

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

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

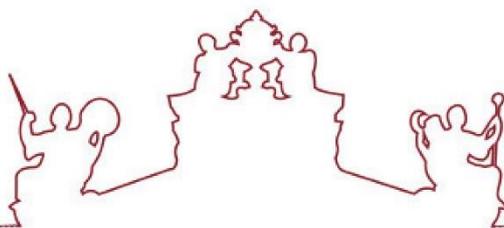
Relatório de Estágio

Expetativas de Parto no 3º Trimestre de Gravidez

Raquel Sofia Guerreiro Pacheco

Orientador(es) | Maria da Luz Ferreira Barros

Évora 2024



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

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

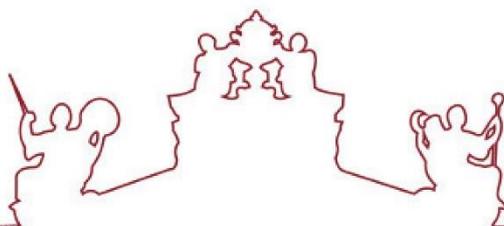
Relatório de Estágio

Expetativas de Parto no 3º Trimestre de Gravidez

Raquel Sofia Guerreiro Pacheco

Orientador(es) | Maria da Luz Ferreira Barros

Évora 2024



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

Presidente | A. Frias (Universidade de Évora)

Vogais | Maria Otília Brites Zangão (Universidade de Évora) (Arguente)
Maria da Luz Ferreira Barros (Universidade de Évora) (Orientador)

“Para mudar o mundo, é preciso, primeiro, mudar a forma de nascer.”

(Odent, s.d.)

Dedicatória

Ao meu filho Zé Maria,
Que sabe mais do que fala,
Que percebe mais do que diz.
Pelas ausências notadas ao acordar e ao adormecer.
Que nos momentos difíceis foi o abraço e a força que me permitiu continuar, sem hesitar.
Estou certa de que um dia ficarás orgulhoso da mãe.

Agradecimentos

Chegada esta fase, não posso deixar de agradecer a todos os que contribuíram para o término desta etapa, concluída com sucesso:

À professora doutora Maria da Luz Barros, pela dedicação e disponibilidade na orientação dada ao longo deste período, permitindo o desenvolvimento dos meus conhecimentos e competências na área da Saúde Materna e Obstétrica.

Às Enfermeiras Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica Carla Valente, Eduarda Espernega, Ana Martins, Maria José Nobre e Sandra Amaro, que supervisaram o exercício da minha aprendizagem e que através de todo o conhecimento e orientação tornaram o processo de aquisição de competências facilitador e rico em experiências.

À Universidade de Évora, em particular à Escola Superior de Enfermagem São João de Deus e a todos os docentes do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

A todas as instituições de saúde que me proporcionaram a oportunidade de realizar o Estágio, nos diferentes campos clínicos da área da especialização.

Ao João Vítor, por todo o apoio, compreensão e paciência demonstrados durante este percurso, sendo o suporte fundamental para a nossa família nos momentos de maior ausência.

A toda a minha família, amigos e colegas que sempre me apoiaram ao longo de todo o processo.

A cada um de vós, o meu profundo agradecimento!

Resumo

Título: Expetativas de Parto no 3.º Trimestre de Gravidez

Introdução: O Mestrado vigente propõe a realização de um Relatório que compile as atividades desenvolvidas no Estágio que viabilizaram a aquisição de competências. **Objetivo:** Documentar as atividades desenvolvidas no Estágio, dando enfoque à temática das expetativas de parto da grávida. **Metodologia:** Contextualização dos campos clínicos, reflexão sobre o processo de aquisição de competências e aprofundamento da temática através da revisão da literatura e aplicação do plano de parto. **Resultados:** Foi cumprido o plano de Estágio, sendo o processo de aquisição de competências validado de forma muito relevante. A revisão da literatura e os resultados da aplicação do plano de parto possibilitaram a identificação das principais expetativas de parto. **Conclusão:** O tema explorado permitiu ter uma visão alargada das expetativas de parto da grávida, tendo o enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica um papel decisivo no seu atendimento, e constatar a importância em promover o plano de parto.

Descritores DeCS: Enfermeiras Parteiras; Expetativas; Grávida; Parto; Parto Humanizado.

Abstract

Title: Birth Expectations in the 3.^o Trimester of Pregnancy

Introduction: The current Master's degree proposes the creation of a Report that compiles the activities developed during the Internship that enabled the acquisition of skills. **Objective:** Document the activities carried out during the Internship, focusing on the topic of pregnant women's birth expectations. **Methodology:** Contextualization of clinical fields, reflection on the process of acquiring skills and deepening the topic through literature review and application of the birth plan. **Results:** The Internship plan was fulfilled, with the skills acquisition process being validated in a very relevant way. The literature review and the results of applying the birth plan made it possible to identify the main birth expectations. **Conclusion:** The topic explored allowed us to have a broad view of pregnant women's birth expectations, with the nurse specialized in maternal and midwifery health nursing playing a decisive role in their care and demonstrating the importance of promoting the birth plan.

Descriptors DeCS: Nurse Midwives, Motivation; Pregnant Women; Parturition; Humanizing Delivery.

Abreviaturas e Siglas

APH – Amamentação na primeira hora de vida
BSG – Boletim de Saúde da Grávida
CHUA – Centro Hospitalar Universitário do Algarve
CMESMO – Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
CPP – Contato pele-a-pele
CSP – Cuidados de Saúde Primários
CTG – Cardiotocografia
DG – Diabetes gestacional
DGS – Direção-Geral da Saúde
EEESMO – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
ENP – Estágio de Natureza Profissional
ENPRF – Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final
EPE – Entidade pública empresarial
GIG – Grande para a idade gestacional
HESE – Hospital do Espírito Santo de Évora
HTAG – Hipertensão arterial gravídica
IG – Idade gestacional
ITP – Indução do trabalho de parto
LIG – Leve para a idade gestacional
OE – Ordem dos Enfermeiros
PNVGBR – Plano Nacional de Vigilância da Gravidez de Baixo Risco
RABA – Rotura artificial da bolsa amniótica
RCIU – Restrição de crescimento intrauterino
RN – Recém-nascido
SNS – Serviço Nacional de Saúde
TP – Trabalho de parto
UC – Unidade Curricular
UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
UÉ – Universidade de Évora
ULSBA – Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo

Índice

	Pg.
INTRODUÇÃO	15
1. CONTEXTOS CLÍNICOS DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL	17
1.1. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS CLÍNICOS	18
1.1.1. Serviço de Obstetrícia e Ginecologia – Internamento de Ginecologia e Grávidas Patológicas – Unidade Hospitalar 1	18
1.1.2. Cuidados de Saúde Primários	20
1.1.3. Serviço de Obstetrícia – Bloco de Partos e Internamento de Puerpério – Unidade Hospitalar 2.....	22
1.1.4. Serviço de Neonatologia – Unidade Hospitalar 2.....	24
1.1.5. Bloco de Partos – Unidade Hospitalar 3	24
1.2. METODOLOGIA DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL.....	27
1.2.1. Objetivos do Estágio de Natureza Profissional	27
1.2.2. Abordagem metodológica das atividades desenvolvidas no Estágio de Natureza Profissional.....	28
1.2.2.1. Estratégias de observação e treino clínico	29
1.2.2.2. Estratégias reflexivas	29
1.2.2.3. Estratégias de pesquisa bibliográfica para a revisão da literatura	30
2. CONTRIBUTO PARA A MELHORIA DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM EM SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA	31
2.1. CONCEPTUALIZAÇÃO (REVISÃO DA LITERATURA).....	31
2.1.1. Introdução	31
2.1.2. Metodologia	32
2.1.3. Apresentação dos Resultados.....	33
2.1.4. Discussão dos Resultados	35
2.1.5. Conclusão	40
2.2. RESULTADOS EMPÍRICOS DO EXERCÍCIO DA APLICAÇÃO DO PLANO DE PARTO.....	41
2.2.1. Abordagem Metodológica.....	41
2.2.2. Análise dos Resultados	42
2.2.2.1. Caracterização da Amostra.....	42
2.2.2.2. Resultados da aplicabilidade do Plano de Nascimento da Direção-Geral da Saúde de 2020.....	45
2.2.3. Discussão.....	50
2.2.4. Conclusão	51

3. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AQUISIÇÃO E MOBILIZAÇÃO DE COMPETÊNCIAS	53
3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	53
3.1.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal	54
3.1.2. Domínio da melhoria continua da qualidade	54
3.1.3. Domínio da gestão dos cuidados	55
3.1.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais	56
3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA	57
3.2.1. Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período preconcecional.....	58
3.2.2. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal.....	59
3.2.3. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto	64
3.2.4. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal	69
3.2.5. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério	72
3.2.6. Cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica.....	72
3.2.7. Cuida o grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade....	73
CONCLUSÃO	75
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	77
ANEXOS	83
Anexo A – Plano de Nascimento da Direção-Geral da Saúde de 2020	84
APÊNDICES	89
Apêndice A – Caracterização física do Serviço de Obstetrícia e Ginecologia – Unidade Hospitalar 1, do Serviço de Obstetrícia – Unidade Hospitalar 2 e Bloco de Partos – Unidade Hospitalar 3.....	90
Apêndice B – Reflexão sobre o Estágio de Observação em Neonatologia	92
Apêndice C – Modelo T-005.....	95
Apêndice D – Registo das Experiências Clínicas da Mestranda no Estágio de Natureza Profissional.....	101
Apêndice E – Fluxograma Prisma da Revisão “Expetativas de Parto da Grávida do 3.º Trimestre”.....	120

Apêndice F – Análise dos estudos incluídos na Revisão “Expetativas de Parto da Grávida do 3.º Trimestre”.....	122
Apêndice G – Dados inseridos no IBM® SPSS® (Statistical Package for the Social Sciences) Versão 24.....	127
Apêndice H – Panfleto “O bebé nasceu. E agora?” sobre a temática da amamentação, realizado no campo clínico de internamento de Puerpério	129
Apêndice I – Reflexão sobre a observação de exames de diagnostico pré-natal, no campo clínico de internamento de Ginecologia e Grávidas Patológicas, na Unidade Hospitalar 1	132
Apêndice J – Jornais de aprendizagem.....	135
Apêndice L – Planeamento da Sessão de Preparação para o Parto ministrada no campo clínico de Cuidados de Saúde Primários	149
Apêndice M – Dados estatísticos relevantes do campo clínico de internamento de Puerpério, na Unidade Hospitalar 2	153

Índice de Tabelas

	Pg.
Tabela 1 – Campos clínicos do 1.º Semestre do 2.º Ano	17
Tabela 2 – Campos clínicos do 2.º Semestre do 2.º Ano	17
Tabela 3 – Síntese dos fatores identificados nos estudos incluídos na revisão.....	34
Tabela 4 – Expetativas identificadas resultantes da aplicabilidade do Plano de Nascimento da DGS de 2020 e respetivo percentual das participantes	50
Tabela 5 – Calendarização das consultas com EEESMO	62
Tabela 6 – Síntese dos dados estatísticos referentes ao campo clínico de Sala de Partos, na Unidade Hospitalar 2.....	66
Tabela 7 – Síntese dos dados estatísticos referentes ao campo clínico de Bloco de Partos, na Unidade Hospitalar 3	68

Índice de Figuras

	Pg.
Figura 1 – N.º Total de Partos – Unidade Hospitalar 1 – 2020, 2021 e 2022	18
Figura 2 – N.º Total de Partos – Unidade Hospitalar 2 – 2020, 2021 e 2022	22
Figura 3 – N.º Total de Partos – Unidade Hospitalar 3 – 2020, 2021 e 2022	25
Figura 4 – Percentagens das participantes de acordo com os grupos etários	42
Figura 5 – Percentual das participantes de acordo com a paridade.....	43
Figura 6 – Percentual das participantes de acordo com as habilitações literárias.....	43
Figura 7 – Percentual das participantes quanto ao conhecimento do que é o plano de Parto	44
Figura 8 – Percentual das participantes quanto ao conhecimento do plano de parto constituir um direito	44
Figura 9 – Percentual das participantes que pretendem ter a presença do acompanhante no momento do parto	45
Figura 10 – Percentual das participantes que pretendem ter liberdade de movimentos durante o período de dilatação	45
Figura 11 – Percentual das participantes que pretendem utilizar métodos não farmacológicos de alívio da dor	46
Figura 12 – Percentual das participantes que pretendem ter disponível a realização de analgesia epidural, no momento solicitado.....	46
Figura 13 – Percentual das participantes que pretendem a indução do parto somente em caso de necessidade por indicação médica	47
Figura 14 – Percentual das participantes que pretendem poder escolher a posição no momento do parto	47
Figura 15 – Percentual das participantes que pretendem amamentar na 1ª hora de vida.	48
Figura 16 – Percentual das participantes que pretendem a oferta de leite adaptado por outro método que não a tetina.....	48
Figura 17 – Relação entre as habilitações literárias das participantes e o conhecimento do que é o plano de parto.....	49
Figura 18 – Relação entre o desejo de ter acompanhante no momento do parto e a paridade das participantes	49
Figura 19 – Relação entre o desejo de realizar analgesia epidural e a paridade das participantes.....	50

INTRODUÇÃO

O Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica [CMESMO] oferecido pela Universidade de Évora [UÉ] e registado na Direção Geral do Ensino Superior (R/A-Ef 1783/2011/AL03) é uma formação inserida no 2.º ciclo de formação académica que confere o grau académico de mestre e o desenvolvimento de todas as competências profissionais do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica [EEESMO]. Este enfermeiro especialista é um profissional reconhecido pela Ordem dos Enfermeiros [OE] (SAI-OE/2017/9022; SAI-OE/2019/5981) com as competências e conhecimentos necessários para cuidar da mulher inserida na família/comunidade, na área da saúde sexual e reprodutiva e ainda no seu ciclo gravídico-puerperal. Deste modo, o CMESMO é consonante com o Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento. n.º 140/2019 de 6 de fevereiro da OE, 2019) e com o Regulamento de Competências Específicas do EEESMO (Regulamento. n.º 391/2019 de 3 de maio da OE, 2019).

De acordo com o Plano de Estudos da UÉ (Aviso n.º 15812/2019; DR 7/10/2019), insere-se no 2.º ano do CMESMO a Unidade Curricular [UC] Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final [ENPRF], abrangendo 60 créditos ECTS, tendo o ENPRF referente ao curso de 2021-2023 decorrido entre 12 de setembro de 2022 e 16 de junho de 2023. Os campos clínicos contemplados foram no âmbito de Ginecologia e Grávidas Patológicas, de Cuidados de Saúde Primários, de Sala de Partos e de Puerpério e os objetivos delineados para esta UC constam no seu planeamento, sendo eles especificamente: 1) Cuidar da mulher/companheiro inseridos na família e comunidade; 2) Demonstrar uma aquisição de conhecimentos conducente a uma proposta de melhoria de cuidados, considerando as vertentes de teórico-práticas e a prática baseada na evidência e 3) Defender através de um Relatório apresentado em provas públicas a sua aquisição de competências ao longo do Estágio de Natureza Profissional [ENP].

Concomitantemente, com a finalidade de contribuir para a melhoria da prestação de cuidados numa área específica de interesse pessoal, foram aprofundados conhecimentos sobre a temática das expetativas de parto da grávida do 3.º Trimestre, no âmbito do cuidado à mulher inserida na família/comunidade durante o período pré-natal, mediante a elaboração de uma revisão da literatura e a aplicação do plano de parto em contexto clínico. Este documento visa incentivar a mulher grávida a clarificar desejos e expetativas e a estabelecer uma comunicação eficaz com os profissionais de saúde, no sentido de criar um plano de cuidados realista para o seu trabalho de parto (Lothian, 2006). A identificação das preferências e expetativas da mulher no decorrer do trabalho de parto e durante o parto promove uma prestação de cuidados de qualidade às parturientes, na medida em que assiste os

profissionais de saúde, especialmente as parteiras, a direcionar as suas intervenções (Iravani et al., 2015). Para além disso, quando as expectativas são correspondidas, as parturientes vivenciam uma experiência de parto positiva (Iravani et al., 2015). Uma experiência de parto positiva é definida como aquela em que são preenchidas ou excedidas as necessidades, crenças e expectativas pessoais e socioculturais da mulher grávida, permitindo o nascimento de um bebé saudável, num ambiente clinicamente e psicologicamente seguro (WHO, 2018).

Ao encontro do que é solicitado na UC ENPRF, o presente Relatório tem como objetivo geral descrever as atividades desenvolvidas nos diversos contextos clínicos com vista à aquisição das competências comuns do enfermeiro especialista e das competências específicas do EEESMO, aludindo às estratégias utilizadas para a sua aquisição. A nível estrutural, este tem início com a caracterização dos diversos campos clínicos quanto aos recursos físicos, humanos e materiais, seguido do capítulo que expõe a revisão da literatura realizada e a exposição dos resultados empíricos obtidos através da aplicação do plano de parto. O capítulo seguinte corresponde à análise reflexiva sobre todas as atividades desenvolvidas durante o Estágio e, por fim, apresenta-se a conclusão. Finaliza-se o Relatório com as referências bibliográficas, os anexos e os apêndices.

Este Relatório foi elaborado com respeito pelas orientações escolares para a formatação de trabalhos escritos das Normas de Elaboração de Trabalhos Escritos da Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora (Frias et al., 2023) e as normas da 7.^a edição da American Psychological Association (American Psychological Association, 2020) para as referências bibliográficas.

Concluindo esta introdução e assumindo que toda a prática profissional de enfermagem deve estar alicerçada em referenciais teóricos, todas as experiências e atividades desenvolvidas e descritas no presente documento estão sustentadas de acordo com a Teoria Humanista de Paterson e Zderad. A Teoria Humanista realça o diálogo que se estabelece entre a pessoa e o enfermeiro, constituindo uma comunidade que age unida para o mesmo propósito, sendo a perspetiva holística do ser que favorece a conexão dessas relações e diálogos (Meleis, 2012).

1. CONTEXTOS CLÍNICOS DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

O ENP decorreu em diferentes contextos clínicos que viabilizaram o desenvolvimento de atividades e experiências nos diferentes campos de ação do EEESMO e que contribuíram para um profundo desenvolvimento de competências relacionais entre a mestranda e as mulheres e recém-nascidos ao seu cuidado. Experienciaram-se cuidados de enfermagem especializados a grávidas com e sem patologia associada, a puérperas, a mulheres a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica e a recém-nascidos saudáveis. Durante o período de uma semana foi realizado um estágio de observação na área da Neonatologia.

Fundamentado pela teoria de enfermagem de Paterson e Zderad, cada campo clínico consistiu no cenário do exercício de aprendizagem da mestranda, em que a necessidade de cuidados da pessoa e a resposta dos enfermeiros a essa necessidade são influenciadas por todas as experiências anteriormente vividas, sejam elas relacionadas com outras pessoas ou coisas, como objetos comuns ou objetos especiais (Meleis, 2012).

O primeiro semestre, que decorreu entre 12 de setembro de 2022 a 27 de janeiro de 2023, contemplou três campos clínicos, referidos na Tabela 1.

Tabela 1.

Campos clínicos do 1.º Semestre do 2.º Ano

1.ºSemestre/2.ºAno		
Período	Duração	Campo clínico
12-09 a 21-10-2022	6 semanas	Internamento de Ginecologia e Grávidas Patológicas
24-10 a 2-12-2022	6 semanas	Cuidados de Saúde Primários
5-12 a 27-01-2023	6 semanas	Bloco de Partos

No que diz respeito ao segundo semestre, que decorreu no período compreendido entre 6 de fevereiro de 2023 e 16 de junho de 2023, contemplou outros três campos clínicos, como se apresenta na Tabela 2.

Tabela 2.

Campos clínicos do 2.º Semestre do 2.º Ano

2.ºSemestre/2.ºAno		
Período	Duração	Campo clínico
06/02 a 17-03-2023	6 semanas	Internamento de Puerpério + Neonatologia
20-03 a 21-04-2023	4 semanas	Bloco de Partos
23-04 a 16-06-2023	8 semanas	Bloco de Partos

1.1. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS CLÍNICOS

Na caracterização dos contextos clínicos será apresentada uma descrição pormenorizada quanto aos recursos físicos, humanos e materiais disponíveis no processo da aprendizagem da mestranda.

1.1.1. Serviço de Obstetrícia e Ginecologia – Internamento de Ginecologia e Grávidas Patológicas – Unidade Hospitalar 1

O primeiro campo clínico decorreu no Serviço de Obstetrícia e Ginecologia, que contempla internamento de Grávidas Patológicas, internamento de Ginecologia e internamento de Puerpério, de uma instituição integrada numa entidade pública empresarial [EPE] (Hospital do Espírito Santo de Évora [HESE], EPE, 2021a). A função deste serviço visa acompanhar grávidas e puérperas e conferir ainda a assistência à mulher em todas as outras fases da sua vida, desde a infância até à pós-menopausa (HESE, EPE, 2021b).

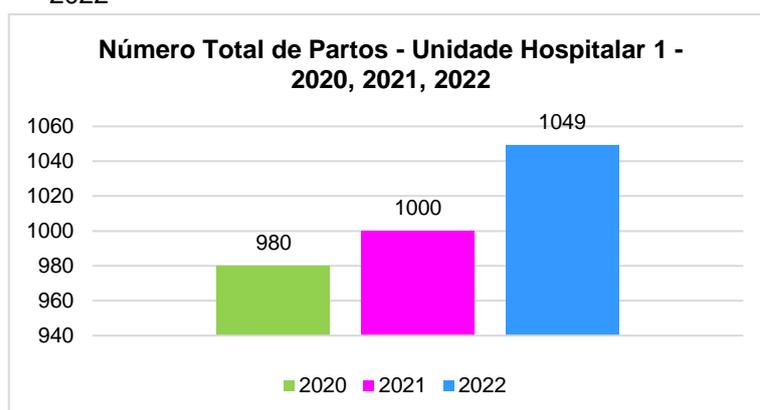
A população da área de influência desta instituição de saúde compreende o território geográfico de toda esta região, correspondendo a um total de 498.804 habitantes (HESE, EPE, 2021a).

Esta instituição confere uma resposta a nível regional por apresentar áreas clínicas diferenciadas a nível dos cuidados de saúde urgentes/emergentes e de internamento, como o Serviço de Urgência Polivalente, o Serviço de Nefrologia, o Serviço de Gastroenterologia, a Unidade de Cuidados Intensivos Cardíacos, o Serviço de Pneumologia, o Serviço de Dermatologia e, a área Materno-Infantil, que se encontra dotada de recursos para assegurar cuidados perinatais diferenciados, dispondo de uma Unidade de Cuidados Intensivos de Neonatologia (HESE, EPE, 2021c).

Nesta instituição de saúde ocorrem em média 1000 partos

por ano, verificando-se um acréscimo no número de partos nos últimos três anos (Figura 1), podendo tal facto ser explicado pela necessidade de encaminhamento ou transferência de grávidas para esta instituição devido ao encerramento dos Serviços de Obstetrícia de outras instituições próximas, que se verifica nos últimos anos com alguma regularidade.

Figura 1.
N.º Total de Partos – Unidade Hospitalar 1 - 2020, 2021 e 2022



Relativamente ao espaço físico, situando-se no 3.º piso da instituição, este serviço divide-se em três grandes áreas: a ala esquerda que contém o Bloco de Partos e o Bloco Operatório Materno-Infantil, encontrando-se à data do Estágio desativado ainda pela pandemia covid-19 e que, quando ativo, se destinava à realização de cesarianas eletivas e cirurgias ginecológicas, a ala central que contém um secretariado, um gabinete reservado ao registo dos bebés no âmbito do projeto “Nascer Cidadão”, também ele desativado à data pela pandemia Covid-19, uma sala de admissões que é, simultaneamente, uma sala de observação do Serviço de Urgência de Obstetrícia/Ginecologia e um gabinete destinado à Consulta de Diagnóstico Pré-natal e a ala direita, que integra as enfermarias de internamento de Puerpério, internamento de Grávidas Patológicas e internamento de Ginecologia.

Sendo a ala direita o espaço físico mais específico onde decorreu o Estágio, será apresentada uma descrição mais pormenorizada. Nesta área estão localizadas onze enfermarias, identificadas por letras e que foram alvo de algumas reestruturações com a pandemia Covid-19. A primeira enfermaria – Quarto A, que contém duas camas é, na atualidade, uma sala para realizar a cardiocografia [CTG] de utentes provenientes do Serviço de Urgência, bem como outros tratamentos necessários e que aloca também utentes que aguardam resultado do teste à covid, prévio ao internamento. Dispõe de um WC de apoio.

