ginecologia, possibilitando a prestação de cuidados à mulher, inserida na família e comunidade, ao longo do ciclo reprodutivo e/ou com afeções do foro ginecológico.

Dadas as medidas de restrição em vigor à data de realização do Estágio de Natureza Profissional, devido à Pandemia Covid 19, o mesmo foi realizado numa única instituição de saúde, nomeadamente no Centro Hospitalar Universitário do Algarve (CHUA), mais concretamente na Unidade de Portimão, em diferentes serviços que integram o Departamento Materno-Infantil, como apresentado na Tabela 1.

Tabela 1 - Organização do Estágio de Natureza Profissional

Semestre	Serviço	Datas/Nº Horas
1º	Serviço de Internamento de Ginecologia	15/09/2020 a 25/10/2020 (168,33 horas)
	Serviço de Urgência de Ginecologia e Obstetrícia – Bloco de Partos	26/10/2020 a 06/12/2020 (168,33 horas)
	Consulta Externa de Ginecologia e Obstetrícia	07/12/2020 a 29/01/2021 (168,33 horas)
2º	Serviço de Internamento de Obstetrícia e Neonatologia	08/02/2021 a 14/03/2021 15/03/2021 a 21/03/2021 (168,33 horas)
	Serviço de Urgência de Ginecologia e Obstetrícia – Bloco de Partos	22/03/2021 a 18/04/2021 (112,22 horas)
	Serviço de Urgência de Ginecologia e Obstetrícia – Bloco de Partos	26/04/2021 a 21/06/2021 (224,44 horas)



Algarve, residindo 5.596 no concelho de Aljezur, 22.753 no concelho de Lagoa, 30.321 no concelho de Lagos, 5.028 no concelho de Monchique, 55.541 no concelho de Portimão, 36.229 no concelho de Silves e 5.151 no concelho de Vila do Bispo (Pordata, 2021b).

O Departamento Materno-Infantil da Unidade Hospitalar de Portimão, compreende os serviços de Urgência e Emergência Obstétrica e Ginecológica/Bloco de Partos, o Serviço de Obstetrícia, o Serviço de Ginecologia, Consultas Externas de Obstetrícia e Ginecologia, o Serviço de Neonatologia/ Pediatria e o Serviço de Urgência Pediátrica. À exceção do serviço de Consultas Externas de Ginecologia e Obstetrícia, que se situa no rés-do-chão do edifício e do serviço de Urgência Pediátrica, situado no 1º piso, todos os outros estão centrados no 2º piso do edifício hospitalar.

No Departamento Materno-Infantil, nomeadamente nos serviços que envolvem os cuidados a mães e crianças, são cumpridas as dez medidas definidas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo Fundo de Emergência Internacional das Nações Unidas para a Infância (*United Nations International Children's Emergency Fund - UNICEF*), sendo, portanto, a Unidade Hospitalar de Portimão considerada um “Hospital Amigo dos Bebés”, acreditado desde 2008, tendo renovado a sua acreditação em 2013. Neste hospital procura respeitar-se os direitos das mães e filhos, assim como a satisfação das suas necessidades e expectativas.

Na Unidade Hospitalar de Portimão ocorrem uma média de 1300 partos por ano, apesar de se verificar um discreto decréscimo, cerca de menos 100 partos nos últimos 3 anos (Figura 2), provável reflexo da necessidade de transferência de grávidas para a Unidade Hospitalar de Faro e mesmo para outros hospitais fora da região do Algarve, devida ao reduzido número de médicos pediatras com que se depara a instituição e que compromete o preenchimento da escala médica em vários períodos.

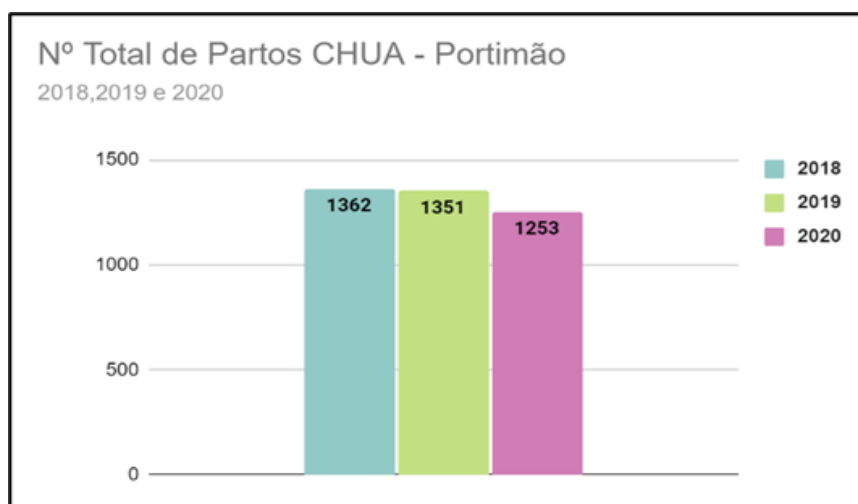


Figura 2 - Número Total de Partos do CHUA, E.P.E. – Portimão  
Fonte: Elaboração própria a partir de dados do CHUA-Portimão

Relativamente ao tipo de partos, é de salientar o elevado número de cesarianas que se tem verificado nos últimos anos, com taxa média de 32% na Unidade Hospitalar de Portimão (Figura 3). Este facto vai ao encontro dos dados apresentados no estudo *Trends and projections of caesarean section rates: global and regional estimates*, publicado no BMJ Global Health, que aponta o aumento excessivo das taxas mundiais de cesarianas, sendo a taxa global de 21,1%, estimando que esta possa aumentar, na próxima década, para 28,5% em 2030 (Betran et al., 2021). Este aumento está relacionado com variados fatores como as preferências das mulheres e famílias, crenças e opiniões dos profissionais de saúde, normas culturais, conveniência, remuneração, organização do setor da saúde e estruturas de financiamento (Betran et al., 2021). O aumento do número de cesarianas pode indicar um abuso da técnica, principalmente se forem programadas, bem como o possível desconhecimento sobre os riscos e benefícios das diferentes vias de parto (Kottwitz et al., 2018).

A WHO considera que o aumento do número de cesarianas não tem benefícios maternos ou perinatais significativos, pelo contrário as evidências mostram que esse aumento pode estar associado ao aumento da morbidade materna e perinatal, podendo traduzir-se em custos substanciais de cuidados de saúde (WHO, 2018b). Neste sentido, com vista à redução do uso desnecessário de cesarianas, em 2018 a Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou novas recomendações sobre intervenções não clínicas, associadas a um contexto geral de atendimento de respeito e alta qualidade: intervenções educacionais no cuidado pré-natal e programas de apoio, que envolvem as mulheres ativamente no planeamento do parto; uso de diretrizes clínicas baseadas em evidências combinadas com uma segunda opinião médica para uma decisão de cesariana; um modelo de atendimento parteira-obstetra colaborativo; estratégias financeiras que equalizem as taxas cobradas para cesarianas e partos vaginais (WHO, 2018b).

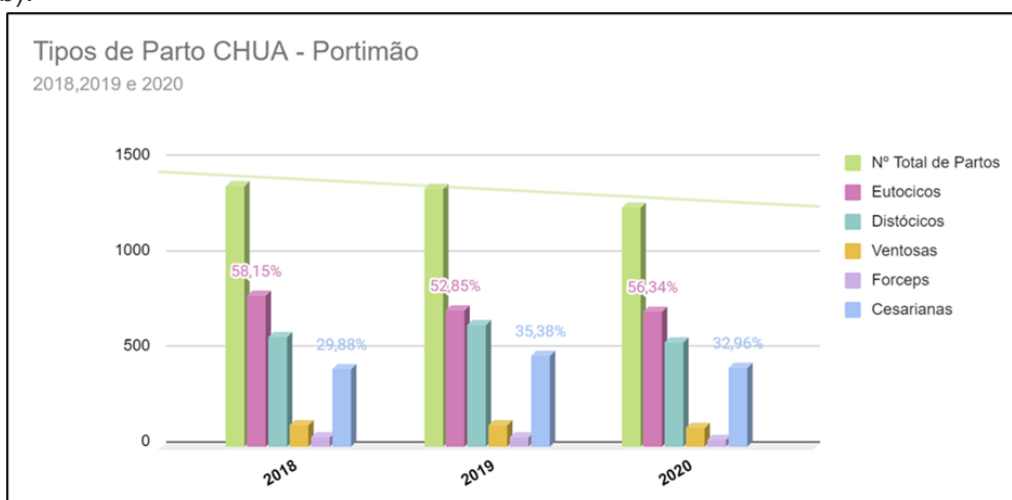


Figura 3 - Tipos de Partos ocorridos no CHUA, E.P.E. – Portimão  
Fonte: Elaboração própria a partir de dados do CHUA-Portimão



A 30 de Janeiro de 2020 a OMS declarou que o surto da doença Covid-19 constitui uma Emergência de Saúde Pública e dada a elevada virulência e capacidade de transmissão do vírus Sars-CoV-2 levou a que fosse declarado o estado de pandemia a 11 de março de 2020. Em Portugal, o estado de alerta foi declarado a 13 de março de 2020, tendo sido declarado Estado de Emergência Nacional, a 18 de março. Neste sentido várias medidas de contingência foram adotadas para conter a transmissão do vírus. No que respeita ao Departamento Materno-Infantil da Unidade Hospitalar de Portimão, foram introduzidas algumas restrições, com base na Norma da Direção Geral da Saúde (DGS) 018/2020, atualizada a 09/10/2020, que serão mencionadas ao longo da caracterização dos respetivos serviços.

## **2.1 - Caracterização dos Serviços onde decorreu o Estágio**

Neste subcapítulo irei proceder à caracterização de cada um dos contextos clínicos onde decorreu o Estágio, descrevendo a estrutura física, os recursos materiais e humanos e apresentando alguns dados que possam contribuir para o enquadramento do estágio e clarificação do processo de aquisição e desenvolvimento de competências.

### **2.1.1 - Serviço de Internamento de Ginecologia**

O Serviço de Ginecologia, primeiro contexto clínico onde se realizou o Estágio, localiza-se no 2º piso da Unidade Hospitalar de Portimão do CHUA, fazendo parte do Departamento Materno-Infantil desta instituição. A sua funcionalidade é assegurar a prestação de cuidados de saúde seguros e de qualidade à mulher/grávida/família, com vista a melhorar a sua saúde e o seu bem-estar geral, bem como disponibilizar a informação, a orientação e as ferramentas necessárias para que possam fazer escolhas e tomar decisões sobre a sua saúde.

Este serviço, apresenta um corredor central, no qual se dispõem à esquerda um wc para profissionais, uma sala de tratamentos e quatro enfermarias, com um total de dez camas, existindo em cada enfermaria um wc provido de chuveiro. À direita, o gabinete da Enfermeira Chefe, um balcão e uma sala de trabalho de enfermagem, uma sala de refeições para os profissionais e uma sala de sujos. Externamente ao serviço, encontra-se a secretaria do serviço, que trata dos assuntos administrativos que dizem respeito ao Serviço de Ginecologia e Serviço de Obstetrícia.

No que respeita aos recursos humanos, o serviço contempla uma equipa multidisciplinar constituída por diversos profissionais de diferentes áreas. A equipa de

enfermagem é constituída por 12 enfermeiras: a Enfermeira Chefe do serviço (EEESMO), uma EEESMO, uma enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica e as restantes enfermeiras generalistas. A equipa de assistentes operacionais é composta por oito elementos e a equipa de Obstetras/Ginecologistas por 11 elementos. Outros profissionais de saúde complementam a equipa do serviço, tais como Psicólogos, Nutricionistas, Técnicos do Serviço Social, Fisioterapeutas, Assistentes Sociais, entre outros.

A metodologia de trabalho utilizada pelos enfermeiros é a individual, na qual os enfermeiros assumem total responsabilidade pelo atendimento de todas as necessidades das utentes a eles designados durante o turno, existindo autonomia e responsabilidade dos enfermeiros na gestão dos cuidados. O enfermeiro chefe responsabiliza-se pela supervisão e avaliação dos cuidados, e tem poder decisório sobre todas as etapas do processo (Costa, 2016).

A Enfermeira Chefe é responsável pela distribuição das utentes a cada enfermeiro, regendo-se pelo sistema informático de classificação de doentes em enfermagem, o qual classifica as utentes de acordo com níveis de dependência de cuidados de enfermagem. No turno da manhã (8h-16h) estão escalados por norma três enfermeiros e a Enfermeira Chefe (número que pode variar consoante o número de utentes), no turno da tarde (15h-24h) um a dois enfermeiros (consoante haja ou não cirurgia programada) e no turno da noite (23:30h-08:30h) apenas um enfermeiro. Dado que a equipa de enfermagem do serviço de Ginecologia é composta apenas por dois EEESMO (um dos quais é a Enfermeira Chefe, que não se encontra na prestação direta de cuidados), não é possível cumprir a Norma de Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, regulamentada pela Ordem dos Enfermeiros, na qual é considerado que nos serviços de ginecologia deve existir, preferencialmente, pelo menos, um EEESMO, em permanência, 24 horas por dia (Regulamento n.º 743/2019, 25 de setembro de 2019). O cálculo da dotação de enfermeiros é fundamental para a prestação de cuidados de enfermagem em segurança, qualidade e adequação, contribuindo portanto para um sistema de saúde mais eficiente e melhor capacitado para responder às necessidades da população (Regulamento n.º 743/2019, 25 de setembro de 2019).

O acesso das utentes ao serviço de ginecologia é realizado através da admissão no serviço de Urgência e Emergência Obstétrica e Ginecológica, que funciona 24horas/dia, através da referenciação da consulta externa de ginecologia, da consulta de diagnóstico pré-natal ou do centro de saúde.

Este serviço compreende o internamento de mulheres em todos os estádios da vida, prestando às utentes cuidados nas áreas de ginecologia geral, ginecologia

urológica, ginecologia oncológica, planeamento familiar e climatério/menopausa, assim como o internamento de grávidas até às 24 semanas, com patologia associada, não controlada e/ou agudizada, que requerem monitorização e vigilância. De igual modo, em algumas circunstâncias também inclui o internamento de mulheres que sofreram perda gestacional ou que são submetidas a interrupção médica da gravidez (IMG), que por motivos éticos e emocionais, não são internadas no serviço de puerpério com as restantes puérperas e recém-nascidos.

Entre as patologias do foro ginecológico mais comuns no serviço de ginecologia, que podem requerer uma abordagem ginecológica médica e/ou cirúrgica, contam-se: miomas uterinos, patologia do colo uterino (alterações citológicas e/ou clínicas), endometriose, prolapsos urogenitais, incontinência urinária e cancro ginecológico. Relativamente aos diagnósticos mais frequentes nas grávidas (com idade gestacional <24 semanas) internadas salientam-se: ameaça de aborto, aborto espontâneo/voluntário (retido, incompleto), gravidez ectópica, mola hidatiforme, hiperémese gravídica, rotura prematura de membranas, corioamnionite, pielonefrite, interrupção terapêutica da gravidez.

No que respeita às intervenções cirúrgicas mais comuns incluem-se: histerectomia total, anexotomia bilateral, laqueação tubária bilateral, salpingectomia, correção de prolapso urogenital, cirurgias corretivas de incontinência urinária e biopsia endometrial, que são programadas para realização, normalmente às segundas e quintas-feiras, no turno de manhã.

Na sequência das medidas de contingência da Covid-19, à data da realização do Estágio, todas as mulheres internadas no serviço eram detentoras de um teste laboratorial para a SARS-CoV-2 negativo realizado nas 48-72 horas precedentes. A visita às utentes internadas era permitida desde que o visitante (de preferência sempre o mesmo) não apresente qualquer sintoma sugestivo de COVID-19 ou tenha tido contacto com doentes com infeção por SARS-CoV-2 (quer sintomáticos quer assintomáticos), devendo cumprir as regras de higienização de mãos, etiqueta respiratória, distanciamento físico e utilização de máscara cirúrgica.

### 2.1.2 - Serviço de Urgência e Emergência Obstétrica e Ginecológica/ Bloco de Partos

O Serviço de Urgência e Emergência Obstétrica e Ginecológica/ Bloco de Partos, contexto clínico onde se realizou o segundo, o quinto e o último período do Estágio, localiza-se no 2º piso da unidade hospitalar de Portimão do CHUA e assiste a mulher ao longo do seu ciclo de vida, na preconcepção, gravidez, parto, puerpério, climatério e menopausa, apostando no trabalho de equipa e na multidisciplinidade sempre com vista à melhoria contínua dos cuidados de saúde às mulheres.

Este serviço compreende na verdade três valências adstritas, nomeadamente a urgência/emergência Obstétrica e Ginecológica e o Bloco de Partos, que funcionam 24 horas por dia e, ainda, uma sala operatória, para urgências obstétricas e ginecológicas, que funciona de segunda a sexta-feira no período das 8h às 20h.

O espaço físico que se destina ao atendimento de Urgência/Emergência Obstétrica e Ginecológica é composto por: uma sala de espera, um balcão de secretariado, quatro sanitários, três salas de observação/admissão de utentes, dois gabinetes médicos, gabinete da Enfermeira Chefe, zona de sujios, rouparia, vestiários para utentes (à data a ser utilizada como zona isolada para realização de testes para deteção de SARS-CoV-2), vestiários de profissionais e uma sala para realização de cardiocografia (CTG). A cardiocografia, é um método não invasivo de monitorização dos batimentos cardíacos fetais que consiste no registo gráfico simultâneo da frequência cardíaca fetal e contratilidade uterina, utilizando um cardiotocógrafo, com o objetivo de avaliar o bem-estar fetal (Nomura et al., 2009).

O Bloco de Partos disponibiliza um total de cinco unidades de parto individuais, devidamente equipadas para o seguimento dos diferentes estádios do trabalho de parto. Cada uma dessas unidades dispõe de uma cama de parto articulada com perneiras, um cardiotocógrafo ligado a uma central de monitorização (Omniview-SisPorto®), com equipamento de monitorização por telemetria que permite a livre movimentação da grávida, um cadeirão, um kit de massagem de relaxamento e alívio de dor, sistema de musicoterapia, controlo de iluminação da sala, um berço aquecido equipado para a prestação de cuidados imediatos ou de reanimação ao recém-nascido (RN), uma banheira para o banho do RN em caso de necessidade e armários que acondicionam todo o material possível de ser usado durante o trabalho de parto e parto. O serviço possui duas bolas de pilates, uma bola amendoim e um disco de massagem, que são disponibilizadas as parturientes consoante a suas preferências e desejos.

O ambiente hospitalar, desconhecido, impessoal, gerador de medo e insegurança, pode influenciar negativamente a fisiologia do parto, inibindo a secreção de ocitocina endógena, pelo que o cuidado obstétrico deve proporcionar um ambiente acolhedor e agradável, que favoreça a privacidade, promova o relaxamento e bem-estar (Guida et al., 2013; Ondeck, 2019). Um ambiente calmo e relaxante contribui para melhorar a capacidade de enfrentamento e adaptação à situação que a mulher vive, promovendo o seu empoderamento. A perceção da dor vivida é influenciada por fatores como o medo, tensão, falta de apoio afetivo, ambiente desconhecido, entre outros. Neste sentido, um ambiente acolhedor, apoio emocional e afetivo e medidas de conforto como exercícios respiratórios, massagens, banho morno, mobilidade, musicoterapia,

aromaterapia, redução da luminosidade, aplicadas de forma combinada ou isolada, contribuem para reduzir a percepção dolorosa (Guida et al., 2013; Silva & Shimo, 2017).

A existência de quartos individuais no bloco de partos possibilita a permanência da pessoa significativa junto da grávida durante todo trabalho de parto e parto, bem como do puerpério imediato, o qual, sempre que possível, se realiza no mesmo espaço. Este facto promove a privacidade da mulher e permite o acompanhamento permanente pela pessoa que lhe é significativa, como é aliás um direito reconhecido na Lei n.º 15/2014, de 21 de março.

Dado o período de crise vivido devido à pandemia Covid-19, o serviço necessitou reajustar algumas medidas de contenção da doença ao longo do tempo. À data da realização do Estágio, o Bloco de Partos não recebia utentes com diagnóstico confirmado de Covid-19, sendo estas transferidas para a Unidade Hospitalar de Faro. Contudo, antecipando o risco da impossibilidade de transferência da grávida, em segurança, para outra unidade hospitalar, uma das cinco unidades de parto foi convertida em unidade de parto para suspeitas ou casos confirmados de doença, provida de todos os Equipamentos de Proteção Individual (EPI) adequados e de um intercomunicador digital com câmara, para facilitar o contato com a utente.

Se numa fase inicial da pandemia Covid-19 não foi possível às parturientes terem consigo um acompanhante, com a evolução dos conhecimentos científicos sobre o vírus SARS-Cov-2, voltou a ser possível garantir o direito de a mulher ter um acompanhante da sua escolha no momento tão importante que é o parto e nascimento. Neste seguimento, o serviço garante a presença de um acompanhante durante o parto, que deverá apresentar um teste laboratorial para SARS-CoV-2, com resultado negativo, não podendo apresentar qualquer sintoma sugestivo de COVID-19 ou ter tido contacto com doentes com infeção por SARS-CoV-2 nos últimos 14 dias.

Além das cinco salas de partos individualizadas, o Bloco de Partos é provido de três sanitários, uma sala de trabalho de Enfermagem, uma arrecadação, uma sala de preparação de fetos para estudo de anomalias congénitas/placentas e duas salas de vigilância pós-parto/pós-cirurgia.

No Bloco de Partos é assegurada analgesia epidural do trabalho de parto todos os dias das 08 às 24 horas e, fora desse horário, está dependente da disponibilidade da equipa de anestesia de urgência.

É política do serviço o encorajamento ao corte do cordão umbilical pelo pai ou mãe bem como o contacto pele-a-pele. É, ainda, praticado o alojamento conjunto, ou seja, mãe e recém-nascido permanecem juntos desde o nascimento até à saída do serviço, exceto quando o recém-nascido necessita de cuidados especializados e internamento em neonatologia.

O Bloco Operatório, destinado à realização de intervenções cirúrgicas ginecológicas ou cesarianas, possui uma sala cirúrgica, uma sala de cuidados imediatos/reanimação de recém-nascidos, dois sanitários, zona de lavagem e desinfecção cirúrgica das mãos, zona de *transfer* e arrecadação.

Todas as mulheres submetidas a cirurgias ginecológicas/obstétricas realizam o recobro em sala de vigilância pós-cirúrgica, com capacidade para duas utentes, equipado com monitores de eletrocardiograma (ECG).

No que respeita a recursos humanos, o Serviço de Urgência e Emergência Obstétrica e Ginecológica/ Bloco de Partos é constituído pela equipa de enfermagem, composta por 26 enfermeiros, dos quais, 18 são EEESMO, incluindo a Enfermeira Chefe. Nos turnos da manhã (08h às 16h) e da tarde (15:30h as 24h) existem quatro enfermeiros escalados, dos quais pelo menos dois são EEESMO, e no turno da noite (23:30h as 8:30h) são escalados três enfermeiros, dos quais pelo menos dois são EEESMO. Nos dias de semana no período das 08 às 20 horas, acrescem três enfermeiros que asseguram o funcionamento da sala operatória. A equipa médica conta com 11 Médicos Obstetras/Ginecologistas do quadro e um número variável (9 a 12) de médicos externos (prestadores de serviços), distribuídos em turnos de 12 ou 24 horas, composto por dois elementos. As assistentes operacionais (AO) são atualmente 12 e trabalham em grupos de duas por turno, à exceção dos dias uteis, em que no período das 08 às 20 horas se encontra mais um elemento escalado. O Serviço conta ainda com duas assistentes administrativas de segunda a sexta-feira no período das 8h às 20h, sendo que fora desse horário o serviço é prestado pelos assistentes administrativos do Serviço de Urgência Geral. Esta equipa articula-se ainda com os Serviços Clínicos de Pediatria, Anestesiologia, Cardiologia, Cirurgia Geral, Medicina Interna (em particular com Diabetologia, Hipertensão Arterial e Nutrição), Radiologia, Psiquiatria e Psicologia Clínica.

De salientar a conhecida carência de profissionais ao nível da especialidade de pediatria na Unidade Hospitalar de Portimão, que leva a constrangimentos e limitações para que sejam assegurados alguns períodos na escala de pediatria. Neste sentido, na Unidade Hospitalar de Portimão, durante esses períodos em que não estão escalados pediatras, apenas se realizam os partos eminentes e/ou emergentes, sendo as grávidas em trabalho de parto transferidas para a Unidade de Faro, sempre que se garantam as condições de segurança para a transferência. Também os recém-nascidos que possam nascer na unidade de Portimão, por impossibilidade de transferência da grávida, que necessitem de cuidados diferenciados, são transferidos para a Unidade Hospitalar de Faro, conforme protocolo clínico.

### 2.1.3 - Serviço de Internamento de Obstetrícia

O Serviço de Obstetrícia da Unidade Hospitalar de Portimão, promove o alojamento conjunto desde o nascimento, prestando cuidados a mães e recém-nascidos, no sentido de promover o autocuidado das puérperas e colaborar e incentivar a prestação de cuidados ao recém-nascido pelos pais, contribuindo para o processo de transição e adaptação à parentalidade e para o desenvolvimento adequado do papel parental. O alojamento conjunto têm inúmeras vantagens para os pais, recém-nascido e profissionais de saúde. Favorece a prestação de cuidados de forma integral e humanizada à puérpera, recém-nascido e família, contribui para a orientação e capacitação da mãe sobre a sua saúde e do seu filho, estimula a amamentação e o maior envolvimento dos pais nos cuidados ao recém-nascido, propicia e fortalece o vínculo entre os pais e o bebé, deixando-os mais tranquilos por estarem com o seu filho e ainda contribui para a diminuição da infecção hospitalar neonatal (Machado et al., 2021; Mercado et al., 2017; Rosa et al., 2016).

Neste serviço são também internadas grávidas com patologia não controlada e/ou agudizada com idade superior a 24 semanas.

A duração de internamento de puérperas e recém-nascidos em circunstâncias normais terá a duração de 48 horas se parto vaginal (eutócico, ventosa, fórceps) ou 72 horas se parto por cesariana.

Por questões de segurança, imediatamente após o nascimento do bebé é-lhe colocada uma pulseira eletrónica que apenas é desativada no momento da alta hospitalar. Neste sentido, a porta de acesso ao serviço de Obstetrícia encontra-se fechada, sendo necessário a utilização de código de acesso, que apenas é facilitado a funcionários. Pessoal externo ao serviço e visitas podem utilizar a campainha e após devida identificação é-lhes facultada a entrada.

À data de realização de Estágio neste serviço, atendendo às contingências devidas à pandemia Covid-19, as utentes não podiam receber visitas. Ainda durante o período de Estágio foram autorizadas as visitas, mas com limitações, de modo que, cada utente poderia receber um visitante por dia, por um período de 30 minutos, sendo, preferencialmente sempre o mesmo visitante. O controlo à entrada era feito no balcão de atendimento geral e na porta de entrada do serviço e o controlo da saída das visitas, feito pelas equipas de enfermagem e assistentes operacionais do serviço.

Durante o internamento as puérperas e acompanhantes tem oportunidade de assistir a sessões formativas, promovidas pela equipa de enfermagem, que abordam temas como o autocuidado da puérpera, cuidados ao RN, amamentação e redes de apoio na comunidade. Contudo, dadas as contingências devidas à pandemia Covid-19 essas sessões formativas não foram realizadas, tentando a equipa de enfermagem

realizar esses ensinamentos individualmente com cada utente/acompanhante, fornecendo panfletos e informando de todas as ofertas de serviços da instituição e redes de apoio na comunidade.

Para a vivência saudável do ciclo gravídico-puerperal é fundamental a adequada literacia das mulheres, que envolve o desenvolvimento de competências comportamentais, cognitivas, emocionais e sociais, a aquisição de autonomia para tomar decisões livres, informadas e responsáveis acerca da sua saúde e do seu filho (Kilfoyle et al., 2016; Mojoyinola, 2011). O EEESMO assume um papel fundamental na promoção da literacia em saúde das mulheres, destacando-se as práticas de educação para a saúde como estratégia essencial para aumentar o conhecimento das mulheres sobre a sua saúde e capacitá-las para aplicar esses conhecimentos ao longo do seu ciclo de vida (DGS, 2019). Portanto, o EEESMO assume a responsabilidade de atuar como educador e promotor da saúde, reforçando o empoderamento e autoeficácia das mulheres para escolhas informadas e responsáveis, maximizando o seu potencial de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

O serviço de Obstetrícia é composto por sete enfermarias, cada uma com três unidades constituídas por uma cama, uma mesa de cabeceira, um berço e um armário individualizado para acondicionar bens. Cada enfermaria partilha um sanitário com chuveiro, uma banheira de recém-nascido e uma bancada para prestação de cuidados ao recém-nascido. Duas das sete enfermarias apresentam camas elétricas, normalmente utilizadas para utentes submetidas a cesariana, por apresentarem maior dificuldade na mobilização pós-cirurgia. Uma das sete enfermarias é utilizada, conforme disponibilidade, para o internamento de grávidas, estando equipada com dois cardiotocógrafos. O serviço é composto ainda por uma sala de trabalho de enfermagem contígua a um balcão de enfermagem, uma sala de tratamentos equipada com marquesa ginecológica, bancada de cuidados ao recém-nascido, com fonte de aquecimento, frigorífico e com material de consumo clínico, o gabinete da enfermeira chefe, uma sala de preparação de leites, com frigorífico e um sanitário para funcionários.

Externamente ao serviço, mas, também no 2º piso da Unidade hospitalar de Portimão pode encontrar-se o Cantinho da Amamentação, que funciona diariamente das 12 às 18 horas, bem como um gabinete onde é realizado o registo dos recém-nascidos, no âmbito do projeto “Nascer Cidadão”.

O Cantinho da Amamentação constitui-se como um espaço fundamental de promoção, proteção e suporte ao aleitamento materno após a alta hospitalar, sendo o acompanhamento às mulheres, bebés acompanhantes e família realizado por enfermeiras conselheiras em aleitamento materno. Neste espaço são esclarecidas dúvidas para evitar/diminuir o risco de dificuldades associadas à amamentação,



promovido o desenvolvimento das competências maternas, recebendo as mães e recém-nascidos para observação das mamadas para aconselhar/corrigir sobre a técnica da amamentação/sinais de boa pega e orientando as mães, para os recursos disponíveis na comunidade, se necessário. Todas as puérperas que estiveram internadas no serviço de obstetrícia são encaminhadas e contactadas telefonicamente dois a três dias após a alta hospitalar para que se possa fazer o acompanhamento relativo à amamentação. O aconselhamento pode ser presencial ou telefónico. Em tempo de pandemia, o atendimento passou a ser maioritariamente telefónico, dando prioridade às situações mais urgentes para marcação presencial, apesar da perceção que os profissionais têm das lacunas do contato telefónico, principalmente em determinados casos específicos, que dificultam a condução ao sucesso do projeto de amamentação das mães.

Amamentar envolve o apoio de familiares e profissionais de saúde, indispensáveis para ultrapassar as dificuldades vivenciadas pelas mulheres e suas famílias, sendo essa rede de apoio um fator determinante para a adesão e manutenção do aleitamento materno (Prates et al., 2015). Neste sentido, o EEESMO apresenta-se como um profissional competente não só na promoção do aleitamento materno, como prática positiva e satisfatória para o binómio mãe-filho, mas também na manutenção do aleitamento materno, através do apoio à mulher e família durante o ciclo gravídico-puerperal, devendo conhecer as dificuldades enfrentadas pelas mulher com vista a intervir adequada e atempadamente para que o aleitamento materno seja bem sucedido, transmitindo segurança e tranquilidade às mulheres (Belemer et al., 2018). Com vista ao cumprimento da Norma nº 013/2015 de 01/07/2015 da DGS, para todos os recém-nascido procede-se, no sistema SClinico®, ao preenchimento obrigatório do formulário de Notícia de Nascimento em formato digital, que fica concluído no momento da alta hospitalar, garantindo a articulação entre Hospitais e Cuidados de Saúde Primários, após o nascimento, permitindo o planeamento precoce e adequado da intervenção às crianças e famílias nos Cuidados de Saúde Primários e melhorando a qualidade da continuidade dos cuidados prestados à criança e à família.

O Serviço de Obstetrícia conta, atualmente, com uma equipa de enfermagem constituída por: Enfermeira Chefe (EEESMO), uma Enfermeira Especialista em Saúde Comunitária, uma Enfermeira Especialista em Reabilitação e 14 enfermeiros generalistas. Além da equipa de enfermagem fixa, o serviço conta ainda com uma EEESMO nos turnos da manhã e tarde, que é escalado a partir da equipa do Serviço de Urgência de Ginecologia e Obstetrícia/ Bloco de Partos. Neste sentido, no turno da manhã, a equipa de enfermagem conta com quatro enfermeiras generalistas, uma enfermeira especialista em reabilitação e uma EEESMO, no turno da tarde conta com

uma enfermeira generalista e uma EEESMO e no turno da noite com duas enfermeiras generalistas que, sempre que necessário, recebem apoio do EEESMO escalado no Serviço de Urgência de Ginecologia e Obstetrícia. Dado o número reduzido de EEESMO, não é possível respeitar a Norma de Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, regulamentada pela Ordem dos Enfermeiros, a qual recomenda que nas unidades de internamento de puérperas deva existir um EEESMO por cada três puérperas patológicas e um EEESMO por cada seis puérperas normais (Regulamento n.º 743/2019, 25 de setembro de 2019). Além disso, o serviço de Obstetrícia não tem nenhum enfermeiro com especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, o que também é recomendado no mesmo regulamento.

A equipa de assistentes operacionais é composta por nove elementos, que trabalham em grupos de duas no turno da manhã e uma nos turnos da tarde e noite. Relativamente à equipa médica o serviço conta com 11 Médicos Obstetras/Ginecologistas do quadro e um número variável (9 a 12) de médicos externos e com 13 pediatras, dos quais sete são externos (prestadores de serviços). Como já referido, a carência de profissionais ao nível da especialidade de pediatria na Unidade Hospitalar de Portimão, leva por vezes a dificuldades em assegurar alguns períodos na escala de pediatria. Neste sentido, durante esses períodos, os recém-nascidos de risco internados no serviço de obstetrícia são transferidas, de acordo com protocolo clínico institucional, para a Unidade Hospitalar de Faro, por ser a unidade de referência.

Outros profissionais de saúde complementam a equipa do serviço, tais como Psicólogos, Nutricionistas, Assistentes do Serviço Social, Fisioterapeutas, entre outros que se façam necessários.

### 2.1.4 – Serviço de Neonatologia

No Serviço de Neonatologia do CHUA – Unidade de Portimão prestam-se cuidados de saúde intermédios aos recém-nascidos, acolhendo e integrando da melhor forma possível a respetiva família. Os utentes do serviço de neonatologia são crianças recém-nascidas com menos de 28 dias de vida e todos aqueles que precisem da continuação dos cuidados específicos neonatais, por problemas relacionados com o nascimento prematuro, com anomalias congénitas ou com doenças adquiridas no período neonatal e seus familiares. Este serviço recebe os recém-nascidos provenientes do Bloco de Partos, do internamento de Obstetrícia, do serviço de Urgência Pediátrica e de Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais de outras unidades hospitalares, sempre que, o recém-nascido, apesar de hemodinamicamente estável, necessite de vigilância de forma a assegurar uma evolução favorável do seu estado clínico e/ou necessite de autonomia alimentar e ganho ponderal. Do ponto de vista da multiplicidade

de situações que assiste e dos cuidados que presta, este serviço admite recém-nascidos com as mais variadas situações clínicas, sendo as causas mais frequentes de internamento a infecção ou risco infeccioso, prematuridade, síndrome de dificuldade respiratória, hiperbilirrubinemia, malformações, asfixia neonatal e síndrome de abstinência.

Este serviço apresenta ligação direta, por um lado ao bloco de partos e respetiva sala operatória e, por outro ao serviço de pediatria, apresentando fácil e rápida acessibilidade entre eles.

A sala de prestação de cuidados (sala de internamento) tem acesso controlado de saídas e entradas. Apresenta cinco berços e quatro incubadoras (três fechadas e uma aberta), dispostos em “U”, de forma ampla, para permitir livre movimentação em seu redor e evitar contatos físicos propícios a contaminações cruzadas. Além disso, cada unidade comporta espaço suficiente para um cadeirão para acompanhante.

Além dessas unidades individuais de prestação de cuidados (berço/incubadora) o serviço conta ainda com duas incubadoras de transporte, uma das quais com ventilador incorporado.

A sala de prestação de cuidados comunica ainda com uma outra sala destinada ao diagnóstico, tratamento e assistência a recém-nascidos que requeiram isolamento. Esta sala apresenta uma divisória transparente, que fica de frente para o posto de vigilância dos profissionais de saúde, permitindo o contato visual direto da criança e equipamentos de monitorização. O posto de vigilância e registos dos profissionais de saúde tem, assim, contato visual direto para todas as unidades de prestação de cuidados, permitindo a vigilância contínua de todas as crianças internadas, sendo da maior importância o contacto visual permanente entre cada criança e o enfermeiro responsável. Integrada no espaço aberto de prestação de cuidados, próximo mas separado do posto de vigilância central, encontra-se uma bancada de inox destinada à preparação de medicação, soroterapia e nutrição entérica dos recém-nascidos, munida de frigorífico e armários para arrumos de consumíveis e medicação.

Cada unidade de prestação de cuidados (berço/incubadora) encontra-se equipada com estruturas que incluem arrumos, tomadas e suportes para todos os equipamentos necessários (monitores de sinais vitais, seringas/bombas infusoras, rampas de oxigénio e sistemas de vácuo).

O serviço dispõe ainda de material de suporte ventilatório, nomeadamente dois CPAP (*Continuous Positive Airway Pressure*), dois equipamentos de fototerapia (um para fototerapia simples e outro para dupla) e um carro de emergência equipado com desfibrilhador.

De salientar o ambiente físico do serviço, particularmente a iluminação, isolamento acústico e a decoração, que o tornam agradável e relaxante de modo a não interferir negativamente no desenvolvimento dos recém-nascidos e contribuir para o seu bem-estar e dos acompanhantes.

Fora da sala de internamento dos recém-nascidos, existe imediatamente uma sala organizada com armários onde os pais também colocam os seus pertences, vestem uma bata e higienizam as mãos, antes do contacto com os recém-nascidos. Existe também um gabinete médico, uma sala de reuniões, um armazém para equipamentos e materiais, sanitários e duas copas (uma para profissionais e outra destinada ao armazenamento e à preparação de leites para recém-nascidos).

O serviço de Neonatologia promove a visita dos pais, o contacto do recém-nascido com a mãe ou pai, diretamente, em contacto pele-a-pele e, principalmente o aleitamento materno. Neste sentido, o serviço dispõe também de um quarto com casa de banho privativa, para repouso dos pais. No entanto este espaço apenas pode alojar duas pessoas, destinando-se especialmente a mães que amamentam, situações sociais, situações em que a residência da família é distante do hospital e sempre que haja vaga. À data do Estágio, dada a situação pandémica, os recém-nascidos recebiam visita apenas dos pais (excecionalmente em simultâneo), de preferência a mãe, sendo para tal necessário ter teste de Covid-19 com resultado negativo nas últimas 72 horas e cumprir todas as medidas de higienização implementadas e distanciamento social. Nos casos em que a mãe estava internada no serviço de Obstetrícia ou em alojamento do serviço de Neonatologia, a permanência no serviço, junto do recém-nascido, era feita sem restrições, desde que testados para a Covid-19 a cada sete dias. As mães a amamentar, sempre que necessário, são internadas no serviço de Obstetrícia ou alojadas na área reservada a acompanhantes do serviço de Neonatologia, favorecendo a continuidade do aleitamento materno.

A equipa multidisciplinar que exerce funções no serviço de Neonatologia é constituída pela equipa de enfermagem, equipa médica de pediatras, assistentes operacionais, fisioterapeuta, terapeuta da fala, psicóloga, assistente social, dietista e secretárias de unidade.

A equipa de enfermagem é comum ao serviço de Neonatologia e Pediatria, sendo composta por 18 enfermeiros: a Enfermeira Chefe, seis Enfermeiros Especialistas de Saúde Infantil e Pediatria e 11 Enfermeiros Generalistas. No serviço de Neonatologia, cada turno (manhã, tarde e noite) é assegurado por um enfermeiro, preferencialmente o Especialista em Saúde Infantil e Pediatria, que recebe apoio os enfermeiros escalados no serviço de Pediatria, sempre que necessário.

Os profissionais de enfermagem procuram guiar as suas práticas de acordo com as normas institucionais e as políticas nacionais de saúde, procurando responder às necessidades e expectativas de seus clientes de forma eficaz, eficiente e efetiva.

### 2.1.5 - Serviço de Consulta Externa de Ginecologia e Obstetrícia

Na Consulta Externa de Ginecologia e Obstetrícia são realizadas consultas que visam a prevenção, diagnóstico e tratamento das doenças do sistema reprodutor feminino, bem como, a vigilância e o acompanhamento da gravidez.

A Consulta Externa de Ginecologia e Obstetrícia, localizada no rés-do-chão do edifício da Unidade Hospitalar de Portimão, compreende as seguintes consultas:

- Consulta de Ginecologia
- Consulta de Ginecologia /Infeciologia
- Consulta de Ginecologia /Patologia do colo
- Consulta de Ginecologia Oncológica
- Consulta de Planeamento Familiar
- Consulta de IVG
- Consulta de Diagnóstico Pré-Natal (DPN)
- Consulta de Obstetrícia Materno-fetal
- Consulta de Obstetrícia/ Referência.

O acesso à Consulta Externa, por parte das utentes é realizado conforme encaminhamento pelos Médicos de Família dos Centros de Saúde, através de pedido de marcação de consulta efetuado eletronicamente (*software* clínico ALERT® P1), evitando que os utentes tenham de se deslocar ao hospital. As utentes que não provenham dos Centros de Saúde, nomeadamente as que são referenciadas pelo médico do serviço de urgência que identificou qualquer situação de risco, as que se encontrem institucionalizadas e os beneficiários de outros subsistemas são encaminhados através de documento próprio, que é entregue em suporte de papel no balcão das Consultas Externas, para posterior agendamento da consulta.

Todas as consultas de ginecologia e obstetrícia são presenciais. No entanto, devido às já referidas contingências pandémicas não era possível a presença de um acompanhante, já que as condições físicas do Serviço (Consulta Externa de Ginecologia e Obstetrícia) não garantem o distanciamento físico. Nas utentes diagnosticadas com Covid-19 em isolamento no domicílio, as consultas presenciais são adiadas, sempre que possível, ou agendadas para o momento mais conveniente, garantindo todas as medidas de segurança para os profissionais e utentes.

Estruturalmente o serviço de Consulta Externa de Ginecologia e Obstetrícia é composto por um gabinete de enfermagem, equipado com dois cardiocógrafos e um doppler fetal portátil, quatro gabinetes de consultas médicas, dois deles equipados com ecógrafo, e uma sala de espera com sanitário. A equipa multidisciplinar é composta por uma EEESMO, duas enfermeiras generalistas, duas assistentes operacionais, uma administrativa e 12 médicos Ginecologistas/Obstetras e dois médicos internos da especialidade. Conta ainda com o apoio da equipa de Preparação para o Parto (à data do Estágio, indisponível devido ao contexto pandémico), do Hospital de Dia de Diabetes, serviço de dietética e nutrição, departamento de psicologia e serviço social.

Na última semana do Estágio mais um elemento EEESMO passou a fazer parte da equipa por forma a garantir que o atendimento e assistência à mulher no que se relaciona com o ciclo reprodutivo seja da exclusiva responsabilidade de um EEESMO. Até então a enfermeira EEESMO do serviço não conseguia prestar assistência em todas as valências de consulta existentes, pelo que vinha a dedicar-se preferencialmente às consultas de grávidas, nomeadamente à Consulta de Obstetrícia Materno-fetal, Consulta de Obstetrícia/ Referencia e Consulta de DPN/Rastreio, dando apoio, sempre que necessário, às enfermeiras generalistas, que colaboram nas restantes consultas.

A Consulta de Diagnóstico Pré-Natal visa rastrear/diagnosticar atempadamente patologia do feto/recém-nascido, permitindo a programação de tratamento pré ou pós-natal, permitir o planeamento da via de parto e preparação da equipa de saúde, conceder aos pais a opção de escolha quanto ao prosseguimento/ interrupção da gravidez, permitir aos pais a oportunidade de se "prepararem" psicológica, social, financeira e medicamente para receber uma criança com doença grave ou incapacitante bem como para a possibilidade de nado-morto ou morte neonatal. O Diagnóstico Pré-Natal compreende um conjunto de procedimentos com o intuito de determinar se num embrião ou feto em desenvolvimento é portador ou não de uma anomalia congénita, nomeadamente:

- Rastreio combinado do 1º trimestre, realizado a todas as grávidas (independentemente da idade), realizando-se colheita de sangue (entre a 9ª semana e a 13ª semana + 6 dias de gestação) e ecografia, idealmente entre a 11ª e a 13ª semana de gravidez;
- Rastreio bioquímico (2º trimestre), efetuado às grávidas que recorrem aos cuidados de saúde para vigilância pré-natal após o 1º trimestre de gravidez, realizando-se colheita de sangue (entre a 15ª e as 22ª semana e 6 dias);
- Teste de diagnóstico pré-natal não invasivo (NIPT), realizado em qualquer momento da gestação a partir da 9ª – 10ª semana, com colheita de sangue materno;

- Exames de diagnóstico invasivos da gravidez: Amniocentese (realizado a partir da 15ª semana de gestação; Biópsia das Vilosidades Coriônicas (realizado entre a 10ª e 14ª semana de gestação).

O Rastreio combinado do 1º trimestre e o Rastreio bioquímico contemplam todas as grávidas da área de abrangência da Unidade Hospitalar de Portimão, referenciadas através do *software* clínico ALERT® P1 pelo médico do Centro de Saúde. No que respeita ao NIPT e exames invasivos de diagnóstico pré-natal destinam-se às grávidas com testes de rastreio positivos ou nas situações de história familiar de doença genética, filho anterior com anomalia estrutural, cromossômica, doença monogénica ou hidropsia fetal, anomalia fetal na gravidez atual (em ecografia prévia), isoimunização Rh, ingestão de fármacos reconhecidamente teratogénicos.

A Consulta de Obstetrícia Materno-fetal tem como principal objetivo a vigilância da gravidez de médio e alto risco, em situações de patologia materna anterior à gravidez, patologia materna desencadeada na gravidez atual e/ou patologia fetal com vista a reduzir as complicações maternas e perinatais, potenciando a saúde da mulher e favorecendo o nascimento de crianças saudáveis. A consulta de enfermagem, realizada por EEESMO, antecede a consulta médica e aborda conteúdos diretamente relacionados/adequados com idade gestacional e com a situação de saúde da grávida, prepara a mãe/casal para o parto e parentalidade e promove a amamentação.

Realiza-se a identificação do risco através da avaliação do exame físico e/ou psicológico, da avaliação clínica, laboratorial e imagiológica, durante a preconceção ou em qualquer momento durante a gravidez, sendo o risco dinâmico ao longo da gravidez e devendo, portanto, ser reavaliado em todas as consultas (DGS, 2015c).

Considera-se gravidez de risco aquela em que é identificado, através da avaliação baseada na Tabela de *Goodwin* modificada, algum fator de risco que possa levar a aborto espontâneo, parto pré-termo, morte fetal e aumento da morbilidade materna e/ou neonatal. A Tabela de *Goodwin* modificada considera a história reprodutiva da mulher, o passado obstétrico, a idade e a existência de patologia associada. Além desses aspetos, explanados na Tabela de *Goodwin* modificada, consideram-se ainda de risco as grávidas adolescentes, toxicodependentes e em situação de risco psicossocial (DGS, 2015c).

A Consulta de Obstetrícia/ Referência dá resposta à recomendação da DGS, garantindo o acesso das grávidas a uma consulta no hospital onde se prevê que venha a ocorrer o parto, programada de acordo com as especificidades estabelecidas em cada Unidade Coordenadora Funcional (DGS, 2015c). Esta consulta está aberta a todas as grávidas com gravidez de baixo risco e vigilância extra-hospitalar, bem como àquelas

que fizeram a vigilância da gravidez na Unidade Hospitalar, sendo efetuada entre a 36<sup>a</sup> e a 40<sup>a</sup> semanas de gestação. O objetivo da Consulta de Obstetrícia /Referência consiste em avaliar o bem-estar materno e fetal nas últimas semanas que antecedem o parto, detetando situações desviantes do normal, bem como promover a educação para a saúde, preparar para o parto e parentalidade responsável e informar sobre os deveres e direitos parentais.

Na consulta de enfermagem, que antecede a consulta médica, o EEESMO realiza o exame físico, exame sumário de urina, são revistos os antecedentes pessoais e obstétricos, confirmada toda a informação relativa a dados analíticos, exames e ecografias realizados durante a gravidez, sempre que esteja em falta é realizada a colheita do exsudado rectal e vaginal para pesquisa de *Streptococcus β* hemolítico do grupo B e realizada cardiocografia. São também discutidos e esclarecidos alguns procedimentos e dúvidas relativos a sinais de alerta, ao trabalho de parto e parto (sinais de início de trabalho de parto, métodos de alívio da dor durante o trabalho de parto, medidas promotoras de parto normal, indicações para indução do trabalho de parto, indicações para cesariana eletiva, plano de parto), questões relacionadas ao aleitamento materno e recursos na comunidade.

Antes da pandemia por Covid-19, nesta consulta a grávida/casal eram convidados para uma sessão de grupo, no âmbito do projeto “Parto Falado”, que se realizava semanalmente, onde eram esclarecidas questões sobre o trabalho de parto e parto e era realizada uma visita ao bloco de partos e internamento de Obstetrícia. Contudo, à data da realização do Estágio, devido às medidas de contingência implementadas na instituição a sessão de grupo encontrava-se suspensa.

As sessões de Preparação para o Parto implementadas na instituição foram também suspensas devido à situação pandémica vivida e, apesar dos esforços, ainda não tinham sido reunidas condições, à data do Estágio, para a realização de sessões online.

### **2.2 - Metodologia do Estágio de Natureza Profissional**

No presente subcapítulo é descrita a metodologia referente ao Estágio de Natureza Profissional, apresentando os objetivos propostos para o mesmo, a população que foi alvo dos cuidados, bem como e os métodos de aprendizagem desenvolvidos para atingir os objetivos.



### Objetivos

Com vista a definir os resultados a atingir e por forma a dar resposta ao preconizado na Diretiva Europeia, transposta para a Lei Portuguesa através da Lei nº 9/2009 de 4 de março e sucessivas alterações, foram traçados objetivos com base no regulamento da unidade curricular do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Universidade de Évora, assente no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (Regulamento n.º 391/2019, de 3 de Maio de 2019), da Ordem dos Enfermeiros e nas e competências comuns aos enfermeiros especialistas (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de Fevereiro de 2019).

Neste sentido, o objetivo geral do Estágio é:

- Adquirir e desenvolver competências fundamentais para a aquisição do título de EEESMO (de acordo com o regulamento n.º 391/2019) e obtenção do grau de Mestre (ao abrigo do Decreto-Lei n.º 65/2018) na mesma área de atuação, contribuindo para a melhoria da prestação de cuidados.

Para tal foram definidos os seguintes objetivos específicos:

- Adquirir e desenvolver competências na prestação de cuidados especializados à mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica e no período do climatério;
- Adquirir e desenvolver competências na prestação de cuidados especializados à mulher inserida na família e comunidade no âmbito da saúde sexual e reprodutiva, no âmbito do planeamento familiar e período pré-natal;
- Adquirir e desenvolver competências na prestação de cuidados especializados à mulher inserida na família e comunidade durante os vários estádios do trabalho de parto e parto, em situação de saúde/desvio de saúde, e na otimização da adaptação do recém-nascido à vida extrauterina;
- Adquirir e desenvolver competências na prestação de cuidados especializados à mulher inserida na família e comunidade no período puerperal em situação de saúde/desvio de saúde;
- Adquirir e desenvolver competências na promoção da liberdade de movimentos e na adoção de posições verticais durante o 1º estágio do trabalho de parto, desenvolvendo conhecimentos baseados nas vertentes teórico-práticas e na Prática Baseada na Evidência;

- Demonstrar responsabilidade ético-deontológica e empenho na melhoria da qualidade e gestão dos cuidados, bem como no desenvolvimento de aprendizagens profissionais;
- Defender através de um relatório que descreva atuação no Estágio de Natureza Profissional, apresentado em provas públicas.

### População Alvo

A população-alvo do Estágio, nos diferentes campos clínicos, abrange mulheres em idade fértil, grávidas, parturientes, puérperas, casais e recém-nascidos, mulheres com patologia ginecológica e na fase do climatério, inseridos na comunidade da área de abrangência do CHUA, E.P.E. – Unidade de Portimão, aos quais foram prestados cuidados de enfermagem especializados. Na região do Algarve, em 2020, 23,6% da população residente era estrangeira (Pordata, 2021a), sendo assinalável a multiculturalidade da população-alvo, constituindo-se um desafio para os profissionais de saúde não só pelo modo como as várias culturas percecionam a saúde, a doença, a morte, o sofrimento e a responsabilidade pela qualidade de vida, mas também pela perceção que estas populações têm relativamente aos prestadores de cuidados de saúde.

### Método de aprendizagem

A aprendizagem em contexto prático é, sob o ponto de vista da articulação dos conhecimentos com a prática, de elevado interesse e desde há muito utilizado na formação em enfermagem. As experiências práticas proporcionam a oportunidade de aprender, de integrar e desenvolver competências num ambiente de proximidade com a realidade. No processo de formação o exercício em contexto prático assume uma significativa importância para o desenvolvimento de competências profissionais, já que favorece o contato com a prática de cuidados, a mobilização, integrada e contextualizada, de diferentes saberes e a caminhada para a identidade profissional (Alarcão & Rua, 2005)

O método de aprendizagem utilizado foi a supervisão clínica por EEESMO e a orientação pedagógica por docente da Universidade de Évora – Escola Superior de Enfermagem São João de Deus. A supervisão caracteriza-se por ser um processo de acompanhamento e orientação da pessoa na realização de uma atividade, no sentido de facilitar a sua boa consecução, o desenvolvimento da competência e o grau de satisfação de quem a executa (Alarcão & Canha, 2013). Neste sentido, a supervisão clínica apresentou-se como um processo de acompanhamento e suporte que facilitou a construção do conhecimento, a consolidação da identidade profissional e o

desenvolvimento das capacidades reflexivas. A reflexão constitui uma ferramenta essencial para prática de enfermagem, apoiando os enfermeiros a reconhecer as suas forças e fraquezas e contribuindo para transpor a lacuna existente entre a teoria e a prática e ampliar os conhecimentos da enfermagem integrada na prática (Peixoto & Peixoto, 2016).

Além da supervisão clínica, realizou-se ainda pesquisa bibliográfica complementar, consulta de protocolos e normas dos diferentes contextos da prática clínica e prática baseada na evidência.

Ao longo do Estágio, em cada campo da prática, foram realizadas reuniões formativas de acompanhamento, com os supervisores clínicos e a orientadora pedagógica, nas quais se esclareceram dúvidas, se discutiram pontos fortes e pontos a ser reforçados, orientando a aprendizagem, promovendo a reflexão crítica e facilitando a construção do presente relatório. No final de cada momento de Estágio, nos diferentes campos clínicos, foi realizada a avaliação sumativa do desempenho do estudante, sendo utilizado o instrumento facultado pela escola que apresenta de forma sintetizada o resultado da aprendizagem, da aquisição de competências bem como a classificação atribuída.

Foram ainda realizadas outras estratégias de desenvolvimento de competências, nomeadamente, uma revisão integrativa da literatura que recaiu sobre a temática “Influência da mobilidade e posturas verticais na duração do primeiro estágio do trabalho de parto” (Apêndice 1), que teve como objetivo identificar a evidencia científica atual sobre a influência da mobilidade e adoção de posturas verticais durante o 1º estágio do trabalho de parto na duração do mesmo estágio, dando suporte para o próximo capítulo de forma a aprofundar a temática proposta. A revisão integrativa da literatura é uma estratégia que proporciona a síntese de conhecimento científico e a incorporação das evidências científicas na prática clínica (Sousa et al., 2017).

Foi ainda utilizada a estratégia de aprendizagem do estudo de caso, que é uma estratégia de aprendizagem na prática de cuidados de enfermagem, que possibilita problematização e permite a aproximação entre a teoria e prática (Silva et al., 2014), proporciona a realização de um estudo aprofundado dos problemas e necessidades da pessoa, família e comunidade, contribuindo para que os enfermeiros estudem a melhor estratégia para solucionar ou reverter os problemas identificados (Galdeano et al., 2003). O estudo de caso foi realizado no serviço de Obstetrícia e recaiu em elaborar uma proposta de plano de cuidados de enfermagem com enfoque na anemia numa puérpera (Apêndice 2).

O modelo teórico de enfermagem de Dorothea Orem serviu como modelo de referência para o desenvolvimento do Estágio. A Teoria do Déficit de Autocuidado de

Enfermagem de Orem é formada por três constructos teóricos que são relacionados entre si: a Teoria do Autocuidado, que descreve o porquê e o como as pessoas cuidam de si mesmas; a Teoria do Déficit de Autocuidado, que descreve e explica quando e como a enfermagem é necessária para ajudar as pessoas e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem, que descreve e explica as relações que se têm de criar e manter para que se realize o cuidado de enfermagem (Queirós et al., 2014). Para Dorothea Orem, o autocuidado define-se como a atividade que os indivíduos realizam em seu benefício para preservar a vida, a saúde, o desenvolvimento e o bem estar, sendo que cada pessoa possui capacidades de autocuidado, ou seja, habilidades que permitem a realização das suas atividades de autocuidado, as quais estão condicionadas por variados fatores, com o sexo, a idade, estado de desenvolvimento, as condições socioeconómicas e culturais, nível educacional, estado de saúde e experiência de vida (Queirós et al., 2014).

Quando as exigências de autocuidado são superiores à capacidade de autocuidado do indivíduo, surge um déficit de autocuidado, podendo esses cuidados ser oferecidos pela enfermagem. Para que sejam satisfeitos os requisitos de autocuidado do indivíduo (universais, de desenvolvimento e no desvio de saúde), a teórica apresentou três classificações de sistemas de enfermagem: sistema totalmente compensatório, sistema parcialmente compensatório e sistema de apoio-educação (Queirós et al., 2014). O modelo teórico de Orem compreende o processo de enfermagem como um método que determina os défices de autocuidado, permitindo definir os papéis do enfermeiro e da pessoa cuidada, de modo a satisfazer os requisitos de autocuidado.

O modelo de Dorothea Orem, serviu de suporte teórico para a prática, permitindo determinar as necessidades de autocuidado das mulheres/casais/família, as suas competências para o autocuidado, determinar as suas necessidades terapêuticas, mobilizar as competências comuns e específicas do EEESMO e planear os cuidados de enfermagem na área da especialidade, com vista a dar resposta às exigências de saúde, de desenvolvimento e de bem-estar mulheres/casais/família.

### 3 - CONTRIBUTOS PARA A MELHORIA DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

O exercício autônomo do EEESMO deve orientar-se pela tomada de decisão baseada nos resultados de evidência científica (Ordem dos Enfermeiros, 2015), já que a utilização de evidência para justificar as ações é uma forma crítica e viável para a melhoria do desempenho do sistema de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2012). A prática baseada na evidência consiste na tomada de decisão clínica tendo por base as melhores evidências disponíveis, o contexto em que são prestados os cuidados, as necessidades e preferências do utente e o julgamento do profissional de saúde (Püschel, 2018). A implementação da prática baseada na evidência contribui para uma prática reflexiva, baseada em conhecimento científico, que promove a melhoria da qualidade dos cuidados prestados (Galvão & Sawada, 2003).

Considerando a importância de desenvolver e adquirir competências sobre processos de tomada de decisão e intervenções de enfermagem seguras e de qualidade, com base em conhecimento científico sólido e significativo, utilizou-se como recurso fundamental a revisão integrativa da literatura associada à análise reflexiva de dados da prática clínica, que será apresentada no presente capítulo.

Sensível para novas metodologias que contribuam para vivências seguras e satisfatórias do trabalho de parto, com vista à promoção do parto fisiológico e ao empoderamento das mulheres que o vivenciam, tendo como referência as recomendações emanadas pela Organização Mundial de Saúde, em 2018 - *Intrapartum care for a positive childbirth experience (WHO, 2018a)*, o documento de consenso *Pelo Direito ao Parto Normal – uma Visão Partilhada*, subscrito em 2010 pela Direção Geral de Saúde, pela Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras e pela Ordem dos Enfermeiros e, consciente das competências específicas dos EEESMO, aprofundou-se a temática relativa à liberdade de movimentos e a adoção de posições verticais durante o 1º estágio do trabalho de parto, o que permitiu ampliar os conhecimentos técnicos, científicos e humanos e contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados.

#### 3.1 - Concetualização

Atualmente o nascimento humano é um processo diferente daquele visto em qualquer outra espécie viva, resultado da interação de várias características da nossa história evolutiva, como o bipedismo, a postura ereta, a encefalização e “altricialidade” secundária. Tendo em conta tais transformações, entende-se como o nascimento

humano evoluiu de um evento solitário, como o vemos ainda na maioria dos mamíferos, para um evento social e cultural, no qual a assistência por outra pessoa veio dar resposta às necessidades emocionais durante o trabalho de parto e parto, ampliadas pelas características evolutivas da espécie (Rosenberg & Trevathan, 2002).

Com a institucionalização do nascimento ocorreram várias mudanças nas práticas de cuidar, sendo que uma delas diz respeito à mobilidade e à posição da mulher durante o trabalho de parto e parto. O posicionamento para a mulher parir, perdeu a sua condição espontânea, de livre escolha. As restrições impostas pelos próprios procedimentos hospitalares, como a monitorização fetal, a terapia endovenosa e a analgesia, entre outros forçaram a mulher a assumir a posição considerada mais adequada - a posição de litotomia mais ou menos reclinada com pernas suspensas em perneiras (Brüggemann et al., 2005).

Contudo, a história e a antropologia revelam que antes da institucionalização e da medicalização do parto, as mulheres de quase todas as culturas tinham o hábito de se manterem em movimento durante o trabalho de parto e adotavam usualmente posturas verticais (Stone, 2016). Neste sentido, nas últimas décadas, foram surgindo várias discussões relativamente a esta temática, sendo consideradas as desvantagens da posição de litotomia em oposição às vantagens da mobilidade materna e das posturas verticais no decurso do trabalho de parto e parto. Inúmeros estudos têm revelado que a mobilidade e a postura vertical apresentam efeitos benéficos e seguros para a mãe, para o feto e para a progressão do trabalho de parto (Mamede et al., 2007; Porto et al., 2010; Sabatino, 2010).

No sentido de promover a segurança, de respeitar a fisiologia do processo de nascimento e garantir que o parto seja uma experiência positiva para a mulher e família a World Health Organization (WHO) recomenda o encorajamento das mulheres à liberdade de posturas e movimento durante o trabalho de parto (WHO, 2018a).

Vários estudos têm demonstrado que a mobilidade e as posturas verticais durante o trabalho de parto e parto facilitam a ação da gravidade, reduzindo a compressão dos grandes vasos maternos, o que conseqüentemente melhora a oxigenação fetal, diminuindo o risco de sofrimento fetal, e reduzindo o risco de hipotensão materna (Gizzo et al., 2014; Sabatino, 2010; Torres et al., 2018). Ao mesmo tempo, os diâmetros do canal de parto são aumentados, ajudando o feto a encontrar o melhor alinhamento no canal de parto e beneficiando a sua descida (Aguilar et al., 2013; Borde et al., 2014; Calais-Germain & Parés, 2013). As posturas verticais e a deambulação favorecem a irrigação uterina, potenciando a eficiência do músculo uterino e promovendo contrações mais intensas, rítmicas e, portanto, mais eficazes no apagamento e dilatação cervical, levando ao encurtamento da duração do trabalho de parto (Ferrão & Zangão, 2017).

A duração do trabalho de parto varia de mulher para mulher, pelo que a suspeita de trabalho de parto prolongado deve ser cuidadosamente avaliada antes de considerar qualquer intervenção médica (WHO, 2018a). Comumente têm sido usadas perfusões de ocitocina endovenosa e/ou rutura artificial das membranas amnióticas (amniotomia) com o intuito de acelerar o trabalho de parto. Apesar do aumento do trabalho de parto poder ser benéfico na prevenção do trabalho de parto prolongado, o uso inadequado dessas práticas pode resultar em efeitos adversos, aumentando o risco de uma onda de intervenções durante o trabalho de parto e o parto e, ao mesmo tempo, as intervenções excessivas privam as mulheres da sua autonomia e dignidade, podendo ter um impacto negativo na sua experiência de parto (WHO, 2015a). A adoção de posturas verticais e a mobilidade durante o trabalho de parto reduzem a necessidade de utilizar perfusões de ocitocina artificial e diminuem a frequência de partos instrumentados e cirúrgicos (Lawrence et al., 2013). Por outro lado, aumenta a tolerância da parturiente à dor, evitando o uso de analgesia durante o trabalho de parto (Lawrence et al., 2013), a mulher melhora o controle de si mesma o que se traduz em maior satisfação materna com a sua experiência de parto (Borde et al., 2014).

No entanto, as posições de decúbito na cama tornaram-se tão comuns, que as mulheres são frequentemente surpreendidas ao saber que existem outras posições, muitas vezes mais eficientes para a progressão do trabalho de parto. Não é incomum que as mulheres permaneçam deitadas na cama desde momento em que são admitidas no hospital e durante a maior parte do trabalho de parto (Zwelling, 2010). A importância e os benefícios das mudanças de posição durante trabalho de parto para facilitar o progresso do trabalho de parto parecem ainda não ser bem compreendidos, quer pelas mulheres, quer pelos profissionais de saúde e, portanto, as mulheres podem não estar motivadas para se mover e adotar posturas verticalizadas durante esse período.