Para além do Quarto A, há mais duas enfermarias que contém duas camas e um WC, o Quarto B e o Quarto K, destinadas a puérperas submetidas a cesariana por facilitar a mobilização no pós-parto. Os Quartos C, D e E são enfermarias que contém três camas cada, destinadas ao internamento de puérperas. Os Quartos F e G que contém três camas cada, estão destinados ao internamento de Grávidas Patológicas, sendo que, este último pode também alocar puérperas que não estejam acompanhadas pelo recém-nascido [RN].

Os Quartos H e I que contém três camas, são enfermarias destinadas ao internamento de mulheres do foro ginecológico. O Quarto J, que contém uma cama, é uma enfermaria destinada ao isolamento por covid-19 e inclui ao lado um WC de apoio.

O gabinete de enfermagem situa-se na parte proximal do corredor em relação à porta de entrada e saída e, é simultaneamente, o gabinete da enfermeira em funções de chefia. Tem disponíveis quatro computadores para registos informáticos com o programa *SClínico*. Este espaço contém também um armário com os processos em papel organizados por número de camas. A sala de tratamentos/trabalho encontra-se numa zona mais mediana em relação à ala direita e dela fazem parte uma marquesa, um armário com *stock* de medicação, um esfigmomanómetro digital, *stock* de soros e material de punção venosa periférica. Nesta ala existem ainda três WC destinados às utentes, um WC para os funcionários, uma sala de arrumos que contém uma bomba extratora onde as puérperas podem extrair leite, uma sala de sujios que contém as máquinas para desinfeção das arrastadeiras, sanita para depósito de

dejetos e diversos contentores. Em síntese, os recursos físicos deste serviço encontram-se representados no Apêndice A.

Conferindo apoio médico pediátrico, esta ala contempla uma sala para realizar o rastreio auditivo ao RN e uma sala onde se procede à sua observação. Ao longo do corredor da ala, existem ainda diversos armários com roupa e contentores de lixo.

No que concerne aos recursos humanos, a equipa multidisciplinar é composta por profissionais de diferentes áreas. A equipa de enfermagem é constituída por trinta enfermeiros, dos quais vinte e nove detêm do título de enfermeiro especialista, sendo que desse total vinte e sete são EEESMO, um é EEESMO com acumulação de funções de chefia e um é enfermeiro especialista em Saúde Mental. A equipa de assistentes operacionais totaliza catorze elementos e a equipa médica totaliza vinte e quatro médicos, sendo que oito deles têm vínculo à instituição, catorze não têm vínculo à instituição e dois encontram-se em regime de internato. O serviço está ainda dotado de dois médicos pediatras/neonatalogistas e um médico interno, geralmente do ano comum. Outros profissionais que conferem apoio ao serviço, mas não de forma exclusiva são um nutricionista, um psiquiatra, um assistente social, um segurança e a equipa de cuidados paliativos.

Relativamente ao número de profissionais por turno, no turno da manhã encontram-se três enfermeiros e três a quatro assistentes operacionais, no turno da tarde encontram-se dois enfermeiros e dois assistentes operacionais e no turno da noite dois enfermeiros e um assistente operacional. Quanto à equipa médica, encontram-se três a quatro médicos obstetras por 24 horas.

1.1.2. Cuidados de Saúde Primários

O Estágio no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários [CSP] foi realizado numa unidade funcional pertencente a uma unidade local de saúde, com carácter público empresarial. Esta unidade local de saúde apresenta como missão a prestação de cuidados integrados com qualidade, em tempo útil e de forma eficaz e eficiente, articulando com outros serviços ou instituições de saúde inseridos na comunidade. A sua ação encontra-se baseada num modelo organizacional interligado aos diferentes níveis de prestação de cuidados – cuidados de saúde primários, cuidados de saúde hospitalares e cuidados de saúde continuados, integrando desta forma, uma unidade hospitalar, treze unidades de cuidados de saúde personalizados [UCSP], uma unidade de saúde familiar e mais de sessenta extensões de saúde (Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo [ULSBA], EPE, 2023).

O Estágio foi desenvolvido em uma destas treze UCSP, que têm como missão a prestação de cuidados de saúde primários de qualidade, personalizados e respeitando as normas provenientes da Direção-Geral da Saúde [DGS] e com a sua intervenção focada ao

nível da prevenção, no tratamento de situações de doença crónica e em situações de doença aguda (Serviço Nacional de Saúde [SNS], 2023).

A área de influência desta instituição corresponde a 114.863 habitantes (ULSBA, EPE, 2023) e à data de setembro de 2022, a UCSP onde decorreu o Estágio tinha 22.005 utentes inscritos, sendo 10.954 utentes do sexo masculino e 11.051 utentes do sexo feminino. Das utentes do sexo feminino inscritas, 4.639 são mulheres em idade fértil (considerado dos 15 aos 49 anos de idade) (SNS, 2023).

A consulta de vigilância da gravidez realizada pelo EEESMO, encontra-se inserida na Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados, tendo esta unidade “(...) como missão contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da área de abrangência, visando ganhos em saúde (...)” (ULSBA, EPE, 2021). Esta consulta encontra-se assegurada por sete EEESMO com a sua área de abrangência ao nível dos treze concelhos do Baixo Alentejo, estando a sua atuação centrada na preparação para o parto e parentalidade, realização de consultas de vigilância especializadas, realização de CTG, desenvolvendo sempre que possível, atividades no âmbito do planeamento familiar, visita domiciliária no pós-parto e educação para a saúde (ULSBA, 2021).

Especificamente, esta UCSP situa-se num edifício composto por três pisos, sendo que no piso -1 existe uma sala de esterilização, uma lavandaria, um serviço de aprovisionamento, um bar que neste momento se encontra em desuso, um WC com chuveiro e várias arrecadações. O piso 0 é o piso destinado ao atendimento dos utentes, composto por seis módulos de consultas mais um espaço reservado à consulta de recurso, sendo este composto por uma área administrativa com balcão de atendimento, dois gabinetes médicos, uma sala de enfermagem, uma sala de espera e um WC.

Quanto aos módulos, os três primeiros são constituídos por dois/três gabinetes médicos, dois gabinetes de enfermagem, uma sala de tratamentos e uma área administrativa que confere apoio comum. O quarto módulo é constituído por um gabinete médico, um gabinete de enfermagem, uma sala de tratamentos, uma sala reservada para a consulta de nutrição e outra sala reservada para a consulta de higiene oral.

O quinto módulo é composto por dois gabinetes médicos, dois gabinetes de enfermagem, um gabinete de planeamento familiar e uma área de atendimento administrativo. Quanto ao sexto módulo, este é composto por um gabinete médico, um gabinete de ortóptica, uma sala de tratamentos destinada ao pé diabético, um WC e uma área de atendimento administrativo. No piso 1 situam-se os serviços administrativos, a Unidade de Cuidados na Comunidade, os gabinetes de chefia, dois gabinetes de consulta de psicologia, um gabinete reservado à EEESMO, uma sala de reuniões, uma área de atendimento social, um gabinete reservado aos cuidados continuados, uma biblioteca, uma área para a telefonista, dois WC, o laboratório de análises clínicas e os gabinetes reservados à saúde pública.

A UCSP encontra-se aberta de 2.^a feira a 6.^a feira, fazendo parte da equipa multidisciplinar catorze médicos, dos quais dois são internos, vinte enfermeiros, dez assistentes operacionais, catorze administrativos, duas assistentes sociais, uma nutricionista, uma higienista oral, um fisioterapeuta, um terapeuta da fala e três psicólogos.

Os profissionais médicos e de enfermagem estão organizados por equipas e prestam cuidados em consulta ao nível do planeamento familiar, saúde materna, saúde infantojuvenil, vigilância de utentes hipertensos e diabéticos, programa de vacinação e visita de apoio domiciliário. Encontra-se um médico e um enfermeiro aos fim-de-semanas ou feriados, das 8 horas às 20 horas, que asseguram a consulta de recurso.

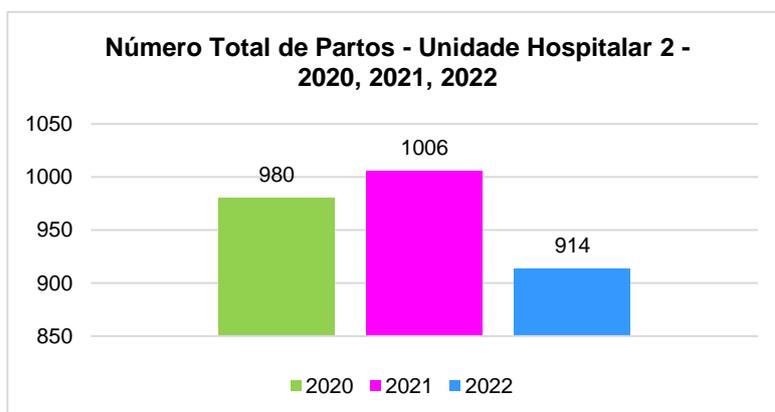
Relativamente aos recursos materiais e de uma forma geral, a unidade de saúde está equipada com todo o material necessário à prestação de cuidados seguros e adequados à população afeta. Especificamente ao gabinete destinado à vigilância materno-fetal, encontra-se equipado com um cardiotocógrafo fixo, um doppler fetal, um esfigmomanómetro digital, uma marquesa, uma balança, um computador com o programa *SClínico*, um conjunto de material de apoio à amamentação de que fazem parte amostras de creme à base de lanolina, almofada de amamentação, discos protetores de mamilos, pósteres e folhetos informativos.

1.1.3. Serviço de Obstetrícia – Bloco de Partos e Internamento de Puerpério – Unidade Hospitalar 2

O terceiro, quarto e sexto campo clínico de Estágio decorreram na instituição hospitalar da mesma unidade local do campo clínico anterior, concretamente no Bloco de Partos do Serviço de Obstetrícia que inclui também o internamento de Puerpério.

Para uma população total de 114.863 habitantes, nesta instituição hospitalar ocorrem em média cerca de 1000 partos anuais (Figura 2), constatando-se a existência de uma redução acentuada do número de partos entre o ano de 2021 e 2022. Tal facto poderá ser explicado pela maior frequência em que o serviço se encontrou encerrado.

Figura 2.
N.º Total de Partos – Unidade Hospitalar 2 - 2020, 2021 e 2022



No que respeita ao espaço físico, o Serviço de Obstetrícia comporta a Urgência de Obstetrícia e Ginecologia, o Bloco de Partos e o internamento de Puerpério. Situa-se no 5.º piso da instituição e da parte proximal para a parte distal relativamente à porta de entrada e

saída, apresenta a seguinte organização: Sala de Urgência que é, simultaneamente, a Sala de Admissões, o Bloco de Partos que contém duas salas de partos, uma sala de apoio com material descartável, material de uso clínico, um lavatório e produtos de limpeza e uma sala onde se encontra a mesa de reanimação neonatal que dispõe de todos os equipamentos e materiais necessários para o acolhimento do RN e para a realização dos primeiros cuidados. Anexa ao Bloco de Partos existe uma enfermaria destinada ao internamento de grávidas para indução do trabalho de parto [ITP] ou em situação patológica. A par desta enfermaria, o serviço dispõe à data, de uma sala de partos improvisada com WC para casos de isolamento por Covid-19, contendo uma marquesa, uma cama e material essencial para o trabalho de parto [TP] e para o parto. Posteriormente, segue-se uma sala que contém arrumos, quatro esfigmomanómetros digitais, uma bomba extratora de leite, produtos têxteis e uma pequena divisão que está reservada para alocar mulheres grávidas provenientes do serviço de urgência para realização de CTG, realização de tratamentos e vigilância por curto espaço de tempo. Relativamente ao internamento de Puerpério, o serviço contém quatro enfermarias, com três camas cada, totalizando doze camas. Existe ainda uma enfermaria com duas camas, destinada ao internamento de mulheres em situação de abortamento, seja ele espontâneo ou terapêutico. O gabinete de enfermagem situa-se na região mediana em relação à porta de entrada e saída e, é simultaneamente o gabinete da enfermeira gestora e tem à disposição cinco computadores, equipados com o sistema informático *SClínico*, sendo que um destes computadores é de utilização exclusiva da enfermeira gestora. Esta maternidade está equipada com o Sistema de Monitorização Central Fetal *Omniview-SisPorto*, estando o gabinete equipado com um monitor para o efeito.

A sala de trabalho contém vários armários com material de uso clínico, um lavatório e um carro com a medicação que corresponde ao *stock* de produtos farmacêuticos. O serviço contém ainda uma copa que pertence à empresa externa de alimentação/nutrição e que fornece a refeição às utentes, uma copa reservada às refeições dos funcionários, um pequeno armazém com *stock* de material clínico, uma sala de desinfeção e três WC para as utentes e um WC para os funcionários. Em síntese, os recursos físicos deste serviço encontram-se representados no Apêndice A.

No que concerne aos recursos humanos a equipa tem carácter multidisciplinar, integrada por profissionais de diferentes áreas. A equipa de enfermagem é constituída por vinte e um enfermeiros, dos quais quinze detêm o título de enfermeiro especialista, sendo um deles a enfermeira gestora. Por turno, encontram-se no mínimo dois EEESMO, em que um assegura o Serviço de Urgência/Admissão e o segundo assegura a Sala de Partos. Os seis enfermeiros de cuidados gerais exercem a sua atividade no internamento de Puerpério. A equipa de assistentes operacionais totaliza nove elementos e a equipa médica totaliza cerca de doze médicos, sendo que de momento apenas dois têm vínculo permanente à instituição.

Encontra-se escalado por dia um pediatra que confere apoio à equipa, mas não é elemento exclusivo do serviço. No turno da manhã encontram-se no total quatro enfermeiros e dois assistentes operacionais, para o turno da tarde três enfermeiros e um a dois assistentes operacionais e para o turno da noite, três enfermeiros e um assistente operacional. Relativamente à equipa médica, encontram-se dois médicos por 24 horas.

1.1.4. Serviço de Neonatologia – Unidade Hospitalar 2

O ENP contempla uma semana no Serviço de Neonatologia sob a metodologia de observação clínica, tendo este decorrido de 7 a 10 de fevereiro de 2023 na instituição hospitalar da mesma unidade local anteriormente referida. Esta unidade de cuidados neonatais encontra-se integrada no Serviço de Pediatria e assegura cuidados especiais a RN a partir das 34 semanas de idade gestacional [IG], dispondo de quatro vagas em incubadora e três em berço. Está ainda equipada com duas incubadoras de transporte para eventuais transferências e uma incubadora aberta para prestação de cuidados mais invasivos, como a entubação endotraqueal.

De acordo com os dados fornecidos pela equipa de enfermagem desta unidade, 90% das admissões são de RN provenientes do Serviço de Obstetrícia, sendo os principais motivos, a prematuridade, má adaptação extrauterina, intolerância alimentar, sépsis, status pós-parto traumático e icterícia neonatal. Os restantes 10% reportam-se a admissões por transferências inter-hospitalares para continuidade de cuidados.

Fisicamente, a conferir apoio à unidade neonatal, existe um gabinete de enfermagem, uma copa de leites, um gabinete médico, uma sala de trabalho, um vestiário, um WC de funcionários e três para utentes, uma sala de desinfeção e uma sala de arrumos.

A equipa de enfermagem é composta por enfermeiras generalistas e enfermeiras especialistas em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, encontrando-se um enfermeiro por cada turno. A equipa médica é assegurada por um pediatra em exclusivo das 8 horas até às 13 horas e no restante período é assegurada pelo pediatra escalado de urgência.

De salientar que ao longo desta semana de observação, apenas foi possível assistir à prestação de cuidados a um recém-nascido, encontrando-se esta experiência documentada em reflexão no Apêndice B.

1.1.5. Bloco de Partos – Unidade Hospitalar 3

O Bloco de Partos desta unidade hospitalar, que deu lugar ao quinto campo clínico do Estágio e ao segundo contexto clínico em Sala de Partos, está integrado em uma instituição de saúde que pertence ao SNS e tem carácter público-empresarial com autonomia

patrimonial, administrativa e financeira (Centro Hospitalar Universitário do Algarve [CHUA], EPE, 2017).

Esta instituição é composta por três unidades hospitalares, por serviços de urgência básica e por um centro de medicina física e de reabilitação e tem como missão a prestação de cuidados de saúde diferenciados desta região, garantindo a equidade e a universalidade no seu acesso e a promoção do desenvolvimento de atividades no âmbito da formação pré, pós-graduada e contínua de profissionais na área da saúde (CHUA, 2017).

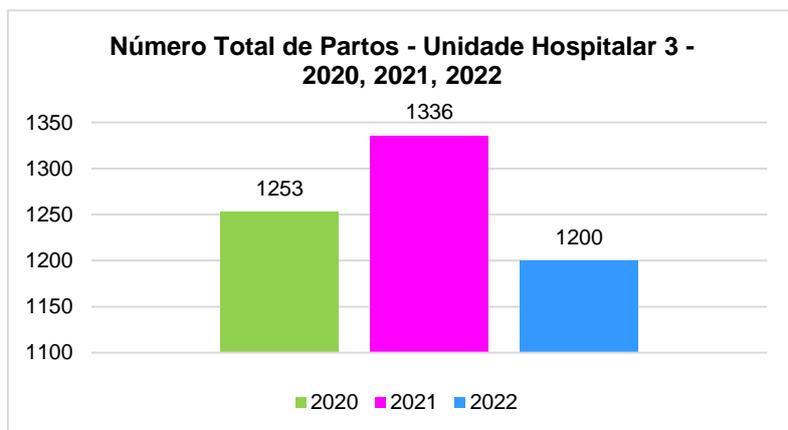
A população da área de influência desta instituição corresponde à área geográfica de dezasseis concelhos, correspondendo a 467.495 habitantes (Comissão de Coordenação e Desenvolvimento do Algarve, 2021), variando este número de acordo com a atividade e afluência turística da região ao longo do ano, aumentando significativamente na época balnear, chegando a triplicar o número de habitantes.

O Bloco de Partos onde decorreu o Estágio está inserido na unidade hospitalar localizada na zona oeste da região, abrangendo a sua área de influência em sete concelhos e correspondendo a 171.174 habitantes (Comissão de Coordenação e Desenvolvimento Regional do Algarve, 2021), que representam 36,6% da população total da região.

Para esta população total de habitantes, nesta instituição hospitalar ocorrem em média cerca de 1200 partos, constatando-se uma diminuição acentuada do número de partos entre o ano de 2021 e 2022 (Figura 3), tal como ocorreu na instituição de saúde anteriormente referida. A leitura realizada

Figura 3.

N.º Total de Partos – Unidade Hospitalar 3 - 2020, 2021 e 2022



face a esta redução do número de partos nesta instituição é similar à anterior, podendo ser justificada pelo encerramento frequente deste Bloco de Partos.

No que concerne ao espaço físico, o Bloco de Partos situa-se no 2.º piso da instituição, que juntamente com o Serviço de Urgência e Emergência de Obstetrícia e Ginecologia, o Serviço de Obstetrícia, o Serviço de Ginecologia, as Consultas Externas de Obstetrícia e Ginecologia, o Serviço de Neonatologia/Pediatria e o Serviço de Urgência Pediátrica, constituem o Departamento Materno-Infantil. Todos se situam no 2.º piso, exceto as Consultas Externas de Obstetrícia e Ginecologia que se encontram no rés do chão e o Serviço de Urgência Pediátrica que se encontra no 1.º piso do edifício.

O Bloco de Partos compreende três áreas de cuidados de saúde distintos, o Serviço de Urgência e Emergência, o Bloco de Partos e o Bloco Operatório, reservado a urgências obstétricas e ginecológicas e que funcionam 24 horas por dia, à exceção deste último que opera apenas de segunda-feira a sexta-feira das 8 horas às 20 horas. Todas as urgências que ocorram fora deste período são encaminhadas para o Bloco Operatório Geral.

À entrada do Bloco de Partos encontra-se uma sala de espera e um balcão de atendimento administrativo, separados por uma porta com sistema de segurança por código. Transposto este sistema, situa-se o Serviço de Urgência e Emergência, que é concomitantemente o serviço de admissão de utentes, dispondo de três salas de observação, dois gabinetes médicos, o gabinete da enfermeira gestora, uma sala de sujos/desinfecção, uma rouparia, um vestiário para utentes, dois vestiários para funcionários, uma sala reservada para a realização de CTG e um WC.

O Bloco de Partos propriamente dito é composto por cinco sala de partos individuais, que dispõem de todo o equipamento e material necessário ao seguimento do TP e parto, tais como uma cama de parto articulada, um cardiotocógrafo, um sistema de monitorização cardiotocográfica sem fios e material de apoio.

Cada sala está equipada também com um sistema de musicoterapia, controlo de iluminação da sala, um espaço para prestação dos primeiros cuidados ou reanimação do RN, uma banheira para o RN e dois armários que contêm material diverso. Conferindo apoio a estas cinco salas de parto, existem três WC junto às mesmas, um gabinete de enfermagem dotado do Sistema de Monitorização Central Fetal *Omniview-SisPorto*, duas salas de vigilância pós-parto e duas salas de vigilância pós-cirúrgica com duas camas cada, uma sala de trabalho, uma área de refeições para funcionários e uma sala de arrumos.

O Bloco Operatório é constituído por uma sala cirúrgica, apoiado por uma sala para cuidados imediatos ou de reanimação ao RN, uma área de desinfecção das mãos, zona de transferência, dois WC e uma sala de arrumos. Em síntese, os recursos físicos deste serviço encontram-se representados no Apêndice A.

Relativamente aos recursos humanos, a equipa de enfermagem é constituída por trinta e cinco enfermeiros, dos quais vinte e cinco são EEESMO, incluindo a enfermeira gestora. No turno da manhã e no turno da tarde encontram-se quatro enfermeiros, sendo que pelo menos dois deles são EEESMO. No turno da noite encontram-se três enfermeiros, sendo pelo menos dois EEESMO. De forma assegurar o funcionamento do Bloco Operatório, encontram-se três enfermeiros de 2.^a feira a 6.^a feira, das 8 horas às 20 horas.

A equipa de assistentes operacionais é composta por treze elementos, estando dois elementos em todos os turnos, sendo reforçada com mais um elemento nos dias úteis, das 8 horas às 20 horas, assegurando desta forma a assistência ao Bloco Operatório.

No que diz respeito à equipa médica, esta é constituída por dezoito médicos, dos quais doze estão afetos à instituição e os restantes encontram-se sob a modalidade de prestação de serviços. Encontram-se dois médicos por dia, em turnos de 12 horas ou 24 horas. Para apoio à neonatologia, encontra-se protocolado a presença de dois pediatras nas 24 horas, o que nesta instituição nem sempre é possível derivado da carência de profissionais médicos desta especialidade. Quando tal facto acontece, o Bloco de Partos encerra e as grávidas que se deslocam ao serviço são encaminhadas ou transferidas para a instituição hospitalar na região este.

O Bloco de Partos dispõe na atualidade de um médico anestesiológista nas 24 horas e que presta assistência às salas de parto e ao Bloco Operatório. Outras especialidades que conferem apoio ao Bloco de Partos são a Cardiologia, a Cirurgia Geral, a Medicina Interna, a Psiquiatria e a Psicologia Clínica.

Desta equipa multidisciplinar fazem parte ainda duas assistentes administrativas, com o horário das 8 horas às 20 horas, sendo que em caso de necessidade de apoio administrativo fora desse período, se recorre às assistentes administrativas do Serviço de Urgência Geral.

1.2. METODOLOGIA DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

De acordo com o curriculum escolar da UC ENPRF “A metodologia prepara o estudante para exercer competências clínicas no âmbito dos cuidados de enfermagem especializados em saúde materna e obstétrica.”.

Com esta secção, a mestranda pretende descrever as metodologias que foram aplicadas durante o ENP, com vista à aquisição e ao desenvolvimento de competências.

O primeiro passo consistiu na elaboração da proposta de Projeto de Estágio, em que foi traçado um plano de atividades gerais e atividades específicas, correspondendo estas últimas às atividades que contribuíram para a temática a aprofundar. Este documento, denominado de T-005, encontra-se no Apêndice C.

1.2.1. Objetivos do Estágio de Natureza Profissional

Os objetivos do ENP constam no plano de estudos da UC ENPRF, sendo expectável que a mestranda seja capaz de:

1. Cuidar da mulher/companheiro inseridos na família e comunidade:
 - a. no âmbito do planeamento familiar e período preconcepcional;
 - b. no período pré-natal;
 - c. no âmbito da saúde sexual e reprodutiva;
 - d. nos vários estádios do trabalho de parto em situação de saúde/desvio de saúde;

- e. no período puerperal em situação de saúde/desvio de saúde;
- f. durante o período pós-natal;
- g. a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica;
- h. demonstrando responsabilidade ético-deontológica e empenho na melhoria da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

2. Demonstrar uma aquisição de conhecimentos conducente a uma proposta de projeto, considerando as vertentes de teórico-práticas e a Prática Baseada na Evidência.