O EEESMO, enquanto profissional competente na sua área de intervenção, deve assentar os processos de tomada de decisão e as suas intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, atuando como dinamizador e gestor da integração do novo conhecimento no contexto da prática de cuidados, com vista a obter ganhos em saúde (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de Fevereiro de 2019). Neste sentido, realizou-se uma revisão integrativa da literatura relativa à influência da mobilidade e adoção de posturas verticais durante o 1º estágio do trabalho de parto na duração do mesmo estágio (Apêndice 1), com o intuito de ampliar os conhecimentos para a implementação de intervenções efetivas na prestação de cuidados e determinar orientações claras, baseadas nas mais atualizadas evidências científicas, a fornecer às mulheres, para que estas possam participar ativamente no decurso do seu parto, através de escolhas informadas que aumentem a probabilidade de terem o parto desejado, contribuindo para

a sua satisfação. Além da revisão integrativa da literatura procedeu-se a uma análise reflexiva de dados da prática, recolhidos em contexto académico de estágio, relativos às posturas e mobilidade das mulheres durante o primeiro estágio do trabalho de parto.

### 3.2 – Metodologia

Objetivando adquirir e ampliar os conhecimentos de enfermagem para o desenvolvimento de competências na promoção da liberdade de movimentos e na adoção de posições verticais durante o primeiro estágio do trabalho de parto, visando a melhoria da qualidade dos cuidados, realizou-se uma revisão integrativa da literatura e foram, ainda, identificados e analisados dados da prática clínica para aprofundar o conhecimento sobre a temática em estudo, aliando a evidência científica à prática clínica.

A revisão integrativa da literatura permite a pesquisa, avaliação crítica e síntese das evidências disponíveis sobre um tema, com o objetivo de identificar o estado do conhecimento sobre o mesmo, a implementação de intervenções efetivas na prestação de cuidados e na redução de custos, bem como a identificação de fragilidades que poderão orientar futuras investigações (Sousa et al., 2017). Para a prossecução da revisão de literatura foi formulada a seguinte questão de partida, segundo a estratégia PICo (Sousa et al., 2017):

Como é que a mobilidade e a adoção de posturas verticalizadas (I) pela parturiente (P) tem influência na duração do 1º estágio do trabalho de parto (Co)?

Recorreu-se às bases de dados eletrónicas Pub-Med, Cochrane Library (Cochrane Database Register of Controlled Trials e Cochrane Database of Systematic Reviews) e plataforma Biblioteca do Conhecimento Online (B-on), utilizando os descritores e palavras-chave, em língua inglesa: patient positioning; posture\*; ambulation\*; upright position\*; labor stage, first; first stage of labor; first stage of labour; duration; benefit\*;effect\*, combinados usando os operadores AND e OR, no período de publicação de agosto de 2011 a agosto de 2021, de artigos em texto integral. Da pesquisa obtiveram-se doze artigos, que foram analisados tendo em conta o tipo de estudo, os participantes, a classificação dos níveis de evidência e os resultados relativos à duração do primeiro estágio do trabalho de parto.

Relativamente à identificação de dados relevantes da prática clínica, os mesmos foram recolhidos na prestação direta de cuidados de enfermagem, em ambiente académico de aprendizagem. A colheita de dados foi realizada nos três momentos de Estágio, no Bloco de Partos, durante um total de 18 semanas. A população selecionada para a recolha de dados foi o conjunto total de mulheres cuidadas durante as respetivas 18 semanas, em contexto de sala de partos. Todas as participantes consentiram a



prestação de cuidados pela mestranda, de forma livre e esclarecida. No decurso do Estágio as intervenções de enfermagem foram planeadas e realizadas tendo em conta a proteção dos direitos humanos, o respeito e promoção da privacidade, o respeito pelo direito de escolha e autodeterminação, a confidencialidade e segurança da informação oral e escrita, o respeito pelos valores, costumes, crenças espirituais e práticas específicas dos indivíduos e grupos (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de Fevereiro de 2019).

Para a recolha de informação foi utilizado um formulário realizado previamente (Apêndice 3), de forma a facilitar à estudante a recolha e organização da informação. A recolha de informação foi efetuada com recurso à observação direta, aos dados do processo informático da utente e do Boletim de Saúde da Grávida, após o esclarecimento e consentimento verbal das mulheres cuidadas. Na colheita de dados foi garantida a confidencialidade e proteção das informações pessoais, não contendo nenhum registo de identificação das utentes. Tal como recomenda o artigo 106º do Código Deontológico [Inserido no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, republicado como anexo pela Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro] (Ordem dos Enfermeiros, 2016), a identidade e confidencialidade das mulheres/família foram preservadas.

Em todos os momentos, os seis princípios éticos em investigação em enfermagem (beneficência, não maleficência, fidelidade, justiça, veracidade e confidencialidade) foram respeitados e foi obtido o seu consentimento verbal informado de acordo com as premissas da Declaração de Helsínquia e Convenção de Oviedo relativa à investigação com seres humanos (Nunes, 2020).

A informação obtida foi tratada com recurso ao Software IBM® SPSS® Statistic (Statistical Package for the Social Sciences), versão 24 para Windows.

### **3.3 – Resultados**

A revisão de literatura realizada permitiu responder à questão de partida, compreendendo-se que a mobilidade materna e a adoção de posturas verticais durante o primeiro estágio do trabalho de parto influenciam a duração desse mesmo estágio no sentido do seu encurtamento. Verificou-se que é comum a todos os estudos a opinião de que as mulheres em trabalho de parto devem, sempre que possível, ser incentivadas e apoiadas a assumir as posições que escolherem para o seu conforto e bem-estar. A promoção da liberdade de movimentos e adoção de posições verticais é uma intervenção benéfica, de baixo custo e que pode ter impacto positivo nas experiências de parto, a qual pode ser implementada de forma independente pelo EEESMO (Mirzakhani et al., 2020; Prabhakar et al., 2015).

Poder escolher e estar envolvida na tomada de decisões contribui para as experiências positivas de parto das mulheres. Os EEESMO podem contribuir para o cuidado centrado na mulher explorando proactivamente as preferências das mulheres quanto às posições de parto durante a gravidez e o parto, apoiando-as no desenvolvimento de escolhas bem informadas e facilitando essas escolhas sempre que possível (Nieuwenhuijze et al., 2012).

Após a pesquisa na literatura, entendemos que seria importante perceber durante a realização do Estágio no contexto de Bloco de Partos se a mobilidade e adoção de posturas verticalizadas pela parturiente tinha influência na duração do 1º estágio do trabalho de parto.

### **Caracterização sociodemográficas da amostra**

Ao longo das 18 semanas do Estágio realizado em Bloco de Partos, prestei cuidados a um total de 114 mulheres (Tabela 2), com idades compreendidas entre os 19 e 42 anos, com média de idade de 30,39 anos (DP= 5,398). Em Portugal a idade média das mulheres ao nascimento de um filho, em 2020, é 32,2 anos (Pordata), verificando-se um aumento crescente ao longo dos anos (em 1990, a idade média da mãe ao nascimento de um filho era 27,1 anos). Os jovens parecem ter deixado de sentir urgência em constituir família e ter filhos, condicionados pelas circunstâncias do contexto familiar, profissional, social, institucional e político, verificando-se um adiamento da entrada na parentalidade (Mendes et al., 2016). A gravidez tardia está associada a ocorrências obstétricas adversas, transportando maiores riscos para complicações relacionadas à gravidez e ao parto, que se podem atribuir ao aumento de possíveis doenças preexistentes e pior condição física (Alves et al., 2017). Diante disto, é fundamental que o EEESMO tenha conhecimento acerca das implicações de uma gestação em idade avançada, com vista a consciencializar as mulheres e a sociedade dos riscos associados, bem como a minimizar esses riscos quando a mulher já se encontra grávida ou planeia engravidar.

Tabela 2 - Caracterização da amostra por idade

N	114
Média	30,39
Desvio Padrão (DP)	5,398
Mínimo	19
Máximo	42

Quanto à situação conjugal, 55,3% das mulheres são casadas, 38,6% vivem em união de facto e 6,1% são solteiras (Tabela 3). Das mulheres solteiras, não é possível, através dos dados recolhidos, perceber as razões para vivenciarem a maternidade sem companheiro(a). O conceito tradicional de família tem vindo a diversificar-se, havendo cada vez mais filhos que nascem no seio de casais não casados, ou mesmo que não vivem juntos, filhos fruto de produções independentes no âmbito de uma parentalidade individual e filhos que nascem entre pessoas do mesmo sexo (Santana, 2014). Deste modo, uma família já não é só pai, mãe e filhos. Importa que o EEESMO, tenha uma visão fluida do que vem a ser a família, de forma a satisfazer as necessidades da mulher de forma integral, respeitosa e segura, assegurando uma adaptação satisfatória à parentalidade.

Relativamente à nacionalidade 71,1% das mulheres é de nacionalidade estrangeira, correspondendo as restantes (28,9%) a mulheres variadas nacionalidades estrangeiras (Tabela 3).

Em 2020 verificou-se um acréscimo da população estrangeira residente em Portugal, com um aumento de 12,2% face a 2019, totalizando 662.095 cidadãos estrangeiros, dos quais 325.972 são do sexo feminino (SEF, 2021). Entre 2015 e 2020, o total de nados-vivos filhos de mães de nacionalidade estrangeira foi de 13,4% (INE, 2021). Uma considerável percentagem da nossa amostra apresenta nacionalidade estrangeira (28,9%). Este dados reforçam a importância dos cuidados culturalmente sensíveis e adequados no âmbito da área de atuação do EEESMO, sendo fundamental o conhecimentos de outras culturas, valores e diversidade cultural dos cuidados, de forma a identificar as suas particularidades para que o planeamento dos cuidados seja individualizado e integral (Vilelas & Janeiro, 2012).

No que respeita às habilitações literárias, 29,8% completaram o 2º ciclo de escolaridade, 40,4% das mulheres apresentavam o 3º ciclo completo, 28,1% das mulheres apresentaram formação superior (licenciatura/bacharelato) e apenas 1,8% das mulheres tinham o 1º ciclo de escolaridade. O baixo nível de escolaridade tende a ser um dos fatores estreitamente relacionados com o baixo nível de literacia em saúde (Espanha et al., 2016; Sørensen et al., 2012), reforçando a importância do EEESMO desenvolver estratégias de interação e comunicação com os utentes alvo dos seus cuidados, para que estes melhorem os seus níveis de literacia em saúde e tenham maior autonomia e reflexão crítica nas suas escolhas (DGS, 2019).

Relativamente à condição profissional, a maioria das mulheres encontrava-se empregada (76,3%).

Tabela 3 - Características Sociodemográficas

		Frequência	Porcentagem
Estado Civil	Solteira	7	6,1
	Casada	63	55,3
	União de facto	44	38,6
Nacionalidade	Portuguesa	81	71,1
	Brasileira	9	7,9
	Indiana	4	3,5
	Moldava	5	4,4
	Guineense	1	,9
	Chinesa	1	,9
	Alemã	2	1,8
	Nepalesa	2	1,8
	Russa	2	1,8
	Espanhola	2	1,8
	Marroquina	1	,9
	Paquistanesa	2	1,8
	Inglesa	1	,9
	Venezuelana	1	,9
	Habilitações Literárias	1º Ciclo (4º Ano)	2
2º Ciclo (9º Ano completo)		34	29,8
3º Ciclo (12º Ano completo)		46	40,4
Bacharelato ou Licenciatura		32	28,1
Situação Profissional	Empregada	87	76,3
	Desempregada	27	23,7

### Caracterização Obstétrica da amostra

Relativamente aos dados obstétricos (Tabela 4), verificou-se que para a maioria das mulheres este seria o primeiro filho (55,3%).

A gravidez atual foi planeada para a maioria das mulheres (83,3%) e vigiada (95,6%). Quanto ao local de vigilância da gravidez, a maioria das mulheres vigiou a gravidez no Centro de Saúde com complemento em Médico Privado (44,7%) ou apenas no Centro de Saúde (36,8%). As mulheres apresentavam na sua maioria idade gestacional entre as 37 e 39 semanas e seis dias (57,9%), 19,3% tinham idade gestacional entre as 40 e 40 e seis dias, 17,5% idade gestacional entre as 41 e 42 semanas e 5,3% idade gestacional compreendida entre as 34 e as 36 semanas e 6 dias.

Relativamente ao Risco Obstétrico, 71,1% das mulheres eram de baixo risco, 22,8% de médio risco e 6,1% de alto risco.

Tabela 4 - Caracterização Obstétrica

		Frequência	Porcentagem
Número de Gravidezes anteriores:	Uma	52	45,6
	Duas	35	30,7
	Três	16	14,0
	Quatro	5	4,4
	Cinco	3	2,6
	Mais que cinco	3	2,6
Número de partos anteriores:	Nenhum	63	55,3
	Um	36	31,6
	Dois	14	12,3
	Três	1	,9
Esta gravidez foi planeada	Sim	95	83,3
	Não	19	16,7
Esta gravidez foi vigiada:	Sim	109	95,6
	Não	5	4,4
Local de vigilância da gravidez	Centro de Saúde	42	36,8
	Médico Privado	7	6,1
	Centro de Saúde e Médico Privado	51	44,7
	Hospital	6	5,3
	Hospital e Centro de Saúde	2	1,8
	Hospital e Médico Privado	6	5,3
Número de consultas	1 - 2 Consultas	5	4,4
	3 - 5 Consultas	22	19,3
	6 - 10 Consultas	70	61,4
	Mais que 10 consultas	17	14,9
Tempo de Gestação	34 semanas – 36 semanas e 6 dias	6	5,3
	37 semanas – 39 semanas e 6 dias	66	57,9
	40 semanas – 40 semanas e 6 dias	22	19,3
	41 semanas – 42 semanas	20	17,5
Risco Obstétrico ( <i>Goodwin</i> modificado)	Baixo	81	71,1
	Médio	26	22,8
	Alto	7	6,1
Realizou curso de preparação para o parto e nascimento:	Não	75	65,8
	Sim	39	34,2
Tem Plano de Parto	Não	102	89,5
	Sim	12	10,5

Apenas 34,2% das mulheres frequentaram um programa de preparação para o parto durante a gravidez e 10,5% apresentaram um plano de parto. Os programas de preparação para o parto visam a capacitação da mulher/casal para a vivência e experiência gratificante e responsável da gravidez, parto e transição para a

parentalidade, contribuindo na criação de expectativas realistas de modo a que a mulher/casal tenha a informação necessária sobre o desenrolar desse período (Frias, 2012; Ordem dos Enfermeiros, 2012b). Todas as mulheres devem ter acesso, no decorrer da gravidez, aos programas de preparação para o parto/nascimento e parentalidade. Por sua vez, o plano de parto, uma ferramenta para uma experiência positiva de nascimento (WHO, 2018a) contribui para o empoderamento e satisfação das mulheres/casais no processo de nascimento dos seus filhos (Silva & Lopes, 2020). O plano de parto consiste numa estratégia que promove o envolvimento da mulher na preparação para o trabalho de parto e parto, através do qual pode expressar as suas expectativas e desejos. Contudo, a informação e a promoção do plano de parto parecem, ainda, não ser realizadas de forma contínua nas consultas de vigilância da gravidez nem nos programas de preparação para o parto (Silva & Lopes, 2020), facto que pode justificar a reduzida percentagem de mulheres que apresentaram um plano de parto na nossa amostra. É, portanto, essencial o papel do EEESMO na promoção da literacia da mulher/casal acerca do processo normal e fisiológico do trabalho de parto para que possam tomar decisões realmente informadas e sejam apoiadas na elaboração do seu plano de parto.

Verificámos que sendo uma primeira gravidez as mulheres realizaram maior número de consultas (Tabela 5). Estudos apontam que as mulheres que já vivenciaram outras gravidezes, que não apresentaram complicações prévias tendem a realizar menos consultas de vigilância da gravidez atual (Rosa et al., 2014; Titaley et al., 2010).

Tabela 5 - Número de gravidezes e Número de consultas de vigilância da gravidez

NºConsultas	NºGravidezes					
	Uma	Duas	Três	Quatro	Cinco	Mais que cinco
1 - 2 Consultas	1	2	2	0	0	0
3 - 5 Consultas	14	5	0	2	0	1
6 - 10 Consultas	26	24	13	2	3	2
Mais que 10 consultas	11	4	1	1	0	0

Verificámos ainda que foram também as mulheres que vivenciavam a primeira gravidez as que realizaram mais cursos de preparação para o parto (Tabela 6), reforçando a ideia de que a inexperiência e o maior desconhecimento sobre o que pode acontecer nas primigestas traz insegurança e medo, principalmente relacionados com o momento do parto (Simas et al., 2013; Tostes & Seidl, 2016).

Tabela 6 - Número de gravidezes e realização de Curso de Preparação para o Parto

Preparação para Parto	Nº Gravidezes					
	Uma	Duas	Três	Quatro	Cinco	Mais que cinco
Não	36	20	10	4	2	3
Sim	16	15	6	1	1	0

### Caracterização do Trabalho de Parto

Relativamente ao motivo de internamento, 49,1% das mulheres foram internadas em início espontâneo do trabalho de parto (fase latentes/ fase ativa/ rotura espontânea da bolsa amniótica), 11,4% das mulheres foram internadas por rotura espontânea da bolsa amniótica, sem trabalho de parto e 39,5% das mulheres ficaram internadas para indução do trabalho de parto.

Das mulheres que realizaram indução do trabalho de parto, verificou-se que, relativamente aos motivos da indução, 15,8% ocorreu devido à idade gestacional  $\geq 41$  semanas, 11,4% por rotura espontânea da bolsa amniótica (REBA) sem trabalho de parto após seis horas (média do número de horas de REBA = 6,26 horas com DP=7,6), 6,1% devido a patologia materna associada à gravidez ou coexistente, 5,3% por restrição do crescimento intrauterino, 3,5% por oligoâmnios e 8,8% por motivos não conhecidos (decisão médica/utente).

A indução do parto pode ser necessária para garantir a segurança da mãe e do feto (DGS, 2015a), mas não é isenta de riscos, pelo que deve ser realizada apenas quando houver uma indicação médica clara e os benefícios esperados superam os seus potenciais riscos (WHO, 2011). Contudo, a incidência de indução do trabalho de parto para encurtar a duração da gravidez ou programar o dia do nascimento tem aumentado em todo o mundo, especialmente nos países desenvolvidos (WHO, 2011). Durante a indução do parto, a mulher pode ver a sua mobilidade limitada, o próprio procedimento pode potenciar o seu desconforto e além disso, é afetado o processo natural da gravidez e trabalho de parto, podendo aumentar os riscos de complicações maternas e fetais (WHO, 2011). Verificamos que 8,8% das induções de trabalho de parto na nossa amostra não apresentavam um motivo médico claro, o que vai de encontro ao supracitado. Neste sentido, é fundamental que o EEESMO esteja consciente das implicações da indução do trabalho de parto no decurso do mesmo e informe e consciencialize as mulheres relativamente aos benefícios e riscos da indução do trabalho de parto, capacitando-as para tomadas de decisão informadas e seguras.

Durante o trabalho de parto, a maioria das mulheres (77,2%) esteve com monitorização cardiotocográfica alternada entre com e sem fios (*wireless*), sendo que apenas 3,5% das mulheres esteve com monitorização com fios. A tecnologia de monitorização cardiotocográfica sem fios favorece a liberdade de posturas e movimento das mulheres durante o trabalho de parto, promovendo a sua autonomia, controle e satisfação (Fox et al., 2021).

Todas as mulheres (100%) utilizaram medidas não farmacológicas de alívio da dor no trabalho de parto, 78,9% recorreram à analgesia epidural e 96,5% das mulheres utilizaram analgesia endovenosa (Tabela 7). Uma das intervenções essenciais do EEESMO é ajudar as mulheres a suportar a dor do trabalho de parto, o que pode ser alcançado através de métodos farmacológicos e não farmacológicos (Ordem dos Enfermeiros, 2014b; WHO, 2018a). Vários estudos demonstram a eficácia dos métodos não farmacológicos no alívio da dor durante o trabalho de parto, contribuindo para a autonomia e protagonismo da mulher e para a evolução do processo fisiológico do parto (Cavalcante et al., 2021; Mascarenhas et al., 2019). Importa que o EEESMO tenha conhecimentos sobre a fisiologia da dor do trabalho de parto, oriente e familiarize as mulheres/casais quanto aos métodos disponíveis para alívio da dor, os benefícios e potenciais riscos de cada um, oferecendo-lhes a possibilidade de eleger um ou vários métodos, conforme os desejos e necessidades.

Ao longo da prática clínica no Bloco de Partos, revelou-se interessante verificar que a maioria das mulheres (52,6%) não tinha conhecimento acerca dos benefícios da liberdade de movimentos e posições verticais durante o primeiro estágio do trabalho de parto, nem relativamente à possibilidade de escolha de diferentes posições. Este facto parece refletir a desinformação das mulheres relativamente à temática, apesar de ser uma prática recomendada por inúmeras organizações de referência internacionais e nacionais, com vista à promoção do processo fisiológico do parto e nascimento.

Esta falta de informação poderá ser reflexo da assistência oferecida às mulheres durante o período pré-natal, fazendo-se necessário refletir sobre o papel da educação para a saúde nesse período. Por vezes, as consultas de vigilância da gravidez focam-se sobretudo em questões fisiopatológicas, o que isoladamente é insuficiente para evolução e desfecho favorável e saudável da gravidez (Campos et al., 2016; Quadros et al., 2016), sendo imprescindível que o EEESMO faça uso da educação para a saúde como instrumento de promoção da saúde da mulher, família e comunidade, bem como de promoção do parto e nascimento como processo fisiológico.

As ações educativas no período pré-natal, são fundamentais na redução de medos e ansiedade, na facilitação do processo de gravidez e nascimento e na promoção



do papel de protagonista, de participante ativa da mulher ao longo do ciclo gravídico-puerperal (Cardoso et al., 2019).

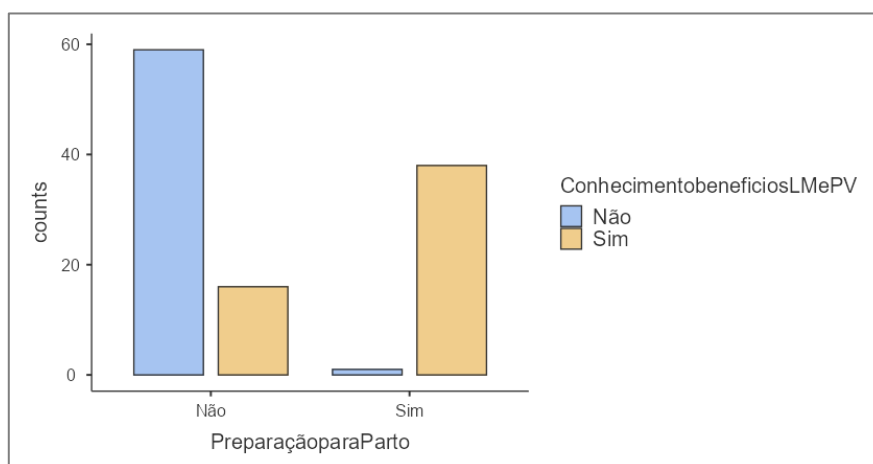


Figura 4 - Conhecimento dos benefícios da liberdade de movimento e posturas verticais e realização de Curso de Preparação para o Parto

Foi possível verificar na prática clínica, em contexto de Bloco de Partos, que apenas 34,2% das mulheres, a quem se prestaram cuidados, frequentaram aulas de preparação para o parto e que apenas 10,5% das mulheres apresentaram um plano de parto. De facto, a situação pandémica vivida parece ter sido um dos fatores que impediu algumas mulheres de frequentarem aulas de preparação para o parto e parentalidade, seja por estes cursos terem sido suspensos, seja pelo receio das mulheres se exporem e se infetarem pelo vírus SARS-Cov-2, permanecendo mais isoladas (Paixão et al., 2021; Vale et al., 2021). Cabe ao EEESMO compreender esta realidade e ser sensível à importância que as ações educativas, sejam elas individuais ou coletivas, têm no aumento dos conhecimentos e capacitação das mulheres, de forma que estas possam superar as dificuldades, obter maior autonomia enquanto protagonistas de todo o processo gravídico-puerperal e vivenciar esta fase da vida de forma satisfatória (Quadros et al., 2016; A. L. S. Silva et al., 2015).

Ao longo do Estágio em Bloco de Partos, foi facultada à totalidade das mulheres (100%) alvo de cuidados pela mestranda, a possibilidade de escolha e dado apoio nas suas preferências de mobilidade e posicionamento durante o trabalho de parto.

Tabela 7 -Caracterização do Trabalho de Parto

		Frequência	Porcentagem
Motivo de internamento	Trabalho de parto espontâneo (Fase Latente)	13	11,4
	Trabalho de parto espontâneo (Fase Ativa)	34	29,8
	Indução do Trabalho de Parto	45	39,5
	Rotura espontânea da bolsa de águas (com trabalho de parto)	9	7,9
	Rotura espontânea da bolsa de águas (sem trabalho de parto)	13	11,4
Motivo de Indução do Trabalho de Parto	Idade Gestacional $\geq$ 41 semanas	18	15,8
	Rotura espontânea da bolsa de águas sem trabalho de parto $\geq$ 6h	13	11,4
	Restrição de crescimento Intrauterino	6	5,3
	Oligoâmnios	4	3,5
	Patologia Materna associada a gravidez ou coexistente	7	6,1
	Outro	10	8,8
	Não Induzido	56	49,1
Modo de monitorização cardiotocografica	Cardiotocógrafo sem fios: Telemetria	22	19,3
	Cardiotocógrafo com fios	4	3,5
	Cardiotocógrafo Com e Sem fios (Alternado)	88	77,2
Analgesia epidural	Não	24	21,1
	Sim	90	78,9
Administração de medicação endovenosa	Não	4	3,5
	Sim	110	96,5
Conhecimento sobre benefícios da liberdade de movimentos e adoção de posições verticais	Não	60	52,6
	Sim	54	47,4
Tipo de Parto	Eutócico	69	60,5
	Ventosa	12	10,5
	Fórceps	3	2,6
	Cesariana	28	24,6
	Omisso	2	1,8
Ferida perineal pós-parto	Nenhuma	50	43,9
	Episiotomia/Episiorrafia	27	23,7
	Laceração Grau I	23	20,2
	Laceração Grau II	13	11,4
	Laceração Grau III	1	,9

Foram realizadas ações de educação para a saúde personalizadas e adequadas às necessidades específicas de cada mulher/ acompanhante, dando informações claras, consistentes e baseadas em evidências científicas sobre os benefícios da liberdade de movimentos e posturas, permitindo-lhes tomar decisões sobre as posições mais confortáveis, aumentando a sua noção de controlo sobre a sua experiência de parto. É fundamental capacitar a mulher para tomadas de decisão e ação devidamente esclarecidas, promovendo a sua adaptação e satisfação com os cuidados prestados (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

O EEESMO, na sua prática deve implementar estratégias concordantes com as necessidades e preferências da mulher, assegurando a segurança, dignidade e integridade humana, de acordo com as recomendações da OMS, conhecidas para tal (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Neste sentido, o EEESMO deve garantir a efetivação de estratégias que permitam e facilitem a mobilidade e as posturas consoante a escolha da mulher. Portanto, na prática clínica, no Bloco de Partos, procurou-se adequar os cuidados e intervenções de forma a não impedir que as mulheres pudessem mobilizar-se e adotar posturas verticais, nomeadamente ao nível da monitorização cardiotocográfica e perfusões endovenosas (Ondeck, 2019). Sempre que possível e de acordo com a necessidade/preferência da mulher em movimentar-se utilizou-se o sistema *wireless* de monitorização cardiotocográfica e foram suspensas ou mesmo não iniciadas perfusões endovenosas, de forma que os fios não constituíssem incomodo ou constrangimento para mulher o fazer (Fox et al., 2021). A maioria das mulheres que receberam cuidados pela mestranda, durante o Estágio, foram monitorizadas com sistema de cardiotocografia com fios e *wireless*, alternadamente (77,2%), consoante a disponibilidade dos equipamentos e a necessidade das mulheres. Apenas 3,5% das mulheres não utilizaram o sistema de monitorização sem fios (*wireless*) e 19,3% das mulheres foram monitorizadas apenas com o sistema de cardiotocografia sem fios.

Durante o Estágio, no contexto de Bloco de Partos, após a sensibilização sobre a liberdade de movimentos e posicionamentos, foi possível verificar que as mulheres assumiram posições verticais e movimentaram-se de acordo com a sua preferência, por uma média de 3,23 horas (DP=2,11).

O que parece importante compreender é que as mulheres, depois de adquirirem o conhecimento e competência para decidirem quanto às posturas e mobilidade durante o trabalho de parto, assumem posições verticais e escolhem movimentar-se, o que demonstra a sua vontade e necessidade de participarem ativamente no decurso do trabalho de parto e parto. As mulheres detentoras de conhecimento e competências usufruem do protagonismo no seu trabalho de parto e parto (Zirr et al., 2019). Com o apoio do EEESMO, as mulheres são capazes de experimentar espontaneamente

diferentes posições, necessitando apenas de um ambiente seguro, afetuoso e tranquilo para o fazer.

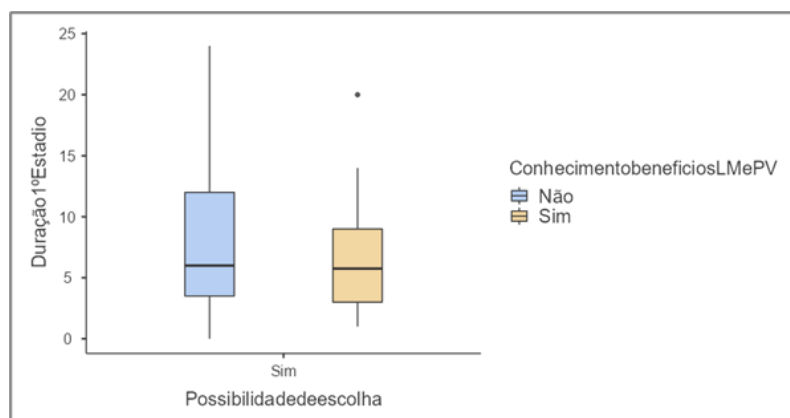


Figura 5 - Conhecimento dos benefícios da liberdade de movimentos e posturas verticais e duração do 1º estágio do trabalho de parto

Relativamente à duração do primeiro estágio do trabalho de parto, considerou-se para efeitos da sua contabilização, o momento em que a grávida apresentou contratilidade uterina rítmica e regular, com alterações do colo uterino, nomeadamente algum grau de apagamento e dilatação de pelo menos 3-4 centímetros, até ao momento em que apresentou dilatação completa do colo uterino. O primeiro estágio do trabalho de parto pode ser dividido em fase latente e fase ativa. A fase latente compreende o período desde o apagamento e início da dilatação do colo uterino, entre os zero e os quatro centímetros de dilatação, seguindo-se a fase ativa, dos quatro centímetros até à dilatação completa (Fatia & Tinoco, 2016). Decidiu-se fazer a contabilização do primeiro estágio do trabalho de parto a partir dos 3-4 centímetros de dilatação de forma a abranger um maior número de mulheres, já que muitas delas são internadas em Bloco de Partos já nesta fase do trabalho de parto.

As mulheres alvo de cuidados prestados em contexto da prática apresentaram uma média de duração do primeiro estágio do trabalho de parto de 7,11 horas (DP=5,12). Existe um grande número de fatores, envolvidos diretamente no trabalho de parto, que o podem influenciar, quer positivamente, quer negativamente, desde o estado emocional e físico da mulher, o ambiente físico do serviço, entre outras, que são impossíveis de controlar, impedindo assim resultados claros relativamente à duração do trabalho de parto. Por outro lado, dada a grande heterogeneidade da população alvo quanto à paridade (nulíparas/múltiparas), motivo de internamento (indução do trabalho de parto; início espontâneo do trabalho de parto; rotura da bolsa amniótica com e sem trabalho de parto), não é possível concluir sobre a influência da liberdade de

movimentos e adoção de posturas verticais na duração do primeiro estágio do trabalho de parto.

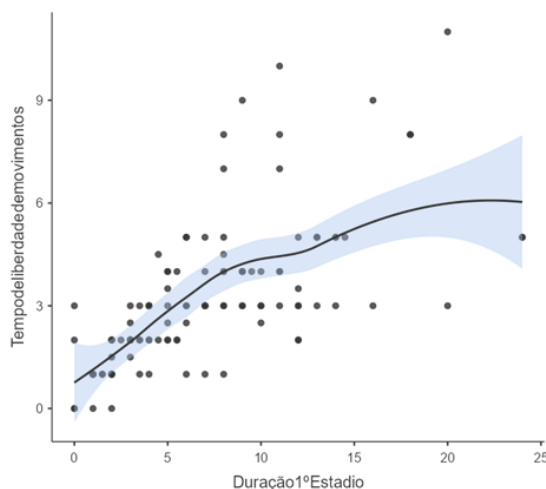


Figura 6 - Diagrama de relação entre a duração do 1º estágio do trabalho de parto e o tempo de livre movimentação e posições verticais

No entanto, pode inferir-se que a promoção da liberdade de movimentos e posturas verticais não parece ser uma intervenção que conduza a prejuízos na progressão do trabalho de parto, inclusive no aumento da duração do mesmo. Segundo a OMS, é recomendado que as mulheres sejam informadas de que não está estabelecida uma duração padrão do primeiro estágio e que essa duração pode variar amplamente de uma mulher para outra (WHO, 2018a).

Apesar de este não ter sido um dos objetivos da colheita de dados, o feedback obtido por parte das mulheres durante o trabalho de parto, no contexto da prática em contexto do Estágio, permitiu verificar, na sua generalidade, uma grande satisfação relativamente à possibilidade de se poderem movimentar livremente e poderem adotar posturas verticais, tendo sido referido por várias mulheres que as posturas verticais e a liberdade de movimentos contribuíam para o seu “bem-estar, conforto e capacidade de lidar com a dor”. De acordo com o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, a satisfação do cliente é um dos pontos essenciais na avaliação da qualidade dos cuidados prestados pelo EEESMO (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Neste sentido, é importante destacar o EEESMO como elemento fundamental na satisfação da mulher/casal com a sua experiência de parto, podendo a promoção da liberdade de movimentos e posturas verticais constituir uma intervenção benéfica e de baixo custo para contribuir para uma experiência positiva de parto.

No que respeita à caracterização dos recém-nascidos, foi considerado o peso e o índice de APGAR. Relativamente ao peso, a maioria dos recém-nascidos apresentou

peso ao nascer entre 2500g e 3999g (Tabela ), respetivamente: 24,6% com peso compreendido entre 2500g – 2999g; 45,6% entre 3000g - 3499g; e 21,9% entre 3500g e 3999g. Apenas 4,4% dos recém-nascidos apresentou peso ao nascer inferior 2499g e somente 3,5% apresentaram peso superior a 4000g. O peso ao nascimento é um parâmetro usado para avaliar as condições de saúde do recém-nascido, podendo alertar os profissionais de saúde acerca do risco de morbimortalidade. O baixo peso ao nascer (< 2.500g), mesmo quando adequado para a idade gestacional, é considerado o fator de risco isolado mais influente nas complicações neonatais e nos primeiros anos de vida (Tourinho & Reis, 2012). Por outro lado a macrossomia fetal (> 4.000g) está associada a maior probabilidade de intercorrências perinatais, como por exemplo a asfixia ao nascer, hipoglicemia, rotura prematura de membranas, trabalho de parto prematuro, desproporção feto-pélvica, traumas esqueléticos, entre outros e pode ainda relacionar-se com o desenvolvimento de doenças na vida adulta (Tourinho & Reis, 2012).

O índice de APGAR é um método de avaliação do estado clínico do recém-nascido a partir do primeiro minuto de vida, que traduz a adaptação imediata do feto à vida extrauterina, determina a necessidade e avalia a eficácia da reanimação, o qual considera cinco sinais que podem ser facilmente identificados pelos profissionais de saúde, sem interferir nos cuidados ao bebé: frequência cardíaca, respiração, os reflexos, o tónus muscular e a cor (Apgar, 2015). O índice de APGAR é avaliado ao 1º e 5º minutos após o nascimento para todos os bebés e em intervalos de cinco minutos até ao 20º minuto para bebés com pontuação inferior a 7, sendo considerada uma adaptação à vida extrauterina normal um resultado igual ou superior a 7 (American Academy of Pediatrics Committee on Fetus and Newborn & American College of Obstetricians and Gynecologists Committee on Obstetric Practice, 2015; Apgar, 2015). De considerar alguns fatores que podem influenciar o índice de APGAR, nomeadamente sedação ou anestesia materna, malformações congénitas, idade gestacional, maturidade fisiológica do recém-nascido, trauma e subjetividade do observador (Apgar, 2015).

Dos dados obtidos na prática clínica, verificámos que apenas um recém-nascido apresentou pontuação três (3) ao primeiro minuto e sete (7) ao quinto minuto, sendo que todos os outros não apresentaram pontuação inferior a oito (8), quer no primeiro quer no quinto minutos. O único caso que apresentou índice de APGAR mais baixo, diz respeito a um recém-nascido de termo (idade gestacional entre 37 e 39 semanas e seis dias), que nasceu de parto eutócico, com peso ao nascer > 4000g, podendo o baixo índice de APGAR ao primeiro minuto estar relacionado com alguma intercorrência intraparto. É essencial que os EEESMO estejam despertos para avaliação precisa do

índice de APGAR, de modo a determinar oportuna e adequadamente a necessidade de reanimação neonatal.

Tabela 8 - Caracterização dos Recém-nascidos

	Frequência	Porcentagem	
Peso do RN	< 2499g	5	4,4
	2500g – 2999g	28	24,6
	3000g – 3499g	52	45,6
	3500g – 3999g	25	21,9
	4000g – 4499g	4	3,5
Índice de APGAR	10.10.10	41	36,0
	9.10.10	58	50,9
	8.10.10	8	7,0
	9. 9. 9	1	,9
	8. 9. 9	1	,9
	8. 8. 10	2	1,8
	8. 9. 10	2	1,8
	3. 7. 10	1	,9

Tendo em conta o modo de recolha dos dados empíricos, não foi possível concluir sobre a influência da liberdade de movimento e posturas na duração do trabalho de parto, no entanto, foi possível compreender que, tal como evidenciado na revisão de literatura realizada, as mulheres devem ser informadas e aconselhadas sobre os benefícios da mobilidade e posturas verticais durante trabalho de parto, incentivadas e apoiadas a assumir as posições que escolherem para o seu conforto e bem-estar. A possibilidade de escolha relativamente à mobilidade e posturas durante o trabalho de parto é valorizada pelas mulheres (Hollins-Martin CJ, 2013; Ondeck, 2019), promove a satisfação da mulher e, portanto, contribui para experiências positivas de parto.

Uma experiência de parto positiva será aquela que cumpre ou excede as expectativas pessoais e socioculturais da mulher, incluindo dar à luz um bebé saudável, num ambiente clínica e psicologicamente seguro, com contínuo apoio prático e emocional de um acompanhante significativo e uma equipa de saúde atenta, amável, tecnicamente competente, que promove a autonomia, a perceção de controle através do envolvimento na tomada de decisões (WHO, 2018a).

## 4 - ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE MOBILIZAÇÃO DE COMPETÊNCIAS

O conceito de competência diz respeito não apenas ao simples saber-fazer mas antes ao uso criterioso e consistente da comunicação, do conhecimento, de habilidades técnicas, raciocínio clínico, emoções, valores e capacidade de refletir sobre a prática diária para o benefício individual e da coletividade, sendo que o profissional competente assume uma postura ativa diante das situações de trabalho, utilizando e transformando os conhecimentos de modo a aplicá-los na prática (Camelo & Angerami, 2013). É através da reflexão que se torna possível a construção de uma nova e mais profunda compreensão da experiência e a articulação dos conhecimentos de forma mais significativa, favorecendo o desenvolvimento de profissionais mais autônomos e críticos, com um impacto positivo na qualidade da prestação de cuidados (Peixoto & Peixoto, 2016).

Neste contexto, ao longo do presente capítulo apresentam-se descritas as atividades desenvolvidas ao longo do Estágio, bem como a análise reflexiva das mesmas, com vista a espelhar o processo de aquisição e desenvolvimento de competências comuns dos enfermeiros especialistas e de competências específicas do EEESMO, em cada contexto da prática clínica.

### 4.1 - Competências Comuns dos Enfermeiros Especialistas

O enfermeiro especialista é, segundo OE (2019, p. 4744), “aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem” (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de Fevereiro de 2019). As competências comuns são as partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da área de especialização, sendo demonstradas através da capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados, bem como através do investimento na formação e investigação.

Neste sentido, todo o enfermeiro especialista, na diversidade de especialidades que contempla a profissão de enfermagem, partilha quatro domínios comuns, transversais a todos os contextos de prestação de cuidados: Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal; Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade; Domínio da Gestão dos Cuidados e Domínio das Aprendizagens Profissionais.



O domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, do enfermeiro especialista, inclui duas competências: o desenvolvimento de uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional e a promoção de práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

No que respeita a este domínio desenvolvi a minha prática, independentemente do contexto de atuação, assente no código deontológico da OE, com atitude respeitosa pelos valores, costumes, as crenças individuais dos utentes e da equipa de saúde, promovendo um modelo assistencial holístico, sem exercer juízos de valor. Garanti que todos os cuidados prestados respeitassem a privacidade e a confidencialidade dos dados relativos à mulher/família, com vista a desenvolver uma prática que primasse pela dignidade da vida humana. Neste sentido, privilegiei a prestação dos cuidados em espaços individualizados, explicando e pedindo o seu consentimento para a realização de qualquer procedimento, envolvendo as utentes na tomada de decisões e resolução de problemas e procurando sempre estabelecer uma relação terapêutica e de confiança com a mulher/família. Preocupe-me em perceber se as utentes/famílias compreendiam a informação que lhes era transmitida, validando-a, esclarecendo personalizadas as suas dúvidas, e sempre que necessário reformulando o conteúdo da informação, permitindo que tomassem decisões de forma autónoma, livre e esclarecida, aceitando ou recusando uma intervenção.

O domínio da melhoria contínua da qualidade assenta em três competências, pelo que o enfermeiro especialista, garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua e garante um ambiente terapêutico e seguro.

A Direção-Geral da Saúde (2015), no Plano Nacional de Saúde 2016-2020, define como uma das prioridades a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde, que implica a prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tenha em conta os recursos disponíveis e consiga, total adesão e satisfação do cidadão, implicando ainda a adequação dos cuidados de saúde às necessidades e expectativas do cidadão e o melhor desempenho possível.

Neste seguimento, o Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros define os padrões de qualidade para os cuidados de enfermagem, expondo-os em seis enunciados descritivos: satisfação do cliente; promoção da saúde; prevenção de complicações; autocuidado, autocontrolo e mestria; readaptação funcional; organização dos cuidados de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2021).

Nos diferentes campos clínicos, aproveitei os vários momentos de reflexão sobre as práticas, identificando aquelas que seriam de qualidade e as que pudessem colocar em causa a segurança das utentes/família e a continuidade dos seus cuidados. Procurei conhecer e seguir os protocolos de atuação dos serviços onde decorreu o Estágio com vista a contribuir para a qualidade dos mesmos.

No decorrer do Estágio adotei uma conduta baseada na evidência científica, incorporando os resultados da investigação na minha prática, não esquecendo que bons cuidados significam coisas diferentes para pessoas diferentes, contribuindo para elevados níveis de satisfação das utentes/família. Dada a importância que tem na melhoria contínua da qualidade e segurança dos cuidados e, dado que o Estágio decorreu em período de pandemia, a prevenção e o controlo de infeções assumiu um papel de elevada relevância. Neste sentido, de forma a garantir a segurança das utentes/famílias alvo da minha ação bem como das equipas de saúde onde me inseri, garanti que a minha prática se desenvolvia de acordo com as precauções básicas de controlo de infeção definidas pela DGS (2013), nomeadamente, avaliação individual do risco de infeção na admissão do doente, a etiqueta respiratória, a higienização das mãos, a utilização de equipamento de proteção individual, a descontaminação do equipamento clínico, o controlo ambiental e descontaminação adequada das superfícies, o manuseamento seguro da roupa, a gestão adequada dos resíduos, as práticas seguras na preparação e administração de injetáveis e a prevenção da exposição a agentes microbianos no local de trabalho (DGS, 2013).

No que respeita ao domínio da gestão de cuidados o enfermeiro especialista gere os cuidados que presta, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e a articulação na equipa de saúde e adequando os recursos às situações e ao contexto, de forma a garantir a qualidade dos cuidados. Neste sentido, adaptei-me à metodologia de trabalho e aos recursos existentes nos diferentes campos clínicos sem dificuldade e estabeleci boas relações interpessoais que facilitaram o meu desempenho e o trabalho em equipa. Cooperei nas decisões da equipa multidisciplinar, e encaminhei as utentes/famílias para outros prestadores de cuidados de saúde sempre que as suas necessidades ultrapassavam as minhas competências. De evidenciar que o facto de ser enfermeira na Unidade Hospitalar de Portimão, foi verdadeiramente facilitador deste processo.

No âmbito do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, o enfermeiro especialista desenvolve o autoconhecimento e a assertividade e baseia a sua prática clínica em evidência científica. No decorrer do Estágio tive oportunidades que permitiram refletir e desenvolver o conhecimento de mim própria, das minhas limitações e fragilidades e, consciente da influência que as mesmas podem adquirir na relação profissional e terapêutica, procurei identificar os fatores que pudessem ser

prejudiciais no relacionamento com as utentes/família e/ou com a equipa de saúde. Fui capaz de gerir emoções e sentimentos e acredito ter sido capaz de uma prática assertiva e responsável, baseada na integridade, na dedicação e confiança, com impacto direto nas pessoas envolvidas.

Consciente da relevância que a formação contínua adquire na construção de conhecimento, na promoção de boas práticas e na melhoria da qualidade e segurança dos cuidados, dei enfoque à constante procura de evidência científica atual, disponível em bases de dados científicas, para garantir a tomada de decisão fundamentada.

De salientar os momentos de partilha de conhecimentos e experiências, bem como a reflexão sobre as mesmas, no seio das equipas de enfermagem, já que favoreceram a aprendizagem e deram oportunidade a que se identificassem necessidades pessoais e na equipa sobre temáticas pertinentes para a melhoria da qualidade dos cuidados.

Ainda no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, objetivei aprofundar a temática liberdade de movimentos e a adoção de posições verticais durante o 1º estágio do trabalho de parto, realizando uma revisão integrativa de literatura e adquirindo dados na prática clínica que me permitiram refletir e ampliar os conhecimentos técnicos, científicos e humanos, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados e garantindo uma prática baseada na evidência científica.

#### **4.2 – Competências Específicas dos Enfermeiros em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica**

De acordo com o regulamento das competências específicas do EEESMO, publicado em Diário da República a 3 de maio de 2019, a Mulher no âmbito do ciclo reprodutivo constitui o foco dos cuidados do EEESMO, devendo ser encarada como uma pessoa no seu todo, considerando as relações interpessoais com os seus conviventes significativos e o ambiente em que está inserida (Regulamento n.º 391/2019, de 3 de Maio de 2019). O EEESMO assume a responsabilidade pelo cuidado à mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar, durante o período preconcepcional, no período pré -natal, durante o trabalho de parto, no período pós -natal, durante o período do climatério, na vivência de processos de saúde/doença ginecológica e, ainda, pelo cuidado numa perspetiva coletiva ao grupo-alvo, mulheres em idade fértil, na comunidade (Regulamento n.º 391/2019, de 3 de Maio de 2019).

Durante o Estágio, nos vários contextos da prática clínica, tive inúmeras oportunidades de prestar cuidados à mulher inserida na família e comunidade, em

diversos estádios do seu ciclo reprodutivo e, como tal, pode adquirir e desenvolver as competências específicas do EEESMO. Assentei a minha prática de cuidados no modelo teórico de Dorothea Orem – A Teoria do Déficit de Autocuidado da Enfermagem, favorecendo a identificação das necessidades de autocuidado, a determinação de soluções para a saúde, doença e bem-estar da mulher, inserida na família e comunidade, além de capacitá-la para que desenvolva continuamente o seu próprio cuidado, tendo em vista a melhoria da sua vida, saúde e bem-estar.

Neste subcapítulo pretende-se apresentar a análise reflexiva das atividades desenvolvidas durante o Estágio no sentido de adquirir e desenvolver as competências específicas do EEESMO, considerando cada campo clínico do Estágio.

### Serviço de Ginecologia

Durante o Estágio realizado no Serviço de Ginecologia da Unidade hospitalar de Portimão, no período compreendido entre 15 de setembro e 23 de outubro de 2020 (6 semanas), prestei cuidados a 67 mulheres/família, nas diversas fases do ciclo reprodutivo, a vivenciar processos de doença ginecológica, génito-urinária e em situação de abortamento (voluntário/terapêutico) e a 4 grávidas/família a vivenciar situações de risco e desvio do seu padrão normal saúde.

Foram prestados cuidados de enfermagem especializados a 47 mulheres internadas e respetiva família a vivenciar processos de patologia ginecológica. A idade dessas mulheres estava compreendida entre os 20 e os 80 anos e os diagnósticos mais comuns foram: Incontinência Urinária de Esforço (várias vezes acompanhada de cistocele e/ou retocele); Prolapso uterovaginal; Mioma uterino; Doença Inflamatória Pélvica; Teratoma do Ovário; Quisto do Ovário; Neoplasia do Ovário; Neoplasia do Colo do Útero; Neoplasia do Endométrio; Metrorragia Persistente (acompanhada de anemia) e Pólipo Uterino. Na sua maioria estas utentes foram encaminhadas da consulta externa de ginecologia para realização de cirurgia programada, mas algumas ficaram internadas após recorrerem ao serviço de urgência.

A necessidade de hospitalização e/ou de intervenção cirúrgica potencia a sensação de ameaça pela qual a mulher passa, fazendo-a atravessar um momento de ansiedade que poderá interferir no curso do seu tratamento e na sua recuperação. Soma-se com frequência a falta de informação que intensifica essa angústia. O enfermeiro EEESMO tem um papel fundamental na identificação de como a mulher/família avalia a situação e de que recursos dispõe para enfrentá-la, estabelecendo com ela uma parceria de cuidados efetiva e envolvendo a família no processo de cuidados. De acordo com modelo teórico de Dorothea Orem, cabe aos profissionais de enfermagem prever ou determinar alguma alteração no déficit de

autocuidado, seja este devido a uma diminuição das competências para o autocuidado ou por um aumento dos requisitos de cuidados, ou até por ambos, estabelecendo com a pessoa, a estrutura e o conteúdo da prática de enfermagem. Neste sentido, tendo em conta as crenças, valores e desejos das utentes, procurei ajudá-las a compreender e a lidar com o processo patológico que estavam a vivenciar, dando informação clara sobre esse processo e esclarecendo as suas dúvidas, de forma que pudessem adquirir um certo sentimento de domínio, isto é empoderando-as. Mostrei-me disponível para escutar ativamente as utentes a fim de que me vissem como parceira de cuidados e expressassem os seus sentimentos, medos, angústias e dúvidas sem qualquer tipo de constrangimentos.

Na minha prestação diária garanti a privacidade e intimidade das utentes/família e procurei criar um ambiente acolhedor e de confiança. A avaliação criteriosa da mulher no seu todo, através da anamnese, do exame físico e da escuta ativa permitiram identificar as áreas de atenção mais significativas, os riscos e possibilidades de complicações no âmbito da saúde da mulher, facilitando o estabelecimento de diagnósticos de enfermagem adequados e a elaboração de um plano de cuidados individualizado que permitisse potenciar a sua saúde de acordo com o seu próprio projeto.

O enfermeiro EEESMO tem um papel fundamental na promoção da saúde das mulheres/família (Ordem dos Enfermeiros, 2018), pelo que, aproveitei as oportunidades para promover estilos de vida saudáveis no geral e no âmbito da saúde sexual e reprodutiva.

Um grande número das mulheres a quem prestei cuidados foram submetidas a histerectomia, evidenciando-se este como um processo difícil, que envolve fatores emocionais, psicológicos e culturais, já que o útero possui valor simbólico relacionado à feminilidade (Schmidt et al., 2019). Neste sentido, tornou-se fundamental o esclarecimento de dúvidas e expectativas a respeito da cirurgia, bem como da sua possível interferência na vivência da sexualidade, na autoimagem e na qualidade de vida das mulheres. Sempre que possível, procurei envolver os parceiros das utentes, sensibilizando e motivando para a importância de frequentar as consultas de planeamento familiar, promovendo uma participação ativa de ambos na tomada de decisão de forma a vivenciamos uma sexualidade prazerosa (DGS, 2008).

A cirurgia ginecológica é vivenciada de forma particular por cada mulher, enfrentando esta uma diversidade de mudanças no corpo e na consciência de si própria (Silva & Vargens, 2016). Tive oportunidade de verificar na prática, através do discurso de utentes submetidas a anexectomia unilateral, que a cirurgia ginecológica, em decorrência de uma situação patológica, pode provocar alterações profundas da

percepção da mulher de si mesma, considerando que a perda de um ovário, compromete, além da sua capacidade reprodutiva, a sua sexualidade e feminilidade. Referem, por vezes, sentir-se uma pessoa diferente, com um corpo imperfeito, “menos mulher”. Face ao exposto foi de extrema importância compreender os fatores individuais e socioculturais que influenciaram o entendimento da mulher sobre o que está a vivenciar no sentido de a apoiar no processo de superação das dificuldades e na readaptação à sua nova situação.

Neste contexto clínico, grande parte das mulheres alvo dos meus cuidados, encontravam-se no climatério, ou seja no período de vida no qual ocorre um declínio progressivo da função ovárica, estando frequentemente associado a um conjunto de sinais e/ou sintomas (irregularidades menstruais, calores, afrontamentos, transpiração noturna, alterações do humor e do sono, entre outros), que compreende três fases (pré, peri e pós-menopausa) e cuja individualização não é linear (Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2016). Esta fase da vida da mulher é marcada de transformações físicas e psicológicas, muitas vezes influenciadas pelo contexto sociocultural em que a mulher está inserida, sendo necessária uma contínua readaptação da mulher. Na minha prática procurei aumentar a percepção dessas mulheres sobre a sua saúde e sobre as mudanças que podem ocorrer neste período da sua vida, tentando ajudá-las a enfrentar esta fase com tranquilidade e maior capacidade cuidar de si mesmas. Para isso, empenhei-me em identificar o nível de conhecimentos da mulher, as condições que influenciam a sua experiência de transição tendo em conta os pontos vulneráveis ou críticos, no sentido de lhe fornecer informações pertinentes e individualizadas, de acordo com as suas necessidades específicas, desmistificando conceitos e incentivando a procura dos serviços de saúde (Bisognin et al., 2015; Jesus et al., 2020).

Sempre que identifiquei situações de complicação ou situações com área de intervenção que saíam do âmbito da saúde materna e obstétrica, referenciei as mulheres/casais para outros profissionais competentes.

O Estágio no Serviço de Ginecologia permitiu ainda adquirir competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados à mulher grávida/família (com idade gestacional inferior a 22 semanas) com patologia, bem como na prestação de cuidados de enfermagem especializados à mulher/família a vivenciar o processo de perda gestacional (gravidez ectópica, aborto espontâneo, interrupção médica da gravidez).

No que diz respeito às grávidas com complicações, os diagnósticos mais comuns foram hiperémese gravídica e pielonefrite.

A hiperémese gravídica é um dos distúrbios mais comuns da gravidez, caracterizada por náuseas intensas e vômitos excessivos predominantemente durante

o primeiro trimestre, afetando a qualidade de vida da mulher (Bustos et al., 2017). Em casos graves as complicações incluem deficiência de vitaminas, desidratação e desnutrição, se não tratadas de forma adequada, podendo além disso aumentar o risco de depressão e ansiedade durante a gravidez (Jennings & Mahdy, 2021).

A pielonefrite aguda a complicação médica grave mais comum da gravidez e uma das causas mais frequentes de internamento na mulher grávida, sendo considerada um fator predisponente para parto pré-termo, rutura prematura de membranas e restrição de crescimento intrauterino (Figueiredo et al., 2012).

Em qualquer uma das situações acima mencionadas, face à necessidade de hospitalização, a grávida já por si a vivenciar um processo de adaptação face às transformações físicas, psicológicas e sociais, vê a sua experiência intensificar-se, sendo afastada do seu ambiente, do convívio familiar, da sua rotina, passando a estar num ambiente desconhecido, rodeada de pessoas que não conhece e a ter experiências novas, geradoras de medo e stress. A hospitalização acentua as possíveis fragilidades da grávida e a instabilidade emocional, podendo despontar sentimentos negativos, sensação de mal-estar, expectativas frustradas em relação à gravidez e dificuldade de aceitar o diagnóstico e o internamento (Rodrigues et al., 2020). Neste sentido, na minha prestação de cuidados à grávida com complicações ocasionadas/agravadas pela gravidez, demonstrei a minha total disponibilidade, incentivei a grávida/casal para expressar ideias, expectativas, fantasias e sentimentos, promovendo o envolvimento familiar, esclareci dúvidas e expliquei todos os procedimentos técnicos a realizar. Promovi o autocuidado, a autonomia e a autoestima da grávida, corresponsabilizando-a pelo seu projeto de saúde e estabelecendo vínculos ao longo dos cuidados prestados, como considera o modelo teórico de Dorothea Orem.

O EEESMO assume, qualquer que seja o contexto de cuidados, uma papel primordial na aprendizagem e partilha de informação junto da mulher/família (DGS, 2015c), pelo que sempre que considere pertinente, proporcionei momentos de educação para a saúde, individualizando a minha orientação com base na especificidade de cada mulher/casal, no contexto psicossocial, na idade gestacional e na situação clínica, no âmbito da alimentação, hidratação, comportamentos de risco (consumo de tabaco, álcool, substâncias psicoativas), atividade física, sexualidade, desconfortos durante a gravidez e algumas soluções práticas, sinais de alerta e importância de recorrer aos serviços de saúde, recursos da comunidade e legislação.

Tive ainda a oportunidade de prestar cuidados à mulher e seus conviventes significativos a vivenciar situações de perda gestacional, nomeadamente nas situações de gravidez ectópica, aborto espontâneo, interrupção médica da gravidez.

Graças às modernas tecnologias de diagnóstico precoce, imagiologia e ultrassonografia fetal, cada vez mais precocemente a mulher descobre a gravidez começando desde logo a construir a relação mãe–bebé, o que, aliado aos significados e expectativas atribuídas à gravidez e ao investimento no seu projeto de maternidade, intensificam a ligação materno-fetal, mesmo em idades gestacionais precoces. Neste seguimento a interrupção da gravidez inesperada e involuntária apresenta um grande impacto no equilíbrio da mulher e seus conviventes significativos (Lemos & Cunha, 2015). A mulher/casal além da perda do filho, depara-se muitas vezes com a perda de esperança, do seu estatuto enquanto mãe/pais, das expectativas que criaram e do futuro que imaginaram, sendo o processo de luto fundamental para ultrapassarem a situação e acreditarem que é possível conceber e dar à luz uma criança saudável (Miranda & Zangão, 2020). O processo de luto na perda gestacional consiste num trabalho pessoal de adaptação à perda, que implica sofrimento mas também a capacidade de encontrar esperança, conforto e alternativas significativas, sendo moldado por valores culturais, normas e costumes (Camarneiro et al., 2015). Perante as situações de perda gestacional com as quais me deparei ao longo do Estágio, devo referir que senti insegurança, ansiedade e receio que os meus cuidados tivessem um impacto negativo para a mulher/casal. Foi fundamental a pesquisa de evidências científicas atuais e a partilha de conhecimentos com a supervisora clínica para o desenvolvimento de competências na prestação de cuidados que favorecessem o processo de adaptação da mulher/casal, de forma a contribuir para o seu bem-estar físico, psicológico e social. Assim, com vista a facilitar o processo de luto na perda gestacional, acolhi a mulher/casal proporcionando um ambiente seguro e resguardado, mantendo a sua privacidade, facilitando sempre que possível o internamento em enfermaria individual (Peters et al., 2015). Prestei cuidados tendo sempre em mente a cultura, etnia, religião, valores e crenças da mulher/casal/família, respeitando as suas necessidades particulares e os significados atribuídos à situação (Miranda & Zangão, 2020). No âmbito da relação empática e humanista, dei especial destaque à comunicação, promovendo a escuta ativa e dando oportunidades para a mulher/casal/família expressar as suas preocupações, dúvidas, sentimentos e emoções, demonstrando uma atitude interessada, compreensiva e sensível e evitando juízos de valor, generalizações, comparações. Demonstrei à mulher/casal/família total disponibilidade. Providenciei informação clara, utilizando linguagem acessível, sobre cada procedimento a realizar e os resultados a esperar, procurando que desenvolvessem a sensação de controlo sobre a situação. Garanti analgesia adequada, conforme prescrição médica e de acordo com as necessidades da mulher ensinei sobre técnicas não farmacológicas de alívio da dor. Nas situações de expulsão fetal, assisti a mulher com respeito, proporcionei a opção de



contacto com o feto, disponibilizando o tempo necessário para esse contacto e a criação de memórias (fotografias, impressões das mãos/pés, objeto já adquirido), tendo sempre em conta as escolhas e preferências da mulher/casal (Peters et al., 2015). Furneci à mulher/casal/família informações adequadas às suas necessidades sobre aspetos fisiológicos (perda sanguínea expectável; cuidados perineais; sinais de alarme; reinício da atividade sexual; contraceção), aspetos psicológicos (tristeza, ansiedade; depressão), sobre direitos legais, recursos de acompanhamento psicológico e apoio na comunidade (Peters et al., 2015), preparando-a para alta hospitalar. Estimulei a mulher/casal a manter a esperança, incentivando o retorno às rotinas diárias, à atividade profissional e ao relacionamento com pessoas significativas, com vista a integrar o evento de perda nas suas vidas. Ao longo de todo o internamento procurei facilitar o acompanhamento e o apoio emocional por parte do marido/acompanhante, promovendo a união do casal para que se apoiem mutuamente e encontrem forças para enfrentar a perda (Miranda & Zangão, 2020). No entanto, face à situação pandémica, nem sempre as mulheres tiveram essa oportunidade. Neste sentido, dei ainda mais relevância ao meu papel, enquanto futura EEESMO, no que respeita às intervenções junto destas mulheres, tendo sido fundamental uma atitude sensível e empática, demonstrando total disponibilidade e dando o todo o apoio necessário para a vivência deste processo de luto.

Ao longo do Estágio garanti a continuidade de cuidados, planeando a alta como um processo contínuo. Desde o início e ao longo do internamento foi fundamental identificar as necessidades das mulheres/casal, a evolução das mesmas e promover um ensino gradual, que envolvesse a mulher/família, responsabilizando-as quanto ao autocuidado. Realizei a carta de alta de enfermagem com informação pertinente relativa, à causa de internamento, descrição do episódio de internamento, bem como quaisquer outros dados de seguimento necessários, a terapêutica realizada, o plano de continuidade de cuidados pós alta, focos de atenção, diagnósticos e intervenções de enfermagem, os recursos da comunidade e/ou estruturas de apoio identificados como necessários, marcação de consultas e identificação das instituições e dos profissionais envolvidos no processo de cuidados. Antes da alta, garanti que a mulher/casal recebia toda a informação verbal e escrita (carta de alta), assegurando a continuidade de cuidados.

### Consulta Externa de Ginecologia e Obstetrícia

O Serviço de Consulta Externa de Ginecologia e Obstetrícia, constitui-se um campo clínico privilegiado para a aquisição e desenvolvimento de competências no cuidado especializado à mulher/família no âmbito da saúde sexual e reprodutiva, do

planeamento familiar e no período pré-natal. Neste campo clínico realizei consultas de enfermagem no âmbito da vigilância de gravidez de baixo, médio e alto risco, do diagnóstico pré-natal e colaborei ainda na consulta médica de interrupção voluntária da gravidez (IVG) e planeamento familiar.

Tabela 9 - Consultas realizadas em contexto de Estágio na Consulta Externa

Consulta	Número de consultas
Consulta de Diagnóstico Pré-Natal (DPN)	33
Consulta de Obstetrícia Materno-fetal	96
Consulta de Obstetrícia/ Referência	46
Consulta de Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG)	15
Consulta de Planeamento Familiar	8

A consulta de enfermagem faculta ao EEESMO a possibilidade de desenvolver autonomamente estratégias de cuidado abrangentes para a prevenção e promoção da saúde da mulher/ família, permitindo-lhes desenvolver habilidades próprias para melhorar a sua saúde e qualidade de vida.

Durante o período pré-natal o EEESMO presta cuidados à mulher, inserida na família e comunidade, sendo da sua competência a vigilância da gravidez de baixo risco de forma autónoma e a vigilância e acompanhamento da gravidez de risco de forma interdependente. A gravidez de baixo risco é aquela em que não é possível identificar nenhum fator acrescido de morbilidade materna, fetal e/ou neonatal, após avaliação clínica de acordo com a avaliação do risco pré-natal baseada na escala de Goodwin modificada. De notar o caráter dinâmico do risco ao longo da gravidez, podendo modificar-se em qualquer altura, pelo que deve ser reavaliado em todas as consultas de vigilância pré-natal (DGS, 2015c).

A prestação de cuidados à mulher/casal e família durante a gravidez foi realizada em colaboração com a equipa multidisciplinar, através de uma assistência centrada na mulher, com vista a prevenir, diagnosticar e tratar problemas que pudessem interferir com a saúde materna e fetal, a preparar a mulher/casal para o parto e parentalidade, a promover a educação para a saúde, integrando o aconselhamento e apoio psicossocial e a estimular os laços afetivos entre a mulher/casal e feto/criança (DGS, 2015c).