3. Defender através de um Relatório apresentado em provas públicas, a sua aquisição de competências ao longo do ENP.

De forma a dar resposta aos objetivos acima mencionados no decorrer do ENP, a mestranda teve a necessidade de desenvolver competências previstas no plano de estudos da UC. Perante tal facto, o exercício de aprendizagem da mestranda centrou-se nas seguintes orientações:

- ✓ Saiba evidenciar conhecimento nas vertentes de cuidados especializados e de investigação, exibindo:
 - a. Capacidade de reflexão crítica sobre as práticas;
 - b. Fundamentação de escolhas com base na teorização;
 - c. Capacidade para utilizar investigação e evidência científica;
 - d. Capacidade de comunicar conclusões, conhecimentos e raciocínios subjacentes, quer a especialistas e a não especialistas, de forma clara.
- ✓ Habilidades para desenvolver aprendizagem ao longo da vida de modo fundamentalmente autónomo em favor da área da SMO.

A par dos objetivos anteriormente referidos encontram-se as orientações da OE inscritas no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019 da OE, 2019) e no Regulamento das Competências Específicas do EEESMO (Regulamento. n.º 391/2019 da OE, 2019) e os requisitos da Diretiva n.º 80/155/CEE de 21 de janeiro alterada pela Diretiva n.º 89/594/CEE de 30 de outubro que coordenam das disposições legislativas, regulamentares e administrativas respeitantes à atividade da parteira e que se apresentaram como referenciais que fundamentaram as aprendizagens da mestranda.

1.2.2. Abordagem metodológica das atividades desenvolvidas no Estágio de Natureza Profissional

O Estágio apresentou-se sob o regime de supervisão clínica por EEESMO e sob orientação pedagógica de docente da UÉ. No decorrer do Estágio, com vista à aquisição das

competências alvo foi necessário que a mestranda aplicasse diversas estratégias de aprendizagem, tais como: a) observação direta de cuidados prestados, b) treino clínico, c) capacidade reflexiva, e d) pesquisa bibliográfica para a revisão do tema central em estudo.

Com o intuito de acompanhar e validar o processo de aquisição das competências e o nível de desempenho da mestranda, foram realizadas reuniões de avaliação formativa e sumativa, sendo datadas em período intercalar e em período final de cada campo clínico, respetivamente.

1.2.2.1. Estratégias de observação e treino clínico

No decorrer de todo o exercício de aprendizagem da mestranda, a observação direta e refletida de todos os cuidados de enfermagem especializados prestados pela enfermeira supervisora constituiu numa ferramenta preciosa de discência.

Aristóteles, reconhecido por muitos como um dos pioneiros do método científico, ofereceu um importante contributo quando reconheceu a observação como um dos alicerces que suporta o conhecimento científico e, em conjugação com a estratégia de avaliação empírica, aplicou este método a todos os seus estudos. Até então, a crença de que todo o conhecimento podia ser obtido através do raciocínio puro, sem necessidade de se observar e de se medir empiricamente, era a doutrina vigente. A partir de Aristóteles compreendemos que o desenvolvimento do conhecimento e do raciocínio se suporta da compreensão adquirida através da observação sensorial e sistemática (Devereux, 2015; Hepburn, 2021).

De salientar que na maioria dos contextos clínicos existiram grandes oportunidades de aprendizagem pela quantidade e variedade de situações que ocorreram nos turnos realizados, traduzindo-se numa elevada diversidade de vivências e experiências. Em acontecimentos repetidos e/ou recorrentes, estes conduziram a uma progressiva autonomia supervisionada e na ocorrência de novas situações, estas acrescentaram novos conhecimentos e habilidades.

Todos os contatos realizados com mulheres e recém-nascidos alvo de cuidados de enfermagem especializados no exercício de aprendizagem da mestranda, encontram-se documentados no Apêndice D.

1.2.2.2. Estratégias reflexivas

O exercício reflexivo é imprescindível para a aprendizagem clínica, uma vez que se trata de uma estratégia que subsidia paulatinamente a construção do pensamento. A necessidade de assumir responsabilidades na apreciação realizada à pessoa e família, obriga a pensar o cuidado de enfermagem e impõe a um exercício sistemático de tomada de decisão (Pereira-Mendes, 2016).

A prática reflexiva realizada pela mestranda foi uma constante ao longo do Estágio, quer durante o exercício da aprendizagem nos diversos campos clínicos, como também fora do contexto de aprendizagem clínica. Com vista a formalizar alguns destes exercícios reflexivos, foram elaborados jornais de aprendizagem sobre as temáticas mais abordadas durante o Estágio e realizadas reflexões recorrendo ao ciclo reflexivo de aprendizagem de Gibbs. Este defende o exercício através de seis etapas: descrição, sentimentos, avaliação, análise, conclusão e planeamento da ação, sendo esta estruturação facilitadora da articulação entre a teoria e a prática, promovendo a integração do saber, contribuindo para a aquisição de competências (Afonso & Loureiro, 2018). As reflexões produzidas encontram-se nos Apêndices B e I, e os jornais de aprendizagem encontram-se documentados no Apêndice J.

1.2.2.3. Estratégias de pesquisa bibliográfica para a revisão da literatura

De modo a aprofundar conhecimentos acerca da temática eleita, a mestranda realizou várias pesquisas bibliográficas em diferentes bases de dados científicas, tais como: CINAHL Complete, MEDLINE Complete, MedicLatina e Cochrane Clinical Answers.

As pesquisas realizadas permitiram, ainda à mestranda, realizar um treino relativo à língua inglesa, acrescentando à sua formação conhecimentos de outra natureza.

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

Qualquer formação de 2.º ciclo da área científica da enfermagem pressupõe um elevado nível de conhecimentos teórico-práticos e a capacidade de identificar temas de relevância a serem alvo de investigação, de forma a acrescentar evidência e qualidade aos cuidados prestados.

2.1. CONCEPTUALIZAÇÃO (REVISÃO DA LITERATURA)

2.1.1. Introdução

Os planos de parto surgem como uma ferramenta que deve ser valorizada e onde estão refletidas as principais vontades e desejos da grávida e do casal para o decurso do trabalho de parto e para o parto (Lopes, 2016). O EEESMO encontra-se dotado de competências para aplicar o plano de parto, para promover o seu aconselhamento e para apoiar a mulher nas suas decisões, devendo a discussão deste documento estar integrada nas consultas de vigilância da gravidez e nas aulas de preparação para o parto e para a parentalidade (Kaufman, 2007). O plano de parto, quando elaborado em parceria com o profissional de saúde durante a vigilância pré-natal, tende a estar mais ajustado à realidade, contribuindo para precaver possíveis desentendimentos e evitando a frustração da grávida face às suas expectativas no momento do parto (Trigueiro et al., 2021).

Na perspetiva da mestranda, o parto é, incontestavelmente, um dos momentos mais importantes na vida da mulher/casal. A assistência ideal pelo EEESMO só pode ser oferecida quando este conhece os principais desejos, preferências e interesses – expectativas – que a díade tem para o nascimento, dirigindo e personalizando a sua intervenção no sentido dessas expectativas. Esta assistência poderá ser sustentada pela teoria humanística de Paterson e Zderad, ao considerar que a enfermagem consiste numa disciplina humana em que um ser humano, o enfermeiro, ajuda outro ser humano numa transação inter-humana e intersubjetiva. A enfermagem incorpora todas as respostas humanas de uma pessoa que necessita da assistência de outra, sendo que apesar da enfermagem humanística ser um objetivo propriamente dito, o seu propósito inclui também ajudar a pessoa e o próprio enfermeiro a desenvolver todo o potencial humano e a alcançar através da escolha e da intersubjetividade o bem-estar, contribuindo para que, quer a pessoa, quer o enfermeiro, aumentem a possibilidade de fazer escolhas responsáveis (Meleis, 2012).

2.1.2. Metodologia

Revisão integrativa da literatura que tem como objetivo identificar as principais expectativas de parto da grávida do 3.º Trimestre. Seguidamente, descrevem-se os passos realizados na concretização desta revisão.

1.ª Etapa: Formulação da questão de partida:

A questão de partida foi formulada recorrendo à metodologia PI[C]O: P-*Population*; I-*Intervention*; [C-*Comparison*]; O-*Outcome*, consistindo em:

Que expectativas de parto foram identificadas (Outcome) em relatos de grávidas (Population) obtidos através de recolhas de dados realizadas por profissionais de saúde (Intervention)?

2.ª Etapa: Definição dos critérios de seleção:

Estudos que relatem as expectativas de parto referidas por grávidas, no âmbito de recolhas de dados realizadas por profissionais de saúde; estudos em língua inglesa, portuguesa ou espanhola; estudos disponíveis de forma integral; estudos publicados nos últimos 10 anos (de janeiro de 2013 a março de 2023). Foram excluídos: protocolos de estudos; estudos sem referências; estudos sem revisões por pares.

3.ª Etapa: Definição dos descritores:

Após pesquisa cuidada sobre os possíveis descritores DeCS, foram selecionados: “motivation”; “volition”; “pregnant women”; “parturition” e “birth setting”.

4.ª Etapa: Definição da Equação Booleana:

Os descritores foram conectados através de operadores booleanos na seguinte disposição:

“motivation” OR “volition” AND “pregnant women” AND “parturition” OR “birth setting”.

5.ª Etapa: Pesquisa nas bases de dados científicas:

1) CINAHL Complete; 2) MEDLINE Complete; 3) MedicLatina; 4) Cochrane Clinical Answers.

6.ª Etapa: Identificação dos estudos potencialmente relevantes para a revisão:

A pesquisa inicial possibilitou o reconhecimento de 161 resultados, dos quais, após remoção dos duplicados (n=35), se identificaram 126 estudos. A seleção dos estudos para inclusão na revisão da literatura processou-se em duas fases. A primeira fase, que compreendeu a leitura do título e do resumo, permitiu a identificação de 28 estudos com potencial relevância para a revisão. A segunda, que consistiu na leitura integral destes 28 estudos, viabilizou a identificação de 7 estudos para incluir na presente revisão. Para assistir na interpretação deste processo de identificação, triagem e seleção de estudos, foi elaborado um fluxograma Prisma que se encontra no Apêndice E.

2.1.3. Apresentação dos Resultados

Cada um dos estudos incluídos nesta revisão foi sujeito a uma análise pormenorizada, estando esta análise sintetizada em formato tabela para cada estudo, no Apêndice F.

Esta análise permitiu identificar nos estudos incluídos, um conjunto de fatores que englobam não só expectativas, mas também preferências, desejos e elementos associados à satisfação materna. Não obstante, todos estes fatores referidos constituem emoções que podem ser traduzidas em expectativas que a grávida tem para o seu parto, na medida em que são ações ou atitudes que ela espera no momento do parto. De forma a facilitar a leitura e a interpretação destes fatores identificados, foi elaborada a uma tabela que os sintetiza (Tabela 3).

De salientar que o estudo 6, apresenta como amostra um grupo de mulheres no pós-parto que relataram de forma retrospectiva expectativas para o seu TP e parto, tendo sido considerada a sua inclusão na presente revisão pela riqueza de conteúdo face aos fatores identificados.

Tabela 3.

Síntese dos fatores identificados nos estudos incluídos na revisão

ESTUDO	Tipo de Parto	Parto induzido vs. Parto espontâneo	Contato pele-a-pele e amamentação 1. ^a hora de vida	Continuidade dos cuidados pós-parto Visita domiciliar no pós-parto	Período de internamento curto	Amamentar	Posição no parto	Outros*
1	Expetativa Vaginal							
2		Satisfação materna Parto espontâneo						
3								X*
4	Preferência Vaginal							
5			São desejos					
6	Expetativa Vaginal			São expetativas	É preferência	É desejo		
7							É desejo	

***Outros:** “O desejo de ser bem tratada e acolhida pela equipa”, “O anseio por um parto rápido, sem dor e sem intercorrências”, “A expectativa pelo filho saudável” e “A necessidade de ter um acompanhante”.

2.1.4. Discussão dos Resultados

Em alguns estudos foram relatados mais do que um fator como é o caso do estudo 6, e em alguns casos foi identificado o mesmo fator em mais do que um estudo, como por exemplo o fator quanto ao tipo de parto identificado no estudo 1, 4 e 6. No estudo 3 foram identificados quatro fatores diferentes, pelo que foram expostos como “Outros*”, sendo eles: “O desejo de ser bem tratada e acolhida pela equipa”, “O anseio por um parto rápido, sem dor e sem intercorrências”, “A expectativa pelo filho saudável” e “A necessidade de ter um acompanhante”. Seguidamente, será apresentada a descrição de cada fator identificado nos diferentes estudos.

Fator Tipo de Parto

Encontra-se presente em três estudos, sendo o parto por via vaginal a preferência das participantes.

No estudo de Arik et al. (2018), a preferência pelo parto vaginal foi justificada pelas mulheres por ser a forma de parir mais natural, acarretando por isso menos riscos por proporcionar uma recuperação mais célere e que permite uma maior autonomia nos cuidados ao RN, por promover maior vínculo afetivo e por reduzir o tempo necessário de internamento. Estes autores referem que a dor durante o TP e parto foi um relato frequente e manifestado sobretudo pelas mulheres que se encontravam na dúvida quanto à sua preferência, evidenciando a importância de informar a mulher sobre o apoio físico e emocional de alívio da dor, bem como os métodos não farmacológicos e farmacológicos existentes e disponíveis. No grupo de mulheres que relataram ter como preferência o parto por cesariana, a falta de informações precisas sobre o parto vaginal, bem como o reconhecimento de técnicas que auxiliam a sua segurança e uma progressão confortável do TP, foram identificadas como fatores influenciadores. Para além disso, constatou-se que as decisões médicas foram frequentemente influenciadoras para a escolha da cesariana, aumentando a taxa deste procedimento de fácil adoção. Este estudo evidenciou a falta de centralidade e protagonismo da mulher, que geralmente não discute com o médico o que seria melhor para ela e para o seu bebé, aceitando a conduta e superestimando a escolha médica. É por isso evidente a urgência em fornecer informação fidedigna e consistente à mulher durante a vigilância pré-natal, habilitando a mulher para a tomada de decisão livre e consciente e com capacidade de argumentação perante algumas opiniões médicas (Arik et al., 2018).

A par do estudo anterior, o estudo de Silva et al. (2019) evidenciou a preferência das participantes pelo parto vaginal, apontando a rápida recuperação pós-parto e o facto de ser a forma mais natural para parir como as principais razões da escolha. Quanto às mulheres que tinham como preferência o parto por cesariana, estas justificam a sua escolha por ser uma

indicação médica e pelo medo da dor do parto vaginal. Do grupo de mulheres que relatou que a sua escolha quanto ao tipo de parto foi influenciada, identificou-se o médico como o principal fator de influência, seguido da família e por último, o círculo de amigos. Apesar do parto vaginal ser a preferência da mulher, este estudo evidenciou que é necessário um processo de orientação e preparação da mulher para a tomada de decisão consciente quanto ao seu parto, identificando decisões que não sejam benéficas ou até mesmo desnecessárias, assumindo o protagonismo que é suposto ter neste processo (Silva et al., 2019).

O estudo de Larsson et al. (2022) evidenciou, de forma similar, que a grande maioria das mulheres preferiu um parto via vaginal e que as mulheres com uma experiência de parto anterior positiva eram mais propensas a preferirem este tipo de parto. Constatou também que as mulheres que evidenciam medo do parto, sintomas depressivos e um baixo senso de coerência eram menos propensas a preferir um parto vaginal, podendo tal acontecimento ser explicado pelas tensões emocionais a que estas mulheres estão sujeitas, que impedem o reconhecimento das suas capacidades para parir, preferindo um parto por cesariana.

Fator Parto Induzido versus Parto Espontâneo

No que respeita à forma como se inicia o TP, o estudo de Antón-Pastor et al. (2019) permite constatar que existe maior satisfação materna, embora não estatisticamente significativa, por parte das mulheres que iniciam o trabalho de parto de forma espontânea relativamente às mulheres em que o parto foi induzido. Neste estudo constatou-se que os fatores associados a uma menor satisfação no parto induzido foram a percepção da duração do TP, as complicações associadas e a dor. Neste último, no entanto, não existem diferenças significativas na sua percepção entre os dois tipos de parto, podendo tal facto ser justificado devido ao aumento da utilização da analgesia epidural nas mulheres com parto induzido. Outro provável fator que contribui para uma menor satisfação materna no parto induzido foi uma maior taxa de cesarianas associadas, levando a menos situações de contato pele-a-pele, um desejo bastante manifestado pelas mulheres, e a um tempo de internamento mais prolongado. As mulheres que entraram em TP espontâneo mostraram maior satisfação significativa com a parteira, com o obstetra e com a duração do TP, sendo este facto explicado pelo menor tempo até entrarem na fase ativa (Antón-Pastor et al., 2019).

Relativamente aos conhecimentos das mulheres sobre a ITP, a maioria apresenta um conhecimento escasso a moderado acerca dos métodos, sendo atribuída grande valorização quanto à segurança do medicamento escolhido tanto para a mãe como para o bebé, seguido pelo método que causa menos dor possível. Neste estudo, a maior satisfação materna atribuiu-se à relação com a parteira, sendo o motivo pelo qual se sentem “satisfeitas” ou “muito satisfeitas” pela “informação e explicações dadas pela parteira no parto”. Por outro lado, o motivo pelo qual se sentem mais “insatisfeitas” ou “muito insatisfeitas” deve-se “à ajuda e

apoio da parteira no uso de métodos distintos para aliviar a dor”. Em relação ao obstetra, os autores deste estudo constataram que o motivo pelo qual se sentem “satisfeitas” ou “muito satisfeitas” na maioria das ocasiões se associa ao reconhecimento dos “conhecimentos, capacidade e competência profissional no parto” e o motivo pelo qual se sentem mais “insatisfeitas” ou “muito insatisfeitas” se relaciona com as “informações e explicações dadas durante o parto”. Em relação ao RN, o motivo pelo qual se sentem “satisfeitas” ou “muito satisfeitas” é “com o estado de saúde do bebê ao nascer” e o motivo pelo qual se sentem mais “insatisfeitas” ou “muito insatisfeitas” atribui-se “ao tempo decorrido até que alimentaram o bebê pela primeira vez”. Quanto ao acompanhante e ao conforto, o motivo pelo qual se sentem “satisfeitas” ou “muito satisfeitas” deve-se “à ajuda e ao apoio do acompanhante durante a dilatação” e o motivo pelo qual se sentem mais “insatisfeitas” ou “muito insatisfeitas” é atribuído “ao grau de conforto durante a dilatação”. Em relação ao período expulsivo o motivo pelo qual se sentem “satisfeitas” ou “muito satisfeitas” deve-se “à sua experiência global com o período expulsivo” e o motivo pelo qual se sentem mais “insatisfeitas” ou “muito insatisfeitas” foi “a capacidade para lidar com as suas emoções no período expulsivo”. O período de dilatação foi o fator mais mal pontuado, sendo o motivo pelo qual se sentem “satisfeitas” ou “muito satisfeitas” atribuído “ao grau de participação na toma de decisões durante o a dilatação” e o motivo pelo qual se sentem mais “insatisfeitas” ou “muito insatisfeitas”, “a sua capacidade para lidar com as contrações durante o trabalho de parto”. Com este estudo, evidenciou-se a importância de proporcionar às mulheres mais conhecimentos acerca da ITP, dos métodos existentes e os principais efeitos adversos. Evidenciou que é necessário promover diferentes técnicas de alívio da dor durante o período de dilatação e condições de promoção do contato pele-a-pele precoce, sobretudo em partos por cesarianas (Antón-Pastor et al., 2019).

Fatores Contato pele-a-pele [CPP] e Amamentação na primeira hora de vida [APH]

O estudo de Santos et al. (2020a) evidenciou que as mulheres têm os desejos de contato imediato com o bebê e de o amamentarem logo após o nascimento. No entanto, estes desejos não foram manifestados como expectativas, podendo tal facto ser explicado pela ideia que as mulheres têm acerca da necessidade imediata dos procedimentos e cuidados de rotina quando o bebê nasce, existindo desta forma, uma aceitação imediata sem questionarem a possibilidade destas intervenções serem implementadas após o primeiro contato do bebê com a mãe. As orientações e informações dadas durante as consultas pré-natais podem também condicionar, mesmo que inconscientemente, que este desejo se torne numa expectativa efetiva e expressa. Santos et al. (2020a) identificou com este estudo as principais fontes de informação em que as mulheres se basearam e que condicionaram o seu pensamento: os media, a experiência anterior da mulher e os relatos de mulheres do seu círculo social.

Considerando as fontes de informação identificadas, parece importante reforçar a importância de uma vigilância pré-natal adequada, em que se forneça informação fidedigna quanto aos benefícios do CPP e da APH, dos procedimentos e cuidados a adotar no nascimento, explicando em que situações eles são imediatamente imprescindíveis e as situações em que podem ser protelados. Este processo, não só dota as mulheres de mais conhecimentos que lhes permitam escolher e manifestar os seus desejos e expectativas de forma consciente, como também permite que estas questionem e argumentem, reivindicando os seus direitos quanto às suas preferências. Outro aspeto constatado neste estudo, foi a ausência de um plano de parto por todas as mulheres, que os autores reiteram ser uma estratégia recomendada pela Organização Mundial da Saúde desde 1996, que incentiva a procura de informação e auxilia na construção das expectativas de parto. Constatou-se que o CPP e a APH nem sempre foram procedimentos adotados no imediato, mesmo quando o Apgar foi superior a 8, sugerindo que estas boas práticas continuam sendo negligenciadas face aos cuidados de rotina após o nascimento. A APH foi mais implementada do que o CPP, sugerindo que os procedimentos como a pesagem e a avaliação do RN estão sendo feitos antes do CPP e que depois o bebê volta para junto da mãe para a APH. Poucas mulheres vivenciaram o CPP e destas, uma fração ainda menor ficou em CPP por mais de 30 minutos ou até à primeira hora de vida. O parto vaginal promoveu significativamente o CPP, no entanto, a utilização de panos entre os dois e o tempo reduzindo condicionaram a boa prática (Santos et al., 2020a).

Os autores deste estudo concluíram que os desejos da maioria das mulheres foram diferentes das expectativas que tinham e que estes diferiram muito mais face às experiências que tiveram no parto, havendo uma importante necessidade de investimento a nível da vigilância pré-natal, que se mostrou incapaz na transmissão da informação e na construção das expectativas da mulher para o seu parto.

Fator Continuidade dos Cuidados Pós-Parto e Visita Domiciliária no Pós-Parto

O estudo de Larsson et al. (2022) permitiu constatar que a maioria das participantes prefere ir para casa dentro de 24 horas após o parto e que eram as múltiparas as mais propensas a desejarem um internamento curto, justificado por estas se sentirem mais seguras e com menos dúvidas em relação aos cuidados com o bebê. Por outro lado, as mulheres que referiam sentir mais medo do parto ou que apresentavam sintomas depressivos no momento eram menos propensas a preferir uma estadia curta. Das participantes, 36% referiram que gostariam de ter uma visita domiciliária pela parteira após o parto, tendo apenas oito mulheres visto esse desejo atendido. Estas visitas mostraram-se menos desejadas pelas mulheres que eram solteiras. Com este estudo constatou-se que as expectativas impulsionadas pelas próprias mulheres, tais como a preferência pelo parto vaginal, o desejo por um curto período de internamento e o desejo de amamentar eram mais propensas a serem cumpridas, do que

as expectativas impulsionadas pelo sistema de saúde como a continuidade dos cuidados no pós-parto e as visitas domiciliares. O presente estudo evidenciou a necessidade de desenvolver modelos de continuidade e visitas domiciliares no pós-parto, de forma a atender as expectativas das mulheres, que consequentemente podem trazer benefícios na amamentação (Larsson et al., 2022).

Fator Amamentar

No estudo de Larsson et al. (2022), 86% das mulheres participantes revelaram o desejo de amamentar, no entanto, constatou-se que apenas 63% das mulheres estavam a amamentar durante os dois primeiros meses. Especificamente a este estudo, os fatores associados a este declínio da taxa de amamentação devem-se à pressão exercida pela sociedade no descontinuar da prática, e ao incentivo que é dado aos pais para partilharem de forma igual a licença parental com a mãe. Larsson et al. (2022) constataram ainda que as mulheres mais jovens, primíparas e com medo do parto eram menos propensas a amamentar.

Fator Posição no Parto

Kjeldsen et al. (2022) referiram no seu estudo que mais do que 56% das mulheres tinham considerado a posição a adotar no parto, sendo que a maioria desejava uma posição que desse flexibilidade à sacro e mais de 30% desejavam ter um parto na água. Foi constatado neste estudo que 41% das mulheres obtiveram as informações e conhecimentos acerca das posições de parto através da internet e das redes sociais, 27% através da parteira e 26% através de família e amigos. Antes do parto, a maioria das mulheres referiu sentir ter conhecimento suficiente sobre quais as posições a adotar durante o segundo estadio do TP, mas após o parto apenas 30% referiram que tinham efetivamente conhecimento acerca das posições ideais a adotar e que podia ter adotado nas diferentes fases do TP e parto. Mais de 80% das mulheres pariu numa posição sem flexibilidade da sacrococcígea, sendo que menos de 50% das mulheres pariu na posição que desejava. Não ter conhecimentos suficientes sobre estas posições pode contribuir para que a mulher não tenha o seu parto na posição inicialmente desejada e influenciar negativamente o sentido de autoeficácia no próximo parto.

Kjeldsen et al. (2022) referem que a preferência de parir numa posição que confira flexibilidade à sacro, bem como parir na água, pode ter a sua origem no desejo de autonomia por parte da mulher e ter um maior envolvimento no seu parto. O parto na água, inclusive, aumenta o sentido de controlo da mulher, facilita as mudanças de posição durante o TP e diminui a dor. A transmissão de informação e conhecimentos de como a mobilidade e a mudança de posições durante o parto pode apoiar e facilitar o parto fisiológico podem ser ferramentas específicas para ajudar as mulheres a lidar com a dor, proporcionar uma sensação de maior controlo durante o parto e por sua vez atender a expectativa de parir na

posição desejada. Perante tais resultados, é importante promover a inclusão das mulheres na tomada de decisões sobre a posição no parto, visando o cuidado centrado na mulher (Kjeldsen et al., 2022).

2.1.5. Conclusão

Com a realização desta revisão da literatura demonstrou-se a existência de uma relevante escassez de estudos direcionados especificamente para as expectativas de parto propriamente ditas. Apenas dois dos estudos incluídos nesta revisão relatam concretamente expectativas, sendo estas relativas ao tipo de parto, à amamentação, à continuidade dos cuidados no pós-parto e à visita domiciliária e ao tempo de internamento. A maioria dos estudos relatam fatores como a satisfação materna, desejos e preferências de parto da grávida. Através da análise aos estudos incluídos foi possível identificar as expectativas de parto da grávida em ter um parto vaginal, em iniciar o parto de forma espontânea em detrimento da ITP, a expectativa de realizar o CPP e APH imediatos, a expectativa da continuidade dos cuidados no pós-parto e a existência da visita domiciliária no pós-parto, a expectativa de amamentar e a expectativa de poder adotar uma posição de parto que promova a flexibilidade à região sacrococcígea.

Esta revisão evidenciou também a necessidade de direcionar determinados aspetos da prática clínica pelos profissionais de saúde que conferem assistência à grávida no período pré-natal e da conduta profissional pelos profissionais de saúde que acompanham o TP e parto, indo ao encontro do que é esperado pela grávida, respeitando as suas escolhas e decisões. A capacitação da grávida com informação fidedigna e fundamentada com base na ciência parece ser uma intervenção prioritária nos cuidados prestados na vigilância da gravidez, tendo o EEESMO um papel preponderante nas situações consideradas de baixo risco, promovendo a capacidade de argumentação, de tomada de decisões conscientes e o protagonismo que lhe é devido. Esta intervenção visa o empoderamento da mulher e parece mostrar-se fundamental nos fatores identificados, que ao ampliar os conhecimentos face ao tipo de parto, à ITP e ao CPP e APH lhe possibilita questionar determinadas situações e reivindicar os seus direitos. Quanto ao fator posição no parto, o EEESMO detém de um vasto conhecimento sobre a gravidez, o trabalho de parto, parto e anatomofisiologia gravídica, parecendo a sua intervenção essencial no atendimento desta expectativa, procurando alternativas de posição ao longo desta fase e visando o cuidado centrado na grávida.

Para além destas evidências, a presente revisão destacou a importância que a assistência de cuidados no pós-parto tem para a mulher, nomeadamente as visitas domiciliárias, sendo crucial repensar e desenvolver estes modelos de continuidade de cuidados de uma forma mais consistente.

De realçar, também, que não em nenhum dos estudos se constatou a existência do plano de parto nos diversos relatos, comprovando a importante necessidade da implementação de estratégias que visem a inclusão deste instrumento na assistência pré-natal.

Perante estes resultados comprova-se ainda, a necessidade de se realizarem mais estudos primários sobre a temática em análise com amostras mais representativas, de forma a obter resultados mais consistentes no âmbito das expectativas de parto da grávida do 3.º Trimestre.

2.2. RESULTADOS EMPÍRICOS DO EXERCÍCIO DA APLICAÇÃO DO PLANO DE PARTO

A par da elaboração da revisão da literatura e existindo um contexto oportuno em Estágio no âmbito dos CSP, especificamente na consulta de vigilância da gravidez, considerou-se pertinente a aplicação clínica do plano de parto às grávidas que a frequentaram, possibilitando a recolha empírica das suas expectativas para o parto.

Apesar da utilização do plano de parto ser generalizada em alguns países europeus desde a década de 1990, em Portugal, só após a publicação desenvolvida pela OE em conjunto com a Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras em 2010, e subscrita pela DGS em maio de 2012, o plano de parto começou a ser divulgado nos diversos serviços da especialidade a nível nacional, mas não de forma generalizada (Lopes, 2016), sendo esta última a realidade constatada nos campos clínicos que complementaram o Estágio da mestranda. Categoricamente, como já havia sido referido na contextualização da temática, este documento deverá ser elaborado e discutido com a mulher/casal ainda durante o período pré-natal, estando mesmo contemplada no Regulamento de Competências Específicas do EEESMO (Regulamento. n.º 391/2019 da OE, 2019), a sua promoção, o seu aconselhamento e o apoio nas decisões da mulher.

O plano de parto aplicado correspondeu ao Plano de Nascimento elaborado pela DGS em 2020, que se apresenta como um guião orientador para profissionais de saúde e que viabiliza a documentação das principais expectativas da grávida para o parto (DGS, 2020). Este documento encontra-se em Anexo A.

2.2.1. Abordagem Metodológica

Instrumentos de recolha de dados

Pressupõem a avaliação inicial de enfermagem e o Plano de Nascimento da DGS de 2020. A avaliação inicial contempla cinco questões: a idade, a caracterização obstétrica quanto à paridade, as habilitações literárias, o conhecimento sobre o que é o plano de parto

e o conhecimento quanto à sua elaboração e aplicação consistir num direito previsto para a grávida de acordo com a Lei n.º 110/2019 da Assembleia da República de 2019.

População-Alvo

Corresponde a todas as mulheres grávidas do 3.º Trimestre inscritas na consulta de vigilância da gravidez na UCSP onde decorreu o Estágio, no período compreendido de 27 de outubro a 2 de dezembro de 2022, correspondendo à duração deste campo clínico, alvo da prestação de cuidados no exercício de aprendizagem.

Todas as grávidas participantes foram previamente informadas sobre o contexto da aplicabilidade do plano de parto, reconhecendo-se em todas elas um consentimento expresso.

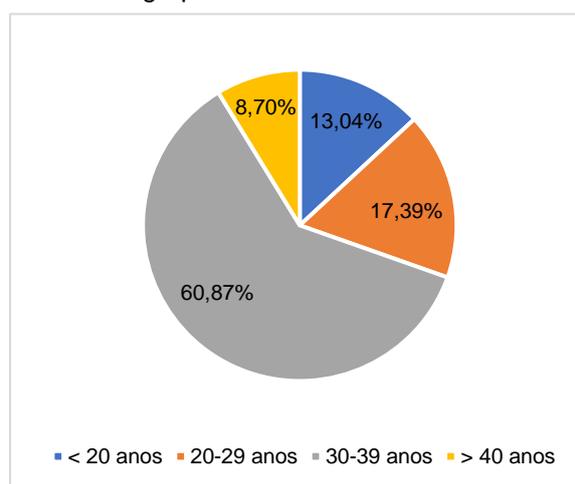
2.2.2. Análise dos Resultados

Os dados foram analisados recorrendo à técnica de análise estatística descritiva, utilizando o IBM® SPSS® (Statistical Package for the Social Sciences) Versão 24, como apresentando no Apêndice G.

2.2.2.1. Caracterização da Amostra

Participaram 23 mulheres grávidas, com idade compreendida entre os 16 e os 47 anos, apresentando uma média de idade de 32.0 anos (DP=8.223). Reunindo as idades por grupos, constata-se que os grupos mais representados são, por ordem decrescente: 30-40 anos (n=60,87%), 20-30 anos (n=17,39%), menos que 20 anos (n=13,04%) e mais do que 40 anos (n=8,70%), como evidencia a Figura 4. Os dados comprovam a tendência crescente quanto à idade materna nos países mais desenvolvidos, sendo definida como a gravidez que ocorre na mulher com mais de 35 anos. Esta tendência é não só

Figura 4.
Percentagens das participantes de acordo com os grupos etários



atribuída a primigestas que atrasam o desejo de ter filhos por questões de várias ordens, como também as múltiparas que desejam ter mais filhos. Não obstante de ser uma realidade atual, esta tendência acarreta riscos clínicos, estando associada a várias complicações da gravidez, como a hipertensão arterial gravídica [HTAG], a diabetes gestacional [DG], a

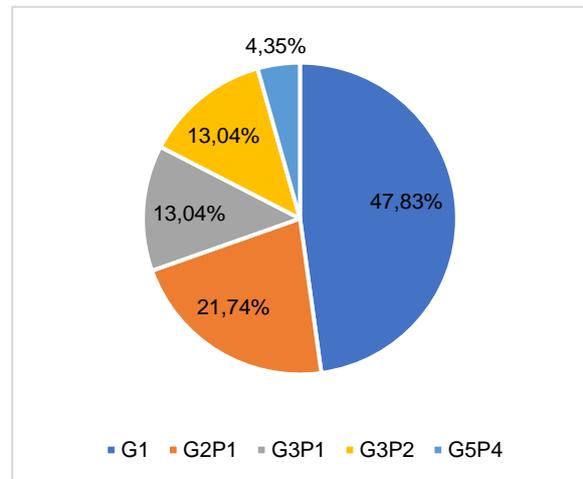
restrição de crescimento intrauterino [RCIU], a pré-eclâmpsia, o descolamento da placenta, o parto prematuro e a morte fetal, entre outros (Lean et al., 2017).

Atualmente, a HTAG é a maior causa de morbidade e mortalidade materna e perinatal, sendo o término da gravidez com o parto a única forma de tratamento definitivo, conduzindo em IG precoce à prematuridade iatrogénica, estando muitas vezes ainda associada a RCIU (Monteiro & Leite, 2016).

Características obstétricas quanto à paridade

Da amostra de 23 mulheres, 47,83% das grávidas eram primigestas, 21,74% eram grávidas com segunda gestação e com um filho vivo, 13,04% eram grávidas com terceira gravidez, mas apenas com 1 filho vivo, 13,04% eram grávidas com terceira gestação e com 2 filhos vivos e 4,35% eram grávidas com quinta gestação e com 4 filhos vivos. Esta representatividade da amostra encontra-se evidenciada na Figura 5.

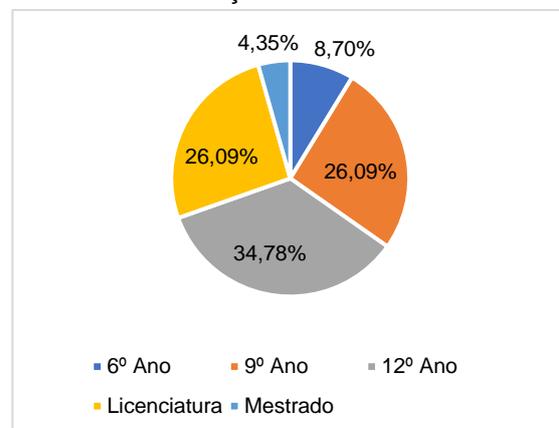
Figura 5. Percentual das participantes de acordo com a paridade



Habilitações literárias

Do grupo de participantes, 34,78% das grávidas tinham o 12.º ano de escolaridade, 26,09% tinham o 9.º ano, 26,09% tinham licenciatura, 8,70% tinham o 6.º ano de escolaridade e 4,35% tinham mestrado (Figura 6).

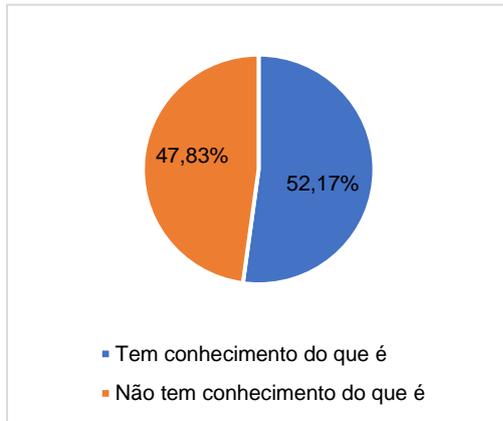
Figura 6. Percentual das participantes de acordo com as habilitações literárias



Conhecimento do que é o plano de parto

Figura 7.

Percentual das participantes quanto ao conhecimento do que é o plano de parto



Quanto ao conhecimento que as 23 participantes tinham sobre o que é o plano de parto, constata-se que 52,17% das grávidas sabiam do que se trata, contrariamente a 47,83% das grávidas que não tinham esse conhecimento, como mostra a Figura 7. Deste último grupo, foi referido por algumas participantes que apenas tinham “ouvido falar qualquer coisa” sobre o plano de parto.

Conhecimento quanto à elaboração e aplicabilidade do plano de parto ser um direito

Figura 8.

Percentual das participantes quanto ao conhecimento do plano de parto constituir um direito



Das grávidas participantes 86,96% indicaram que não tinham conhecimento de que se trata de um direito, sendo que apenas 13,04% das grávidas revelaram ter esse conhecimento, como retrata a Figura 8.

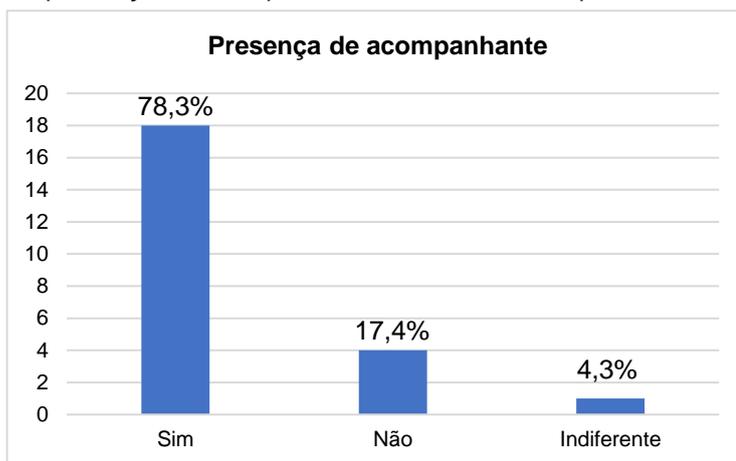
2.2.2.2. Resultados da aplicabilidade do Plano de Nascimento da Direção-Geral da Saúde de 2020

Presença de acompanhante

Das grávidas que participaram neste estudo, 78,3% relataram que é um desejo ter a presença de um acompanhante durante o TP, sendo o pai do bebé a pessoa mais referida para a acompanhar e 17,4% referiram não desejar ter acompanhante, sendo que muitas delas referiram que “iria atrapalhar” ou que “prefiro ficar sozinha”. De todas as grávidas participantes, 4,3% referiram ser indiferente a presença do acompanhante, referindo “não saber ao certo” o que deseja. Esta percentagem corresponde a uma participante que por uma experiência anterior menos positiva revelou não saber se queria ter novamente o acompanhante (Figura 9).

Figura 9.

Percentual das participantes que pretendem ter a presença do acompanhante no momento do parto

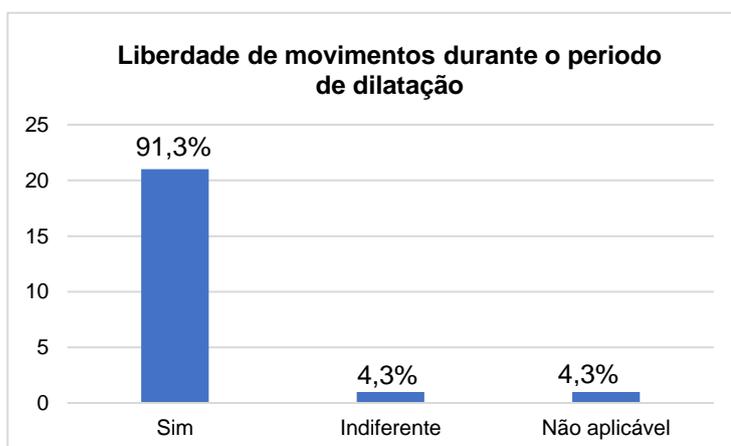


Liberdade de movimentos durante o período de dilatação

É evidente o desejo pela liberdade de movimentos durante o trabalho de parto sendo que, 91,3% revelaram que gostariam de ter liberdade de movimentos durante o TP e 4,3% revelou ser indiferente a liberdade de movimentos. Para 4,3% das grávidas esta questão não é aplicável por realização de cesariana eletiva programada (Figura 10).

Figura 10.

Percentual de participantes que pretendem ter liberdade de movimentos durante o período de dilatação



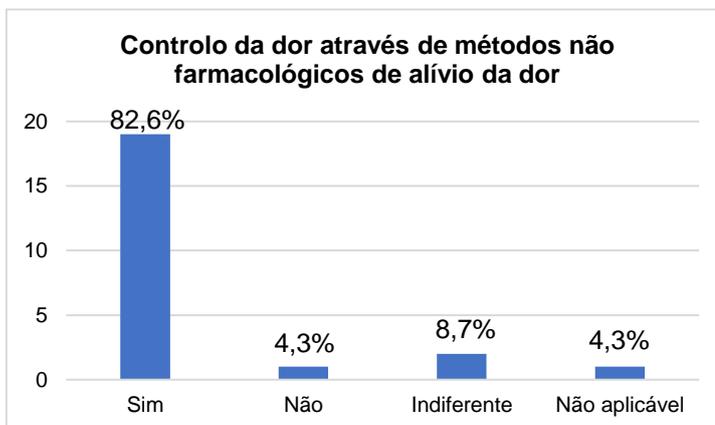
Controlo da dor através de métodos não farmacológicos de alívio da dor

Estes dados são bastante reveladores de que há uma preferência pelos métodos não farmacológicos de alívio da dor, dado que 82,6% das participantes referiram que gostariam de utilizar métodos como por exemplo, a utilização da bola de pilates, a deambulação e/ou duche de água morna, 8,7% das grávidas referiram ser indiferente utilizar métodos não farmacológicos de alívio da dor e 4,3% das grávidas referiram ser indiferente recorrer a estes métodos.

Para 4,3% esta questão não é aplicável por realização de cesariana eletiva programada (Figura 11).

Figura 11.

Percentual de participantes que pretendem utilizar métodos não farmacológicos de alívio da dor

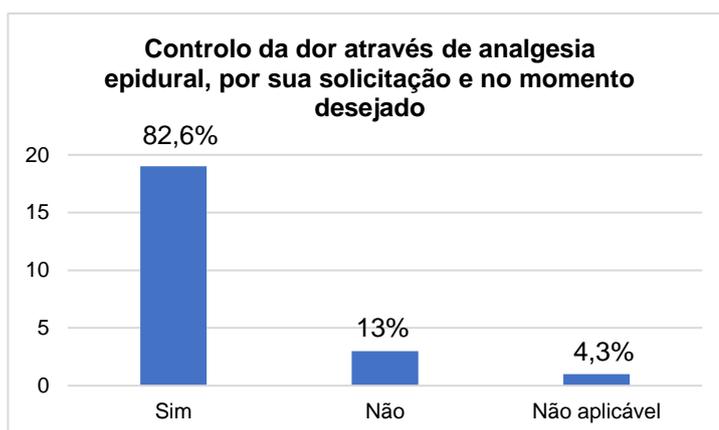


Controlo da dor através de analgesia epidural, por sua solicitação e no momento desejado

Das grávidas que participaram neste estudo, 82,6% referiram querer ter disponível a possibilidade de realizar analgesia epidural quando solicitado, 13% das grávidas referiram não querer realizar analgesia epidural. Esta percentagem representava um grupo de multíparas com experiência anterior de parto sem realização de analgesia epidural e referiram que, apesar de terem sentido muita dor, o facto de sentirem as contrações tornou-as mais colaborantes no período expulsivo, reduzindo o tempo até ao nascimento do bebé. Para 4,3% esta questão não é aplicável por realização de cesariana eletiva programada (Figura 12).

Figura 12.

Percentual de participantes que pretendem ter disponível a realização de analgesia epidural, no momento solicitado

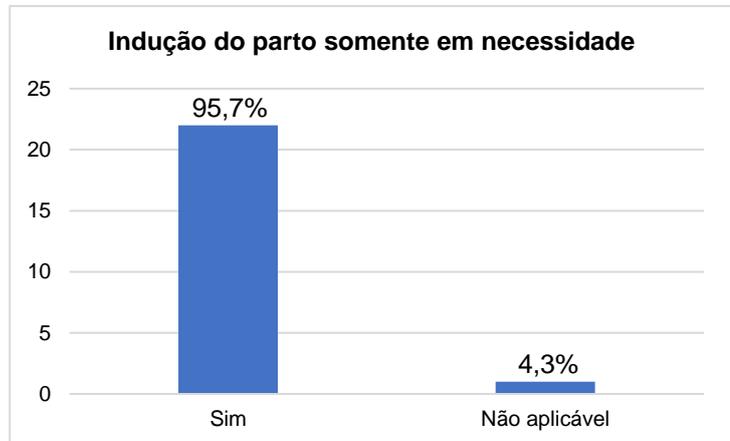


Indução do parto

Das grávidas participantes, 95,7% referiram pretender a ITP apenas em caso de necessidade, sendo a totalidade da amostra. Para 4,3% das grávidas, esta questão não é aplicável por realização de cesariana eletiva programada (Figura 13).

Figura 13.

Percentual das participantes que pretendem a indução do parto somente em caso de necessidade por indicação médica

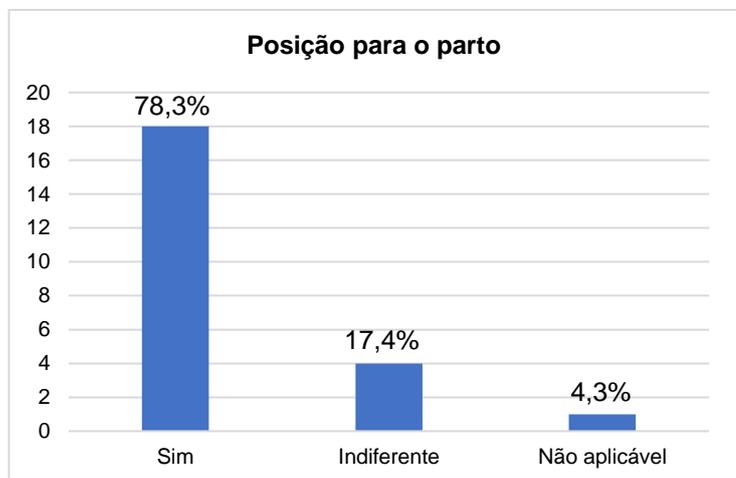


Escolher a posição para o parto

Foi interessante perceber que a aplicabilidade do plano de parto da DGS permitiu constatar que 78,3% das grávidas referiram querer ter a possibilidade de escolher a posição a adotar durante o período expulsivo e 17,4% referiram ser indiferente poder escolher a posição, remetendo-se a mulheres que já tinham parido na posição de deitada, desconhecendo a possibilidade de adotar outras posições. (Figura 14).

Figura 14.

Percentual das participantes que pretendem poder escolher a posição no momento do parto



Contacto pele-a-pele

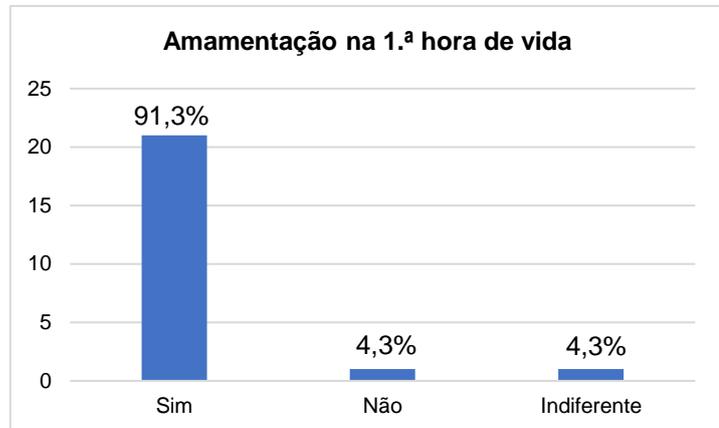
Todas as grávidas que participaram neste exercício de aplicação do plano de parto referiram querer ter CPP imediatamente ao nascimento do RN e durante o máximo tempo possível.