De modo a facilitar a expressão de ideias, expectativas, sentimentos, fantasias, conhecimentos e competências da mulher, estabeleci relações de confiança, assegurando a confidencialidade e não formulação de juízos de valor ou críticas. A escuta e o diálogo constituíram-se uma ferramenta essencial para atender as grávidas

numa perspetiva de cuidado integral, favorecendo o respeito à diversidade e à singularidade de cada mulher bem como a construção de vínculos (Ferreira et al., 2019).

A primeira consulta pré-natal deve ser realizada nas primeiras 12 semanas de gestação (DGS, 2015c), pelo que as grávidas atendidas na consulta externa do CHUA-Portimão, regra geral, já tinham realizado a primeira consulta no Centro de Saúde e na sua maioria tinham sido encaminhadas para realização do rastreio combinado do 1º trimestre. Desta forma, quase a totalidade das grávidas já tinham o Boletim de Saúde da Grávida com alguns dados clínicos. Porém, sempre que necessário avaliei os conhecimentos da grávida relativamente ao esquema de vigilância pré-natal previsto (periodicidade, objetivos das consultas, exames e rastreios) e à importância de se fazer acompanhar do seu Boletim de Saúde da Grávida, sendo este a melhor forma de assegurar a articulação de informação entre os cuidados de saúde primários e os cuidados hospitalares (DGS, 2015c). Nas situações em que a grávida não apresentava o Boletim de Saúde da Grávida, este foi preenchido, considerando a idade gestacional cronológica (calculada a partir da data da última menstruação) e/ou, no caso de já ter realizado a primeira ecografia, a idade gestacional corrigida, a data provável do parto, os dados demográficos, a história clínica da grávida, o peso corporal anterior à gravidez, o índice de massa corporal, o grupo sanguíneo e o fator Rh, antecedentes pessoais e familiares, medicação domiciliária que realizava para além da suplementação da gravidez, o consumo de substâncias nocivas e a história obstétrica e ginecológica. O EEESMO, com vista a definir os cuidados realmente centrados na mulher/casal deve obter a sua história clínica detalhada e a história obstétrica pregressa, recolher informações sobre a sua saúde, cumprimento do plano de vacinação, estilos de vida, comportamentos e ambiente psicossocial (DGS, 2015c).

Na consulta de diagnóstico pré-natal, que engloba desde o rastreio combinado do 1º trimestre, o rastreio bioquímico (2º trimestre), o teste de diagnóstico pré-natal não invasivo e os exames de diagnóstico invasivos (amniocentese e biopsia das vilosidades coriônicas), colaborei com a equipa médica na realização dos mesmos, tendo sido fundamental a orientação das grávidas relativamente à importância da realização dos testes e exames, bem como o apoio e tranquilização no que respeita aos medos, dúvidas e inseguranças face à realização dos mesmos e possíveis resultados. Neste seguimento, foram abordadas e discutidas as seguintes questões, consoante cada situação particular: riscos e benefícios dos diferentes testes e exames de rastreio e diagnóstico pré-natal, as diferenças em termos de precisão e limitações dos resultados, diferentes períodos para a sua realização, riscos e complicações dos procedimentos usados, métodos de comunicação de resultados, indicações para aconselhamento médico após o teste, necessidade imunização passiva anti-D após o procedimento em

caso de mulher Rh negativo, os autocuidados necessários após os procedimentos e formas de interrupção da gestação em caso de resultados anormais. Procurei fornecer informação clara e objetiva, mostrando disponibilidade para esclarecer dúvidas, capacitando para tomadas de decisão livres e esclarecidas. Ao final deste processo informativo detalhado, era obtido o consentimento por escrito da grávida para a realização do teste de rastreio ou diagnóstico. A realização destes testes/exames acarreta muitas vezes medo, tensão e insegurança, gerando ansiedade nas mulheres, associada à necessidade de tomarem uma decisão quanto à realização ou não dos testes e exames, bem como à possibilidade de terem que se confrontar com o diagnóstico de anomalia fetal, que pode levar à perda do bebê perfeito e saudável, dos seus projetos e expectativas e do seu papel parental. A espera pelos resultados dos testes constitui também um fator de stress e ansiedade. O EEESMO mantém uma relação privilegiada com a grávida ao longo de todo o ciclo gravídico, pelo que se torna particularmente importante reconhecer as causas desencadeantes de processos de ansiedade nestas mulheres, contribuindo para a sua diminuição e superação das dificuldades impostas pelo período, através do planeamento de intervenções adequadas a cada situação (Leite et al., 2014).

Apesar do processo gestacional ser fisiológico, envolvendo diversas alterações do ponto de vista físico, emocional e social, em alguns casos, dadas as características particulares de cada mulher, pode implicar riscos tanto para a mulher como para o feto, podendo levar a maior probabilidade de evolução desfavorável. Durante o estágio na Consulta Externa de Obstetrícia tive oportunidade de prestar cuidados especializados a grávidas com algum grau de risco, tendo sido fundamental a avaliação dinâmica e uma atenção intensificada dessas situações com vista a identificar problemas e complicações que exigissem intervenção ou encaminhamento adequado para outros profissionais. Os fatores de risco mais comuns e que exigiram atenção especializada prenderam-se com diabetes prévia e gestacional, hipertensão crónica e gestacional, idade materna avançada ( $\geq 40$  anos), hemorragias da gestação, gestação múltipla, gravidez decorrente de procriação medicamente assistida, infeções sexualmente transmissíveis (previamente conhecidas e descobertas na gestação), patologias da tiroide e malformações fetais. Na vigilância das grávidas de risco, além dos cuidados comuns recomendados na gravidez de baixo risco (DGS, 2015c), há maior necessidade de ações educativas dirigidas aos problemas específicos da grávida/feto, devendo esta ser sempre informada da evolução da sua gestação e instruída relativamente aos comportamentos e atitudes a tomar para melhorar a sua saúde, fortalecendo a sua capacidade de decidir com autonomia acerca de si e do seu filho. No seguimento, foi fundamental o conhecimento das repercussões mútuas entre a gravidez e as condições

que constituem risco para as grávidas, o conhecimento da fisiologia da gravidez, das adaptações pelas quais passa o organismo materno e dos mecanismos fisiopatológicos das doenças, reconhecendo a necessidade do envolvimento de outros profissionais com competências específicas que sejam uma mais-valia para a prevenção e promoção da saúde materno-fetal.

Foi essencial a avaliação completa e detalhada da grávida, dos parâmetros clínicos, laboratoriais e valorizar as alterações verbalizadas pela grávida, considerando os agravamentos que pudessem ocorrer. Nas consultas de enfermagem, realizei o acolhimento atencioso da grávida, garanti a escuta ativa das informações/queixas apresentadas, avaliei o seu estado geral, os parâmetros vitais, o peso e a progressão ponderal, verifiquei a presença de edemas, realizei o teste sumário de urina, efetuei a avaliação obstétrica através da realização das manobras de Leopold, avaliei a altura do fundo do útero, dos batimentos cardíacos fetais, procedi à monitorização cardiotocográfica e sua interpretação, garanti a realização atempada dos rastreios (cromossomopatias, doenças infecciosas, grupo sanguíneo e fator Rh, diabetes gestacional, *Streptococcus* do grupo B), exames ecográficos e analíticos recomendados pela Direção-Geral de Saúde (DGS, 2015c) e outros tendo em conta a situação clínica particular de cada mulher (por exemplo o ecocardiograma fetal quando se deteta alguma malformação no feto), interpretando os seus resultados.

Neste sentido, nas consultas de vigilância pré-natal incentivei as grávidas a resumir os acontecimentos mais relevantes desde a última consulta, questionando-a sempre sobre o seu bem-estar físico e emocional, sobre estilos de vida, sobre eventuais desconfortos ou problemas e sobre as suas dúvidas e receios, procurando identificar e explorar as suas necessidades pessoais e familiares de educação para a saúde, de modo a prestar cuidados e informações realmente centrados na grávida/casal/família. Foi interessante perceber que à medida que as grávidas me foram conhecendo, foi-se construindo um vínculo de confiança que favoreceu a determinação das suas reais necessidades, capacidades e/ou limitações para lidar com o processo gestacional, permitindo-me desenvolver com elas estratégias adequadas e capacitá-las para resolver essas necessidades, proporcionando-lhes maior autonomia, segurança e bem-estar.

O período pré-natal requer cuidados especiais que favoreçam a evolução adequada da gravidez, o bem-estar materno e fetal, culminando num parto sem complicações e no nascimento de uma criança saudável. Ao mesmo tempo o período da gravidez constitui-se como um momento oportuno para se identificarem e modificarem hábitos e comportamentos que possam traduzir-se em situações de risco de patologia futura (DGS, 2015c), já que a mulher, nesta fase do seu ciclo de vida

apresenta maior disponibilidade para a mudança de comportamentos relacionados com a sua saúde.

Considerando o modelo teórico de Dorothea Orem, a gestação caracteriza-se como um momento novo na vida de uma mulher no qual ocorrem transformações que requerem mudanças na forma de realizar o autocuidado, pelo que a própria mulher será agente de transformação para manter a saúde e prevenir complicações através do autocuidado, melhorar o estilo de vida, conhecer e controlar os fatores de risco além de se preparar para cuidar do seu filho. As práticas educativas assumem nesta fase um destaque essencial, pois possibilita a capacitação da mulher para expressar as suas necessidades e preocupações e estimula a tomada de decisões responsáveis acerca do autocuidado, já que permitem fornecer informações, favorece as reflexões conjuntas e possibilita aprendizagens conscientes.

Salienta-se, assim, a educação para a saúde como parte fundamental da consulta de enfermagem pré-natal, constituindo-se uma ferramenta essencial para a capacitação das mulheres/casais e família no que respeita à vivência saudável da gestação, parto e parentalidade, favorecendo o empoderamento da mulher, o seu protagonismo e autonomia, bem como um meio de criar e fortalecer a relação entre o EEESMO e grávida, pois possibilita o cuidado centrado nas reais necessidades da mulher/casal e família (Pereira et al., 2020). Considerando a idade gestacional, a diversidade sociocultural e as necessidades e preferências específicas de cada grávida/casal foram abordadas temáticas relacionadas com: estilos de vida saudável (alimentação, aumento ponderal desejável, cuidados de higiene, sexualidade, atividade física e repouso, consumo de tabaco, álcool e substâncias psicoativas, segurança rodoviária); a suplementação na gravidez (ácido fólico, iodo, ferro); a prevenção de infeções (toxoplasmose e infeções sexualmente transmissíveis); a fisiologia e os desconfortos da gravidez; o desenvolvimento embrionário/fetal e movimentos fetais; o plano nacional de vacinação; a saúde oral; os sinais de alerta (aborto, parto pré-termo); a comunicação intrauterina e sintonia entre as emoções da mãe e as reações do feto; a preparação do enxoval do bebé, do quarto e da mala para a maternidade; os sinais de início do trabalho de parto; a fisiologia do trabalho de parto e os métodos de alívio da dor; as posturas que pode adotar durante o trabalho de parto; o plano de parto; indicações para induzir o trabalho de parto; a alimentação do recém-nascido/aleitamento materno e os recursos na comunidade; os cuidados e vigilância da saúde do recém-nascido; as alterações fisiológicas e autocuidado no puerpério; os direitos e deveres dos pais e outras dúvidas e questões específicas relacionadas com situação clínica da grávida. No decorrer do período gestacional, o EEESMO tem um papel essencial na preparação do indivíduo para a realização do seu autocuidado, sendo o curso de preparação para o parto uma

estratégia que permite identificar as necessidades individuais, promover a autorreflexão e conduzir ao desenvolvimento de ferramentas de autocuidado que serão geridas pela própria mulher, estimulando a autonomia e o empoderamento tal como defende Dorothea Orem na sua teoria.

Tendo em conta que, no momento do Estágio, o programa de preparação para o parto e parentalidade existente na unidade hospitalar estava suspenso dado o contexto pandémico, aproveitei todas as oportunidades durante as consultas para a abordagem das temáticas supracitadas, entrega de folhetos informativos e o esclarecimento de medos, dúvidas e angústias decorrentes das diferentes fases da gravidez, de modo a desenvolver a confiança e promover competências na grávida para a vivência da gravidez, parto e transição para a parentalidade. Incentivei as grávidas a partilhar as informações dadas com o pai e/ou de outra pessoa significativa, de forma a envolvê-lo(a) no processo.

Outro aspeto que tomou atenção especial durante as consultas de enfermagem foi a componente emocional, já que a gravidez corresponde a uma fase de grandes transformações para a mulher/casal, implicando um desafio adaptativo a vários níveis. Por sua vez, os eventos de risco vivenciados pela grávida contribuem para um agravamento dessa crise, sendo comum a vivência de sentimentos ambivalentes: a felicidade de estar grávida e ter o seu filho e ao mesmo tempo sentimentos de medo, insegurança e incerteza. Reconhecendo as intensas transformações que caracterizam esta fase, é essencial estar-se atento às especificidades vivenciadas por cada mulher, a fim de prepará-las para lidar com eventuais momentos de crise (Hiremath, 2016).

Dada a pandemia Covid-19, as grávidas além do receio de ficarem infetadas pelo vírus SARS-Cov-2 e das incertezas quanto à transmissão do vírus ao feto e recém-nascido, viram-se privadas do seu meio social, da partilha de experiências e saberes entre familiares e amigos, da possibilidade de frequentar cursos de preparação para o parto e parentalidade e da possibilidade de serem acompanhadas pelo(a) parceiro(a) nas consultas de vigilância pré-natal (Paixão et al., 2021). Neste sentido, tendo em conta o contexto pandémico é compreensível o risco acrescido de perturbações de ansiedade e humor, pelo que foi ainda mais importante abordar a grávida sobre o seu estado emocional em cada consulta e prestar especial atenção às alterações do estado emocional e comportamentos fora do habitual. Face às preocupações, inseguranças e ansiedade da grávida procurei reconhecer e validar os seus sentimentos e oferecer apoio redobrado, informando-a dos recursos na comunidade relativamente a programas de preparação para o parto e parentalidade e grupos de partilha com outras grávidas online.

Relativamente à consulta de Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG), esta decorre num processo contínuo em articulação com os cuidados de saúde primários, pelo que as mulheres em consulta no campo clínico de Estágio vinham referenciadas do Centro de Saúde, onde já tinham tido uma consulta prévia na qual tinham sido informadas e esclarecidas quanto aos métodos de interrupção da gravidez e, em alguns casos, encaminhadas para realização de análises laboratoriais (grupo sanguíneo, hemograma e coagulação). Tive oportunidade de colaborar com a equipa médica na realização da consulta de interrupção voluntária da gravidez. Na primeira consulta em contexto hospitalar, apesar da consulta prévia já se ter realizado, procurou-se conhecer pormenores sobre a história de saúde da mulher, realizou-se ecografia para confirmar a idade gestacional, validou-se o conhecimento da mulher acerca dos métodos para a realização da interrupção da gravidez, sobre os riscos inerentes ao processo de interrupção e esclareceram-se dúvidas e receios que tivesse, com vista a promover a tomada de decisão informada e esclarecida. Na mesma consulta era dada à mulher a possibilidade de apoio psicológico e/ou aconselhamento com assistente social e era entregue o impresso relativo ao consentimento informado, que a utente deveria trazer na consulta seguinte. A esta consulta seguia-se de um período de reflexão de pelo menos três dias, sendo que na consulta subsequente era iniciado o processo de interrupção farmacológica da gravidez se fosse essa a decisão da mulher. Nesse momento as utentes eram informadas do esquema farmacológico a seguir (mifepristone/misoprostol), alertadas sobre os efeitos esperados e possíveis efeitos secundários dos fármacos que iriam ser administrados, sobre os autocuidados durante e após o processo de interrupção da gravidez, bem como sobre as situações que deveriam motivar a sua ida ao serviço de urgência. Garanti que durante as consultas as mulheres pudessem falar sobre a sua situação, expressar os seus sentimentos e esclarecer as suas dúvidas, num ambiente de confiança, apoio, respeito e dignidade, no qual não se sentissem julgadas, permitindo-me atender às suas reais necessidades. No decorrer das consultas o EEESMO tem um papel fundamental na relação de ajuda e na capacitação dessas mulheres para a vivência dessa situação de vulnerabilidade de forma adaptativa, com o mínimo impacto na sua saúde física, reprodutiva, emocional e social (Presado et al., 2018).

Após cerca de duas semanas após o início do processo farmacológico de interrupção da gravidez, as mulheres realizavam consulta médica de controlo, com vista a avaliar a eficácia do método e a necessidade de intervenções complementares. Nos casos em que o processo tinha sido eficaz as mulheres eram novamente encaminhadas para o Centro de Saúde, para consulta de seguimento e planeamento familiar. Por outro lado se o processo não tivesse sido eficaz as mulheres repetiam o plano terapêutico ou



eram encaminhadas para realização de curetagem uterina. Reconhecendo que a interrupção voluntária da gravidez não deve ser encarada como um método anticoncepcional, a educação para a saúde é fundamental para prevenção e redução de gravidezes indesejadas e do recurso a esta prática, pelo que procurei durante estas consultas orientar sobre a importância de iniciar um método contraceptivo o mais precocemente possível, reforçar a importância da escolha de um método contraceptivo eficaz e adequado (DGS, 2008) e encorajar as mulheres, bem como os companheiros a comparecerem na consulta de planeamento familiar. Acreditando que a mulher não deve carregar sozinha a responsabilidade por uma gravidez não planeada, o EEESMO tem um importante papel no que respeita a desenvolver estratégias que derrubem a resistência masculina em procurar os serviços de saúde no âmbito da saúde sexual e reprodutiva. O papel educativo do EEESMO é fundamental na promoção da vivência da sexualidade saudável e segura, na regulação da fecundidade segundo o desejo dos casais, na redução da incidência de infeções sexualmente transmissíveis e suas consequências, nomeadamente a infertilidade, na preparação para a maternidade e paternidade responsáveis e na redução da mortalidade e morbilidade materna, perinatal e infantil, melhorando a saúde e o bem-estar dos indivíduos, da família e comunidade (DGS, 2008).

A consulta de Planeamento Familiar é realizada pelo médico, não existindo uma consulta de enfermagem neste âmbito, pelo que tive apenas oportunidade de participar de algumas destas consultas médicas, colaborando, sempre que possível, dado o pouco tempo disponibilizado para a consulta, no aconselhamento e informação das mulheres quanto aos cuidados relativos ao método contraceptivo escolhido, a prevenção e diagnóstico precoce de infeções sexualmente transmissíveis, do cancro do colo do útero e da mama. Contudo, a consulta incidia essencialmente na realização de procedimentos de colocação de dispositivos anticoncepcionais, nomeadamente dispositivos intrauterinos e implantes de contraceção hormonal, ou no agendamento de contraceção cirúrgica (laqueação de trompas).

### Bloco de Partos

Com a finalidade de adquirir e desenvolver competências na prestação de cuidados especializados à mulher inserida na família e comunidade durante os vários estádios do trabalho de parto e parto, em situação de saúde/desvio de saúde, e na otimização da adaptação do recém-nascido à vida extrauterina, realizei três períodos do Estágio no Bloco de Partos inserido no Serviço de Urgência e Emergência Obstétrica e Ginecológica da Unidade Hospitalar de Portimão, num total de 18 semanas.

Sendo eu enfermeira a exercer funções neste serviço devo salientar como esse facto se evidenciou uma vantagem pois o conhecimento dos recursos materiais e humanos, o conhecimento dos guias orientadores, protocolos, normas e folhetos informativos e o conhecimento da metodologia do serviço facilitou a minha integração, como aluna do MESMO, na equipa multidisciplinar. Contudo quero referir que os meus sentimentos foram por vezes ambíguos já que, se por um lado estava familiarizada com o contexto clínico, o que seria motivo apaziguador de possível ansiedade, por outro coloquei as exigências relativamente a mim própria demasiado elevadas com receio de não ter uma performance à altura das expectativas da equipa. Este facto foi-se dissipando naturalmente à medida que as semanas foram avançando e não considero que tenha sido um impedimento para obter os melhores resultados no meu processo de aprendizagem.

Durante as 18 semanas de Estágio no Bloco de Partos, acompanhei mulheres/acompanhantes em diferentes estádios do trabalho de parto, tendo realizado 45 partos eutócicos de apresentação cefálica e colaborado com a equipa em 13 partos distócicos (nomeadamente, em um (1) fórceps, cinco (5) ventosas e sete (7) cesarianas). Apesar de não ter tido a oportunidade de participar ativamente em partos gemelares e/ou de apresentação pélvica, pude acompanhar o trabalho de parto de uma grávida gemelar/ acompanhante (apesar do desfecho ter sido um parto por cesariana, por paragem da progressão do trabalho de parto) e pude adquirir conhecimento relativos à execução do parto vaginal com apresentação pélvica em contexto de sala de aula.

Das 114 parturientes que acompanhei, 81 apresentavam gravidez de baixo risco, segundo a Tabela de *Goodwin* modificada (DGS, 2015c), e 33 apresentavam algum grau de risco, nomeadamente, 26 com gravidez de médio risco e sete (7) com gravidez de alto risco. Destas parturientes que apresentaram algum grau de risco, evidenciaram-se como patologias mais comuns a Hipertensão Arterial (HTA) crónica e induzida pela gravidez, diabetes prévia e gestacional. Os cuidados especializados prestados foram negociados e adequados a estas situações, respeitando a individualidade de cada um dos intervenientes.

Objetivando promover a saúde da parturiente/acompanhante durante o trabalho de parto e parto e otimizar o nascimento saudável do recém-nascido e a sua adaptação à vida extrauterina garanti um ambiente seguro, estabelecendo relações terapêuticas com base na confiança, nas quais a mulher/casal eram detentores do controlo sobre as principais decisões relativas aos seus cuidados e do feto/recém-nascido.

As mulheres internadas no Bloco de Partos são admitidas na sua maioria através do Serviço de Urgência e Emergência de Obstetrícia e Ginecologia, apesar de algumas serem proveniente do Serviço de Obstetrícia onde se encontravam internadas por

necessidade de vigilância do bem-estar materno-fetal. Os principais motivos de internamento no Bloco de Partos prendem-se com início do trabalho de parto (fase latente/fase ativa), rotura espontânea de membranas, indução do trabalho de parto e necessidade de vigilância do bem-estar materno-fetal em situação de patologia associada à gravidez e/ou concomitante.

Das 114 parturientes que acompanhei, 45 foram internadas para indução do trabalho de parto, sendo o principal motivo a idade gestacional igual ou superior a 41 semanas (18). Das 45 induções do trabalho de parto, 10 ocorreram por decisão médica, sem motivo descrito em processo clínico e as restantes devido a complicações de saúde maternas ou fetais que beneficiavam com o término da gravidez. A indução do trabalho de parto está associada a maior risco de complicações, como a hemorragia peri-parto, cesariana, hiperestimulação uterina com hipoxia fetal e rotura uterina, provocando ainda maior desconforto à parturiente do que o trabalho de parto de início espontâneo, maior restrição à mobilidade da parturiente, pela necessidade de monitorização fetal prolongada, maior utilização de analgesia epidural e maior taxa de partos instrumentados e de cesarianas urgentes (DGS, 2015a).

No momento de admissão no Bloco de Partos era realizada a colheita de dados, recorrendo ao Boletim de Saúde da Grávida, exames complementares de diagnóstico, registos no processo informático, entrevista da parturiente para anamnese e discussão do seu plano de parto (mesmo quando não materializado em forma física). Das 114 parturientes/acompanhantes a quem prestei cuidados apenas 12 tinham elaborado e apresentaram um plano de parto em formato papel/e-mail e 39 mulheres tinham frequentado programas de preparação para o parto (presencialmente e online). De qualquer modo, procurei que todas expressassem as suas expectativas e quais os cuidados que desejavam durante o seu trabalho de parto, parto e pós-parto, de modo a favorecer a sua participação ativa, a tomada de decisões livre e a sua autonomia. O Plano de Parto é uma ferramenta que estimula a promoção das boas práticas obstétricas, de condutas flexíveis no atendimento à parturiente. A discussão sobre as vontades, desejos e preocupações relacionadas ao parto contribui para o fortalecimento da confiança entre os profissionais e as parturientes e proporciona-lhes maior segurança e satisfação, já que as práticas realizadas irão ao encontro das suas vontades e individualidades (W. N. d. S. Silva et al., 2020).

Procurei desde o primeiro contato cuidar da mulher de forma holística, considerando-a como um todo, atendendo aos seus sentimentos, receios e expectativas sem exercer juízos de valor. Informei de algumas questões relativas ao funcionamento do serviço, nomeadamente sobre a possibilidade de escolher uma pessoa significativa para a acompanhar no trabalho de parto e parto e das medidas institucionais em vigor

face à pandemia. A presença de um acompanhante significativo é imprescindível no suporte emocional e físico à parturiente, acarretando sentimentos positivos para a mulher e contribuindo para a humanização do parto e nascimento (Dodou et al., 2014). Durante a primeira vaga da pandemia por Covid-19, dadas as dúvidas e incertezas relativamente à propagação do vírus, algumas maternidades e hospitais adotaram medidas de isolamento da parturiente durante o trabalho de parto, parto e pós-parto, levando a mulher a somar receios e ansiedade face a esses momentos. No Bloco de Partos da Unidade Hospitalar de Portimão não foi diferente, contudo, com os conhecimentos que se foram adquirindo relativamente ao SARS-Cov-2, por altura da realização do Estágio já era possível a presença de um acompanhante (de acordo com as limitações instituídas). Apesar das limitações impostas, as mulheres beneficiaram da presença do acompanhante, sendo fundamental a atitude dos enfermeiros EEESMO ao acolherem e favorecerem a participação do acompanhante no parto.

Aquando do acolhimento da parturiente/acompanhante ao espaço físico do Bloco de Partos foram explicadas algumas rotinas do serviço e comodidades da sala onde ficariam durante o trabalho de parto e parto. Um ambiente físico agradável favorece o parto normal, diminui o número de intervenções desnecessárias e aumenta a satisfação da mulher (WHO, 2018a) (Guida et al., 2013).

A avaliação física e ginecológica da mulher pressupõe a observação do seu estado geral, monitorização dos sinais vitais maternos, pesquisa de edemas, manobras de Leopold, para avaliação da estática fetal, e o exame vaginal para determinação da posição, extinção/apagamento, dilatação e consistência do colo uterino, da posição, apresentação e descida fetal, da integridade das membranas amnióticas, da identificação de perdas sanguíneas e da compatibilidade feto-pélvica. O exame vaginal foi realizado preferencialmente com intervalos de quatro horas, como recomenda a OMS com vista à prevenção de infeções maternas no período peri parto (WHO, 2015b), exceto se efetivamente existisse algum sinal de progressão do trabalho de parto, como o aumento das contrações uterinas, a rotura de membranas e/ou presença de pressão no períneo com urgência materna em realizar esforços expulsivos. As mulheres/acompanhantes foram sempre informadas e esclarecidas previamente dos procedimentos realizados e garanti que tinha o seu consentimento, com vista a respeitar a sua integridade física, a sua intimidade e privacidade.

Durante o trabalho de parto o bem-estar materno-fetal pode ser posto em causa já que as contrações uterinas diminuem o fluxo sanguíneo uteroplacentário, resultando na redução da oxigenação fetal. Apesar da maioria dos fetos saudáveis tolerar bem essa alteração, outros podem não ter essa capacidade (Turner et al., 2020). O EEESMO detém a competência de avaliar o bem-estar materno-fetal, utilizando para tal a

monitorização eletrónica fetal. A monitorização fetal durante o trabalho de parto e parto pode ser realizada por auscultação intermitente dos batimentos cardíacos fetais, cardiotocografia contínua (externa ou interna), ou intercalando os dois métodos.

Durante o Estágio tive oportunidade de realizar a auscultação fetal intermitente em grávidas de baixo risco e em trabalho de parto espontâneo, no primeiro estágio do trabalho, realizando avaliação da frequência cardíaca fetal durante cerca de 60 segundos, a cada 15-30 minutos, imediatamente a seguir a uma contração, como recomendado pela OMS (WHO, 2018a) e a OE (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Ao mesmo tempo era realizada palpação do fundo uterino para detetar contrações uterinas e movimentos fetais bem como a avaliação simultânea do pulso materno. Contudo, esta prática só foi possível quando o rácio EEESMO-parturiente era de 1:1. Em quase a totalidade dos casos optou-se por alternar entre períodos de cardiotocografia contínua (sempre que possível com recurso à telemetria) e períodos de auscultação intermitente, desde que a gravidez não fosse de risco, não tivesse havido alguma alteração nas monitorizações anteriores ou não houvesse alguma circunstância que o impedisse (como por exemplo, hipertermia materna intraparto, presença de líquido meconial, gestação pré-termo ou existência de restrição do crescimento fetal). Durante o Estágio pude desenvolver competências relativas à nomenclatura e classificação da cardiotocografia, graças às discussões com os enfermeiros EEESMO em campo clínico e tendo em conta as *guidelines* da *International Federation of Gynecology and Obstetrics* [FIGO] (Santo, 2016).

Nas situações em que se identificaram alterações significativas nos traçados de cardiotocografia, tive oportunidade de implementar e avaliar a eficácia de medidas com vista a reverter possíveis causas dessas alterações (Santana & Figueiredo, 2016), nomeadamente o reposicionamento da parturiente no sentido de melhorar a perfusão uteroplacentária ou aliviar a compressão do cordão, reposicionamento dos transdutores, exclusão de hipotensão materna, de taquicardia materna, correção de hipovolemia procedendo à perfusão de fluidos endovenosos, exclusão de hipertermia materna e efeito de drogas (narcóticos, anestésicos, corticosteroides, tocolíticos), interrupção da perfusão de ocitocina ou administração de tocolíticos se taquissístolia, realização de exame vaginal excluindo o prolapso do cordão e administração de oxigénio (apesar desta medida não estar devidamente comprovada) (Chuai et al., 2020).

Durante o acompanhamento das parturientes identifiquei situações de desvio do padrão normal e estive alerta para sinais de potenciais complicações para a saúde materna e fetal, referenciando as que estavam para além do meu campo de atuação a outros profissionais de saúde.

O trabalho de parto constitui-se como um momento desafiador e exigente para a parturiente, tanto a nível físico, como a nível emocional. Ao longo do trabalho de parto a mulher pode apresentar variados sentimentos, como alegria, felicidade, angústia e medo, podendo estes intensificar-se ao longo da evolução do trabalho de parto. A satisfação das parturientes relativamente ao trabalho de parto e parto resulta do suporte que recebe dos profissionais de saúde, da relação estabelecida, dos sentimentos demonstrados pelos profissionais, do grau de envolvimento que tem na tomada de decisões e da expectativa pessoal em relação à própria experiência (Costa et al., 2018). Neste sentido garanti que os meus cuidados demonstrassem interesse, atenção e consideração pelo conforto da mulher, transmitido através da empatia, do olhar, da escuta sensível e através da compreensão pela singularidade do momento.

O trabalho de parto é um conjunto de fenómenos fisiológicos que conduzem à contratilidade regular do útero, à dilatação do colo uterino, à progressão do feto através do canal de parto e à sua expulsão para o exterior, estando dividido em quatro estádios, com características e tempos definidos, nomeadamente: o primeiro estádio, em que ocorre o apagamento e dilatação do colo uterino; o segundo estádio, correspondente ao período expulsivo; o terceiro estádio, no qual se dá a dequitação; e o quarto estádio, correspondente ao puerpério imediato (Fatia & Tinoco, 2016; Graça, 2017)

O primeiro estádio do trabalho de parto é dividido em duas fases: a fase latente, caracterizada pela presença de contrações dolorosas, ocorrendo alterações variáveis no colo do útero incluindo algum grau de apagamento e progressão lenta da dilatação até aos cinco centímetros; a fase ativa, corresponde ao período de tempo caracterizado pela presença de contrações uterinas dolorosas, rítmicas e regulares, um grau substancial de apagamento do colo uterino e dilatação cervical mais rápida dos cinco centímetros até à dilatação completa (WHO, 2018a).

De acordo com a OMS cada nascimento é único e neste sentido a duração da primeira fase do trabalho de parto pode variar de mulher para mulher (WHO, 2018a). Constatou-se, em alguns casos, principalmente em nulíparas, que a dilatação e extinção do colo uterino era mais lenta que o esperado e a identificação da causa precisa foi muitas vezes um desafio. A progressão lenta do trabalho de parto pode ser decorrente de contrações uterinas ineficazes, apresentação ou posição anormal do feto, pelve óssea inadequada ou anormalidades dos tecidos moles pélvicos da mãe. É mais comum entre nulíparas, estando associada a morbilidade e mortalidade materna e perinatal consideráveis, em decorrência de infeções, rotura uterina e intervenções obstétricas mais invasivas (WHO, 2015a). Tive oportunidade, durante o acompanhamento de mulheres em trabalho de parto, de adquirir conhecimentos no sentido de avaliar e determinar se a estrutura pélvica em relação ao feto era adequada, referenciando as

situações de anomalia/distocia do trabalho de parto. Neste sentido, quando diagnosticado o trabalho de parto estacionário, isto é, quando não se verificou progressão da dilatação cervical em qualquer um dos seus estádios: fase latente, fase ativa e período expulsivo (DGS, 2015b), foram implementadas medidas, com consentimento livre e informado da parturiente, com vista a aumentar o trabalho de parto, nomeadamente a perfusão endovenosa de ocitocina e/ou rotura artificial das membranas amnióticas (WHO, 2015a). De notar que, por vezes, se administraram fármacos antiespasmódicos, de acordo com prescrição médica, com a intenção de aumentar o trabalho de parto, embora esta prática não esteja recomendada (WHO, 2015a).