Desejo de amamentar na 1.ª hora de vida

É bastante revelador o desejo de amamentar na 1.ª hora de vida, constatando-se que estava presente em 91,3% das grávidas participantes, 4,3% das grávidas referiu não pretender amamentar por ter uma má experiência anterior e 4,3% referiu ser indiferente iniciar o processo na 1.ª hora de vida, desconhecendo a importância desta prática (Figura 15).

Figura 15.

Percentual das participantes que pretendem amamentar na 1ª hora de vida

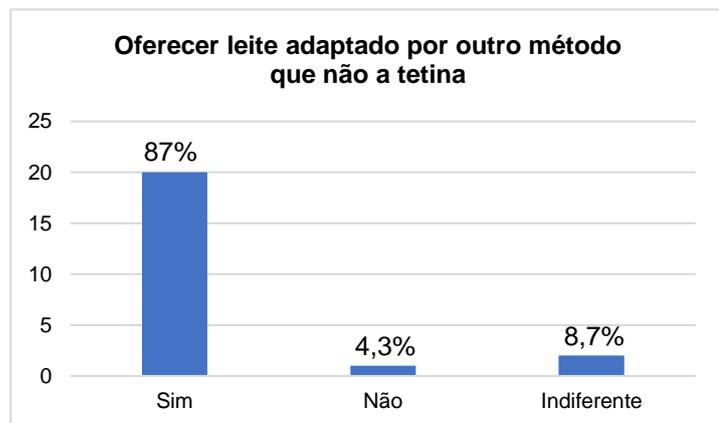


Oferta de leite adaptado em caso de necessidade

Das grávidas que participaram no exercício da aplicabilidade do plano de parto da DGS, é interessante verificar que 87% referiram que gostariam que esta oferta fosse realizada através de outros métodos que não a tetina, 8,7% referiu ser indiferente o modo de oferta do leite adaptado, desconhecendo outros métodos que não a tetina (Figura 16).

Figura 16.

Percentual das participantes que pretendem a oferta de leite adaptado por outro método que não a tetina



Correspondência entre vários elementos-chave

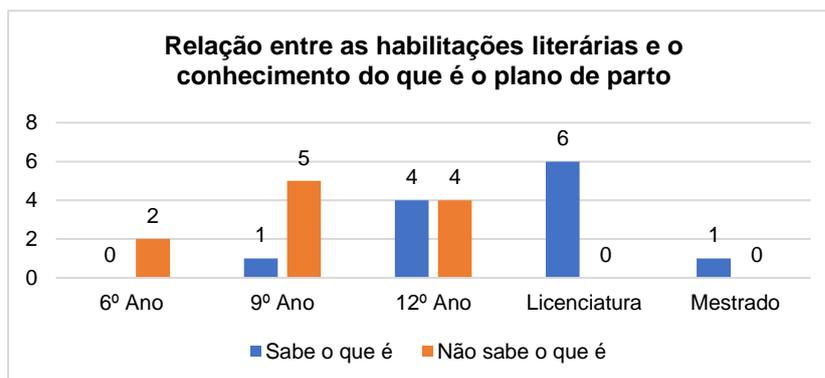
Considerando alguns aspetos vivenciados durante o exercício de aprendizagem da mestranda e para além da análise individual de cada resultado, considerou-se pertinente a apreciação mais aprofundada de alguns elementos-chave, que devido à sua importância permitem explorar e compreender um pouco melhor as expectativas das grávidas participantes.

Relativamente às habilitações literárias e ao conhecimento do que é o tipo de parto (Figura 17), podemos aferir que das participantes com o 6.º ano de escolaridade confirmou-se que nenhuma tinha conhecimento sobre o plano de parto, das seis participantes com o 9.º ano de escolaridade, apenas uma tinha esse conhecimento, das oito participantes com o 12.º

ano de escolaridade, 50% tinham conhecimento face aos outros 50% que não tinham. Todas as seis participantes com o grau de licenciatura e a participante com o grau de mestre sabiam o que era o plano de parto quando questionadas. No geral, estes resultados parecem indicar que o conhecimento em relação ao que é o plano de parto parece aumentar de acordo com as habilitações literárias.

Figura 17.

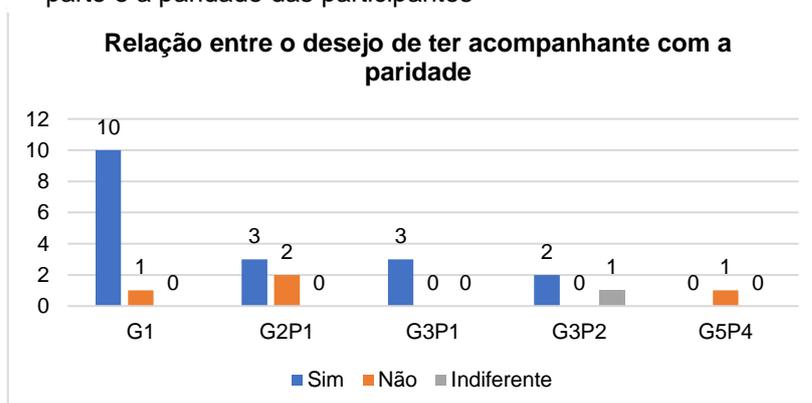
Relação entre as habilitações literárias das participantes e o conhecimento do que é o plano de parto



Suscitou-se, também, a curiosidade em relacionar o desejo de ter acompanhante no momento do parto (Figura 18) e o desejo de realizar analgesia epidural com a paridade (Figura 19). O que emerge dos resultados obtidos é que em relação ao desejo de ter acompanhante, este constata-se ser maior nas primíparas, reduzindo à medida que aumenta a paridade. Tal facto poderá ser justificado com a maior insegurança sentida pelas primíparas num momento que é completamente novo, podendo este sentimento ser colmatado com a figura do acompanhante. O desejo da grávida em vivenciar o parto com um acompanhante pode estar relacionado com a vivência de uma primeira gravidez. Sendo a gravidez um momento único e especial para a mulher, sentimentos como o medo, insegurança e dúvidas emergem com mais intensidade nas primigestas (Santana et. al., 2012).

Figura 18.

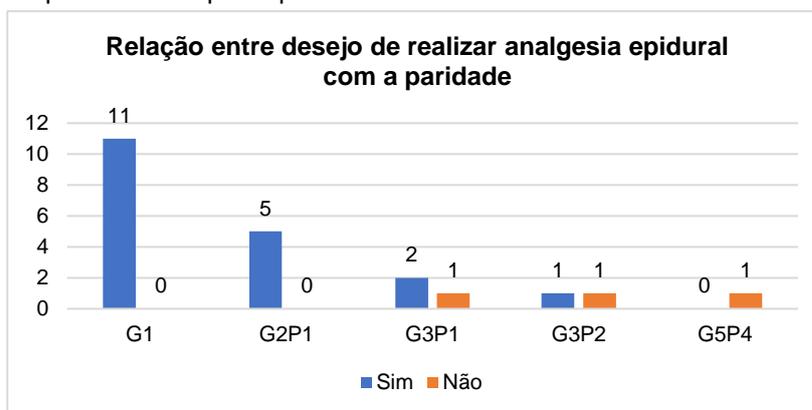
Relação entre o desejo de ter acompanhante no momento do parto e a paridade das participantes



Relativamente ao desejo de ter disponível a realização de analgesia epidural com a paridade, constatou-se que este desejo é maior nas primíparas quando comparado com as múltiparas. Nas grávidas múltiparas participantes que revelaram não desejar realizar analgesia epidural, verificou-se que eram mulheres com experiência de partos anteriores sem recurso a este tipo de analgesia e que, embora considerassem a dor do parto muito forte, reconheciam que na ausência de analgesia epidural tinham maior controlo do seu corpo e consequentemente estavam mais colaborantes no período expulsivo acelerando o nascimento do bebé.

Figura 19.

Relação entre o desejo de realizar analgesia epidural e a paridade das participantes



2.2.3. Discussão

Verificou-se uma excelente prontidão das grávidas em participar na aplicação do plano de parto e uma crescente curiosidade no decorrer da sua abordagem. Os resultados evidenciaram que 52,2% das mulheres tinham conhecimento do que é o plano de parto e apenas 13% das mulheres tinham conhecimento de que a sua elaboração e aplicação constitui um direito.

A aplicação do Plano de Nascimento da DGS de 2020 às grávidas participantes permitiu identificar várias expectativas de parto, como exposto na Tabela 4.

Tabela 4.

Expectativas identificadas resultantes da aplicabilidade do Plano de Nascimento da DGS de 2020 e respetivo percentual das participantes

PRINCIPAIS EXPECTATIVAS IDENTIFICADAS	Percentual das participantes
Presença de acompanhante	78,3%
Liberdade de movimentos no período de dilatação	91,3%

Controlo da dor: Métodos não farmacológicos Analgesia epidural	82,6% 82,6%
Indução do trabalho de parto (somente com indicação médica justificável)	95,7% (totalidade)
Escolher posição para o período expulsivo	78,3%
Contato pele-a-pele	100%
Amamentação	91,3%
Oferta de leite adaptado por outro método que não a tetina	87%

Constatou-se que a pretensão da ITP somente em caso de necessidade e o CPP foram as expectativas com maior expressão nas participantes, sendo um desejo para a totalidade da amostra. A liberdade de movimentos no período de dilatação e a expectativa de amamentar foram pretensão para 91,3% das participantes. Em caso de necessidade de oferta de leite adaptado ao RN, 87% das participantes manifestaram a expectativa de este ser oferecido por outro método que não a tetina. Em relação ao controlo da dor, 82,6% das participantes referiu pretender a utilização de métodos não farmacológicos de alívio da dor, sendo a mesma percentagem de mulheres que pretendeu realizar analgesia epidural quando solicitado e no momento desejado. A presença de acompanhante constituiu uma pretensão para 78,3% das participantes, sendo a mesma percentagem de mulheres que pretendeu escolher a posição para o período expulsivo.

2.2.4. Conclusão

Tomados em conjunto, os resultados das questões realizadas na avaliação inicial evidenciaram importantes lacunas face ao conhecimento das grávidas sobre o plano de parto, constatando a necessidade de apostar na sua promoção, divulgação e elaboração em contexto de CSP, atribuindo desta forma o devido valor a este instrumento que permite melhorar a assistência em enfermagem em saúde materna e obstétrica, similarmente aos resultados evidenciados na revisão da literatura.

Quanto aos resultados da aplicabilidade do Plano de Nascimento da DGS de 2020, o que salienta é a possibilidade de obter uma visão geral sobre as expectativas de parto mais desejadas, muitas delas idênticas às identificadas na revisão da literatura, reforçando a importância que a intervenção do EEESMO tem no seu atendimento,

A ITP somente em caso de necessidade e o CPP revelaram-se expectativas de parto pretendidas por todas as grávidas, devendo ser estes aspetos alvo de especial atenção. A

promoção do CPP, salvo em situações de desvio da normalidade, depende exclusivamente da intervenção do EEESMO, devendo este ter consciência da sua importância no momento do parto e direcionar a sua intervenção para que possa ser respeitado. No que diz respeito à ITP, não obstante de ser uma indicação médica, importa capacitar a mulher com informação fidedigna para que esta possa escolher, à luz da mais recente evidência científica e do estado do conhecimento atual, quanto ao início do seu TP.

3. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AQUISIÇÃO E MOBILIZAÇÃO DE COMPETÊNCIAS

Benner (2001), quando alude ao modelo Dreyfus, refere que no processo de aquisição e desenvolvimento de uma competência o estudante atravessa cinco níveis consecutivos de proficiência, particularmente, de iniciado, de iniciado avançado, de competente, de proficiente e de perito. Aquando da aquisição de uma competência, estes níveis traduzem a mudança em três aspetos gerais. O primeiro aspeto consiste em transpor os princípios abstratos aprendidos para a prática; o segundo aspeto remete para a diferença de como o estudante observa uma determinada situação, sendo que inicialmente vê os diferentes elementos que a compõem de uma forma individualizada, para depois a ver como um todo, conseguindo filtrar o mais relevante do processo; no terceiro aspeto assiste-se à transformação do formando na ação, deixando este de ser apenas um observador para se tornar o executante (Benner, 2001). Por sua vez, o exercício reflexivo é, na atualidade, uma aptidão imprescindível para o estudante de enfermagem, pois é esse processo reflexivo que torna possível a autoconsciencialização sobre a sua prestação de cuidados no momento que antecede a ação, durante a ação e no momento após a ação (Peixoto & Peixoto, 2016).

É com base nestes dois pressupostos e à luz da teoria humanística de Patterson e Zderad, que a mestranda irá expor e descrever o seu processo de aquisição e mobilização de competências ao longo do ENP, fazendo recurso da capacidade reflexiva como motor de aprendizagem.

3.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

De acordo com o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, publicado em Diário da República a 6 de fevereiro de 2019, ao enfermeiro especialista deve-se reconhecer a competência científica, técnica e humana necessária para a prestação de cuidados de enfermagem especializados. A atribuição do título de enfermeiro especialista está preconizada em diversas áreas distintas, detendo cada uma delas de competências específicas, havendo, no entanto, um conjunto de aptidões transversais a todas que pressupõem que estes profissionais partilhem e apliquem estas competências comuns em todos os contextos de prestação de cuidados, independentemente da sua área de especialidade (Regulamento n.º 140/2019 da OE, 2019).

Estas competências comuns estão descritas em quatro domínios: a) Responsabilidade profissional, ética e legal; b) Melhoria contínua da qualidade; c) Gestão dos cuidados e d) Desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento n.º 140/2019 da OE, 2019).

Neste subcapítulo a mestranda pretende demonstrar de que forma estas competências foram adquiridas.

3.1.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

O exercício da profissão de enfermagem é regido pela Lei n.º 156/2015 da Assembleia da República (2015), que inclui a Deontologia Profissional dos enfermeiros onde são apresentados todos direitos e deveres que estes profissionais devem respeitar permanentemente e que se conciliam com uma prática baseada nos princípios, valores, normas deontológicas e no respeito pelos direitos humanos fundamentais. Não obstante, ao longo do Estágio foi pretensão da mestranda aprimorar estes aspetos na sua prática, alicerçando-os às competências do enfermeiro especialista.

Todas as intervenções e cuidados implementados durante o exercício da aprendizagem tiveram por base a promoção e proteção dos direitos humanos, respeitando o direito ao acesso à informação, à privacidade e à confidencialidade da informação escrita e oral, cumprindo rigorosamente o sigilo profissional. Procurou-se promover e apoiar a escolha livre, tendo em conta o respeito pelos valores, crenças, costumes e hábitos.

Houve uma procura constante em sustentar todas as tomadas de decisão com base no conhecimento científico e em experiências anteriormente adquiridas, realizando uma construção em equipa, discutindo e avaliando sempre quais as melhores práticas de acordo com a deontologia profissional. Nos processos de tomada de decisão em que se constatou uma exigência de nível de competência correspondente ao da especialidade em enfermagem, a mestranda procurou agir adotando o papel de consultor, cooperando na liderança do EEESMO supervisor no seio da equipa.

Enquanto elemento em aprendizagem, todas as ações e intervenções implementadas foram devidamente supervisionadas, garantindo um ambiente seguro e promotor do desenvolvimento das competências e, na ocorrência de incidentes, procurou-se sempre identificar e compreender a sua etiologia de modo a prevenir a sua recorrência.

Em todos os campos clínicos foi manifestado um interesse constante sobre a organização, a estrutura e dinâmica de cada serviço e equipa, para além da pesquisa e consulta frequente das normas e dos protocolos existentes que contribuíram, igualmente, para um processo de aprendizagem assertivo e seguro.

3.1.2. Domínio da melhoria contínua da qualidade

A excelência do cuidado em enfermagem obriga, impreterivelmente, à procura sistemática do conhecimento e da evidência científica mais atual, devendo tal facto fazer parte

da intervenção de qualquer enfermeiro especialista, viabilizando assim, uma melhoria contínua da qualidade.

Os Padrões de Qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde materna e obstétrica apresentam-se como um guia orientador da qualidade do exercício profissional do EEESMO, pois é um referencial que por definição “(...) visa promover a reflexão crítica sobre o exercício profissional dos enfermeiros e contribuir para a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem.” (Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, 2021, p.1). Como padrões de qualidade de enfermagem de saúde materna e obstétrica, encontram-se definidos a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o autocuidado, autocontrolo e mestria, a readaptação funcional às novas condições de saúde e a organização dos cuidados de enfermagem especializados em saúde materna e obstétrica (Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, 2021).

Com vista a desenvolver um papel promotor da melhoria contínua da qualidade, foi permanentemente adotada pela mestranda uma atitude reflexiva sobre os cuidados prestados, avaliando *à posteriori* a sua eficácia e definindo estratégias de melhoria quando detetadas quaisquer inconsistências.

O enfermeiro especialista detém de competências para identificar necessidades suscetíveis de melhoria, intervindo na criação e implementação de estratégias, disseminando o conhecimento e capacitando a restante equipa para uma prestação de cuidados de excelência. Considerando estes pressupostos, no quarto campo clínico realizado em internamento de puerpério, foi identificada uma necessidade importante ao nível dos ensinamentos realizados às puérperas com nacionalidade estrangeira, pela dificuldade inerente à comunicação. Constatou-se um acréscimo do número de internamentos de grávidas e puérperas migrantes que não falam português e que, na sua maioria, utilizam a língua inglesa, por vezes pouco fluente, como forma de comunicar. Na procura de colmatar esta lacuna foi elaborado um documento em formato de panfleto, contendo a informação mais relevante e fundamental sobre o processo de amamentação na língua inglesa. Este projeto foi divulgado junto da equipa multidisciplinar e, conjuntamente, considerou-se relevante elaborar o mesmo panfleto em língua portuguesa, com o objetivo de reforçar os ensinamentos realizados ao longo do internamento sobre este tema. Ambas as versões do panfleto, encontram-se no Apêndice H.

3.1.3. Domínio da gestão dos cuidados

A intervenção do enfermeiro encontra-se sustentada cientificamente pelo processo de enfermagem que permite de uma forma organizada e sistemática a resolução dos problemas identificados na pessoa (Aquino, 2004).

O processo de enfermagem é composto por cinco etapas interligadas, a avaliação inicial que visa identificar as necessidades, o diagnóstico de enfermagem por meio de focos de atenção, o planeamento dos cuidados, a implementação dos cuidados e a sua avaliação, sendo um método dinâmico, passível de otimizar ou alterar consoante os resultados (Potter & Perry 2006).

No decurso do Estágio houve a procura constante em aprimorar este processo, promovendo sistematicamente a interligação entre o processo de enfermagem com as competências do enfermeiro especialista. No exercício da aprendizagem foi sempre realizada uma adequada avaliação das necessidades da mulher, que permitiu identificar os diagnósticos de enfermagem corretos, elaborar e implementar cuidados de enfermagem especializados, sendo estes alvos de uma avaliação sistemática e contínua. Tal facto possibilitou, conseqüentemente, a melhoria da informação para a tomada de decisão. A adoção de uma visão holística sobre a mulher possibilita a identificação de necessidades que possam carecer da colaboração da equipa multidisciplinar, tendo o enfermeiro especialista um papel preponderante neste reconhecimento e referenciação para outros profissionais de saúde.

Em períodos de ausência da enfermeira gestora no campo clínico de sala de partos, houve a possibilidade de acompanhar a enfermeira supervisora em funções de substituição da gestão do serviço, elaborando documentos essenciais para o planeamentos dos cuidados pela equipa de enfermagem e para as funções dos assistentes operacionais, a revisão dos *stocks* de medicação com a solicitação e a sua reposição, a revisão e reposição de recursos materiais, a gestão de recursos humanos por ausência de elementos da equipa e a coordenação dos elementos da equipa no planeamento da prestação de cuidados.

Para a excelência dos cuidados de enfermagem é imprescindível a colaboração dos vários profissionais de saúde, tornando-se a delegação de tarefas uma ferramenta indispensável. No exercício da aprendizagem, por diversos momentos foi necessário delegar funções, tendo estas sido supervisionadas, garantindo a segurança dos cuidados prestados. Todas estas competências permitiram à mestrandia reconhecer a importância do enfermeiro especialista no domínio da gestão dos cuidados e na promoção da qualidade.

3.1.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Os estágios realizados nos diferentes contextos clínicos reúnem as condições ideais para a perceção e desenvolvimento do autoconhecimento. O decorrer da execução das atividades e intervenções supervisionadas ao longo do estágio permitiu à mestrandia não só tomar consciência sobre as suas características pessoais e debilidades alvo de melhoria, mas também das suas potencialidades de forma a dar-lhes continuidade.

O conhecimento teórico adquirido no ano letivo anterior e as pesquisas bibliográficas realizadas ao longo de todo o curso foram alicerçadas ao conhecimento transmitido pelos diferentes enfermeiros supervisores e pela docente orientadora, permitindo à mestranda a realização de momentos reflexivos e de discussão e que conduziram à aquisição das competências baseadas numa atitude assertiva e promotora de desenvolvimento pessoal e profissional.

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

O EEESMO é um profissional especializado em competências específicas da sua área de especialidade, juntamente com as competências comuns do enfermeiro especialista. Cada especialidade possui em concordância com o seu alvo de intervenção, uma entidade beneficiária de cuidados de enfermagem, sendo que na Especialidade de Saúde Materna e Obstétrica a figura é definida pela Mulher ao longo do seu ciclo reprodutivo. A Mulher – como é pressuposto, é um ser único, devendo ser compreendida tanto de uma perspetiva individual como de uma forma holística, integrada na sua família e no ambiente em que se insere e numa perspetiva coletiva, onde pertence a um conjunto de pessoas, mulheres em idade-fértil, que partilham as mesmas condições, interesses e fases de vida (Regulamento n.º 391/2019 da OE, 2019).

No seu exercício profissional, o EEESMO assume intervenções autónomas em todas as situações consideradas de baixo risco, ou seja, em todas aquelas em que o processo é fisiológico e normal no seu ciclo reprodutivo, e intervenções autónomas e interdependentes em todas as situações consideradas de médio a alto risco, isto é, em todas aquelas em que o processo é patológico e disfuncional perante o ciclo reprodutivo (Regulamento n.º 391/2019 da OE, 2019).

De acordo com as áreas de atividade de intervenção, foram definidas sete competências específicas do EEESMO, sendo elas: a) Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período preconcepcional; b) Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal; c) Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto; d) Cuida da mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal; e) Cuida da mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério; f) Cuida da mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica e g) Cuida o grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade (Regulamento n.º 391/2019 da OE, 2019).

Neste subcapítulo a mestranda pretende demonstrar de que modo foram adquiridas e mobilizadas todas as competências específicas do EEESMO e de que forma aquisição e

mobilização foi alicerçada na teoria humanista de enfermagem de Paterson e Zderad. Para estas autoras, na prática humanística de enfermagem o enfermeiro e a pessoa são as componentes centrais da interação enfermeiro-pessoa, que inevitavelmente abordam as situações com experiências vivenciadas que influenciam a relação entre ambos, confirmando-se que o ato de cuidar exercido no decorrer dessa relação contribui para aumentar a humanidade de ambos (Meleis, 2012). A persecução destes objetivos visa alcançar a saúde, que de acordo com esta teoria, mais do que a ausência de doença, se equipara ao máximo bem-estar, tanto quanto humanamente possível, do ser humano, um ser único que se relaciona com os outros num mundo de tempo e espaço e que detém das capacidades de refletir, valorizar, vivenciar, que pede ajuda e que ajuda (Meleis, 2012).

3.2.1 Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período preconcepcional

Foi possível adquirir e mobilizar esta competência no âmbito dos CSP no segundo contexto clínico, mais especificamente, na Consulta de Saúde Reprodutiva/Planeamento Familiar. Os cuidados prestados e oferecidos nesta consulta consistem num conjunto de serviços, técnicas e métodos, que têm como objetivo contribuir para a saúde e bem-estar reprodutivos, atuando a nível preventivo e na resolução de problemas, configurando uma resposta às necessidades individuais e específicas do homem e da mulher ao longo do seu ciclo de vida. Esta atuação permite, concludentemente, uma vigilância preconcepcional, aumentando o sucesso de uma futura gravidez e o nascimento de uma criança saudável. Desta forma, a consulta de Saúde Reprodutiva/Planeamento Familiar está dirigida a toda a população em idade fértil, ou seja, para as mulheres até aos 54 anos de idade e para os homens sem limite de idade, constituindo os adolescentes o grupo-alvo prioritário (DGS, 2008).