Durante o Estágio tive algumas oportunidades de realizar a rotura artificial de membranas – amniotomia, tendo garantido que as condições recomendadas estavam reunidas, nomeadamente que a parturiente consentisse, após explicados as vantagens e os riscos, que se encontrasse em fase ativa do trabalho de parto (WHO, 2015a) e que a apresentação fetal estivesse bem apoiada, para evitar o prolapso do cordão (Mahdy et al., 2021). Após a realização de amniotomia realizei a avaliação da cardiotocografia para comparação com padrão anterior e despiste de qualquer alteração que pudesse ser sugestiva de comprometimento do bem-estar fetal, referenciando ao médico obstetra sempre que necessário. A amniotomia permitiu ainda a avaliação das características do líquido amniótico, nomeadamente o cheiro, a cor e a consistência, que podem ser sugestivos e alertar para complicações como por exemplo a coriomaniotite. Perante uma situação de saída de líquido amniótico tingido com mecónio era comunicado ao obstetra de serviço.

De forma a garantir a monitorização da evolução do trabalho de parto e ainda a continuidade de cuidados, efetuei registos claros e objetivos de todos os dados obtidos através do exame vaginal, avaliação da cardiotocografia e intervenções implementadas no partograma utilizado no campo clínico e em notas de enfermagem. O preenchimento do partograma é realizado por qualquer elemento da equipa que assista mulher em trabalho de parto, sendo de elevada relevância para o acompanhamento e documentação da evolução do trabalho de parto, favorecendo o diagnóstico de alterações e a tomada de decisões apropriadas à correção de desvios, ajudando ainda a evitar intervenções desnecessárias e a promover cuidados de melhor qualidade (I. S. T. Silva et al., 2020).

No acompanhamento das mulheres em trabalho de parto tive o cuidado de promover o seu conforto e o processo fisiológico do trabalho de parto. Neste sentido, uma das minhas preocupações foi a ingesta durante o trabalho de parto, procurando sempre satisfazer as necessidades das parturientes. No contexto clínico de Estágio a

equipa de saúde segue as principais recomendações da OMS (2018) e da OE (2012), baseadas nas evidências mais atualizadas que salientam os benefícios da ingestão durante o trabalho de parto, nomeadamente a prevenção da desidratação e cetoacidose materna, a manutenção de reserva energética para a atividade uterina e para o feto, a diminuição de episódios de vomito, a diminuição dos níveis de stress maternos, o aumento do sentimento de autocontrolo e conseqüente aumento do conforto e satisfação da parturiente (Ordem dos Enfermeiros, 2014a). Assim, encorajei a ingestão de alimentos e líquidos às parturientes de baixo risco e sem complicações, consoante a fase do trabalho de parto em que se encontravam.

A dor no trabalho de parto, inerente ao processo fisiológico, resultante dos estímulos sensoriais gerados, principalmente, pela contração uterina, é compreendida como uma experiência subjetiva e complexa, variável de mulher para mulher por influência de fatores psicológicos, culturais, sociais, étnicos e ambientais (Lima et al., 2019). Ao longo da minha prestação respeitei o modo subjetivo de expressão de dor de cada mulher e mobilizei todos os recursos disponíveis para a apoiar no alívio da mesma, tendo em conta os seus desejos e preferências. Com vista no bem-estar físico e emocional da parturiente, no bem-estar fetal e na evolução do trabalho de parto, avaliei a dor da parturiente de forma regular, desde o primeiro contato, recorrendo à escala numérica de dor. Ensinei a parturiente acerca da dor e das medidas de controlo disponíveis e envolvi-a na decisão relativa aos métodos de controlo da dor, respeitando os seus desejos e necessidades. Para o alívio da dor foram utilizadas medidas farmacológicas (terapêutica endovenosa e epidural), bem como não farmacológicas (nomeadamente, a deambulação e a alternância de posições, o uso da bola de pilates, os exercícios de respiração, a massagem e o duche).

Acredito que foi fundamental a minha intervenção, enquanto futura EEESMO, no fornecimento de informações às parturientes sobre as medidas não farmacológicas de alívio da dor e os seus benefícios, bem como no apoio e disponibilidade na adoção dessas medidas, ajudando-as com os seus medos, empoderando-as e proporcionando uma escolha consciente e informada. Ao mesmo tempo, a utilização de medidas de alívio da dor não farmacológicas permitiu estabelecer vínculos de confiança com a parturiente/acompanhante, além de a encorajar e motivar a ser protagonista do seu parto .

No que respeita às medidas farmacológicas, sendo intervenções interdependentes, colaborei com outros profissionais de saúde na sua implementação e na monitorização dos seus efeitos, nomeadamente, na administração de terapêutica analgésica endovenosa prescrita pela equipa médica, na colocação de cateter epidural pelo anestesista e na administração de terapêutica epidural prescrita. Neste seguimento



foi fundamental desenvolver conhecimentos acerca das indicações, das contraindicações e dos efeitos colaterais dos fármacos utilizados no controlo da dor, bem como das interações medicamentosas com vista a prevenir e controlar os efeitos mais frequentes.

A analgesia epidural foi um dos métodos de alívio da dor mais frequentemente utilizados pelas parturientes, tendo sido complementado, sempre que possível, com métodos não farmacológicos. De acordo com os protocolos instituídos no campo clínico do Estágio, a analgesia epidural foi administrada quando a parturiente estava na fase ativa do trabalho de parto, ou seja quando apresentava contrações uterinas regulares, extinção do colo uterino igual ou superior a 80%, e apresentava pelo menos, quatro - cinco centímetros de dilatação, com vista a não prolongar a duração do trabalho de parto, apesar da controvérsia relativamente a este efeito da analgesia epidural. A dosagem, tipo fármacos e o modo de administração utilizados na analgesia epidural variam consoante se pretende um bloqueio sensitivo e motor ou apenas sensitivo. No campo clínico de Estágio são utilizados dois métodos de administração de fármacos por via epidural: administração de *bolus* intermitente, consoante a necessidade da parturiente e a administração contínua com recurso a seringa infusora. A administração de *bolus* epidural intermitente tem a vantagem de provocar menos bloqueio motor, facilitando a mobilidade da parturiente (Nunes et al., 2016), o que beneficiou a adoção de posições verticais ao longo do primeiro estágio do trabalho de parto. No entanto, após a realização de analgesia epidural as parturientes eram orientadas pelo anestesista a permanecerem na cama, devido ao receio de eventuais quedas por diminuição da força nos membros inferiores. Face a isto, no sentido de desenvolver estratégias que me permitissem aprofundar conhecimentos no âmbito da temática que me propus aprofundar ao longo do Estágio, procurei orientar e encorajar as parturientes a adotar posturas verticalizadas, conforme o seu desejo e preferência, em cima da cama, com a assistência do acompanhante e/ou EEESMO. A posição de cócoras, ou de joelhos na cama com o tórax apoiado na cabeceira da cama (elevada) ou na bola de pilates, bem como a posição de sentada na cama foram as mais utilizadas. Nas parturientes que apresentavam algum bloqueio motor, a posição de decúbito lateral com os membros inferiores fletidos e uma das pernas apoiada na perneira ou na bola amendoim foram alternativas para promover a aquisição de diferentes posturas.

No que respeita à administração de fluidos por via endovenosa durante o trabalho de parto, segundo as recomendações mais recentes não deve ser realizada por rotina (WHO, 2018a) mas antes em situações específicas, pelo que a minha atuação em Estágio foi de encontro à mesma recomendação, tendo em conta os protocolos instituídos no campo clínico. Assim, procedeu-se à cateterização de veia periférica

quando se fez necessário administrar fármacos (analgésicos, antibióticos para profilaxia de infecção por *Streptococcus β* hemolítico do grupo B, ou se rutura de bolsa superior a 12 horas) e/ou a perfusão de fluidos endovenosos, nomeadamente aquando da realização da analgesia epidural, nas situações em que a parturiente se encontrava em jejum ou seguia protocolo de atuação face à diabetes prévia/gestacional, perante uma emergência obstétrica, na presença de baixa variabilidade ou desaceleração fetal por diminuição da glicose materna ou em situações de hipotensão materna sintomática. Sempre que possível foram suspensas as perfusões endovenosas contínuas de forma a favorecer a mobilidade da parturiente.

O segundo estágio do trabalho de parto é designado de período expulsivo, e ocorre desde a dilatação e extinção completas do colo uterino até à expulsão do feto (Machado & Graça, 2017). Durante este estágio a mulher sente o desejo involuntário de puxar, como resultado de contrações uterinas expulsivas.

A duração do período expulsivo varia de mulher para mulher, sendo normalmente inferior a duas horas em múltíparas e inferior a três horas em nulíparas, devendo as mulheres ser informadas deste facto (WHO, 2018a).

Neste estágio as competências comunicacionais assumiram um papel fundamental para o desenrolar do parto, já que na maioria das vezes a parturiente se encontra cansada, envolta num misto de medos e sentimentos contraditórios, com dúvidas relativamente à sua capacidade de parir. Deste modo, o ambiente calmo, o apoio emocional proporcionado ao longo do trabalho de parto, através da presença contínua, de uma atitude empática e amável, procurando tranquilizar, animar e motivar a parturiente/casal, foram fundamentais para estabelecer uma relação de confiança e contribuir para que o momento do parto correspondesse às suas expectativas.

Constatada a dilatação completa, a posição do polo fetal em relação à bacia materna e identificada a variedade fetal, orientei e encorajei a parturiente e realizar esforços expulsivos, seguindo apenas o seu próprio impulso, aconselhando-a a adotar as posições nas quais se sentisse mais confortável. As evidências científicas salientam as posições verticais durante o período expulsivo como facilitadoras para a descida da apresentação fetal e a redução da duração do período expulsivo (Balaskas, 2017; Silva et al., 2019). Durante o Estágio, sendo os EEESMO no campo clínico sensíveis aos benefícios das posições verticais no período expulsivo, procurou-se, sempre que a parturiente demonstrava esse desejo e não havendo risco para o bem-estar fetal, apoiá-la e orientá-la na adoção da posição sentada na cama. Neste sentido a cabeceira da cama era elevada num ângulo de 100-110°, as pernas eram posicionadas de modo a serem usadas para o apoio das mãos e a parturiente, sentada com os pés apoiados na cama. Contudo, ainda é notória alguma resistência na adoção de posições verticais no

segundo estágio do trabalho de parto, principalmente pela equipa médica, e é referido por alguns profissionais a falta de treino para realização do parto em posições verticalizadas. É certo que o modelo biomédico continua a influenciar a cultura e as práticas de cuidados no parto, sendo que ainda há um grande percurso a percorrer no sentido de a mulher poder ter total liberdade de escolha na posição de parir, mas acredito que o EEESMO tem um papel fundamental nesta mudança.

Por vezes, mesmo após a dilatação completa foi necessário esperar que a parturiente apresentasse o impulso de puxar (reflexo de Ferguson). Raras vezes, quando a necessidade involuntária de puxar não era manifestada, mesmo após duas horas após a dilatação estar completa, orientou-se a parturiente quanto ao momento de realizar os esforços expulsivos. Assim, apesar de não ser uma prática recomendada por acarretar um risco acrescido de hipoxia fetal (WHO, 2018a), encorajou-se a parturiente a realizar esforços, sustentando a respiração por períodos curtos de forma a prevenir que desencadeasse a manobra de Valsalva.

Durante o período expulsivo garanti a monitorização dos batimentos cardíacos fetais de forma contínua ou intermitente, consoante cada situação em particular, no sentido de avaliar o bem-estar fetal e incentivei a parturiente a recuperar entre os esforços expulsivos através de uma respiração lenta e profunda, com vista a reduzir o risco de hipoxia fetal.

Durante o Estágio, aquando da execução dos partos, com vista à prevenção do trauma, limitei a manipulação perineal, permitindo a adaptação lenta e gradual dos tecidos à apresentação fetal, efetuei massagem perineal suave, usando um lubrificante e dei preferência ao apoio perineal simples aquando da aplicação da manobra de Ritgen (Ferreira-Couto & Fernandes-Carneiro, 2017). Partindo desta abordagem obtive 16 períneos íntegros, 15 períneos com lacerações de grau I, sete períneos com lacerações de grau II, e sete períneos com episiotomias. O uso limitado da prática de episiotomia contribuí para a obtenção de uma experiência positiva do parto e para a humanização dos cuidados prestados, devendo ser usada de forma criteriosa (WHO, 2018a). As episiotomias realizadas foram executadas em situações específicas de rigidez dos tecidos perineais e na iminência de laceração severa dessa região, tendo sido explicado previamente à parturiente e obtido o seu consentimento. Devo salientar que nem sempre foi uma decisão fácil de tomar, sendo o apoio dos supervisores clínicos fundamental para desenvolver esta competência.

Após a saída da cabeça fetal, garanti a pesquisa de circulares do cordão umbilical à volta do pescoço, realizando a laqueação prévia na presença de circulares apertadas. Imediatamente após o nascimento sequei o bebé com uma toalha quente, já que a maior parte do arrefecimento do recém-nascido acontece nos primeiros minutos depois do

nascimento e, ao mesmo tempo observei o aspeto geral do recém-nascido (com vista a identificar alguma malformação evidente), avaliei a sua vitalidade através do Índice de Apgar, nomeadamente a respiração, a frequência cardíaca, a cor, o tónus muscular e resposta aos reflexos, favorecendo a rápida identificação de necessidade de reanimação do bebé. Dos partos que realizei, em nenhum houve necessidade de reanimação do recém-nascido, pelo que, após discutido com as parturientes o seu desejo de realizar contato pele-a-pele, o recém-nascido foi colocado em cima do tórax/abdómen materno para que ela o segurasse, sendo aí realizados os primeiros cuidados ao recém-nascido. O contato pele-a-pele imediato facilita a interação mãe e recém-nascido, favorecendo a amamentação precoce, a estabilidade cardiorrespiratória do recém-nascido, bem como a sua termorregulação e níveis normais de glicemia (Moore et al., 2016). A todos os recém-nascidos, sem interferir com o processo de vinculação, foi avaliado o peso relacionando-o com a idade gestacional e foi administrada vitamina K, 1mg, intramuscular, com o consentimento materno, tendo sido realizada a administração durante o contato pele-a-pele.

Antes do período expulsivo garanti que a sala de partos estava preparada para o nascimento do recém-nascido, atendendo à temperatura, luminosidade e correto funcionamento de equipamentos eventualmente necessários para reanimação neonatal (aspirador, rampa de oxigénio). Os recém-nascidos, pela imaturidade dos sistemas reguladores de temperatura, perdem calor rapidamente se estiverem molhados, não cobertos, expostos a corrente de ar ou se forem colocados em ou perto de superfícies frias (WHO, 1997).

A clampagem tardia do cordão umbilical foi privilegiada, sempre que possível, tendo em conta as evidências científicas atuais (WHO, 2014a), que salientam o benefício na diminuição de anemia por deficiência de ferro no recém-nascido. Foi encorajado o corte do cordão pelos pais, envolvendo-os no nascimento. Realizei colheitas de sangue do cordão umbilical para tipagem sanguínea do recém-nascido sempre que a parturiente tinha grupo de sangue com fator Rh negativo, de acordo com o protocolo instituído no campo clínico, com vista à profilaxia de isoimunização Rh (D) materna pós-parto e prevenção de doença hemolítica do recém-nascido.

Normalmente a dequitação ocorre logo após alguns minutos pós-parto ou pode durar 30 a 60 minutos (Machado & Graça, 2017), pelo que se a dequitação não ocorrer durante esse período deve ser informada a equipa médica para proceder à dequitação manual se necessário. Assim face ao terceiro estágio do trabalho de parto adotei uma atitude calma e expectante, respeitando a fisiologia da dequitação. Quando observados sinais de descolamento, procedi à tração controlada e cuidadosa do cordão umbilical para favorecer a saída da placenta e, assim que a placenta começava a exteriorizar-se,

efetuei a manobra de Jacob-Dublin (rotação da placenta e das membranas até à sua completa expulsão, por ação do seu peso). Imediatamente após a expulsão da placenta, confirmei a formação do globo de segurança de Pinard, avaliei a perda de sangue e procedi à administração de ocitocina, normalmente em perfusão endovenosa garantindo o tónus uterino e prevenindo a hemorragia pós-parto (Sequeira et al., 2020). Após a dequitação, garanti a observação da placenta (face materna e fetal) e cordão umbilical, com vista a confirmar a sua integridade, características e possíveis anomalias.

Nos partos que realizei durante o Estágio não houve nenhuma situação de retenção da placenta, no entanto em duas situações deparei-me com a fragmentação de membranas, tendo informado a equipa médica, que procedeu a revisão uterina manual e referenciado a mulher para realização de controlo ecográfico antes da alta hospitalar.

A retenção de fragmentos placentares pode requerer procedimentos mais invasivos, originar quadros de hemorragia e infeção puerperal (Perlman & Carusi, 2019). Nestas situações auxiliei o médico nos procedimentos, expliquei à mulher/acompanhante a situação, garanti que a puérpera não tivesse dor durante os procedimentos médicos, administrei antibioterapia prescrita pelo médico e dei-lhe apoio emocional face à situação.

Após a dequitação avaliei a integridade do canal vaginal e o períneo e, sempre que se verificaram lacerações vaginais e/ou perineais ou nas situações em se realizou episiotomia, procedi à sua reparação respeitando os princípios de assepsia e assegurando a correta reconstituição anatómica, correta hemóstase e utilizando o mínimo de material de sutura possível. Executei no total sete episiorrafias e 22 perineorrafias, tendo sido um dos procedimentos mais desafiantes ao longo do Estágio. Foi fundamental rever e consolidar conteúdos teórico-práticos lecionados anteriormente, mobilizando-os para as situações reais e situações de simulação que ocorreram junto dos supervisores clínicos, com vista a favorecer a destreza e segurança na realização das perineorrafias.

Para realizar a perineorrafia foi importante manter o ambiente calmo, assegurar a privacidade, explicar à puérpera o procedimento, garantindo o seu consentimento, proporcionar-lhe analgesia adequada, posicioná-la confortavelmente e utilizar iluminação adequada. Tanto a avaliação do canal vaginal e períneo, quanto a execução do procedimento foram feitos de forma delicada de modo a causar o mínimo de desconforto possível e, portanto, não interferir no processo de vinculação.

No quarto estágio do trabalho de parto, o período de puerpério imediato, que compreende as duas horas pós-parto, são fundamentais os processos hemostáticos que ocorrem no organismo da puérpera, no sentido de impedir a ocorrência de

hemorragia grave. Face a isto monitorizei os sinais vitais da puérpera a cada 30 minutos, reduzindo o tempo de intervalo quando necessário, avalei o útero através da palpação manual, assegurando a formação do globo de segurança de Pinard, vigiei a perda sanguínea vaginal e o períneo, estimei o esvaziamento vesical e valorizei todas as queixas maternas, no sentido de avaliar o seu estado geral. Nesta fase encorajei a puérpera a alimentar-se e promovi o conforto para que pudesse descansar se fosse sua vontade.

Privilegiei os ensinamentos à mulher no âmbito dos cuidados perineais com vista à prevenção da infeção, controlo da dor localizada e sinais de alerta (febre, cheiro fétido, dor). O EEESMO tem o dever de ajudar a utente a maximizar o seu potencial de saúde, promovendo a partilha de informação no sentido de criar novas capacidades de autocuidado com vista à recuperação pós-parto (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Conhecidos os desejos da mulher relativamente à alimentação do recém-nascido e sendo sua vontade amamentar, encorajei-a e dei-lhe o apoio necessário para que se estabelecesse a amamentação logo que possível e de preferência na primeira meia hora pós-parto (WHO, 2018a). Todas as mulheres a quem prestei cuidados no puerpério imediato amamentaram na primeira meia hora de vida do recém-nascido, tendo sido encorajadas e auxiliadas logo após o nascimento.

Assim, desenvolvi as competências necessárias para a prestação de cuidados à mulher/família inserida na comunidade, nos quatro estádios do trabalho de parto, concebendo, planeando, implementando e avaliando intervenções adequadas à evolução do mesmo, identificando precocemente desvios ao padrão normal de evolução do trabalho de parto e prevenindo complicações para a saúde da mulher/recém-nascido (Regulamento n.º 391/2019, de 3 de Maio de 2019).

### Serviço de Obstetrícia e Neonatologia

Ao longo do Estágio profissional pude adquirir e desenvolver competências na prestação de cuidados especializados à mulher e recém-nascido inseridos na família e comunidade durante o período pós-natal, potenciando a sua saúde e apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade. Tive oportunidade de desenvolver estas competências em diferentes momentos e em diferentes campos clínicos, nomeadamente no Bloco de Partos (4ºestádio do trabalho de parto), no serviço de Obstetrícia e no serviço de Neonatologia.

Ao longo do Estágio nestes campos clínicos prestei cuidados a 165 puérperas, das quais 16 apresentavam algum risco de complicação puerperal, e a 168 recém-nascidos, 30 dos quais com algum risco de desvio de saúde, encontrando-se três deles internados no serviço de neonatologia.

O período pós-parto ou puerpério é compreendido como o período que se inicia imediatamente a seguir ao nascimento do recém-nascido e se prolonga por seis semanas pós-parto, durante o qual ocorre a recuperação física e psicológica da mãe (DGS, 2015c). Este período é caracterizado pelas exigentes mudanças físicas e psicológicas para a mulher que o vivencia, constituindo-se como uma fase crítica na vida das mulheres, recém-nascido e família. No entanto, este momento parece ser negligenciado no que respeita a cuidados de qualidade, podendo resultar em problemas de saúde significativos para a mãe e bebé (WHO, 2014b)

Após as primeiras duas horas após o parto, concluindo-se o quarto estágio do trabalho de parto, a puérpera e o recém-nascido estáveis do ponto de vista clínico são admitidos no serviço de Obstetrícia, sendo a duração do internamento de 48 horas, no caso de partos vaginais e de 72 horas em situação de parto por cesariana, podendo prolongar-se caso ocorra alguma complicação.

Como já referido noutros capítulos, o acolhimento da mulher/casal assume um papel fundamental no cuidado humanizado e no estabelecimento de uma relação terapêutica baseada na empatia e respeito. Portanto, acolhi a puérpera de forma harmoniosa, descrevendo o espaço físico, explicando as rotinas do serviço e as atividades de vigilância necessárias ao longo do internamento, tanto para a puérpera como para o recém-nascido, informando sobre as limitações, impostas pela situação pandémica, relativamente às visitas.

Através da informação (história e antecedentes de saúde/obstétricos maternos, vigilância da gravidez, evolução do trabalho de parto e parto) obtida aquando da transferência da puérpera e recém-nascido para o internamento de Obstetrícia, da observação direta, do exame físico, dos dados do processo informático da utente e da anamnese, identifiquei os problemas ou preocupações relevantes para uma adequada intervenção, reconhecendo a autonomia da mulher enquanto ser humano e sujeito participativo do seu plano de cuidados. Face às expectativas e necessidades próprias de cada mulher/recém-nascido planei intervenções considerando o respeito pela sua individualidade física, social, cultural e religiosa (Strapasson & Nedel, 2010).

Durante o puerpério ocorrem diversas alterações fisiológicas ao nível de vários sistemas e órgãos da mulher, bem como ao nível psicológico e social, sendo um período marcado por muitas emoções e mudanças nos relacionamentos interpessoais e familiares, sendo fundamental manter a vigilância da puérpera com vista ao diagnóstico precoce e prevenção de complicações. Sendo o puerpério um período considerado de riscos para alterações fisiológicas e psicológicas, tornam-se essenciais os cuidados de enfermagem qualificados, com vista à prevenção de complicações, ao conforto físico e emocional e educação em saúde (Gomes & Santos, 2017). Neste seguimento a

vigilância da puérpera centrou-se, por um lado nas alterações fisiológicas esperadas, através da avaliação do seu estado geral, da coloração da pele e mucosas, avaliação dos sinais vitais (temperatura, frequência cardíaca e tensão arterial), monitorização da dor, da avaliação das mamas e mamilos e do estabelecimento do aleitamento materno, da avaliação do tónus e involução uterina, da vigilância da quantidade e características dos lóquios, da ferida cirúrgica abdominal (em caso de cesariana), vigilância da eliminação urinária e intestinal, da avaliação do períneo e presença de hemorroidas, da avaliação da perfusão periférica dos membros inferiores, da avaliação da quantidade e qualidade do sono/repouso e, por outro lado, nas alterações psicossociais através da avaliação da adaptação à parentalidade (qualidade da vinculação), do estado emocional, da autoestima, da dinâmica familiar (relações familiares, sinais de violência doméstica ou maus-tratos), do suporte social e fatores de risco social (pobreza, desemprego).

Por si só o puerpério é um período intenso, que acarreta dificuldades, podendo tornar-se ainda mais exigente para a mulher quando acompanhado de complicações, em caso de patologia associada e/ou concomitante, sendo a assistência pós-natal essencial para a identificação precoce de riscos, o diagnóstico, planeamento e implementação de intervenções de enfermagem que satisfaçam as necessidades da mulher e promovam a sua saúde. Alguns fatores de risco são os relacionados à gestação e parto, como por exemplo a hipertensão arterial, diabetes gestacional, anemia, hemorragia, infeção pós-parto, podendo ainda existir fatores anteriores à gravidez caracterizados por condições sociodemográficas desfavoráveis, perfil individual, história reprodutiva anterior e patologias preexistentes (Amorim et al., 2017).

No decurso do Estágio foi possível desenvolver competências na prestação de cuidados a puérperas de risco, requerendo conhecimentos específicos acerca de cada situação particular, com vista a favorecer a vigilância adequada e identificação rápida e oportuna de complicações. A par da vigilância, foram implementadas intervenções autónomas, como o esclarecimento sobre a patologia, sobre os procedimentos e terapêutica efetuada, de forma mostrar disponibilidade e encorajar a expressão de medos e ansiedade. Neste seguimento, de forma a desenvolver a minha aprendizagem e garantir o meu crescimento profissional, realizei um estudo de caso (Apêndice 3) com o intuito de elaborar um plano de cuidados de enfermagem para uma puérpera com anemia, o que favoreceu o conhecimento aprofundado dos problemas e necessidades da puérpera/família e facultou a oportunidade de estudar a melhor estratégia para solucionar ou reverter os problemas identificados.

Face às exigências da maternidade, é comum que a puérpera se sinta vulnerável e desconfortável perante a insegurança e as dúvidas, quer no que respeita ao cuidado



com o recém-nascido, quer ao cuidado de si própria. A puérpera pode enfrentar dificuldades para satisfazer as suas necessidades e sentir-se ao mesmo tempo despreparada para atender as necessidades do recém-nascido, o que se reflete em ansiedade e medo (Oliveira et al., 2019). Durante o internamento pós-parto, a par da vigilância constante da puérpera com o intuito de prevenir e identificar precocemente complicações, ouvi e orientei a puérpera/casal sobre ações no âmbito do autocuidado, amamentação, planeamento familiar, reinício da atividade sexual, crenças e cuidados com o bebé, com vista à sua segurança e autonomia. É essencial que a mulher adquira conhecimentos e autoconfiança, fundamentais para a tomada de decisões responsáveis que influenciem a sua saúde, bem como a do recém-nascido e família. A aquisição de conhecimento acerca do período puerperal favorece o envolvimento da mulher/casal/família no processo de transição, permitindo-lhes também lidar melhor com os aspetos relacionados com a parentalidade. Segundo o modelo teórico de Dorothea Orem, a mulher quando tem capacidades é capaz de cuidar de si mesma, pelo que o EEESMO tem o dever de ajudar a utente a maximizar o seu potencial de saúde, promovendo a partilha de informação no sentido de otimizar a sua aprendizagem cognitiva e criando novas capacidades de autocuidado, autodeterminação (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Neste sentido a educação para a saúde assumiu um papel preponderante durante o Estágio no serviço de Obstetrícia, pelo que ao longo do Estágio realizei orientações individualizadas às puérperas/casais no sentido de esclarecer as suas dúvidas, medos e inseguranças, capacitando-as para vivenciarem o pós-parto de forma tranquila e segura. Através da educação em saúde, as mulheres são influenciadas para mudança de hábitos e comportamentos adequados de saúde, para a prática do autocuidado e cuidado com o recém-nascido, de modo a melhorar a sua saúde e bem-estar na fase puerperal, como considerado na teoria de Dorothea Orem (Queirós et al., 2014).

No que respeita ao autocuidado informei sobre as modificações do seu corpo e por que ocorrem, ensinei sobre os cuidados de higiene perineal, sobre cuidados à ferida perineal, importância da lavagem das mãos antes e depois dos cuidados perineais, sobre características dos lóquios (quantidade, cor, odor), sobre sinais inflamatórios (edema, rubor, calor, odor), sobre o reinício da atividade sexual e contraceção, orientei relativamente à consulta de revisão do puerpério (entre a 6ª e 8ª semana pós-parto) e sua importância, sobre medidas não farmacológicas de alívio da dor (posicionamento de alívio, respiração, leitura, musicoterapia, aplicação de calor/frio), sobre estilos de vida saudáveis (alimentação, exercício físico ligeiro e repouso), ensinei sobre sinais e sintomas comuns de problemas físicos (infeção, hemorragia, alterações urogenitais/fecais, pré-eclampsia, tromboembolismo) e psicológicos (blues pós-parto,

duração habitual) pós-parto, sobre a importância do apoio familiar e de amigos e orientei a puérpera/casal para os recursos da comunidade (cuidados de saúde primários, grupos de apoio).

Relativamente à amamentação, sendo um evento natural, não é um processo instintivo mas antes um comportamento aprendido, que requer prática e tempo de adaptação, podendo constituir-se como um momento de grandes desafios para as mães (Barbosa & Reis, 2020). Deste modo, após validar com a puérpera o desejo de amamentar e os seus conhecimentos prévios, elogiei a sua escolha de amamentar e disponibilizei totalmente a minha assistência para a apoiar nesse processo. O conhecimento da puérpera sobre aleitamento materno é essencial para que essa prática seja levada adiante com sucesso, uma vez que o déficit de conhecimentos maternos acerca das dificuldades e complicações que podem surgir no decorrer da amamentação cria sentimentos de insegurança e frustração (Lopes & Chora, 2019). Face a isto, avaleiei as mamadas, estive presente nos momentos em que surgiram dificuldades e transmiti confiança. Orientei sobre posicionamentos adequados e confortáveis para amamentar, esclareci dúvidas relativas ao processo de lactação, vantagens do aleitamento materno, sinais de boa pega, ensinei sobre prevenção e estratégias de resolução de complicações nas mamas (ingurgitamento, bloqueio dos ductos, mastite, mamilos dolorosos e/ou fissurados). Ensinei sobre fatores que influenciam a amamentação, nomeadamente os fatores fisiológicos (produção láctea insuficiente, cansaço, fadiga), clínicos (mastite, ingurgitamento mamário) e culturais (crenças, mitos), sobre aspetos psicológicos (stress, ansiedade) e a importância da participação do recém-nascido. Sempre que possível envolvi o companheiro/acompanhante no aleitamento de forma a estimular a sua ajuda e a promover o relacionamento conjugal e orientei para recursos na comunidade de apoio no aleitamento materno (Cantinho de Amamentação). Assim, ao longo do Estágio, garanti que as mães, bebés e famílias receberam o apoio apropriado e informações atualizadas para o sucesso do aleitamento materno, sendo que pude constatar que todas as puérperas a quem prestei cuidados pretendiam amamentar os recém-nascidos exclusivamente.

No que diz respeito aos cuidados ao recém-nascido foi fundamental o alojamento conjunto pois permitiu o estabelecimento de laços afetivos entre mãe/casal e bebé, o incentivo ao aleitamento materno e a orientação dos pais sobre os cuidados recém-nascido e prevenção de infeções. Após o parto, é comum a puérpera sentir-se cansada, desconfortável fisicamente e com dor, pelo que adota comumente uma atitude passiva face aos cuidados ao recém-nascido (Strapasson & Nedel, 2010). Neste sentido, o alojamento conjunto permite que a puérpera seja orientada e participe gradualmente, conforme se sinta capaz, nos cuidados ao seu filho, podendo atender às

necessidades reveladas por ele, ao mesmo tempo que também ela é cuidada, o que lhe transmite confiança e segurança quanto ao seu estado e do seu filho (Gomes & Santos, 2017).