As principais atividades desenvolvidas neste campo de ação recaíram para a consulta dirigida à informação, aconselhamento e distribuição de métodos contraceptivos e para a consulta dirigida ao rastreio do cancro do colo de útero, tendo sido prestados cuidados de enfermagem especializados e supervisionados a um total de dez mulheres.

Relativamente às consultas de planeamento familiar em que foram facultados métodos contraceptivos, todas elas consistiram em contatos para dar continuidade à sua utilização. Eram utentes que já se encontravam sob terapia anticoncepcional, sendo os métodos mais utilizados a contraceção hormonal oral e o implante contraceptivo. Foi possível observar a extração do implante anterior e à colocação do novo. Constatou-se que este método era mais utilizado por utentes adolescentes, com idades compreendidas entre os 18 e 24 anos, podendo tal facto ser justificado pela não exigência do compromisso diário, impedindo o

esquecimento da toma diária e a sua eficácia. Embora o aconselhamento seja crucial para quem inicia a contraceção pela primeira vez, é igualmente importante que este seja feito em todas as consultas onde é dada continuidade. Assim, a mestranda procurou assegurar que a forma de utilização estava a ser respeitada, informando sobre a existência de efeitos colaterais comuns e sobre sinais e sintomas que possam surgir e que carecem de avaliação por um profissional de saúde.

No que diz respeito às consultas dirigidas ao rastreio do cancro do colo de útero, foi possível perceber quais as questões relevantes e, especificamente ao exame, observar e proceder à sua execução. O rastreio do cancro do colo de útero como qualquer outro rastreio do cancro, permite detetar a doença numa fase inicial e ainda assintomática, reduzindo a mortalidade através de um diagnóstico precoce. Como ponto de partida para a realização de qualquer rastreio é importante identificar a população-alvo, que no caso do rastreio do cancro do colo de útero consiste nas mulheres com idade compreendida entre os 20 – 30 anos para início do programa até aos 60 anos. Este rastreio é efetuado mediante a realização de uma citologia cervical, comumente designado por exame papanicolau e está preconizado uma periodicidade de três em três anos após duas citologias consecutivas negativas (DGS, 2016). Durante a execução do exame, a maior dificuldade sentida prendeu-se com o facto de nunca ter manuseado um espécúlo, constatando-se que a mesma se dissipou com a continuidade da execução. Constatou-se que o vasto conhecimento do EEESMO acerca da anatomia do aparelho reprodutor feminino é um conhecimento teórico fundamental para o sucesso da realização deste rastreio.

De acordo com os princípios básicos do aconselhamento descritos no Programa Nacional de Saúde Reprodutiva (DGS, 2008), a mestranda procurou desenvolver a sua atividade de aprendizagem adotando uma postura empática e interativa de modo a encorajar a mulher a verbalizar receios e a colocar as suas questões.

3.2.2. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal

Internamento de Grávidas Patológicas

O primeiro campo clínico, decorrido no Serviço de Obstetrícia e Ginecologia trouxe a oportunidade de prestar cuidados à mulher no âmbito pré-natal, com gravidez considerada de risco. Foi possível constatar que os cuidados prestados às grávidas com patologia associada são maioritariamente dirigidos à vigilância do bem-estar materno-fetal, considerando os desvios à gravidez fisiológica ou as patologias concomitantes e que conduziram à necessidade de internamento. Desta forma, procedeu-se à monitorização e avaliação do bem-estar materno-fetal através da realização de CTG, personalizando e direcionando os cuidados de acordo com o motivo de internamento. Uma perda hemática significativa é um exemplo

prático de uma situação em que se adequaram os cuidados de enfermagem ao motivo de internamento, uma vez que os cuidados especializados do EEESMO devem incluir a vigilância de possíveis novas perdas hemáticas, questionando a grávida sobre qualquer ocorrência inesperada e indesejada neste âmbito. Seguindo a mesma linha de pensamento, quando o motivo de internamento consiste numa ameaça de parto pré-termo por contratilidade, é importante questionar a grávida quanto à existência de contrações ao longo do turno.

Do total de grávidas patológicas a quem foram prestados cuidados especializados e supervisionados, quatro delas apresentavam idade superior a 35 anos e outras quatro apresentavam idade entre os 30 e os 35 anos, constatando que neste grupo estão presentes patologias como HTAG e DG. Neste contexto foi possível verificar que para além da vigilância do bem-estar materno-fetal, torna-se imprescindível a vigilância da tensão arterial preconizada pelo menos uma vez por turno e da vigilância da glicémia capilar preconizada com a avaliação em jejum e uma hora pós-prandial.

Para além dos cuidados prestados e direcionados ao quadro clínico, foi prestado apoio emocional através da escuta ativa das suas preocupações, dúvidas e receios, verificando-se que o principal receio era o nascimento de um bebé prematuro e de todos os riscos inerentes a essa condição. No decorrer deste campo clínico constatou-se que nas grávidas com gestações pré-termo havia este sentimento comum e ambíguo, sendo que, cada dia que termina traduz-se numa vitória e é sinónimo de alegria. É mais um dia em que o seu bebé permaneceu *in útero* e as mães sabem o quanto isso é importante. Por outro lado, é mais um dia de internamento hospitalar, encontrando-se estas mulheres privadas de desfrutar da gravidez da forma que mais gostariam. Nestes momentos foi demonstrada disponibilidade para ouvir preocupações, dúvidas, anseios e receios.

Situação de Abortamento

O mesmo campo clínico anterior permitiu vivenciar a assistência diferenciada em situação de interrupção médica da gravidez e em situação de aborto retido.

A cromossomopatia fetal é uma anormalidade cromossómica que geralmente dá origem a defeitos e condições congénitas que se podem desenvolver e manifestar durante a vida, com diferentes graus de severidade e que estão classificadas em numéricas ou estruturais (Mandal, 2023). No Registo Nacional de Anomalias Congénitas elaborado por Braz et al. (2021), os autores relataram que as anomalias congénitas cromossómicas têm uma prevalência de 34,10 casos/10 000 nascimentos, representando a terceira causa do total de anomalias congénitas identificadas. Hoje em dia é possível determinar se um feto é portador de uma anomalia congénita através do diagnóstico pré-natal, que consiste num conjunto de procedimentos a realizar no 1.º Trimestre de gravidez e que é, na atualidade, um meio

fundamental para o sucesso da prestação de cuidados de saúde pré-natais (Despacho n.º 5411/97 do Ministério da Saúde, 1997).

No serviço em questão realizam-se alguns exames de diagnóstico pré-natal, nomeadamente a biópsia das vilosidades coriônicas e a amniocentese. Enriquecendo o leque de experiências, foi possível observar estes procedimentos e realizar uma reflexão que se encontra documentada no Apêndice I.

De acordo com a Legislação Portuguesa, no artigo 142.º do Código Penal (Lei n.º 16/2007 da Assembleia da República, 2007), está prevista a interrupção da gravidez quando:

“Houver seguros motivos para prever que o nascituro virá a sofrer, de forma incurável, de grave doença ou malformação congénita, e for realizada nas primeiras 24 semanas de gravidez, excecionando-se as situações de fetos inviáveis, caso em que a interrupção poderá ser praticada a todo o tempo.” (Lei n.º 16/2007 da Assembleia da República, 2007, p.2417).

A interrupção da gravidez por anomalias fetais é um evento de vida inesperado e que acarretam danos psicológicos e emocionais para a mulher (Kamranpour et al., 2020). O peso da decisão sobre o futuro da gravidez, o sentimento de incapacidade em gerar um bebé saudável aliados ao receio do julgamento e crítica social, constituem um conjunto de especificidades face a esta perda gestacional, que podem tornar o processo de luto ainda mais penoso (Kamranpour et al., 2020).

No contacto realizado com uma grávida com 21 semanas de gestação, em que o feto era portador de trissomia 21, e que se encontrava em processo de interrupção médica da gravidez, para além do sofrimento psíquico que tal perda traz, a mestranda constatou que acresce a dor física, proporcionada pela indução medicamentosa. Em concordância com as normas de orientação clínica para a interrupção médica de gravidez no 2.º e 3.º Trimestre, está recomendado o início do processo com o método farmacológico, salvaguardando possíveis contraindicações e salientando que cada situação deve ser avaliada de forma individualizada e em função da IG. Não havendo sucesso com o método farmacológico, a alternativa será o método cirúrgico ou aborto cirúrgico (Bombas et al., 2017). É expectável que, com a contração uterina e conseqüentemente o amolecimento e dilatação do colo, induzidos pelo misoprostol, a mulher sinta dor, podendo variar a intensidade de acordo com a IG, a dose, a via de administração e o tempo que medeia entre o início da indução e a expulsão. Apesar da medicação analgésica realizada, as queixas da mulher continuavam exacerbadas e em crescente. Presenciou-se alguma hesitação por parte da equipa médica em pedir apoio à anestesiologia, considerando a necessidade de realizar analgesia epidural. Tal caso, suscitou a reflexão e a realização de uma pesquisa bibliográfica sobre as orientações relativas ao controlo da dor aquando da interrupção médica da gravidez. De facto, o tratamento para o controlo da dor face a situações desta natureza encontra-se mal definido,

não havendo ainda protocolos de analgesia neste âmbito, ficando muitas vezes a indicação de analgesia epidural ao critério tanto do médico obstetra como do anestesiológico (Bombas et al., 2017).

Na situação clínica do aborto retido, verificou-se que o sentimento de tristeza da mulher perante a perda não foi tão evidente. Este poderá estar associado ao menor tempo de gestação, sendo que neste caso específico, a preocupação residia numa resolução demorada. Neste sentido, a mestranda procurou identificar as necessidades da mulher, conferindo apoio emocional e mostrando disponibilidade para ouvir receios e oferecer uma palavra de conforto.

Cuidados de Saúde Primários

Na UCSP houve a oportunidade de desenvolver o exercício de aprendizagem no âmbito da consulta de vigilância da gravidez, adquirindo e mobilizando conhecimentos que levaram ao desenvolvimento desta competência durante o período pré-natal.

Segundo o Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco [PNVGBR] (DGS, 2015), está recomendado a realização de dez consultas de vigilância pré-natal, devendo ser realizada a 1.^a consulta o mais precocemente possível até às 12 semanas de gravidez. Após a 1.^a consulta deve realizar-se uma consulta a cada 4-6 semanas até às 30 semanas, a cada 2-3 semanas entre as 30 e as 36 semanas e a cada 1-2 semanas após as 36 semanas até ao parto. Especificamente à UCSP onde decorreu o Estágio, está preconizado que do total destas consultas, três sejam realizadas com a EEESMO e com a periodicidade exposta na Tabela 5.

Tabela 5.
Calendarização das consultas com EEESMO

Planeamento das Consultas com EEESMO	
1. ^a Consulta	11 semanas – 13 semanas + 6 dias
2. ^a Consulta	20 semanas – 22 semanas + 6 dias
3. ^a Consulta	30 semanas – 32 semanas + 6 dias

Ao longo destas seis semanas foi constata a importância da vigilância pré-natal especializada e o impacto que esta vigilância tem na avaliação do risco, prevenção de complicações e na promoção da saúde da mulher grávida e futura criança.

O EEESMO está dotado para a prestação de cuidados pré-natais de elevada qualidade, com o intuito de potenciar ao máximo a saúde da mulher grávida, através da deteção atempada, tratamento de complicações e a sua referência caso haja necessidade. Atualmente, com a evidência científica disponível, é possível estabelecer uma relação direta

entre a vigilância pré-natal de qualidade e os ganhos existentes em saúde, mediante a diminuição da taxa de mortalidade e morbidade materno-fetal (Torgal, 2016).

Em todos os contatos realizados no exercício de aprendizagem foi solicitado no início de cada consulta, o Boletim de Saúde da Grávida [BSG], que constitui um instrumento valioso e onde toda a informação relativa à grávida bem como a sua vigilância materno-fetal está reunida. Permite garantir a circulação de toda a informação clínica pertinente, tornando-a acessível a todos os profissionais que assistam a grávida, não só a nível dos cuidados de saúde primários, como também a nível hospitalar (Torgal, 2016). Este deve ser devidamente preenchido desde a 1.^a consulta e deve ser revisto e atualizado em todas as consultas consequentes (Barradas et. al., 2015).

De acordo com as recomendações da DGS presentes no PNVGBR de 2015, em cada trimestre de gravidez existem cuidados e intervenções específicas a abordar, tendo estes sido aplicados no exercício de aprendizagem. De forma a aprofundar conhecimentos neste domínio e descrever as atividades realizadas, foi elaborado um jornal de aprendizagem que se encontra no Apêndice J.

Complementando os cuidados no âmbito da vigilância da gravidez de baixo risco, no contexto de CSP, surgem ainda os Cursos de Preparação para o Parto e Parentalidade. A mestranda teve a oportunidade de assistir e participar nestas sessões, realizadas uma vez por semana, com a duração de 90 minutos cada e que estão destinadas às grávidas a partir das 28-30 semanas de gravidez. Os temas abordados nestas sessões incluem: aspetos gerais da gravidez, sexualidade na gravidez, exercícios na gravidez, anatomia e fisiologia do trabalho de parto e parto, métodos não farmacológicos e analgesia de parto, puerpério, aleitamento materno, cuidados ao recém-nascido, preparação da ida e da alta da maternidade e transição para a parentalidade. Para além da abordagem destes temas de carácter mais teórico, existe também uma sessão de componente prática dirigida às técnicas de relaxamento e respiração, exercícios de tonificação do pavimento pélvico, massagem, uso da bola de pilates e posicionamentos durante o trabalho de parto e parto. Neste âmbito foi ministrada autonomamente uma sessão completa, que teve como tema abordado os cuidados ao RN, mais especificamente os cuidados relativos ao banho, ao coto umbilical e às cólicas. O planeamento desta sessão encontra-se no Apêndice L. Foi também realizada em conjunto com a Enfermeira Supervisora, a sessão destinada à temática do puerpério.

Indo ao encontro da temática a aprofundar, foi aplicado o Plano de Nascimento da DGS de 2020 a todas as grávidas do 3.º Trimestre que frequentaram a consulta de vigilância da gravidez, promovendo a sua elaboração, aconselhamento e apoiando a mulher nas suas decisões, como consta no Regulamento de Competências do EEESMO (Regulamento. n.º 391/2019 da OE, 2019).

3.2.3. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto

A aquisição e mobilização desta competência fez-se ao longo de três períodos distintos, tendo uma duração total de dezoito semanas. O primeiro e terceiro períodos decorreram no Bloco de Partos da Unidade Hospitalar 2, com a duração de seis semanas e oito semanas respetivamente, e o segundo período decorreu no Bloco de Partos na Unidade Hospitalar 3, com a duração de quatro semanas. A possibilidade de conhecer Blocos de Partos distintos permitiu ter uma visão alargada da diversidade de cuidados que podem existir neste domínio, enriquecendo a experiência de aprendizagem.

Sala de Partos – Unidade Hospitalar 2

Neste campo clínico foram dirigidos cuidados supervisionados à parturiente, ou seja, à grávida já em TP instalado e/ou à grávida internada para ITP.

A recolha de dados e a avaliação inicial é realizada ainda na Sala de Admissão/Urgência, recorrendo à consulta minuciosa do BSG, à anamnese e à observação cervical com cervicometria. Reunidos todos os dados necessários ao internamento, o EEESMO decide o local onde a grávida/parturiente deverá ser alocada. Este tipo de intervenção proporcionou o desenvolvimento da capacidade de gestão, com vista a promover o correto funcionamento do serviço e a utilização adequada dos recursos físicos e materiais disponíveis. Apesar do plano de parto não ser considerado por rotina neste serviço, a mulher é incentivada a manifestar as suas preferências relativas ao seu TP e parto. Nesse momento, informa-se acerca dos procedimentos a adotar e das alternativas existentes, com vista à promoção do cuidado individualizado, humanizado e respeitando ao máximo as suas expectativas.

Neste percurso, a mestranda acompanhou e prestou cuidados especializados a 19 grávidas internadas para ITP, sendo os principais motivos o término da gravidez, às 40 semanas e a HTAG ou crónica. Embora numa fase de transição quanto à pandemia de covid-19, durante a frequência do Estágio neste campo clínico persistia ainda o protocolo da ITP às 40 semanas de gravidez, sendo este o principal motivo de todas as induções assistidas. Pelos cuidados especializados e frequentemente prestados ao longo deste campo clínico, foi elaborado um jornal de aprendizagem sobre a temática da ITP, que se encontra no Apêndice J.

Foi constatado que um dos principais desejos da parturiente para alívio e controlo da dor nesta instituição é a realização da analgesia regional, sendo a analgesia epidural a mais utilizada. Esta técnica consiste na introdução de um cateter no espaço epidural, entre a L3 e L4 ou a L4 e L5 para administração de uma mistura analgésica, permanecendo o cateter introduzido e fixado, permitindo a administração contínua em perfusão ou intermitente (Guerra, 2016). Os fármacos utilizados foram o cloridrato de ropivacaína e o citrato de

sufentanil, um anestésico local e um opioide, respetivamente. Quando se decide pela analgesia epidural, a parturiente é transferida para a Sala de Partos onde permanece na grande maioria das vezes na posição deitada até ao parto. Neste âmbito a mestrandia colaborou com a prestação de cuidados de enfermagem para a técnica realizada pelo anestesiológista. Primeiramente foi demonstrada disponibilidade para ouvir e esclarecer dúvidas relativas ao procedimento e procedeu-se depois com um conjunto de intervenções que visam a sua preparação: monitorização contínua da frequência cardíaca fetal mediante CTG, monitorização dos sinais vitais com a programação da avaliação da tensão arterial de 3 em 3 minutos, avaliação do pulso e oximetria periférica, colocação da solução de lactato de ringer em curso em veia periférica e preparação de todo material necessário, incluindo os fármacos. Durante a técnica são mantidas as monitorizações supracitadas e realizada a sua atenta e sistemática vigilância.

A amniotomia ou rotura artificial de bolsa amniótica [RABA] foi um procedimento realizado com o objetivo de promover a progressão do TP. Este foi realizado em situações em que o colo uterino tinha uma dilatação igual ou superior a 6 cm, com a apresentação fetal bem apoiada, a bolsa amniótica tufada e um registo cardiotocográfico variável e tranquilizador. Durante a sua execução é fundamental manter os dedos em contato com a apresentação fetal, evitando a saída brusca de líquido amniótico e reduzindo o risco de prolapso do cordão. Após a execução deve ser anotada a hora da RABA e observadas as características do líquido amniótico quanto à cor, quantidade e cheiro. Esta técnica suscitou algumas dúvidas iniciais, mas que se dissiparam com a continuidade do procedimento.

Ao longo deste campo clínico foram realizados vinte e um partos eutócicos. Os primeiros partos foram realizados com o auxílio da enfermeira supervisora, facilitando a transposição do conteúdo teórico para a componente prática. A sensação inicial enquanto estudante é que tudo acontece muito rápido. Não obstante dos conhecimentos teóricos, não existe a fluidez que só a experiência da prática continuada traz. Todos os passos são pensados de forma muito individualizada e só com a execução repetida e contínua da técnica, se consegue que eles ocorram de forma espontânea, encadeada e sem momentos de hesitação. De forma a complementar a descrição das aprendizagens experienciadas, foi elaborado um jornal de aprendizagem sobre o TP, que se encontra no Apêndice J.

A realização da técnica da episiotomia foi sugerida quando se verificava uma distensão acentuada dos tecidos do períneo, com dificuldade na saída da cabeça após várias tentativas dos esforços expulsivos pela parturiente. Sempre que foi considerada a sua necessidade, esta avaliação foi transmitida, tendo existido sempre o consentimento para a realização do procedimento. Todas as episiotomias foram realizadas no momento da contração, inserindo os dedos indicador e médio entre a apresentação e a parede vaginal e efetuando o corte entre eles. Quanto à localização das episiotomias realizadas, optou-se sempre pela média-lateral.

A episiorrafia foi um procedimento que trouxe inicialmente alguma hesitação e dúvidas face à reduzida destreza em manobrar os instrumentos e à identificação dos planos, de forma a respeitar uma correta reconstrução do períneo. Estas dificuldades foram sendo superadas com a continuidade da execução e com as orientações da enfermeira supervisora.

Durante estas seis semanas, foram identificadas duas situações de desvio da normalidade durante o período expulsivo, constatando-se a não descida da apresentação fetal através dos esforços expulsivos, sendo necessário a referenciação para o médico obstetra.

Após o nascimento do RN procedeu-se à avaliação imediata da sua adaptação à vida extrauterina, implementando medidas de suporte, tais como a expressão de secreções fazendo deslizar uma das mãos sobre o tórax até à mandíbula inferior e através da avaliação dos parâmetros que constituem o Índice de *Apgar*, identificando a eventual necessidade do corte imediato do cordão umbilical para a prestação de cuidados diferenciados.

A Tabela 6, que seguidamente se apresenta, consiste na síntese dos dados mais relevantes deste campo clínico.

Tabela 6.

Síntese dos dados estatísticos referentes ao campo clínico de Sala de Partos, na Unidade Hospitalar 2

Parto Eutócico	21		
Acompanhamento de TP	31		
	Indução do TP	TP espontâneo	
	19	12	
TP com patologia associada	12		
	HTA gravídica ou crónica	DG	Outra
	5	3	4 (Oligoamnios, RCIU)

Sala de Partos – Unidade Hospitalar 3

Este contexto clínico em Sala de Partos, com duração de quatro semanas visou a continuidade do desenvolvimento da competência específica do EEESMO no cuidado à mulher em TP e parto. De salientar que, durante este período, esta instituição hospitalar foi alvo de vários encerramentos devido à falta de médicos pediatras, limitando de certa forma a quantidade de experiências e oportunidades de aprendizagem. Não obstante, procurou-se permanentemente obter o maior proveito de cada situação, refletindo sobre as mesmas e aprofundando conhecimentos e práticas no acompanhamento ao TP e parto, ao conhecer novas dinâmicas e metodologias de cuidados de enfermagem especializados neste âmbito.

Tal como na Sala de Partos da Unidade Hospitalar 2, o foco de intervenção neste campo clínico visou a prestação de cuidados à mulher em TP e a execução da técnica do parto.

O encerramento deste Bloco de Partos conduziu a um decréscimo do número de admissões de mulheres para ITP e de mulheres em TP, sendo que, na recorrência de mulheres em situação de parto eminente ao Serviço de Urgência, estas eram encaminhadas para a instituição hospitalar mais próxima em ambulância ou em veículo próprio, consoante a avaliação da situação pelo médico obstetra. Ao longo dos turnos realizados não houve nenhuma situação de parto eminente, havendo, no entanto, duas grávidas que recorreram ao Serviço de Urgência em início de TP, sendo uma delas transferida em ambulância e acompanhada por um EEESMO e a segunda deslocando-se em veículo próprio. Os restantes episódios de urgência foram maioritariamente mulheres que recorreram por hemorragia vaginal do foro ginecológico, em que se procedeu com os cuidados necessários e foi realizado o seu encaminhamento para consulta de ginecologia.

Aquando de uma admissão de grávidas para ITP ou em TP, o procedimento inicial foi similar ao do Bloco de Partos do hospital do Alentejo 2, sendo a recolha de dados, a avaliação inicial, a anamnese e a cervicometria procedimentos realizados ainda na Sala de Urgência/Admissão. Quanto ao local de encaminhamento da grávida, neste campo clínico é apenas um, que é a sala de partos. No período destas quatro semanas, no exercício da aprendizagem prestaram-se cuidados de enfermagem especializados a treze grávidas internadas para ITP, sendo o principal motivo o término da gravidez com 41 semanas.

Relativamente à utilização do plano de parto, constatou-se que neste campo clínico é ainda um instrumento igualmente pouco utilizado pela grávida e pouco integrado nos cuidados por parte dos profissionais de saúde, tendo havido apenas uma grávida com plano de parto, num total de vinte e sete grávidas.

O Bloco de Partos desta instituição apresenta cinco salas de partos totalmente individualizadas, o que permite ter um acompanhante durante as 24 horas, sendo um desejo atendido para a maioria das mulheres. Cada sala de partos contém um local destinado à receção do RN e que está equipado com todo o material necessário à prestação dos primeiros cuidados. Esta particularidade é uma mais-valia, na medida em que o bebé permanece sob o ângulo de visão da mãe e do acompanhante, trazendo maior proximidade durante os procedimentos e intervenções e limitando a presença de pessoas estranhas neste momento único.

De uma forma geral, assistiu-se a uma maior liberdade de movimentos durante o TP e parto neste campo clínico, quando comparado ao campo clínico anterior. Assistiu-se a um período expulsivo mais prolongado, existindo já um cansaço materno marcado e sem evolução na descida da apresentação fetal. Nesta altura foi sugerido à parturiente a adoção de uma posição vertical, algo que concordou prontamente, tendo escolhido ficar ajoelhada na

cama. Constatou-se que, imediatamente à alteração de posição, os esforços expulsivos eram mais eficientes, havendo descida da apresentação e melhoria do cansaço materno. Para além disso, ao ser transmitido esse *feedback*, verificou-se um maior controlo da mulher sobre o seu corpo e o seu TP e consequentemente maior satisfação materna. As posições verticais, entendidas como todas as posições que permitem um ângulo superior a 45.° entre o tronco e os membros inferiores acarretam inúmeras vantagens, tais como, a melhoria do fluxo uteroplacentário ao impedir a compressão dos grandes vasos maternos, a melhoria da ventilação pulmonar materna, o encaixe e a descida da apresentação fetal pela ação da gravidade, o aumento dos diâmetros da bacia e, consequentemente, proporcionam à mulher uma maior participação no nascimento do seu bebé (Mineiro et al., 2016).

No decorrer destas quatro semanas, para além de toda a experiência e reflexão que foram suscitadas através das novas vivências e situações, foi dada continuidade ao desenvolvimento e ao exercício das competências de diagnóstico inerentes ao TP, como a cervicometria, estática fetal, avaliação e interpretação dos dados do bem-estar fetal, às competências de execução, como a avaliação da integridade das membranas e características do líquido amniótico, a identificação e monitorização do TP, a identificação de desvios da normalidade, a avaliação da necessidade de realizar episiotomia, a técnica de execução do parto de apresentação cefálica, a avaliação da integridade do canal de parto e as técnicas de reparação do períneo. Em todos estes procedimentos elevou-se o nível de conhecimentos e desenvolveu-se o grau de autonomia, sendo a reparação do períneo aquele que ainda suscitou alguma insegurança.

Todos estes momentos vivenciados em contexto de aprendizagem, num espaço físico novo e diferente, permitiram não só uma maior evolução ao nível das competências profissionais, como também o crescimento a nível pessoal ao sair da chamada zona de conforto. A Tabela 7, que seguidamente se apresenta, resume os dados mais relevantes deste campo clínico.

Tabela 7.

Síntese dos dados estatísticos referentes ao campo clínico de Bloco de Partos, na Unidade Hospitalar 3

Parto Eutócico	9		
Acompanhamento de TP	27		
	Indução do TP	TP espontâneo	
	13	14	
TP com patologia associada	3		
	HTA gravídica ou crónica	DG	Outra

	1	2	0
--	---	---	---

No universo de grávidas e parturientes a quem foram prestados cuidados no exercício de aprendizagem, em contexto de Sala de Partos, apenas uma grávida apresentou o seu plano de parto em formato de papel, tendo sido constatadas expetativas de parto bastante similares no seu conjunto, às expetativas identificadas resultantes da aplicação do Plano de Nascimento da DGS de 2020. O mesmo se pode assumir quanto às expetativas de parto das grávidas e parturientes, que embora não tivessem apresentado um plano de parto formalizado em papel, manifestaram verbalmente as mesmas preferências e desejos para o seu parto.

3.2.4. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal

Por puerpério entende-se o conjunto de alterações físicas e psíquicas que advêm após o parto e que conduzem à regressão das modificações fisiológicas e anatómicas da gravidez, podendo estender-se no tempo, geralmente, até às seis semanas. É classificado em três fases: puerpério imediato, que corresponde às primeiras 24 horas após o parto; puerpério precoce, que decorre até ao final da primeira semana e puerpério tardio, que termina no final da sexta semana após o parto (Ferreira, 2016).

Internamento de Puerpério

Durante este campo clínico, foram realizados 72 contatos em que foram prestados cuidados de enfermagem especializados e supervisionados a 50 puérperas e a 51 recém-nascidos. Com o intuito de elevar a excelência do cuidado neste âmbito, considerou-se a importância de compreender na íntegra o grau de complexidade e o impacto deste período na vida da mulher e do casal, especialmente quando se trata do primeiro filho. Indo ao encontro deste propósito, foi adotada uma postura de empatia e disponibilidade constante, fazendo uso do conhecimento do EEESMO acerca da anatomia e fisiologia da mulher, das alterações inerentes ao puerpério e das características físicas e comportamentais do RN. Para a elaboração de um plano de cuidados individualizado é, igualmente, importante considerar o tipo de parto, possíveis intercorrências do parto, o período decorrido desde o parto, os antecedentes e as situações de saúde/doença, de forma a identificar precocemente desvios da normalidade (Santos & Baptista, 2016).

Neste campo clínico específico, a puérpera e o RN são transferidos para a enfermaria logo após o parto, sendo realizada neste local a vigilância do pós-parto imediato. Nas duas primeiras horas após o parto, procedeu-se com a vigilância apertada da tonicidade uterina, das características dos lóquios, do estado do períneo, dos sinais vitais, implementaram-se

estratégias promotoras de higiene e conforto e foram promovidos os cuidados necessários ao processo de amamentação e ao RN. No total de contatos, assistiu-se apenas a uma situação em que a puérpera não tinha o desejo de amamentar, pelo que, a ação foi dirigida ao aleitamento artificial com os seus respetivos ensinamentos.

Assistiu-se a um quadro de hemorragia no pós-parto imediato em que, aquando da vigilância e da prestação dos primeiros cuidados perineais, se constatou um aumento das perdas hemáticas vaginais, com saída de coágulos à expressão uterina. Neste âmbito procedeu-se de forma a perceber qual a origem da hemorragia. Constatou-se que o globo de segurança de *pinard* se encontrava bem contraído abaixo da cicatriz umbilical, pelo que foi realizado o toque vaginal para inspecionar o canal de parto e despistar possíveis lesões sangrantes. Não havendo evidência de tal facto e constatando a persistência da hemorragia, a situação foi referenciada ao obstetra, que realizou ecografia e revelou a presença de um fragmento de membrana na cavidade uterina. Neste seguimento procedeu-se com uma atitude de apoio à puérpera, informando-a da situação e dos procedimentos a adotar, mostrando disponibilidade para o esclarecimento de dúvidas, constatando que estes cuidados foram fundamentais para o seu bem-estar.

Geralmente, a dor encontra-se controlada durante as primeiras horas após o parto, na maioria das vezes, ainda por efeito da analgesia epidural. A primeira micção espontânea após o parto carece de especial atenção, podendo estar condicionada por possíveis traumatismos da parede vaginal, edema do períneo ou pela ausência da percepção de vontade por efeito da analgesia epidural. De igual importância surge a necessidade de efetivar a primeira eliminação intestinal, podendo esta ser dificultada pela existência de dor no períneo ou pela presença de algum prolapso hemorroidário. Neste sentido, a puérpera foi incentivada a evacuar com a disponibilização de um clister mediante indicação médica.

A vigilância dos membros inferiores verificando a presença de possíveis edemas ou sinais de trombose venosa profunda, bem como a vigilância do estado geral da puérpera, avaliando a fúcie, eventual palidez, fadiga extrema, presença de náuseas ou vômitos, são igualmente intervenções de enfermagem fundamentais e que visam a prevenção de complicações no pós-parto imediato e a promoção do autocuidado e bem-estar da mulher. A vigilância do RN nas primeiras horas de vida é, similarmente essencial, vigiando parâmetros como a cor da pele, o tónus muscular, os reflexos e outros desvios da normalidade que possam surgir.

A duração do internamento protocolado nesta instituição para a puérpera e RN, são de 36-48 horas para partos por via vaginal e de 48 horas para partos distócicos por cesariana. Neste curto período, o EEESMO deve procurar perceber quais as maiores dúvidas, receios e necessidades da díade, direcionando e adequando os cuidados prestados. É certo que o acompanhamento deve ser continuado aquando da alta em contexto de CSP, no entanto, é durante este internamento que a puérpera tem a assistência especializada permanente nas

primeiras horas após o parto e de vida do RN, que se revelam cruciais para o processo de adaptação e capacitação à nova condição.

Uma das competências do EEESMO no período do pós-parto é a promoção do desenvolvimento das competências parentais, que são definidas como o conjunto de saberes, aptidões e atitudes que permitem desempenhar com perícia o papel parental, assegurando o crescimento e desenvolvimento da criança, no seu potencial máximo (Cardoso & Nené, 2016). No decorrer deste campo clínico constatou-se que as competências parentais com maior necessidade de desenvolvimento estavam relacionadas com a alimentação do RN, a eructação, os cuidados de higiene, os cuidados ao coto umbilical e o choro. Foi possível constatar também que as intervenções implementadas neste âmbito capacitam e dotam as puérperas da informação necessária para aumentarem o grau de segurança, autoconfiança e satisfação no desempenho deste papel. Consequentemente, foi possível verificar que essa capacitação promove a vinculação precoce mãe-bebé, tão importante de fomentar nos primeiros dias de vida do RN. Alguns dados estatísticos mais relevantes acerca do Estágio realizado neste campo clínico, encontram-se documentados no Apêndice M.

Cuidados de Saúde Primários

Nesta área de atividade existiram apenas sete contatos em que foram prestados cuidados especializados durante o período pós-natal. Estes surgiram ainda na primeira semana de vida do bebé, tendo sido realizados três testes de diagnóstico de doenças metabólicas, vulgarmente conhecido como “teste do pézinho”. Em cinco destes contatos foram prestados cuidados direcionados à amamentação e em três contatos os cuidados foram dirigidos a queixas relativas ao períneo, com necessidade de extração de pontos cirúrgicos.

3.2.5. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério

O climatério é definido como um período de transição entre a fase reprodutiva e o seu término absoluto. A menopausa pode ser interpretada como um verdadeiro biomarcador que indica a passagem da capacidade reprodutiva para a insuficiência ovárica. De um total de 700 mil folículos ováricos existentes no momento do nascimento, sobram 300 mil na puberdade e que, com as sucessivas ovulações ao longo da idade fértil, mas principalmente por atresia, praticamente se esgotam na menopausa (Taylor et al., 2020).

No primeiro campo clínico que contemplou o internamento de Ginecologia, foram prestados cuidados supervisionados a cinco mulheres em período do climatério, submetidas a histerectomia total. Para além dos cuidados inerentes ao procedimento pré e pós cirúrgico, procurou-se promover a saúde da mulher neste processo de transição, informando acerca

das alterações que podem surgir, promovendo a sua adaptação e capacitando para identificar situações de risco e necessidade de acompanhamento clínico e emocional.

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

Esta competência pôde ser adquirida no mesmo campo clínico referido anteriormente, tendo havido a oportunidade de prestar cuidados a mulheres a vivenciar processos de saúde e/ou doença do foro ginecológico, realizando ao todo 32 contatos alvo de cuidados especializados. Do conjunto de cuidados prestados sob supervisão, estes foram dirigidos a mulheres propostas para histeroscopia por quadro clínico de metrorragia recorrente e quadro clínico de infertilidade sem causa aparente. O acolhimento da mulher para internamento foi iniciado adotando uma postura empática e disponível para todo o esclarecimento de dúvidas, foi realizada a avaliação inicial reunindo toda a informação pertinente da mulher, como: os seus antecedentes pessoais, alergias conhecidas, medicação habitual, a avaliação da tensão arterial e pulso e questionando sobre a hora da última refeição assegurando o jejum necessário para o procedimento. A mulher pode ter alta no próprio dia caso não existam intercorrências, sendo realizados os ensinamentos referentes aos cuidados a ter e informando sobre sinais e sintomas de alarme, aos quais deve recorrer a um serviço de saúde se surgirem.

O apoio e a vigilância a nível emocional são intervenções de enfermagem especializadas igualmente importantes, estando o EEESMO desperto para possíveis situações de desânimo e tristeza face a situações de infertilidade, onde o desejo de ser mãe se encontra suspenso. A incapacidade de gerar um filho pode ser, naturalmente, percebida como uma experiência dilaceradora e em que a mulher se considera incapaz, inútil e “danificada” por sentir que não cumpre com uma função feminina exclusiva, conceber e parir um filho (Leite & Frota, 2014).

Foi possível direcionar, também, cuidados especializados a mulheres submetidas a histerectomia total por útero miomatoso, com hemorragia uterina ativa. Após a cirurgia e já na enfermaria a mulher pode iniciar dieta ligeira e deve permanecer em repouso. Foi realizada a vigilância hemodinâmica e outros parâmetros como a avaliação da temperatura corporal, da presença de perdas vaginais, vigilância do penso abdominal e da dor, devendo esta última ser controlada com medicação analgésica prescrita. O tempo de internamento previsto após esta intervenção cirúrgica são de 2-3 dias, salvo a existência de intercorrências. Do conjunto de mulheres submetidas a esta cirurgia, constatou-se a existência de apenas uma complicação pós-cirúrgica ao nível da sutura abdominal, apresentando-se muito exsudativa e com a presença de sinais inflamatórios. Tal facto, obrigou a mulher a permanecer em vigilância durante mais tempo do que o previsto e a uma vigilância redobrada da sutura

abdominal. No momento da alta, os ensinamentos realizados pelo EEESMO são de especial relevância, informando a mulher que deve recorrer a um serviço de saúde caso surjam sinais de alarme e que na necessidade de apoio emocional deve procurar ajuda especializada, promovendo uma vivência saudável nesta fase de vida.

3.2.7. Cuida o grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade

Na perspetiva da mestranda o desenvolvimento desta competência apresentou-se como um processo transversal a todos os contextos clínicos. No decorrer do ENP e atendendo ao descritivo desta competência que consta no Regulamento de Competências do EEESMO (Regulamento. n.º 391/2019 da OE, 2019), o exercício de aprendizagem centrou-se no cuidado da mulher em idade fértil, promovendo cuidados de qualidade e respeitando as suas necessidades. Algumas dessas necessidades puderam ser identificadas a partir da implementação de estratégias como a recolha de dados relativos à população e à comunidade existente nos diferentes campos clínicos.

No primeiro campo clínico, a intervenção foi dirigida para a fase da adolescência que coincide com o início da idade fértil. A OMS (2023) define a adolescência como “(...) a fase da vida que vai da infância à idade adulta, ou seja, dos 10 aos 19 anos de idade. Representa um estágio único do desenvolvimento humano e um momento importante para estabelecer as bases para uma boa saúde.” Neste sentido e para além de todo o exercício de aprendizagem realizado e descrito na primeira competência adquirida, visou-se a prestação de cuidados de enfermagem especializados e direcionados para a proteção da saúde com a prevenção de infeções sexualmente transmissíveis e comportamentos de risco. Para um crescimento e desenvolvimento saudável é fundamental que os adolescentes tenham acesso a informação de qualidade a vários níveis, sendo a educação sexual apropriada à idade um tema relevante (OMS, 2023).

No campo clínico de CSP e Bloco de Partos, a área de ação da mestranda centrou-se no período pré-natal. Neste contexto, verificou-se que a gravidez, embora consista num processo fisiológico, encontra-se frequentemente associada a diversas patologias, como a HTAG e a DG, intimamente relacionadas com a idade materna cada vez mais avançada. Este facto conduziu a uma reflexão interior, considerando a importância dos cuidados do EEESMO ao nível da promoção de hábitos e estilos de vida saudáveis ainda no período preconcepcional, merecendo esta temática especial destaque na consulta de planeamento familiar. Neste sentido, para além de todas as temáticas previstas, foram abordados com afinco todos os aspetos relacionados com uma alimentação saudável e a prática de exercício físico adequado não só durante a gravidez, mas também no período que a antecede.

O exercício de aprendizagem realizado no internamento de Puerpério possibilitou focar a ação no período pós-natal. Para a mestrandia, foi claro que um internamento de 36 ou 48 horas parece ser um período demasiado curto para o atendimento de todas as dúvidas e de todos os cuidados necessários inerentes ao período do puerpério, especialmente no que diz respeito ao processo de amamentar. Neste sentido, foi realizado o reforço quanto aos recursos disponíveis na comunidade e que permitem a prestação de cuidados de enfermagem com o EEESMO no período do pós-parto. Embora a percentagem de mulheres residentes no Continente que amamentaram pelo menos três meses em exclusivo, tenha aumentado significativamente desde o ano de 1995 até 2014, segundo os dados resultantes dos quatro Inquéritos Nacionais de Saúde referentes aos anos 1995/1996, 1998/1999, 2005/2006 e 2014, neste último a percentagem situava-se nos 60,6%. Quando aumentamos o período de amamentação em exclusivo, no mesmo ano de 2014, de três meses para quatro meses, esta percentagem desce para os 54% e, aumentando para os seis meses, esta percentagem desce para os 32,2% (Kislaya et. al., 2017). Não obstante de que as políticas de saúde face ao regresso ao trabalho da mãe tenham um peso preponderante na continuidade da amamentação em exclusivo até aos seis meses de vida do bebé, a percentagem aos três meses é apenas de 60,6%. Perante estes dados, parece ser fundamental o acompanhamento da puérpera e RN após a alta hospitalar neste âmbito, de forma consistente e sistemática a toda a população, aumentando a probabilidade do sucesso da amamentação e reduzindo a probabilidade de abandono desta prática por carência de informação e/ou apoio profissional especializado.

Finalizando a reflexão sobre esta competência, ao longo de todo o percurso deste Estágio, foram dirigidos cuidados de enfermagem especializados e supervisionados a mulheres com um intervalo de idades compreendido entre os 16 anos e os 78 anos, com predominância do grupo de mulheres em idade fértil. No decorrer de todo o processo de aquisição de competências específicas, a mestrandia teve sempre por base no exercício da sua aprendizagem as premissas da promoção da saúde, do diagnóstico precoce e prevenção de complicações, da minimização das causas de morbilidade e mortalidade materno-fetal, alicerçadas à teoria de Paterson e Zderad, que se apresentou como um referencial norteador para a visão holística da pessoa, promovendo a conexão das relações, das comunhões e dos diálogos e visando o benefício dos cuidados prestados (Santos et al., 2020b).

CONCLUSÃO

De acordo com o Decreto-Lei n.º 65/2018 da Presidência do Conselho de Ministros (2018), o grau de mestre é atribuído aos estudantes que demonstrem: conhecimentos e capacidades de compreensão adquiridos a um nível que, com apoio nos saberes adquiridos no âmbito do primeiro ciclo os aprofundem e desenvolvam, viabilizando a construção de uma base de desenvolvimento ou de aplicações originais, logrando fazê-lo em contexto de investigação; aptidão para aplicar conhecimentos e capacidade de compreensão e de resolução de problemas que adquiriram em novas situações e em distintos contextos e âmbitos multidisciplinares, conquanto que relacionados com a sua área de estudo; competências para integrar novos conhecimentos, para lidar com questões complexas, para desenvolver soluções ou emitir juízos sobre situações em que se constate a existência de limitada informação; capacidade para transmitir de forma clara e objetiva as suas conclusões, assim como os conhecimentos e os raciocínios às mesmas implícitos, tanto a especialistas como a não especialistas; competências que possibilitem uma aprendizagem contínua de forma auto-orientada ou autónoma.

O presente documento permitiu demonstrar não só o modo como se operacionalizou o processo de aquisição das competências comuns do enfermeiro especialista e as competências específicas do EEESMO, como todo o percurso e todas as atividades realizadas que viabilizaram a aquisição das competências de mestre anteriormente referidas, que se creem um contributo fundamental na consecução da excelência do cuidar. Este meticuloso processo teve o seu início com a descrição detalhada dos diversos contextos clínicos, das atividades desenvolvidas ao longo do Estágio, da exploração da temática escolhida através da revisão da literatura e da aplicação do plano de parto, das estratégias para a aquisição das competências, sendo todo o exercício de aprendizagem da mestranda alicerçado num referencial teórico de enfermagem cientificamente validado.

A variedade de contextos clínicos permitiu conhecer diferentes realidades no exercício da área da Saúde Materna, tendo existido em todos eles uma grande diversidade de situações promotoras de aprendizagem. A mestranda teve o privilégio do seu exercício de aprendizagem ter sido supervisionado, na sua globalidade, por um conjunto de EEESMO que são modelos de referência nos serviços onde exercem e que proporcionaram grandiosas experiências e aprendizagens. A considerável panóplia de situações, de acontecimentos e de factos que ocorreram ao longo do Estágio estimularam a reflexão, a discussão e o interesse na procura de conhecimentos junto das enfermeiras supervisoras, mas também na pesquisa pela mais recente evidência científica em bases de dados científicas.

A temática das expectativas da grávida para o parto revelou-se uma atividade desafiadora. Foram necessárias inúmeras pesquisas até identificar os descritores que conduziram aos

resultados encontrados. A revisão da literatura e a aplicação do Plano de Nascimento permitiram obter uma visão alargada das expectativas de parto mais desejadas no 3.º Trimestre de gravidez e concluir que o plano de parto é ainda um instrumento pouco utilizado pelos profissionais de saúde da região do Alentejo, apesar de toda a curiosidade demonstrada no momento da sua abordagem. O plano de parto é uma tecnologia que potencializa o cuidado humanizado da mulher e o recém-nascido, sendo por isso imperiosa a sua implementação sistemática nos cuidados prestados pelo EEESMO. Mais do que isso, é importante difundir a existência deste documento.

Estas conclusões conduziram a uma profunda reflexão interna, projetando e ensaiando possíveis soluções a implementar futuramente em contexto de prática clínica especializada. Na consciência de que será um planeamento audacioso perante tudo o que o envolve, a criação de uma consulta no período pré-natal destinada à apresentação, discussão e elaboração do plano de parto com a grávida e acompanhante, em contexto hospitalar na região do Baixo Alentejo, seria o projeto ideal para o desenvolvimento desta intervenção, fazendo jus à importância que o plano de parto representa no cuidado à mulher grávida e à parturiente. A vaga migratória a que se assiste na atualidade em Portugal e que foi percecionada nos diversos campos clínicos do Estágio, contribui para um aumento significativo de admissões de grávidas, parturientes e de puérperas de múltiplas nacionalidades nas diversas maternidades portuguesas. Este fator conduz, frequentemente, a dificuldades na comunicação verbal entre os profissionais de saúde e as utentes, sendo por isso ainda mais importante discutir as expectativas da grávida para o parto num espaço e tempo exclusivamente reservado para esse efeito, tendo em conta os condicionalismos que a barreira linguística por si só acarreta.

Chegada esta fase, a mestranda crê, não só, que os objetivos inicialmente delineados neste Relatório foram atingidos de forma muito satisfatória, como crê, ainda, que com a sua conceção foram suscitadas questões, aspetos e reflexões que permitiram dar um contributo importante na melhoria da assistência à mulher grávida e parturiente.

As limitações existentes relacionaram-se com a sobrecarga horária em articulação com a vida familiar, momentos que se revelaram de grande superação a nível pessoal e de crescimento, por toda a dedicação demonstrada ao longo dos últimos dois anos. A finalização deste Relatório, como pressuposto, não representa a conclusão de uma nova identidade, mas sim o início de um longo caminho de construção pessoal e profissional, com grande anseio da mestranda em fazer mais e melhor na assistência em enfermagem em saúde materna e obstétrica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Afonso, T., & Loureiro, F. (2018). Cuidados à criança em situação crítica: Reflexão segundo o ciclo reflexivo de aprendizagem. *Enformação – Enfermagem em Contínuo Movimento*, 9, 13-17. <https://www.acenfermeiros.pt/files/upload/revistas/9-revista-ace-w.pdf>
- Antón-Pastor, I., Baile-Maxia, S., Gil-Sánchez, M.A., Mara-López, L., Quijada-Carzola, A., & Palacios-Marqués, A. (2019). Expectativas, percepción y satisfacción materna en el parto inducido frente al parto espontáneo. *Investigación & Cuidados*, 37, 6-16. <https://ciberindex.com/index.php/ic/article/view/3706ic>
- American Psychological Association. (2020). *Publication manual of the American Psychological Association* (7th ed.). <https://doi.org/10.1037/0000165-000>
- Aquino, D.R., & Filho, W.D.N. (2004). Construção da prescrição de enfermagem informatizada em uma UTI. *Cogitare Enferm*, 9(1), 60-70. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v9i1.1706>
- Arik, R.M., Lima Parada, C.M.G., Tonete, V.L.P., & Sleutjes, F.C.M. (2018). Perceptions and expectations of pregnant women about the type of birth. *Rev Bras Enferm*, 72(3), 41-49. <http://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0731>
- Aviso n.º 15812/2019 da Universidade de Évora. (2019). *Diário da República: Série II*, n.º 192, de 7 de Outubro, 139-140. <https://www.uevora.pt/estudar/cursos/mestrados?cod=MA01>
- Barradas, A., Torgal, A.L., Gaudêncio, A.P., Prates, A., Madruga, C., Clara, E., Santos, E., Salgueiro, E., Varela, J., Leite, L., Fernandes, M., Ferreira, M., Rodrigues, S., Santos, S., Rocha, V., & Varela, V. (2015). *Livro de Bolso – Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica/Parteiras*. Ordem dos Enfermeiros.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Quarteto Editora.
- Bombas, T., Branco, M., Franco, S., Gomes, P., Galhano, E., Fonseca, E., Ramalho, C., Pacheco, A., Alves, M.J., Carvalho, R., Centeno, M., Araújo, C., Mártires, E., Clode, N., Almeida, M.C., & Moura, P. (2017). Clinical recommendations for late termination of pregnancy including fetal death. *Acta Obstet Ginecol Port*, 11(2), 132-143. <https://www.spdc.pt/spdc2017/images/13-guidelines.pdf>
- Braz, P., Machado, A., Roquette, R., & Dias, C.M. (2021). *Registo nacional de anomalias congénitas: Relatório 2018-2019*. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP. <http://hdl.handle.net/10400.18/7878>
- Cardoso, A., & Nené, M. (2016). Promover o desenvolvimento das competências parentais. In M. Nené, R. Marques, & M.A. Batista (Coords.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 481-484). Lidel.