Nas primeiras 24 - 48 horas o recém-nascido passa por várias mudanças fisiológicas e comportamentais, estando ainda a ajustar-se à vida extrauterina, sendo essencial a sua atenta observação e vigilância, promovendo a sua saúde e seu pleno desenvolvimento, estimulando o vínculo entre mãe e filho, prevenindo complicações e evitando intervenções desnecessárias. Neste seguimento, em cada turno realizei a oportuna observação e vigilância do recém-nascido considerando o seu aspeto geral, o tónus muscular, a sua atividade espontânea, a postura, as características do choro, as características da respiração, as características da pele, a temperatura, a clampagem e o estado de cicatrização do coto umbilical, o padrão de alimentação e tolerância alimentar e a eliminação vesical e intestinal, procurando identificar precocemente alguma complicação, referenciando para outros profissionais competentes sempre que necessário. No campo clínico onde foi realizado o Estágio, o exame físico completo do recém-nascido é realizado normalmente pelo pediatra, preferencialmente nas primeiras 12 horas de vida e na presença da mãe. Procurei estar sempre presente durante esta avaliação pediátrica, contribuindo com dados pertinentes da minha observação para essa avaliação, facilitando a identificação e diagnóstico de desvios e complicações.

Sempre que foram detetados sinais de alteração do estado do recém-nascido, foi solicitado o apoio do médico pediatra e colaborei com este na identificação, diagnóstico e tratamento de complicações bem como no encaminhamento para outros profissionais competentes.

No campo clínico de Estágio, o primeiro banho ao recém-nascido é dado, no mínimo, seis horas após o nascimento, devido ao risco de hipotermia o que vai de encontro ao recomendado pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 2014b). O banho do recém-nascido constitui-se um momento de grande importância pois permite a observação da condição física do RN, a promoção da sua higiene e conforto, assim como a interação entre os pais e o bebé, favorecendo a sua ligação afetiva (C. M. S. Silva et al., 2015). A orientação do primeiro banho foi realizada de forma individual, tendo em conta as reais necessidades e especificidades culturais da puérpera/casal, sendo o procedimento, demonstrado passo a passo à puérpera/casal, procurando minimizar o arrefecimento corporal e o stress causado ao recém-nascido. Os banhos subsequentes foram realizados pela puérpera sob supervisão da equipe de enfermagem de modo a esclarecer dúvidas e salientar informações relevantes.

No que diz respeito aos cuidados ao coto umbilical, no campo clínico de Estágio é usada a técnica *dry care*, recomendada pela Organização Mundial de Saúde, que

consiste em manter o coto umbilical limpo e seco, sem aplicar qualquer tipo de substância ou antisséptico (Cardão et al., 2019; WHO, 2014b), sendo considerado um método simples e seguro nos cuidados ao coto umbilical (Quattrin et al., 2016).

Ainda no que diz respeito aos cuidados ao recém-nascido é fundamental a prevenção de infecções, o reconhecimento precoce e o tratamento adequado, dada a imaturidade do sistema imunológico do recém-nascido (Diniz & Figueiredo, 2014). A lavagem das mãos de todos os intervenientes nos cuidados aos recém-nascidos assume um papel essencial na prevenção de infecções. Ao mesmo tempo é importante promover o conhecimento e capacitar a puérpera /casal no sentido de detetarem precocemente sinais de infeção no bebé (localizados, por exemplo, ao nível do coto umbilical; ou generalizados como febre, taquipneia), orientando-os para a necessidade de procurarem cuidados de saúde prematuramente.

Parte fundamental da atuação do EEESMO no período pós-parto é a informação e o aconselhamento sobre os cuidados ao recém-nascido, promovendo a autonomia e segurança dos pais. Mesmo as puérperas que já tiveram outros filhos, podem necessitar de informações e orientações relativamente aos cuidados com o seu bebé. Deste modo, após avaliar o nível de conhecimentos da puérpera/casal e perceber as suas dificuldades, realizei ensinamentos individualizados sobre variados temas relacionados com os cuidados ao recém-nascido, proporcionando tempo aos pais para treinarem habilidades e verem as suas dúvidas esclarecidas. As temáticas exploradas com os pais, ao longo do Estágio, prenderam-se com choro e formas de acalmar o bebé, posicionamento do bebé no berço, ritmo de sono/vigília do bebé, alimentação, avaliação da evolução ponderal, higiene e conforto, cuidados e processo de cicatrização do coto umbilical, eliminação vesical e intestinal, características da pele, vestuário do recém-nascido, vacinação (VHB) e “teste do pezinho” (teste de rastreio precoce neonatal), rastreio de cardiopatias congénitas e do rastreio auditivo neonatal, plano de consultas de saúde, transporte seguro do bebé e registo do nascimento. Face às dúvidas, dificuldades e necessidades individuais das puérperas/casais garanti que o período de internamento pós-parto fosse um momento de aprendizagem, de aquisição de conhecimentos baseados em evidências atuais e desenvolvimento de capacidades que permitam aos pais cuidar do seu bebé com segurança e confiança. Procurei incluir o cônjuge/pessoa significativa, aquando do horário da visita (apesar de ser um tempo tão curto), procurando oferecer uma oportunidade de ouvir as mesmas informações que a mãe e disponibilizei tempo ao casal para fazerem perguntas e discutir todas as suas preocupações e dúvidas. O acompanhante e família desempenham um papel essencial no contexto de puerpério, já que trazem conhecimentos prévios sobre os cuidados com

a puérpera e recém-nascido, tornando-se, com frequência naqueles que substituem a puérpera ao assumir os cuidados com o bebê e fornecem apoio através de ajuda prática.

Alguns recém-nascidos apresentam características associadas a um maior risco de evolução desfavorável e, portanto, de desenvolverem complicações ou desvios de saúde. São considerados fatores de risco: o baixo peso ao nascer (< 2.500g); a prematuridade (< 37 semanas de idade gestacional); asfixia grave (Apgar < 7 no quinto minuto); necessidade de internamento em unidade de cuidados neonatais especiais; vigilância pré-natal insuficiente; mãe adolescente; mãe com doença crônica (diabetes mellitus, cardiopatia, obesidade, hipertensão arterial) e/ou específica da gravidez (diabetes gestacional, síndrome hipertensiva); baixa instrução materna; baixo nível socioeconómico materno; história materna de morte fetal/neonatal (Borba et al., 2014; Formiga et al., 2018). A estes acrescem algumas situações perinatais que constituem risco infeccioso para o recém-nascido, sendo os de maior preponderância o parto pré-termo, a colonização materna por *Streptococcus β* hemolítico do grupo B, a rotura prematura das membranas superior a 18 horas e sinais ou sintomas maternos de infeção (Polin, 2012). Mudanças subtis no comportamento alimentar, atividade, cor, saturação de oxigénio ou sinais vitais geralmente indicam a existência de um problema, sendo que os recém-nascidos risco, que por si só já apresentam algum fator que predispõe para o processo patológico, podem apresentar ainda maior dificuldade para lidar com o stress fisiológico (Hockenberry et al., 2017). Neste sentido, ao longo do Estágio assumiu-se de extrema importância a análise do perfil dos recém-nascidos e respetivas mães com vista à identificação precoce de fatores de risco que exigem atenção especial e prioritária, com vista a reconhecer alterações e tomar decisões na prevenção de consequências futuras na saúde e desenvolvimento do recém-nascido, encaminhando as situações que estão além da área de atuação do EEESMO para outros profissionais competentes. Ainda no âmbito da prestação de cuidados de enfermagem especializados a recém-nascidos de risco/família, tive oportunidade de realizar um período de uma semana de estágio, de carácter observacional, no serviço de Neonatologia, o qual contribuiu para adquirir conhecimentos e desenvolver competências na otimização da adaptação do recém-nascido à vida extrauterina, bem como no apoio ao processo de transição e adaptação para a parentalidade. Quando um recém-nascido com necessidades de cuidados especializados é internado, ocorre a separação física mãe/casal-bebê, que mesmo por curto período de tempo, é acompanhada de afastamento emocional, podendo prejudicar seriamente a capacidade dos pais em assumir seus papéis familiares frente ao neonato (Hockenberry et al., 2017). Como futura EEESMO este facto alertou-me para a importância de apoiar os pais face a essa separação, geradora de ansiedade, medo, impotência e tristeza, através de

uma atitude empática, ouvindo as suas preocupações e necessidades e estabelecendo com eles estratégias que possam minimizar fatores de stress e fortalecer o processo de vinculação. Durante a minha passagem neste campo clínico, com vista a promover a parentalidade, encorajei e apoiei os pais a olharem, acariciarem, falarem e cuidarem do recém-nascido, de modo a estabelecerem laços afetivos, facilitando a vinculação.

A preparação da alta hospitalar da puérpera e recém-nascido constituiu-se como um processo gradual, iniciado desde a admissão, através do ensino contínuo e validação das aprendizagens possibilitando a continuidade do autocuidado e do cuidado com o recém-nascido após o regresso a casa, bem como do processo de adaptação à parentalidade saudável e prazerosa. O período de internamento após o parto é na maioria das vezes de curta duração, tornando-se intenso, exigente e desafiador para os casais no que respeita à aquisição de novos conhecimentos e habilidades. Face a isto, é fundamental que, no momento da alta as puérperas/casais demonstrem conhecimentos sobre autocuidado e cuidados ao recém-nascido, amamentação e sinais de alerta e complicações preveníveis, com vista a reintegrar-se no seu quotidiano mais segura e confiante. A independência da mulher em relação ao seu autocuidado e cuidado ao recém-nascido, permite-lhe realizar ações autónomas e livres para a manutenção da sua vida, saúde, desenvolvimento e bem estar, como considera Dorothea Orem (Queirós et al., 2014).

Como forma de relembrar as orientações recebidas ao longo do internamento e com vista à continuidade dos cuidados em articulação com os cuidados de saúde primários, é entregue a todas as puérperas uma carta de alta de enfermagem, onde constam informações claras e objetivas relativas aos cuidados prestados e evolução da puérpera e recém-nascido durante a hospitalização, bem como algumas orientações pertinentes, nomeadamente relativas ao rastreio neonatal precoce (colheita entre o 3.º e o 6.º dia de vida), avaliação ponderal do bebé (semanalmente, no primeiro mês), primeira consulta do bebé (entre 10.º e 15.º dia de vida); consulta de revisão pós-parto (entre a 4.ª e a 6.ª semana), consulta de planeamento familiar (entre a 2.ª e a 3.ª semana pós parto), remoção de material de sutura abdominal (em caso cesariana: entre o 6.º e o 8.º dia de pós parto), indicações sobre medicação prescrita e contatos telefónicos de interesse (cantinho da amamentação, serviço de Obstetrícia) para apoio e esclarecimento de dúvidas.

Imediatamente antes da alta foram revistos os conhecimentos dos pais acerca do transporte em segurança dos recém-nascidos e foram verificadas as condições de segurança em que este era transportado na cadeira de transporte aquando da saída do serviço.

## 5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este relatório resultou do trabalho desenvolvido ao longo do percurso formativo no Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, o qual culminou no Estágio de Natureza Profissional, tendo permitido a reflexão crítica sobre o processo de desenvolvimento e aquisição de conhecimentos e competências preconizadas para o exercício profissional do EEESMO.

O Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia constituiu-se como uma grande oportunidade de crescimento profissional e pessoal, uma experiência desafiadora e gratificante, da qual emergiram inúmeras reflexões, novos paradigmas e filosofias do cuidar numa área tão cativante, significativa e específica.

O Estágio de Natureza Profissional possibilitou o desenvolvimento e consolidação de competências comuns dos enfermeiros especialistas e específicas do EEESMO, técnicas, científicas e humanas para cuidar da Mulher inserida na família e comunidade, em diferentes estádios da sua vida, no âmbito do seu ciclo reprodutivo. Foram inúmeras as oportunidades de aprendizagem que contribuíram para a mobilização e a aplicação de conhecimentos, para o desenvolvimento da minha capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e mais ou menos complexas, tendo sido de extrema importância a reflexão sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais resultantes das minhas tomadas de decisão.

No decorrer do Estágio, foi assumida uma postura assertiva, de responsabilidade pela aprendizagem, com espírito de iniciativa e motivação, o que contribuiu para que os objetivos de aprendizagem traçados para o Estágio fossem atingidos. A reflexão constante sobre as experiências da prática clínica revelou-se essencial para reconhecer os pontos fortes e as fraquezas, bem como para ultrapassar as lacunas sentidas entre a teoria e prática.

Além do desenvolvimento de competências profissionais intrínsecas aos cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, o Estágio favoreceu, através das relações interpessoais, da partilha de saberes, do suporte e acompanhamento recebido no seio das equipas multidisciplinares, a consolidação da identidade profissional especializada.

Foi fundamental alicerçar a prática no modelo teórico de Dorothea Orem, uma vez que permitiu planear e prestar cuidados às mulheres/casais/família de forma individualizada, holística e contínua, trabalhando em parceria com eles no sentido da sua capacitação, empoderamento face às tomadas de decisão relativas à melhoria da sua saúde e bem-estar.

Ao longo do seu percurso formativo e profissional o EEESMO privilegia a excelência dos cuidados que presta, sendo a atualização contínua dos conhecimentos, com base na evidência científica atual, uma das condições indispensável para a melhoria da qualidade dos cuidados. Neste sentido, objetivou-se, no decorrer do Estágio, aprofundar os conhecimentos e desenvolver competências para a promoção da liberdade de movimentos e a adoção de posições verticais durante o primeiro estágio do trabalho de parto. A metodologia utilizada, nomeadamente a revisão integrativa da literatura e a recolha de dados da prática revelou-se adequada, tendo favorecido a reflexão crítica considerando as vertentes teórico-práticas e a prática baseada na evidência. O aprofundamento desta temática e, no que diz respeito à prática baseada na evidência, é de salientar o contributo para a Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, no sentido em que pode auxiliar o EEESMO na tomada de decisão e no desenvolvimento de práticas de acordo com a evidência científica mais recente.

Embora o aprofundamento da temática escolhida não tenha como objetivo extrapolar conclusões, na prática clínica pôde constatar-se que a liberdade de escolha quanto à mobilidade e posturas durante o trabalho de parto é influenciada pelo conhecimento e capacitação da mulher no respeitante à temática. Evidenciou-se ainda, através de testemunho informal, grande satisfação por parte das mulheres que puderam mobilizar-se e adotar posturas verticais.

O EEESMO é detentor de conhecimento e competências que reforçam a autonomia da mulher, que promovem a sua participação ativa no processo fisiológico do seu trabalho de parto e parto, assumindo um papel fundamental na implementação de ações que procuram alcançar uma assistência humanizada, centrada nas necessidades da mulher e não apenas em procedimentos, normas e rotinas predeterminadas, devendo basear as suas práticas em evidências científicas significativas e atuais.

Ao longo do Estágio surgiram alguns constrangimentos, na sua maioria relacionados com a situação pandémica vivida na atualidade, que impediram a concretização de algumas atividades planeadas, nomeadamente no que respeita à realização de ações de formação na equipa de saúde multidisciplinar e sessões educativas de grupo com as mulheres, já que imperava a necessidade de distanciamento social, encontrando-se estas atividades temporariamente suspensas. Saliento a importância da formação contínua dos enfermeiros na promoção e desenvolvimento profissional, na expansão do conhecimento, autonomia, responsabilidade, respeito e dignidade profissional, bem como na melhoria da qualidade dos cuidados que presta. Outro constrangimento que se colocou diz respeito à



sobrecarga horária determinada pelo facto de a mestranda ser estudante-trabalhadora, que dificultou em alguns momentos o seu rendimento espectral.

Apesar de alguns constrangimentos o plano de ação concebido para realização do Estágio de Natureza Profissional foi adequado, objetivo e exequível, tendo cada etapa do Estágio contribuído de forma decisiva para a evolução da autonomia e autoconfiança da mestranda, assim como para a sua capacitação para a tomada de decisões conscientes e fundamentadas, empregando o juízo crítico na condução da sua futura prática e contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados.

Pelo exposto considera-se que os objetivos propostos foram atingidos, não esquecendo que o processo formativo não termina aqui, mantendo-se a necessidade de constante aprendizagem e investimento pessoal, para que a nível profissional aconteçam melhorias e crescimento. Revela-se também o interesse despertado para constante melhoria dos cuidados e para a pesquisa de forma a basear a prática na evidência científica.

## 6 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguilar, O. C., Romero, A. L. F., & García, V. E. M. (2013). Comparison of obstetric and perinatal results of childbirth vertical position vs. childbirth supine position. *Ginecol Obstet Mex*, 81(1), 1-10. Retrieved Jan, from [https://www.researchgate.net/publication/236065535\\_Comparison\\_of\\_obstetric\\_and\\_perinatal\\_results\\_of\\_childbirth\\_vertical\\_position\\_vs\\_Childbirth\\_supine\\_position](https://www.researchgate.net/publication/236065535_Comparison_of_obstetric_and_perinatal_results_of_childbirth_vertical_position_vs_Childbirth_supine_position)
- Alarcão, I., & Canha, B. (2013). *Supervisão e colaboração: uma relação para o desenvolvimento*. Porto Editora.
- Alarcão, I., & Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. 14(3), 373-378. <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n3/v14n3a08.pdf>
- Alves, N. C. d. C., Feitosa, K. M. A., Mendes, M. E. S., & Caminha, M. d. F. C. (2017). Complicações na gestação em mulheres com idade maior ou igual a 35 anos. 38(4). <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/sv9h8bdt75zggKhgXwfSBmB/?lang=pt>
- American Academy of Pediatrics Committee on Fetus and Newborn, & American College of Obstetricians and Gynecologists Committee on Obstetric Practice. (2015). The Apgar Score. 136(4), 819-822. <https://publications.aap.org/pediatrics/article/136/4/819/73821/The-Apgar-Score?autologincheck=redirected>
- Amorim, T. V., Souza, Í. E. d. O., Moura, M. A. V., Queiroz, A. B. A., & Salimena, A. M. O. (2017). Perspectivas do cuidado de enfermagem na gestação de alto risco: revisão integrativa. *Enfermería Global*, 16(46), 500-543. Retrieved 2017-01-01, from [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412017000200500&lng=en&tlng=en](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412017000200500&lng=en&tlng=en)
- Apgar, V. (2015). A Proposal for a New Method of Evaluation of the Newborn Infant. 120(5), 1056-1059. [https://journals.lww.com/anesthesia-analgia/fulltext/2015/05000/a\\_proposal\\_for\\_a\\_new\\_method\\_of\\_evaluation\\_of\\_the.22.aspx](https://journals.lww.com/anesthesia-analgia/fulltext/2015/05000/a_proposal_for_a_new_method_of_evaluation_of_the.22.aspx)
- Balaskas, J. (2017). *Parto ativo: guia prático para o parto natural*. Estações Editora.
- Barbosa, D. F. R., & Reis, R. P. (2020). O Enfermeiro no Incentivo do Aleitamento Materno. *Revista Eletrônica Estácio Recife*, 6(1). <https://reer.emnuvens.com.br/reer/article/download/432/192>
- Belemer, L. C. C., Ferreira, W. F. d. S., & Oliveira, E. C. (2018). Assistência de Enfermagem na Manutenção do Aleitamento Materno: Uma Revisão Sistemática

- de Lieratura. 16(58), 109-124.  
[https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista\\_ciencias\\_saude/article/view/4994](https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/4994)
- Betran, A. P., Ye, J., Moller, A.-B., Souza, J. P., & Zhang, J. (2021). Trends and projections of caesarean section rates: global and regional estimates. 6:e005671.  
<https://gh.bmj.com/content/6/6/e005671.full?ijkey=JgilzebteZPF03j&keytype=ref#ref-18>
- Bisognin, P., Alves, C. N., Wilhelm, L. A., Prates, L. A., Scarton, J., & Resse, L. B. (2015). El climaterio en la perspectiva de las mujeres / The climacteric in women's perspective / O climaterio na perspectiva de mulheres. *Enfermería Global*, 14(39), 155-155-167.
- Borba, G., Neves, E., Arrué, A., Silveira, A., & Zamberlan, K. (2014). Fator Associados à Morbimortalidade Neonatal: Um Estudo de Revisão. 40(1), 9-16.  
<https://periodicos.ufsm.br/revistasauade/article/view/7774>
- Borde, M. B. M., Gómez, P. M. V., Huerta, M. S. M., Barbero, E. V., López, A. I. T., & Barreiro, S. A. (2014). Influencia en los resultados obstétricos de determinadas posiciones durante el trabajo de parto con analgesia epidural. *Matronas Hoy*, 2(2), 8-16.
- Brüggemann, O. M., Parpinelli, M. A., & Osis, M. J. (2005). Evidence on support during labor and delivery: a literature review. *Cad Saude Publica*, 21(5), 1316-1327.  
<https://doi.org/10.1590/s0102-311x2005000500003>
- Bustos, M., Venkataramanan, R., & Caritis, S. (2017). Nausea and vomiting of pregnancy - What's new? *Autonomic Neuroscience: Basic and Clinical*, 202, 62-72. Retrieved 2017-01-01, from [http://www.scopus.com/scopus/openurl/link.url?ctx\\_ver=Z39.88-2004&ctx\\_enc=info:ofi/enc:UTF-8&svc\\_val\\_fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:sch\\_svc&svc.citedby=yes&rft\\_id=info:eid/2-s2.0-84969242593&rft\\_id=http://search.ebscohost.com&rft\\_dat=partnerID:Nnvlukwx&rft\\_dat=md5:ba5e031252f95698461bd935649e8dc9](http://www.scopus.com/scopus/openurl/link.url?ctx_ver=Z39.88-2004&ctx_enc=info:ofi/enc:UTF-8&svc_val_fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:sch_svc&svc.citedby=yes&rft_id=info:eid/2-s2.0-84969242593&rft_id=http://search.ebscohost.com&rft_dat=partnerID:Nnvlukwx&rft_dat=md5:ba5e031252f95698461bd935649e8dc9)
- Calais-Germain, B., & Parés, N. V. (2013). *Parir En Movimiento - Las Movilidades De La Pelvis En El Parto* (E. L. L. d. Marzo, Ed. 3 ed.).
- Camarneiro, A. P. F., Maciel, J. C. S. C., & Silveira, R. M. G. d. (2015). Vivências da interrupção espontânea da gravidez em primigestas no primeiro trimestre gestacional: um estudo fenomenológico. *Revista de Enfermagem Referência, Série* IV(5), 109-117.

[http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0874-02832015000200013&lng=en&tlng=en](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832015000200013&lng=en&tlng=en)

- Camelo, S. H. H., & Angerami, E. L. S. (2013). Competência profissional: a construção de conceitos, estratégias desenvolvidas pelos serviços de saúde e implicações para a enfermagem. 22(2), 552-560. <https://www.scielo.br/j/tce/a/tRSmwLZ4rpzSbR5tBp3DhTr/abstract/?lang=pt>
- Campos, M. L., Veleda, A. A., Coelho, D. F., & Telo, S. V. (2016). Percepção das gestantes sobre as consultas de pré-natal realizadas pelo enfermeiro na atenção básica. 6(3). <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/7949>
- Cardoso, R. F., Souza, V. H. P., Paiva, T. R., Lima, D. E. d. O., Bezerra, Costa, J. B., . . . Pereira, D. d. V. (2019). Educação em saúde na assistência pré-natal: revisão de literatura. 23: e397. <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/397>
- Cardão, C., Parreira, V., & Coutinho, E. (2019). Práticas preventivas nos cuidados ao coto umbilical do recém-nascido - uma revisão integrativa da literatura. 2. <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/CIAIQ2019/article/view/2371>
- Cavalcante, L., Barbosa, D., Carvalho, B., Souza, J., Oliveira, R., Costa, G., . . . Abrão, R. (2021). Estratégias do enfermeiro obstetra para diminuição dos métodos intervencionistas durante o parto normal. 10(2). <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/download/11896/11526/168563>
- CHUA. (2021). Posicionamento Estratégico [Web page]. Centro Hospitalar Universitário do Algarve. Retrieved 26-07-2021 from <http://www.chualgarve.min-saude.pt/posicionamento-estrategico/>
- Chuai, Y., Jiang, W., Xu, X., Wang, A., Yao, Y., & Chen, L. (2020). Maternal oxygen exposure may not change umbilical cord venous partial pressure of oxygen: non-random, paired venous and arterial samples from a randomised controlled trial. BMC Pregnancy & Childbirth, 20(1), N.PAG. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03212-3>
- Costa, J. d. S. (2016). Métodos de prestação de cuidados. Millenium(30), 234-234-251. Retrieved 2016-02-01, from <https://doaj.org/article/f13eb043d6b74338ba06735a877a2a19>
- Costa, N. d. S., Bracarense, C. F., Duarte, J. M. G., Paula, M. S. R., & Simões, A. L. d. A. (2018). Expectativas, percepções e opiniões de mulheres sobre o atendimento durante o parto. 22:e-1129. <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1266>

- DGS. (2008). Programa Nacional de Saúde Reprodutiva/Planeamento familiar. Direcção Geral da Saúde. Disponível em <https://www.saudereprodutiva.dgs.pt/normas-e-orientacoes/planeamento-familiar--contracepcao.aspx>
- DGS. (2013). Norma nº 029/2012 - Precauções Básicas do Controlo da Infecção (PBCI). Retrieved from <https://www.dgs.pt/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos/cnhm-material-de-implementacao/norma-das-precaucoes-basicas-do-controlo-da-infecao1.aspx>
- DGS. (2015a). Orientação nº:002/2015 - Indução do trabalho de parto. Direcção Geral da Saúde Retrieved from <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0022015-de-19012015-pdf.aspx>
- DGS. (2015b). Orientação nº 001/2015 - Trabalho de parto estacionário. Direcção Geral de Saúde Retrieved from <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0012015-de-19012015-pdf.aspx>
- DGS. (2015c). Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco. Direcção Geral de Saúde. Disponível em <https://www.dgs.pt/em-destaque/programa-nacional-para-a-vigilancia-da-gravidez-de-baixo-risco.aspx>
- DGS. (2019). Manual de Boas Práticas Literacia em Saúde - Capacitação dos Profissionais de Saúde. Direcção-Geral da Saúde. <https://www.sns.gov.pt/noticias/2019/09/13/literacia-em-saude-7/>
- Diniz, L. M. O., & Figueiredo, B. d. C. G. (2014). O Sistema Imunológico do Recém-nascido. 24(2), 227-233. <http://rmmg.org/artigo/detalhes/1604>
- Dodou, H. D., Rodrigues, D. P., Guerreiro, E. M., Guedes, M. V. C., Lago, P. N. d., & Mesquita, N. S. d. (2014). A contribuição do acompanhante para a humanização do parto e nascimento: percepções de puérperas. Escola Anna Nery, 18(2), 262-269. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20140038>
- Espanha, R., Ávila, P., & Mendes, R. V. (2016). Relatório Síntese Literacia em Saúde em Portugal. <https://gulbenkian.pt/publication/literacia-em-saude-em-portugal/>
- FAME, & APEO. (2009). Iniciativa Parto Normal: Documento de Consenso. Lusociência.
- Fatia, A., & Tinoco, L. (2016). Trabalho de Parto. In Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (pp. 308-320). Lidel.
- Ferreira, S. V., Soares, M. C., Cecagno, S., Alves, C. N., Soares, Machado, T., & Braga, L. R. (2019). Cuidado de enfermagem na ótica das gestantes de alto risco. 7(2). <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=497959129005>
- Ferreira-Couto, C. M., & Fernandes-Carneiro, M. N. (2017). Prevenção do traumatismo perineal: Uma revisão integrativa da literatura. Enfermeria Global, 16(3), 552-552 - 563. <https://doi.org/10.6018/eglobal.16.3.252131>

- Ferrão, A. C., & Zangão, O. B. (2017). Liberdade de Movimentos e Posições no primeiro Estádio do Trabalho de Parto. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 3(1), 886. [https://doi.org/10.24902/r.riase.2017.3\(1\).886](https://doi.org/10.24902/r.riase.2017.3(1).886)
- Figueiredo, A., Gomes, G., & Campos, A. (2012). Infecções urinárias e gravidez - diagnóstico, terapêutica e prevenção. 6(3), 124-133. [http://www.fspog.com/fotos/editor2/1\\_ficheiro\\_413.pdf](http://www.fspog.com/fotos/editor2/1_ficheiro_413.pdf)
- Formiga, C. K. M. R., Silva, L. P. d., & Linhares, M. B. M. (2018). Identificação de fatores de risco em bebês participantes de um programa de Follow-up. *Revista CEFAC*, 20(3), 333-341. Retrieved 2018-05-01, from [https://www.scielo.br/j/rcefac/a/r6cdyqGBnR49KTjmBKGZqby/?format=html\(=pt](https://www.scielo.br/j/rcefac/a/r6cdyqGBnR49KTjmBKGZqby/?format=html(=pt)
- Fox, D., Maude, R., Coddington, R., Woodworth, R., Scarf, V., Watson, K., & Foureur, M. (2021). The use of continuous foetal monitoring technologies that enable mobility in labour for women with complex pregnancies: A survey of Australian and New Zealand hospitals. 93. [https://www.researchgate.net/publication/347342843\\_The\\_use\\_of\\_continuous\\_foetal\\_monitoring\\_technologies\\_that\\_enable\\_mobility\\_in\\_labour\\_for\\_women\\_with\\_complex\\_pregnancies\\_A\\_survey\\_of\\_Australian\\_and\\_New\\_Zealand\\_hospitals](https://www.researchgate.net/publication/347342843_The_use_of_continuous_foetal_monitoring_technologies_that_enable_mobility_in_labour_for_women_with_complex_pregnancies_A_survey_of_Australian_and_New_Zealand_hospitals)
- Galdeano, L. E., Rossi, L. A., & Zago, M. M. (2003). Roteiro instrucional para a elaboração de um estudo de caso clínico. *Rev Lat Am Enfermagem*, 11(3), 371-375.
- Galvão, C. M., & Sawada, N. O. (2003). Prática baseada em evidências: estratégias para sua implementação na enfermagem. 56(1), 57-60. <https://www.scielo.br/j/reben/a/rtV56ThJyGnxWTY4xTPZB3v/abstract/?lang=pt>
- Gizzo, S., Di Gangi, S., Noventa, M., Bacile, V., Zambon, A., & Nardelli, G. (2014). Women's Choice of Positions during Labour: Return to the Past or a Modern Way to Give Birth? A Cohort Study in Italy. *BioMed Research International*, 2014. <https://doi.org/10.1155/2014/638093>
- Gomes, G. F., & Santos, A. P. V. d. (2017). Assistência de Enfermagem no Puerpério 6(2), 122-131. <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/1407>
- Graça, L. M. (2017). *Medicina materno-fetal* (5ª ed.). Lidel.
- Guida, N. F. B., Lima, G. P. V., & Pereira, A. L. d. F. (2013). O ambiente de relaxamento para humanização do cuidado ao parto hospitalar. 17(3), 524-530. <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/670>

- Hiremath, P. (2016). Need for psychological assessment during pregnancy: a nursing perspective. 1(3), 107-110. <https://www.omicsonline.org/open-access/need-for-psychological-assessment-duringpregnancy-a-nursing-perspective-.pdf>
- Hockenberry, M. J., Wilson, D., & Rodgers, C. C. (2017). Wong's Essentials of Pediatric Nursing. Elsevier.
- Hollins-Martin CJ, M. C. (2013). A narrative review of maternal physical activity during labour and its effects upon length of first stage. 19, 44-49. [https://www.researchgate.net/publication/283459709\\_Hollins\\_Martin\\_CJ\\_Robb\\_Y\\_2013\\_Women's\\_views\\_about\\_the\\_importance\\_of\\_education\\_in\\_preparation\\_for\\_childbirth\\_Nurse\\_Education\\_in\\_Practice\\_13\\_512-518\\_httpdxdoiorg101016jnepr201302013](https://www.researchgate.net/publication/283459709_Hollins_Martin_CJ_Robb_Y_2013_Women's_views_about_the_importance_of_education_in_preparation_for_childbirth_Nurse_Education_in_Practice_13_512-518_httpdxdoiorg101016jnepr201302013)
- INE. (2021). Estatísticas Demográficas 2020. [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_publicacoes&PUBLICACOESpub\\_boui=442993507&PUBLICACOESmodo=2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=442993507&PUBLICACOESmodo=2)
- Jennings, L. K., & Mahdy, H. (2021). Hyperemesis Gravidarum. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK532917/>
- Jesus, A. M., Falcão, M. P., Fernandes, M. S., Dias, H., & Coutunho, E. (2020). Strategies promoting sexual health to women/couple in menopause/climacteric: A scoping review. <https://doi.org/10.25746/ruiips.v8.i1.19903>
- Kilfoyle, K. A., Vitko, M., O'Connor, R., & Bailey, S. C. (2016). Health Literacy and Women's Reproductive Health: A Systematic Review. 25(12), 1237-1255. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5175428/>
- Kottwitz, F., Gouveia, H., & Gonçalves, A. (2018). Via de parto preferida por puérperas e suas motivações. Escola Anna Nery. <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/170809>
- Lawrence, A., Lewis, L., Hofmeyr, G. J., & Styles, C. (2013). Maternal positions and mobility during first stage labour. Cochrane Database Syst Rev(8), CD003934. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003934.pub3>
- Leite, M. G., Rodrigues, D. P., Sousa, A. A. S., Melo, L. P. T., & Fialho, A. V. d. M. (2014). Sentimentos Advindos da Maternidade: Revelações de um grupo de gestantes. 19(4), 115-124. <https://www.scielo.br/j/pe/a/NYr55pvwCyswPWh9Xh8NNWS/abstract/?lang=pt>
- Lemos, L. F. S., & Cunha, A. C. B. d. (2015). Concepções Sobre Morte e Luto: Experiência Feminina Sobre a Perda Gestacional. 35(4), 1120-1138. <https://www.scielo.br/j/pcp/a/hdydgBr4rBQJthMgXSf3q5n/?lang=pt>
- Lima, A. P. d. A., Lima, M. M. d. S., & Lucena, G. P. (2019). Medo e Dor no Trabalho de Parto e Parto. Revista Científica de Enfermagem - RECIEN, 9(28), 55-55-63.

Retrieved 2019-12-01, from  
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=141074244&site=eds-live>

- Lopes, J. M. L., & Chora, M. A. F. C. (2019). Aleitamento Materno: Fatores que contribuem para o abandono precoce. *Revista Ibero-Americana de Salud Y Envejecimiento*, 5 (2), 1797 - 1809.  
<https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/27501/1/Aleitamento%20Materno.pdf>
- Machado, L., Andres, S., & Moreschi, C. (2021). A atuação do enfermeiro no Alojamento Conjunto na promoção do aleitamento materno. 10(1).  
<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/download/12266/10878/161067>
- Machado, M. H., & Graça, L. M. (2017). Trabalho de parto: fisiologia, divisão clínica e mecanismo geral. In *Medicina materno-fetal* (pp. 220-228). Lidel.
- Mahdy, H., Glowacki, C., & Eruo, F. U. (2021). Amniotomy. *StatPearls*.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470167/>
- Mamede, F. V., Mamede, M. V., & Dotto, L. M. G. (2007). Reflexões sobre deambulação e posição materna no trabalho de parto e parto. 11(2), 331-336.  
<https://www.scielo.br/j/ean/a/mM6Nj6kjRXzXZXPQYMnZ5VL/abstract/?lang=pt#>
- Mascarenhas, V. H. A., Lima, T. R., Silva, F. M., Negreiros, F. d. S., Santos, J. D. M., Moura, M. Á., . . . Jorge, H. M. F. (2019). Evidências científicas sobre métodos não farmacológicos para alívio a dor do parto. 32(3), 350-357.  
<https://www.scielo.br/j/ape/a/QPfvQVTpmczQgjL783B9bVc/?lang=pt#>
- Mendes, M. F., Infante, P., Afonso, A., Maciel, A., Ribeiro, F., Tomé, L. P., & Freitas, R. B. d. (2016). Determinantes da fecundidade em Portugal.  
<https://www.ffms.pt/publicacoes/grupo-estudos/1517/determinantes-da-fecundidade-em-portugal>
- Mercado, N. C., Souza, G. D. d. S., Silva, M. M. d. J., Anseloni, M. G., & Anseloni. (2017). Cuidados e orientações de enfermagem às puérperas no alojamento conjunto. 11(9), 3508-3515.  
<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/234480>
- Miranda, A. M. C., & Zangão, M. O. B. (2020). Vivências maternas em situação de morte fetal. *Revista de Enfermagem Referência*, V(3).  
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388264768013> DOI:  
<https://doi.org/10.12707/RV20037>
- Mirzakhani, K., Karimi, F. Z., Vatanchi, A. M., Zaidi, F. F., & Najmabadi, K. M. (2020). The Effect of Maternal Position on Maternal, Fetal and Neonatal Outcomes: A



- Systematic Review. 8(1), 1988-2004.  
<https://www.semanticscholar.org/paper/The-Effect-of-Maternal-Position-on-Maternal%2C-Fetal-Mirzakhani-Karimi/2e86b5cabf5f004fc2492d972136fd1c17d4cc9b>
- Mojoyinola, J. K. (2011). Influence of maternal health literacy on healthy pregnancy and pregnancy outcomes of women attending public hospitals in Ibadan, Oyo State, Nigeria. 5(3), 28-39. <https://www.ajol.info/index.php/afrev/article/view/67336>
- Moore, E. R., Bergman, N., Anderson, G. C., & Medley, N. (2016). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. Cochrane Database of Systematic Reviews.
- Nieuwenhuijze, M., de Jonge, A., Korstjens, I., & Lagro-Jansse, T. (2012). Factors influencing the fulfillment of women's preferences for birthing positions during second stage of labor. 33(1), 25-31. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22211960/>
- Nomura, R. M., Miyadahira, S., & Zugaib, M. (2009). [Antenatal fetal surveillance]. Rev Bras Ginecol Obstet, 31(10), 513-526. <https://doi.org/10.1590/s0100-72032009001000008>
- Nunes, J., Nunes, S., Veiga, M., Cortez, M., & Seifert, I. (2016). Estudo prospectivo, randômico, controlado e de avaliação cega do desfecho – infusão peridural contínua versus bolus epidural intermitente programado em analgesia de parto. Brazilian Journal of Anesthesiology, 66(5), 439-439-444. <https://doi.org/10.1016/j.bjan.2015.10.003>
- Nunes, L. (2020). Aspectos éticos na investigação de enfermagem. [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/32782/1/ebook\\_aspetos%20eticos%20investigacao%20Enf\\_jun%202020.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/32782/1/ebook_aspetos%20eticos%20investigacao%20Enf_jun%202020.pdf)
- Oliveira, T. D., Rocha, K. d. S., Escobal, A. P., Matos, G. C., Cecagno, S., & Soares, M. C. (2019). Orientações Sobre Período Puerperal Recebidas por Mulheres no Puerpério Imediato. 11(3), 620-626. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-994787>
- Ondeck, M. (2019). Healthy Birth Practice #2: Walk, Move Around, and Change Positions Throughout Labor. J Perinat Educ, 28(2), 81-87. Retrieved Apr, from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31118544>
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). Combater a desigualdade: da evidência à acção. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8904/ind-kit-2012-final-portugu%C3%AAs\\_vfinal\\_correto.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8904/ind-kit-2012-final-portugu%C3%AAs_vfinal_correto.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2014a). Projeto da MCEESMO-OE, Maternidade com Qualidade - Efetivar a ingestão ao longo do trabalho de parto, segundo

- diretrizes da OMS. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-p%C3%A1ginas-antigas/projeto-maternidade-com-qualidade/>
- Ordem dos Enfermeiros. (2014b). Projeto da MCEESMO-OE, Maternidade com Qualidade - Promover e aplicar medidas não farmacológicas da dor no trabalho de parto e parto. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-p%C3%A1ginas-antigas/projeto-maternidade-com-qualidade/>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Livro de Bolso - Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica/ Parteiras. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8891/livrobolso\\_eesmo.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8891/livrobolso_eesmo.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2016). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8594/repe\\_estatuto2016\\_versao03-05-17.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8594/repe_estatuto2016_versao03-05-17.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros Retrieved from [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8139/ponto-5\\_regulamento-padr%C3%B5es-de-qualidade-ce-eesmo.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8139/ponto-5_regulamento-padr%C3%B5es-de-qualidade-ce-eesmo.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2021). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros Retrieved from [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23179/ponto-3\\_padr%C3%B5es-qualidade-dos-cuidados-eesmo.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23179/ponto-3_padr%C3%B5es-qualidade-dos-cuidados-eesmo.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros, Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras, & Direção Geral de Saúde. (2012). Documento de Consenso: Pelo direito ao Parto Normal – Uma visão partilhada. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/noticias/conteudos/livro-pelo-direito-ao-parto-normal-uma-vis%C3%A3o-partilhada-publicado-no-dia-internacional-do-eesmo-parteira/>.
- Paixão, G. P. d. N., Campos, L. M., Carneiro, J. B., & Fraga, C. D. d. S. (2021). A solidão materna diante das novas orientações em tempos de SARS-COV-2: um recorte brasileiro. 42(esp):e20200165. <https://www.seer.ufrgs.br/rgenf/article/view/112497/61172>
- Peixoto, N. M. d. S. M., & Peixoto, T. A. d. S. M. (2016). Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico. Série IV(11), 121-132. [https://web.esenfc.pt/v02/pa/conteudos/downloadArtigo.php?id\\_ficheiro=1103&codigo=](https://web.esenfc.pt/v02/pa/conteudos/downloadArtigo.php?id_ficheiro=1103&codigo=)

- Pereira, V. D. V., Andrade, E. d. A., Silva, W. A., Silvério, M. L., & Correia, J. M. (2020). A Atuação do Enfermeiro Obstetra e sua Efetividade na Educação em Saúde às gestantes. 6(8), 62890-62901. <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/15721>
- Perlman, N. C., & Carusi, D. A. (2019). Retained placenta after vaginal delivery: risk factors and management. *International journal of women's health*, 11, 527-534. <https://doi.org/https://doi.org/10.2147/IJWH.S218933>
- Peters, M. D. J., Lisy, K., Riitano, D., Jordan, Z., & Aromataris, E. (2015). Caring for families experiencing stillbirth: Evidence-based guidance for maternity care providers. *Women and Birth*, 28(4), 272-278. Retrieved 2015-12-01, from <https://www.womenandbirth.org/action/showPdf?pii=S1871-5192%2815%2900080-3>
- Polin, R. A. (2012). Management of neonates with suspected or proven early-onset bacterial sepsis. 129(5), 1006-1015. <https://pediatrics.aappublications.org/content/129/5/1006/F1>
- Pordata, B. d. D. P. C. (2021a). População estrangeira com estatuto legal de residente em % da população residente: total e por sexo. Pordata - Base de Dados Portugal Contemporâneo. Retrieved 20-07-2021 from <https://www.pordata.pt/Municipios/Popula%C3%A7%C3%A3o+estrangeira+com+estatuto+legal+de+residente+em+percentagem+da+popula%C3%A7%C3%A3o+residente+total+e+por+sexo-363>
- Pordata, B. d. D. P. C. (2021b). População residente. Pordata - Base de Dados Portugal Contemporâneo. Retrieved 16-06-2021 from <https://www.pordata.pt>
- Porto, A. M. F., Amorim, M. M. R., & Souza, A. S. R. (2010). Assistência ao primeiro período do trabalho de parto baseada em evidências. 38(10), 583-591.
- Prabhakar, D., George, L. S., & Karkada, S. (2015). Effectiveness of Ambulation during First Stage of Labour, on the Outcome of Labour among Primigravid Women in Selected Hospitals of Palakkad District, Kerala. 7(1), 1-6. [https://www.researchgate.net/publication/273300506\\_Effectiveness\\_of\\_Ambulation\\_during\\_First\\_Stage\\_of\\_Labour\\_on\\_the\\_Outcome\\_of\\_Labour\\_among\\_Primigravid\\_Women\\_in\\_Selected\\_Hospitals\\_of\\_Palakkad\\_District\\_Kerala](https://www.researchgate.net/publication/273300506_Effectiveness_of_Ambulation_during_First_Stage_of_Labour_on_the_Outcome_of_Labour_among_Primigravid_Women_in_Selected_Hospitals_of_Palakkad_District_Kerala)
- Prates, L. A., Schmalfluss, J. M., & Lipinsk, J. M. (2015). Rede de apoio social de puérperas na prática da amamentação. 19(2), 310-315. <https://www.scielo.br/j/ean/a/mK9rgcTD9PbtsDWHNqVTJJC/?lang=pt>
- Presado, M. H., Palma, S., & Cardoso, M. (2018). Vivências de um grupo de mulheres portuguesas em processo de Interrupção Voluntária da Gravidez. 2, 414-422. <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2018/article/view/1803>

- Püschel, V. A. d. A. (2018). Como formar o enfermeiro para a prática baseada em evidências. 8(3), 4-6. <https://www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/articulo/281/como-formar-o-enfermeiro-para-a-pratica-baseada-em-evidencias/>
- Quadros, J. S., Reis, T. L. d. R., Colomé, & Silveira, J. (2016). Enfermagem obstétrica e educação em saúde: contribuições para vivência do processo de parturição. 17(4), 451-458. <https://www.redalyc.org/pdf/3240/324047429003.pdf>
- Quattrin, R., Iacobucci, K., De Tina, A. L., Gallina, L., Pittini, C., & Brusaferrò, S. (2016). Álcool 70% versus cuidado com o cordão umbilical no cuidado do cordão umbilical: um estudo de caso-controle na Itália. 95(14). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4998765/#R6>
- Queirós, P. J. P., Vidinha, T. S. d. S., & Filho, A. J. d. A. (2014). Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. Revista de Enfermagem Referência, Série IV(3), 157-164. [https://www.researchgate.net/publication/269398157\\_Autocuidado\\_o\\_contributo\\_teorico\\_de\\_Orem\\_para\\_a\\_disciplina\\_e\\_profissao\\_de\\_Enfermagem](https://www.researchgate.net/publication/269398157_Autocuidado_o_contributo_teorico_de_Orem_para_a_disciplina_e_profissao_de_Enfermagem)
- Diário da República, 2.<sup>a</sup> série — N.º 26, p. 4744-4750 (de 6 de Fevereiro de 2019). Acedido a 18 Setembro 2020. Disponível em <https://dre.pt/application/file/a/119189160>.
- Diário da República, 2.<sup>a</sup> série — N.º 85, p. 13560-13565 (de 3 de Maio de 2019). Acedido a 18 Setembro 2020. Disponível em <https://dre.pt/application/file/a/122216819>
- Diário da República n.º 184/2019, Série II, p. 2128-2155 (25 de setembro de 2019). <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>
- Rodrigues, A. R. M., Carvalho, L. A. F., Silva, L. L. L. e., Cavalcante, A. E. S., Santos, A. d. S., & Abreu Silva, K. (2020). Vivências acerca da hospitalização: percepções de gestantes de alto risco/Experiences about hospitalization: perceptions of high-risk pregnant women. 19. <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/46952>
- Rosa, C. Q., Silveira, D. S., & Costa, J. S. D. (2014). Fatores associados à não realização de pré-natal em município de grande porte. 48(6), 977-984. <https://www.scielo.br/j/rsp/a/8ck76857qYSznT35jfCp7Qy/abstract/?lang=pt>
- Rosa, H. R., Sant' Ana, C. F., Abrão, J. F., & Valente, M. L. L. d. C. (2016). Mães Alojadas: Alojamento conjuntos no hospital geral como forma de humanização. 36(90), 141-156. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=94649375010>
- Rosenberg, K., & Trevathan, W. (2002). Birth, obstetrics and human evolution. In (Vol. 109, pp. 1199–1206): BJOG.

- Sabatino, J. (2010). Análisis crítica de los beneficios del parto normal en distintas posiciones. *Tempus Actas de Saúde Coletiva*, 4, 143-148. <https://doi.org/10.18569/tempus.v4i4.841>
- Santana, A., & Figueiredo, M. (2016). Vigilância do Bem-estar Materno-fetal. In *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 392-399). Lidel.
- Santana, E. L. F. F. (2014). Família Monoparental Feminina: Fenómeno da Contemporaneidade? , 13(2), 1225-1236. <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/polemica/article/view/10618/8518>
- Santo, S. (2016). Guidelines para monitorização fetal intraparto: resumo do novo consenso da FIGO de 2015 / New FIGO consensus guidelines on intrapartum fetal monitoring: a summary. *Acta Obstétrica e Ginecológica Portuguesa*, 10(1), 8-8-11. Retrieved 2016-03-01, from [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1646-58302016000100002&lng=en&tlng=en](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1646-58302016000100002&lng=en&tlng=en)
- Schmidt, A., Dutra Sehnem, G., Silveira Cardoso, L., Silveira de Quadros, J., Ribeiro, A. C., & Tatsch Neves, E. (2019). Experiências de mulheres histerectomizadas acerca da sexualidade. *Anna Nery School Journal of Nursing / Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 23(4), 1-1-9. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0065>
- SEF. (2021). Relatório de Imigração, Fronteiras e Asilo 2020. <https://www.sef.pt/pt/pages/conteudo-detalle.aspx?nID=92>
- Sequeira, A., Prata, A. P., Correia, T. I., Henriques, C. M. G., & Monteiro, M. J. (2020). Terceiro estágio do trabalho de parto (dequitação). In *Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 162-169). Lidel.
- Silva, A. L. S., Nascimento, E. R., & Coelho, E. d. A. C. (2015). Práticas de enfermeiras para promoção da dignificação , participação e autonomia de mulheres no parto normal. 19(3), 424-431. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-761632>
- Silva, C. d. M. C. e., & Vargens, O. M. d. C. (2016). Woman experiencing gynecologic surgery: coping with the changes imposed by surgery / A mulher que vivencia as cirurgias ginecológicas: enfrentando as mudanças impostas pelas cirurgias / La mujer que experimenta las cirugías ginecológicas: enfrentando los cambios impuestos por la cirugía. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 24. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1081.2780>
- Silva, C. M. S., Dantas, J. d. C., Souza, F. M. d. L. C., Silva, R. A. R. d., Lopes, T. R. G., & Carvalho, J. B. L. d. (2015). Sentimentos vivenciados por puérperas na

- realização do primeiro banho do recém-nascido no alojamento conjunto. 39(3), 279-286. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mis-37756?lang=es>
- Silva, C. R. d., Pereira, L. B., Vogt, S. E., & de Oliveira Dias, C. L. (2019). Birth in a Non-supine Position: Perception of Professionals in Hospital Care. *Ciencia, Cuidado e Saude*, 18(4), 1-1-8. Retrieved 2019-10-01, from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edo&AN=147672768&site=eds-live>
- Silva, I. S. T., Costa, A. L. M. L., Oliveira, J. K. F., & Carvalho, N. C. d., Lima, S. C. de S., Guimarães, M. R., Correa, V. N., Loyola, V. P. C. M. de, Loyola, V. P. C. M. de, & Lopes, A. G. (2020). Aplicação adequada do partograma e o seu impacto na taxa de cesarianas: revisão narrativa. 12(9). <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/3915>
- Silva, M. G., & Shimo, A. K. K. (2017). Influência da iluminação nas expressões emocionais de parturientes: ensaio clínico randomizado. 30(3), 217-226. <https://www.scielo.br/j/ape/a/hdM87DhSq5VWNDjsZjq8R4z>
- Silva, R. S. d. S., Paixão, G. P. d. N., Lins, D. B., Jesus, R. A. d., & Pereira, Á. (2014). Estudo de Caso como estratégia de ensino na graduação: percepção dos graduandos em enfermagem. 5(1), 606-612. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2216-09732014000100004](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2216-09732014000100004)
- Silva, W. N. d. S., Azevêdo, J. A. F., Holanda, V. R., Gomes, A. L. d. V., & Albuquerque, G. P. M. (2020). PLANO DE PARTO COMO INSTRUMENTO DAS BOAS PRÁTICAS NO PARTO E NASCIMENTO: REVISÃO INTEGRATIVA. *Revista Baiana de Enfermagem*, 33(0). <https://doi.org/10.18471/rbe.v33.32894>
- Sociedade Portuguesa de Ginecologia. (2016). Consenso Nacional sobre Menopausa. Sociedade Portuguesa de Ginecologia Retrieved from [http://nocs.pt/wp-content/uploads/2017/10/Consenso\\_Menopausa\\_2016.pdf](http://nocs.pt/wp-content/uploads/2017/10/Consenso_Menopausa_2016.pdf)
- Sousa, L., Marques-Vieira, C., Severino, S., & Antunes, V. (2017). Metodologia de Revisão Integrativa da Literatura em Enfermagem. 2, 17-26. [https://www.researchgate.net/publication/321319742\\_Metodologia\\_de\\_Revisao\\_Integrativa\\_da\\_Literatura\\_em\\_Enfermagem](https://www.researchgate.net/publication/321319742_Metodologia_de_Revisao_Integrativa_da_Literatura_em_Enfermagem)
- Stone, P. K. (2016). Biocultural perspectives on maternal mortality and obstetrical death from the past to the present. 159(61), 150-171. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ajpa.22906>
- Strapasson, M. R., & Nedel, M. N. B. (2010). Puerpério imediato: desvendando o significado da maternidade. 31(3), 521-528. <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/KQydgDyHVrKHWMQDfTDmfFJ/?lang=pt>

- Sørensen, K., Van Den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., . . . Consortium Health Literacy Project European. (2012). Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. 12(80). <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-12-80>
- Titaley, C. R., Hunter, C. L., Heywood, P., & Dibley, M. J. (2010). Why don't some women attend antenatal and postnatal care services?: a qualitative study of community members' perspectives in Garut, Sukabumi and Ciamis districts of West Java Province, Indonesia. 10(61). <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-10-61#citeas>
- Torres, M., Vinagre, C., Godinho, A. B., Casal, E., & Pereira, A. (2018). Evidência sobre a posição da grávida no segundo estágio do trabalho de parto. Acta Obstétrica e Ginecológica Portuguesa, 12(4), 277-283.
- Tourinho, A. B., & Reis, L. B. D. S. M. (2012). Peso ao Nascer: Uma Abordagem Nutricional. 23(1), 19-30. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-688289>
- Turner, J. M., Mitchell, M. D., & Kumar, S. S. (2020). The physiology of intrapartum fetal compromise at term. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 222(1), 17-17-26. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2019.07.032>
- Vale, T., Caldas, N., Fernandes, H., Silva, L., Moura, T., & Machado, L. (2021). Ser gestante durante a Pandemia da Covid-19: Revisão da Literatura. 15(55), 769-779. <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/3111>
- Vilelas, J. M. d. S., & Janeiro, S. I. D. (2012). Transculturalidade: O Enfermeiro com competência cultural. 16(1), 120-127. <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/509#>
- WHO. (1997). Thermal protection of the newborn : a practical guide. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/63986>
- WHO. (2011). World Health Organization Recommendations for Induction of labour. [https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal\\_perinatal\\_health/9789241501156/en/](https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/9789241501156/en/)
- WHO. (2014a). World Health Organization Guideline: delayed umbilical cord clamping for improved maternal and infant health and nutrition outcomes. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/148793>
- WHO. (2014b). World Health Organization Recommendations on postnatal care of the mother and newborn. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/97603>

- World Health Organization Recommendations for augmentation of labour, (2015a).  
[https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal\\_perinatal\\_health/augmentation-labour/en/](https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/augmentation-labour/en/)
- WHO. (2015b). World Health Organization Recommendations for prevention and treatment of maternal peripartum infections.  
[https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal\\_perinatal\\_health/peripartum-infections-guidelines/en/](https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/peripartum-infections-guidelines/en/)
- WHO. (2018a). World Health Organization Recommendations on Intrapartum care for a positive childbirth experience. WHO.  
<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>
- WHO. (2018b). World Health Organization recommendations: non-clinical interventions to reduce unnecessary caesarean sections.  
<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/non-clinical-interventions-to-reduce-cs/en/>
- Zirr, G. d. M., Gregório, V. R. P., Lima, M. M., & Collaço, V. S. (2019). Autonomia da mulher no trabalho de parto: contribuições de um grupo de gestantes. 23:e-1205.  
<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1051589>
- Zwelling, E. (2010). Overcoming the challenges: maternal movement and positioning to facilitate labor progress. 35(2), 72-78.  
[https://scbp.ca/assets/documents/5\\_5\\_Movement\\_in\\_labour.pdf](https://scbp.ca/assets/documents/5_5_Movement_in_labour.pdf)



## APÊNDICES

## Apêndice 1 – Revisão da Literatura



### Influência da mobilidade e posturas verticais na duração do primeiro estágio do trabalho de parto

#### RESUMO

**Enquadramento:** O trabalho de parto é um processo inimitável, único e emocionante para a mulher que o experiencia. Comumente as mulheres preocupam-se com a evolução e duração do trabalho de parto. É conhecido que, ao longo dos séculos, as mulheres têm adotado diversas posturas durante o trabalho de parto com efeito na progressão do mesmo. Vários organismos nacionais e internacionais recomendam a mobilidade e adoção de posturas verticais, como práticas benéficas na dinâmica do primeiro estágio do trabalho de parto.

**Objetivo:** Identificar a evidencia científica atual sobre como a mobilidade e adoção de posturas verticais durante o 1º estágio do trabalho de parto influencia na duração do mesmo estágio.

**Metodologia:** Realizou-se uma revisão integrativa da literatura, através da pesquisa em bases de dados bibliográficas online, com os descritores de pesquisa e palavras-chave selecionados, em inglês, no período de publicação de agosto de 2011 a agosto de 2021, de artigos em texto integral. Da pesquisa obtiveram-se doze artigos para análise.

**Resultados:** A análise dos artigos incluídos, demonstrou quase com unanimidade que a mobilidade materna e a adoção de posturas verticais durante o primeiro estágio do trabalho de parto encurtam a duração desse estágio.

**Conclusão:** Apesar do consenso encontrado, a heterogeneidade dos estudos analisados quanto ao número de participantes e tipo de intervenções, requer atenção na interpretação dos resultados e aponta para a necessidade de mais estudos sobre a temática. As mulheres de baixo risco obstétrico devem ser informadas sobre o efeito da mobilidade e posturas verticais na duração do trabalho de parto, encorajadas a seguir os seus instintos no que respeita à mobilidade e posturas durante o trabalho de parto e apoiadas nas suas escolhas.

**Descritores (MeSH):** Patient Positioning; Posture; Ambulation; labor stage, first.

## Apêndice 2 – Estudo de Caso



### Cuidados de Enfermagem a puérpera com anemia: Estudo de Caso

#### Resumo

**Objetivo:** Elaborar uma proposta de plano de cuidados de enfermagem com enfoque na anemia numa puérpera. **Método:** Relato de caso referente a uma puérpera de 24 anos, parto eutócico às 39 semanas com valor de hemoglobina sérica pós-parto 7,9 gr/dl. Para a colheita de dados utilizado o Modelo Teórico do Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem, para a realização do plano de cuidados de enfermagem utilizada a taxonomia da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. **Resultados:** Com base nos dados colhidos ao longo do internamento identificaram-se 09 diagnósticos de enfermagem, Intolerância à atividade; Risco de queda; Padrão de repouso anormal; Processo familiar comprometido; Ansiedade; Dor; Risco de infeção; Amamentação comprometida; Baixo Conhecimento sobre autocuidado e cuidados com o recém-nascido após a alta. **Conclusão:** O desenvolvimento deste estudo de caso favoreceu a identificação das necessidades de cuidados da puérpera, sendo o ponto de partida para o desenvolvimento de intervenções de enfermagem, dando subsídio na prestação de cuidados com qualidade e individuais, possibilitando dar resposta às necessidades identificadas e às particularidades da puérpera com anemia.

**Descritores (DeCS):** estudo de caso; período pós-parto; anemia; cuidados de enfermagem; enfermeiras obstétricas; diagnósticos de enfermagem.

**Descritores (DeCS):** Case Reports; Postpartum Period; anemia; Nursing Care; Nurse Midwives; Nursing Diagnosis.

Apêndice 3 – Formulário para recolha de informação

**Formulário de Recolha de Dados**



Dados Sociodemográficos	
<b>1. Idade</b>  _____ Anos	<b>2. Estado Civil</b> <input type="checkbox"/> 1. Solteira <input type="checkbox"/> 2. Casada <input type="checkbox"/> 3. União de facto <input type="checkbox"/> 4. Divorciada/Separada
<b>3. Nacionalidade</b> <input type="checkbox"/> 1. Portuguesa <input type="checkbox"/> 2. Outra _____	<b>4. Escolaridade</b> <input type="checkbox"/> 1. 1º Ciclo (4º Ano) <input type="checkbox"/> 2. 2º Ciclo (9º Ano completo) <input type="checkbox"/> 3. 3º Ciclo (12º Ano completo) <input type="checkbox"/> 4. Bacharelato ou Licenciatura <input type="checkbox"/> 5. Mestrado ou Doutoramento
<b>5. Situação Profissional:</b> <input type="checkbox"/> 1. Empregada <input type="checkbox"/> 2. Desempregada	
História Obstétrica, da Gravidez e Parto	
<b>6. Nº de Gravidezes:</b> <input type="checkbox"/> 1. Uma <input type="checkbox"/> 2. Duas <input type="checkbox"/> 3. Três <input type="checkbox"/> 4. Quatro <input type="checkbox"/> 5. Cinco <input type="checkbox"/> 6. Mais que cinco	<b>7. Nº de partos anteriores:</b> <input type="checkbox"/> 1. Nenhum <input type="checkbox"/> 2. Um <input type="checkbox"/> 3. Dois <input type="checkbox"/> 4. Três <input type="checkbox"/> 5. Quatro <input type="checkbox"/> 6. Mais que quatro
<b>8. Esta gravidez foi planeada</b> <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não	<b>9. Esta gravidez foi vigiada:</b> <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não
<b>10. Local de vigilância da gravidez</b> <input type="checkbox"/> 1. Centro de Saúde <input type="checkbox"/> 2. Médico Privado <input type="checkbox"/> 3. Centro de Saúde e Médico Privado <input type="checkbox"/> 4. Hospital <input type="checkbox"/> 5. Hospital e Centro de Saúde <input type="checkbox"/> 6. Hospital e Médico Privado	<b>11. Número de consultas</b> <input type="checkbox"/> 1. Sem consultas <input type="checkbox"/> 2. 1 – 2 consultas <input type="checkbox"/> 3. 3 – 5 consultas <input type="checkbox"/> 4. 6 – 10 consultas <input type="checkbox"/> 5. Mais que 10 consultas
<b>12. Realizou curso de preparação para o parto e nascimento:</b> <input type="checkbox"/> 1. Não <input type="checkbox"/> 2. Sim	<b>13. Tem Plano de Parto</b> <input type="checkbox"/> 1. Não <input type="checkbox"/> 2. Sim

<p><b>14. Tempo de Gestação</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. 34 semanas – 36 semanas e 6 dias</p> <p><input type="checkbox"/> 2. 37 semanas – 39 semanas e 6 dias</p> <p><input type="checkbox"/> 3. 40 semanas – 40 semanas e 6 dias</p> <p><input type="checkbox"/> 4. 41 semanas – 42 semanas</p>	<p><b>15. Risco Obstétrico</b>(<i>Goodwin</i> modificado)</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Baixo</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Médio</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Alto</p>
<p><b>16. Motivo de internamento</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Trabalho de parto espontâneo (Fase Latente)</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Trabalho de parto espontâneo (Fase Ativa)</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Indução do Trabalho de Parto</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Rotura espontânea da bolsa de águas (com trabalho de parto)</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Rotura espontânea da bolsa de águas (sem trabalho de parto)</p> <p><input type="checkbox"/> 6. Vigilância do estado materno-fetal</p>	<p><b>17. Motivo de Indução do Trabalho de Parto</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Idade Gestacional <math>\geq</math> 41 semanas</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Rotura espontânea da bolsa de águas sem trabalho de parto <math>\geq</math> 6h</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Restrição de crescimento Intrauterino</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Oligoâmnios</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Patologia Materna associada a gravidez ou coexistente</p> <p><input type="checkbox"/> 6. Outro</p> <p><input type="checkbox"/> 7. Não induzido</p>
<p><b>18. Número total de horas com rotura de bolsa de águas</b></p> <p>_____ Horas</p>	<p><b>19. Modo de monitorização cardiotocografica</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Cardiotocógrafo sem fios (<i>Wireless</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Cardiotocógrafo com fios</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Cardiotocógrafo com e sem fios (<i>Alternado</i>)</p>
<p><b>20. Adesão a medidas não farmacológicas de controlo da dor</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p>	<p><b>21. Analgesia epidural</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Não</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Sim</p> <p><b>22. Administração de analgesia endovenosa</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Não</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Sim</p>
<p><b>23. Conhecimento sobre benefícios da liberdade de movimentos e adoção de posições verticais</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Não</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Sim</p>	<p><b>24. Possibilidade de escolher e alterar a posição de sua preferência ao longo do TP</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Não</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Sim</p>
<p><b>25. Liberdade de movimento/ adoção de posições verticais (tempo)</b></p> <p>_____ Horas</p>	<p><b>26. Duração do 1º Estádio do Trabalho de Parto</b></p> <p>_____ Horas</p>
<p><b>27. Tipo de Parto</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Eutócico</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Ventosa</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Fórceps</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Cesariana</p>	<p><b>28. Ferida perineal pós parto</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Nenhuma</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Episiotomia/Episiorrafia</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Laceração Grau I</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Laceração Grau II</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Laceração Grau III</p> <p><input type="checkbox"/> 6. Laceração Grau IV</p>

<b>29. Peso do RN</b> <input type="checkbox"/> 1. < 2499g <input type="checkbox"/> 2. 2500g – 2999g <input type="checkbox"/> 3. 3000g – 3499g <input type="checkbox"/> 4. 3500g – 3999g <input type="checkbox"/> 5. 4000g – 4499g <input type="checkbox"/> 6. > 4500g	<b>30. Índice de APGAR</b>  ____ / ____ / ____
---	--