- Comissão de Coordenação e Desenvolvimento Regional do Algarve. (2021). *Algarve – Censos 2021 (Resultados Preliminares)*. <https://www.ccdr-alg.pt/site/info/algarve-censos-2021-resultados-preliminares~>
- Centro Hospitalar Universitário do Algarve. (2017). *Instituição*. <https://www.chualgarve.min-saude.pt/instituicao/>
- Despacho n.º 5411/97 do Ministério da Saúde (1997). *Diário da República: Série I, n.º 180*, de 6 de agosto, 9509. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/5411-2166701>
- Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. (2021). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde materna e obstétrica*. Ordem dos Enfermeiros.
- Decreto-Lei n.º 65/2018 da Presidência do Conselho de Ministros. (2018). *Diário da República: Série I, n.º 157*, de 16 de Agosto, 4147-4182. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2018/08/15700/0414704182.pdf>
- Devereux, D. (2015). Scientific and ethical methods in Aristotle's Eudemian and Nicomachean Ethics. In D. Henry & K.G. Nielsen (Eds.), *Bringing the gap between Aristotle's Science and Ethics* (pp. 130-147). Cambridge University Press
- Direção-Geral da Saúde. (2008). *Saúde Reprodutiva/Planeamento Familiar*. Direção-Geral da Saúde. https://www.spdc.pt/files/publicacoes/11230_2.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2015). *Programa nacional para a vigilância da gravidez de baixo risco*. Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/em-destaque/programa-nacional-para-a-vigilancia-da-gravidez-de-baixo-risco-pdf11.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2016). *Programa nacional para as doenças oncológicas: Relatório 2015*. Direção-Geral de Saúde. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/15603/1/d217357.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2020). *Cursos de preparação para o parto e parentalidade e cursos de preparação pós-parto: Equidade na transição para a maternidade e paternidade – Orientações*. Direção-Geral da Saúde.
- Ferreira, A.F. (2016). Fisiologia do puerpério. In M. Nené, R. Marques, M.A. Batista (Coords.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 438-442). Lidel.
- Ferreira, C.C.G., Medeiros, R.M.K., Dalprá, L.A.S., & Corrêa, Á.C.P. (2019). Planear o parto normal: necessidades e expectativas das grávidas. *Pensar Enfermagem*, 23(1), 73-90. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/45093/1/art%20p%20%2073-90.pdf>
- Frias, A., Caldeira, E., Moreira, J., Nogueira, M.J., & Mendonça, S. (2023). *Normas de elaboração de trabalhos escritos*. Universidade de Évora

- Guerra, A. (2016). A Dor em obstetrícia. In M. Nené, R. Marques, M.A. Batista (Coords.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 408-410). Lidel.
- Hepburn, B. (2021). Scientific Method. In E.N Zalta (ed.), *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*. Metaphysics Research Lab, Stanford University. <https://plato.stanford.edu/entries/scientific-method/#HisRevAriMil>
- Hospital do Espírito Santo de Évora. (2021a). *O Hospital*. <https://www.hevora.min-saude.pt/2021/08/02/o-hospital-2/>
- Hospital do Espírito Santo de Évora. (2021b). *Obstetrícia e Ginecologia*. <https://www.hevora.min-saude.pt/2020/01/08/obstetricia-e-ginecologia/>
- Hospital do Espírito Santo de Évora. (2021c). *Resposta Regional*. <https://www.hevora.min-saude.pt/2021/08/02/resposta-regional/>
- Iravani, M., Zarean, E., Janghorbani, M., & Bahrami, M. (2015). Women's needs and expectations during normal labor and delivery. *J Educ Health Promot*, 4, 6. <https://doi.org/10.4103/2277-9531.151885>
- Kamranpour, B., Noroozi, M., & Bahrami, M. (2020). Psychological experiences of women with pregnancy termination due to fetal anomalies: a qualitative study from the perspective of women, their spouses, and healthcare providers in Iran. *Reprod Health*, 17(1), 109. <https://doi.org/10.1186/s12978-020-00959-y>
- Kaufman, T. (2007). Evolution of the birth plan. *J Perinat Educ*, 16(3), 47–52. <https://doi.org/10.1624/105812407X217985>
- Kislaya, I., Braz, P., Dias, C.M., & Loureiro, I. (2017). *Evolução do aleitamento materno em Portugal: dados dos Inquéritos Nacionais de Saúde entre 1995-2014*. <https://www.unicef.pt/media/1615/9-evolucao-do-aleitamento-materno-em-portugal-duas-decadas.pdf>
- Kjeldsen, L.L., Dahlen, H.G., & Maimburg, R.D. (2022). Expectations of the upcoming birth – A survey of women’s self-efficacy and birth positions. *Sex Reprod Healthc*, 34, 100783. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2022.100783>
- Larsson, B., Elfving, M., Vesterlund, E., & Karlstrom, A. (2022). Fulfilment of expectations on birth and the postpartum period – A Swedish cohort study. *Sex Reprod Healthc*, 33, 100748. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2022.100748>
- Lean, S.C., Derricott, H., Jones, R.L., & Heazell, A.E.P. (2017). Advanced maternal age and adverse pregnancy outcomes: A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE*, 12(10), e0186287. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0186287>
- Lei n.º 16/2007 da Assembleia da República. (2007). *Diário da República: Série I*, n.º 75, de 17 de abril, 2417-2418. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/16-2007-519464>

- Lei n.º 110/2019 da Assembleia da República. (2019). *Diário da República: Série I*, n.º 172, de 9 de setembro, 94-101.
<https://files.diariodarepublica.pt/1s/2019/09/17200/0009400101.pdf>
- Lei n.º 156/2015 da Assembleia da República. (2015). *Diário da República: Série I*, n.º 181, de 16 de Setembro, 8059-8105.
<https://files.diariodarepublica.pt/1s/2015/09/18100/0805908105.pdf>
- Leite, R.R.Q., & Frota, A.M.M.C. (2014). O Desejo de Ser Mãe e a Barreira da Infertilidade: Uma Compreensão Fenomenológica. *Phenomenological Studies*, XX(2), 151-160.
<https://www.redalyc.org/pdf/3577/357733921002.pdf>
- Lopes, M.O. (2016). Plano de parto. In M. Nené, R. Marques, & M.A. Batista (Coords.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 167-169). Lidel.
- Lothian, J. (2006). Birth Plans: The good, the bad and the future. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 35(2), 295-303. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2006.00042.x>
- Mandal, A. (2023, Junho 22). *Chromosomal Abnormalities*. <https://www.news-medical.net/health/Chromosomal-Abnormalities.aspx>
- Martins, C.Q. (2018). *Rastreio pré-natal não invasivo: que se perspectiva?* [Master's thesis, Universidade da Beira Interior]. uBibliorum – Repositório Digital da UBI.
<http://hdl.handle.net/10400.6/8391>
- Meleis, A.I. (2012). *Theoretical nursing: Development and progress* (5th ed.). Wolters Kluwer Health | Lippincott Williams & Wilkins
- Mineiro, A., Rita, B., Cardoso, V., & Sousa, C. (2016). A Posição da mulher no trabalho de parto. In M. Nené, R. Marques, & M.A. Batista (Coords.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 335-347). Lidel.
- Monteiro, F., & Leite, C.F. (2016). Estados hipertensivos da gravidez. In M. Nené, R. Marques, & M.A. Batista (Coords.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 182-199). Lidel.
- Organização Mundial da Saúde. (2023). *Adolescent health*. https://www.who.int/en/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1
- Peixoto, N.M.S.M., & Peixoto, T.A.S. (2016). Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(11), 121-132.
<http://dx.doi.org/10.12707/RIV16030>
- Pereira-Mendes, A. (2016). O exercício reflexivo na aprendizagem clínica: Subsídio para a construção do pensamento em enfermagem *Revista Electrónica Educare*, 20(1), 189-211.
<http://dx.doi.org/10.15359/ree.20-1.9>
- Potter P.A., & Perry, A.G. (2006). *Fundamentos de Enfermagem* (5th ed.). Lusociência.

- Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Diário da República: Série II*, n.º 26, de 6 de fevereiro, 4744- 4749.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Regulamento n.º 391/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Diário da República: Série II*, n.º 85, de 3 de maio, 13560-13565.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/391-2019-122216892>
- Santana, M.A., Souza, S.R.R.K., Gualda, D.M.R., & Wall, M.L. (2012). Perfil de gestantes e acompanhantes das oficinas para o parto acompanhado. *Cogitare Enferm*, 17(1), 106-112.
<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/26382/17575>
- Santos, M.J.F., & Batista, M.C.D. (2016). Necessidades em cuidados de enfermagem da puérpera e recém-nascido. In M. Nené, R. Marques, & M.A. Batista (Coords.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 455-472). Lidel.
- Santos, A.P.S., Lamy, Z.C., Koser, M.E., Gomes, C.M.R.P., Costa, B.M., & Gonçalves, L.L.M. (2020a). Contato pele a pele e amamentação no momento do parto: Desejos, expectativas e experiências de mulheres. *Rev Paul Pediatr*, 40, e2020140. <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2022/40/2020140>
- Santos, M.C.S., Viana, M.M.L., Araújo, B.G.S., Rodrigues, W.F.G., Nascimento, N.C., Freire, B.M.M., Espínola, V.L.M.B., Menezes, G.O., Diniz, E.F.S., Evangelista, W.A., Lacerda, E.D., Medeiros, R.R.P., Pontes, A.T.A., & Vasconcelos, E.E.C. (2020b). Teoria de Paterson e Zderad: Aplicabilidade humanística no pré-natal. *International Journal of Development Research*, 10(7), 38650-38654. <https://doi.org/10.37118/ijdr.17737.07.2020>
- Silva, M.M.J., Silva, S.C.B., & Melo, G.A. (2019). Autonomia da gestante na escolha do tipo de parto. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 21(2). <https://doi.org/10.11144/Javeriana.ie21-2.aget>
- Serviço Nacional de Saúde. (2023). *UCSP Beja*. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/4/40001/4020500/Pages/default.aspx>
- Stringer, M.R. (1988). Chorionic villi sampling: A nursing perspective. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 17(1), 19-22. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.1988.tb00409.x>
- Taylor, H.S., Pal, L., & Seli, E. (2020). *Speroff's clinical gynecologic endocrinology and infertility* (9th ed.). Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins
- Torgal, A.L. (2016). Assistência no 1.º trimestre da gravidez. In M. Nené, R. Marques, M.A. Batista (Coords.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 117-122). Lidel.
- Trigueiro, T.H., Pardo, H.N., Berteloni, G.M.A., Franco, C.S., Wall, M.L., & Souza, S.R.R.K. (2021). O uso do plano de parto por gestantes no pré-natal: uma revisão de escopo. *REME - Rev Min Enferm*, 25, e-1391. <http://dx.doi.org/10.5935/1415.2762.20210039>

Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo. (2021). *Relatório de Contas 2020*.
<https://www.ulsba.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/15/2021/06/Relcontas2020.pdf>

Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo. (2023). *Missão, Atribuições e Legislação*.
<https://www.ulsba.min-saude.pt/category/institucional/missao/>

World Health Organization. (2018). *WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272447/WHO-RHR-18.12-eng.pdf>

ANEXOS

Anexo A – Plano de Nascimento da Direção-Geral da Saúde de 2020

Plano de nascimento

identificação da Mulher/Casal (se aplicável)

Nome: _____

Documento de identificação: _____ N.º _____ Validade __/__/__

N.º de utente _____

Nome: _____

Documento de identificação: _____ N.º _____ Validade __/__/__

N.º de utente _____

Nota: Todos os itens adiante mencionados contemplarão 3 possibilidades de preenchimento: Sim; Não; Indiferente.

A - Acompanhamento da mulher: participação do futuro pai e/ou outra pessoa significativa

Durante o trabalho de parto, a mulher pretende:

Estar acompanhada, incluindo em situação de cesariana (Despacho n.º 5344-A/2016, de 19 de abril)

Sim () Não () Indiferente ()

Caso tenha respondido Sim,

a) Sempre ()

b) Apenas em alguns momentos () Especifique: _____

Identificação da(s) pessoa(s) acompanhante(s):

a) _____

b) _____

B – Privacidade

A mulher aceita a presença de estudantes em formação:

Sim () Não () Indiferente ()

A mulher aceita a participação tutelada de profissionais em formação na assistência ao parto:

Sim () Não () Indiferente ()

Outras observações: _____

C – Informação

No sentido de exercer o consentimento informado, esclarecido e livre, a/o mulher/casal pretende ser informada/o, a par e passo, da evolução do trabalho de parto e participar nas decisões acerca do mesmo, depois de conhecer as alternativas possíveis:

Sim () Não () Indiferente ()

Outras observações: _____

D – Período da Dilatação

A mulher pretende ter liberdade de movimento como caminhar e mover-me:

Sim () Não () Indiferente ()

A mulher pretende usar materiais de apoio como bola de Pilates e almofadas:

Sim () Não () Indiferente ()

A mulher pretende ingerir água, chá açucarado e/ou líquidos isotónicos:

Sim () Não () Indiferente ()

A mulher pretende poder estar deitada:

Sim () Não () Indiferente ()

A mulher pretende ser observada com número mínimo de toques vaginais:

Sim () Não () Indiferente ()

Outras observações: _____

E – Controlo da dor

A mulher pretende usar apenas métodos não farmacológicos de alívio da dor, como liberdade de movimentos, respiração e técnicas de relaxamento, massagens, duche, banho de imersão:

Sim () Não () Indiferente ()

A mulher pretende analgesia epidural, por sua solicitação, no momento desejado e se tiver condições clínicas para tal:

Sim () Não () Indiferente ()

Outras observações: _____

F – Indução do parto

A mulher pretende, apenas em situação de necessidade, o uso de medicação “para provocar” o parto:

Sim () Não () Indiferente ()

A mulher pretende que uma eventual rutura artificial da “bolsa de águas” ocorra apenas em situação de necessidade:

Sim () Não () Indiferente ()

Outras observações: _____

G – Período Expulsivo

A mulher pretende escolher a posição a adotar durante o período expulsivo:

Sim () Não () Indiferente ()

A mulher deseja iniciar esforços expulsivos apenas quando sentir necessidade:

Sim () Não () Indiferente ()

A mulher solicita o uso de episiotomia apenas em situação de imperatividade:

Sim () Não () Indiferente ()

Outras observações: _____

H – Nascimento

A/O mulher/casal deseja que o bebé tenha contacto pele-a-pele com:

a) A mãe

Sim () Não () Indiferente ()

Caso tenha respondido Sim,

1. O contacto pele-a-pele imediatamente após o nascimento e durante o máximo tempo possível ()
2. O contacto pele-a-pele num momento posterior ()

Outras observações: _____

b) O pai

Sim () Não () Indiferente ()

Caso tenha respondido Sim,

1. O contacto pele-a-pele imediatamente após o nascimento e durante o máximo tempo possível ()
2. O contacto pele-a-pele num momento posterior ()

Outras observações: _____

I – Aleitamento do recém-nascido

A mulher pretende iniciar a amamentação na primeira hora de vida:

Sim () Não () Indiferente ()

A mulher pretende apoio para estimulação e extração precoce de leite materno, caso haja necessidade de afastamento temporário do bebé:

Sim () Não () Indiferente ()

A/O mulher/casal pretende, em caso de necessidade de alimentar temporariamente o recém-nascido com leite artificial, que este seja oferecido por copo, seringa ou finger-feeding em vez de tetina:

Sim () Não () Indiferente ()

A/O mulher/casal deseja ser informada/o acerca de grupos e linhas de apoio ao aleitamento materno a que possa recorrer após a alta hospitalar:

Sim () Não () Indiferente ()

A mulher pretende alimentar o recém-nascido com leite artificial:

Sim () Não () Indiferente ()

Outras observações: _____

J – Após o parto

A/o mulher/casal pretende que o bebê fique no mesmo quarto dos progenitores, beneficiando todos do alojamento conjunto:

Sim () Não () Indiferente ()

A/O mulher/casal pretende receber informação e estar presente nos procedimentos a realizar ao recém-nascido:

Sim () Não () Indiferente ()

Outras observações: _____

K – Outras expectativas não mencionadas

Tomei/ámos conhecimento de todas as informações necessárias ao preenchimento do presente documento. Declaro/amos que são exatas e completas as informações por mim/nós aqui prestadas, no que respeita aos cuidados de saúde e aos procedimentos que desejo/amos receber, que me/nos são indiferentes ou que não desejo/amos receber antes, durante e após o parto.

Mais declaro/amos estar/mos ciente/s de que a concretização das intenções expressas neste documento estará dependente, no todo ou na parte, da evolução clínica do processo de trabalho de parto, parto e pós parto, assim como de constrangimentos logísticos que possam estar presentes na instituição de saúde onde ocorra.

Data ___/___/___

Assinatura/s (conforme documento de identificação civil)

APÊNDICES

Apêndice A – Caracterização física do Serviço de Obstetrícia e Ginecologia – Unidade Hospitalar 1, do Serviço de Obstetrícia – Unidade Hospitalar 2 e Bloco de Partos – Unidade Hospitalar 3

Serviço de Obstetrícia e Ginecologia – Unidade Hospitalar 1 (Ala direita)					
Salas/ Gabinetes	Sala de CTG/SO (Quarto A)		Gabinete de Enfermagem		Sala de Tratamentos/Trabalho
Enfermarias (10)	Quartos B e K (2 camas + 1 wc)	Quartos C, D e E (3 camas - Puerpério)	Quartos F e G (3 camas – Grávidas Patológicas ou Puérperas sem RN)	Quarto H e I (3 camas - Ginecologia)	Quarto J (1 cama + 1 wc - Isolamento Covid)
Pediatria	Sala OEA			Triagem de RN	
Apoios	WC (3) - Utentes	WC (1) - Funcionários	Sala de arrumos	Sala de sujos	

Serviço de Obstetrícia – Bloco de Partos e Internamento de Puerpério – Unidade Hospitalar 2							
Salas/ Gabinetes	Sala de Urgência/ Admissões		Bloco de Partos (2 Salas de Partos)		Sala de Partos Covid	Gabinete de Enfermagem	Sala de Trabalho
Enfermarias (6)	Enfermaria Covid (3camas)			Enfermarias (4) (3 camas)		Enfermaria (1) (2 camas)	
Apoios	Sala de Arrumos + Divisão de Apoio	Copa de Empre- sa Externa	Copa para Funcio- nários	WC (3) - Utentes	WC (1) - Funcio- nários	Arma- zém	Sala de Desinfe- ção

Bloco de Partos – Unidade Hospitalar 3							
Salas/ Gabinetes	Sala de Urgência/ Admissão (3)	Sala de CTG	Bloco de Partos (5 Salas de Partos)		Gabinete Médico (2)	Gabinete de Enferma- gem	Sala de Trabalho
Enfermarias (2)	Sala de Vigilância Pós-Parto (2 camas)				Sala de Vigilância Pós-Cirúrgica (2 camas)		
Apoios	Sala de Arrumos	Roupa- ria	Área de refei- ções	WC utentes (3) + WC funcionários (2)	Vestiários utentes (1) + Vestiários funcionários (2)	Sala de sujos/ desinfe- ção	

Apêndice B – Reflexão sobre o Estágio de Observação em Neonatologia

REFLEXÃO

Campo clínico: Estágio de Observação em Neonatologia

Data: 07/02/2023 a 10/02/2023

Durante esta semana a mestranda deslocou-se à Unidade de Cuidados Especiais Neonatais da Unidade Hospitalar 2, com o objetivo de aprofundar conhecimentos sobre os cuidados a recém-nascidos com necessidades especiais.

Neste período apenas foi possível a observação de cuidados a um RN. Tratava-se de um neonato com 12 dias de vida, nascido às 33 semanas de gestação por cesariana urgente, por patologia materna. A mãe, com 28 anos de idade era doente do foro oncológico e tinha outras patologias associadas como a HTAG e diabetes mellitus tipo II insulino-tratada. No dia do nascimento apresentava sintomas como a cefaleia e visão turva, sinais como o edema acentuado nos membros inferiores e valores analíticos sugestivos de pré-eclâmpsia, decidindo a equipa médica pelo término da gravidez.

Ao nascer, o RN apresentou um índice de *Apgar* de 1' 8, 5' 9 e 10'10 e um peso de 2,715 Kg. De salientar que às 32 semanas de gestação foi realizada maturação pulmonar com a administração intramuscular de dexametasona à mãe. Mesmo apresentando uma boa adaptação à vida extrauterina, pela prematuridade moderada o RN ficou de imediato internado na unidade de cuidados especiais neonatais. A sua permanência nesta unidade devia-se ao fato do RN apresentar um quadro de dependência alimentar, hipoglicémias recorrentes e necessidade de oxigenoterapia intermitente. Os reflexos de sucção eram débeis e quando estimulada a alimentação por tetina constatava-se cansaço e descida das saturações de oxigénio periféricas. Neste sentido o RN estava entubado com sonda nasogástrica para alimentação por declive, de duas em duas horas, com 45 ml de leite especial para prematuros. Quanto ao quadro de hipoglicémia, a sua avaliação estava preconizada pré-prandial e uma hora pós-prandial. Verificava-se com grande frequência valores de hipoglicémia nas avaliações pré-prandiais e valores elevados pós-prandiais, sugerindo uma rápida descida, mas também uma rápida subida, o que não é algo muito comum para um RN com 12 dias de vida. Desta forma, a equipa médica encontrava-se a estudar a situação de forma mais pormenorizada, sendo reportada a situação com profissionais especialistas em outras instituições hospitalares, existindo ainda a hipótese de uma transferência inter-hospitalar para estudo aprofundado do caso.

Quanto aos cuidados de enfermagem observados, foi possível presenciar o banho que é bastante similar ao realizado em internamento de Puerpério, a avaliação dos sinais vitais, nomeadamente, a avaliação da tensão arterial, pulso, temperatura e a oximetria que se

encontrava sendo avaliada permanentemente. As características da respiração carecem também de avaliação sistemática, fazendo referência ao número de ciclos respiratórios. Foi possível observar a alimentação entérica por declive, em que é conectada uma seringa de 20ml à extremidade da sonda nasogástrica e preenchida com o leite especial para prematuros. Sendo um sistema por declive é necessário elevar a seringa, fazendo com o que o alimento por ação da gravidade desça até ao estômago. Anteriormente a este procedimento é importante verificar a presença de depósito, que consiste na presença de conteúdo de leite digerido que possa ainda existir da alimentação anterior. A presença de uma grande quantidade de depósito pode indicar que haja dificuldade ao nível da digestão, podendo haver neste caso intolerância alimentar. Outros cuidados importantes são verificar a presença e características das eliminações, identificando possíveis desvios à normalidade.

Nesta unidade é permitida a visita de ambos os pais, das 08h:00m até às 20h:00m, salvo situações em que se verifique o número elevado de internamentos. Nestes casos, que são muito pontuais, as visitas ocorrem por períodos desfasados.

Neste caso específico, tratando-se do único RN internado, os pais podiam permanecer durante o período estipulado, no entanto, devido à condição de saúde da mãe esta visitava o seu bebé durante um período de uma hora de manhã e à tarde. Para além da preocupação inerente aos cuidados especiais que o seu bebé ainda necessitava, estes pais viviam com a sombra causada pela doença oncológica da mãe. Deverá ser sem dúvida uma tremenda batalha diária, em que os dias ganham nome de esperança. Se em ausência de doença deste foro na família, o nascimento de um bebé prematuro se torna um evento de vida que carece de um apoio emocional especial por parte do enfermeiro, neste caso específico é fulcral. A escuta ativa dos seus receios, preocupações e dúvidas torna-se num contributo grandioso para a vivência deste processo.

Finalizando esta reflexão, a mestrandia gostaria de fazer referência aos registos informáticos, que se revelam de extrema importância. Neles devem constar não só todos os resultados dos procedimentos prescritos pelo médico, como também todos os cuidados de enfermagem prestados. Todos os desvios da normalidade identificados, para além de reportados de imediato ao pediatra, devem também ser relatados em suporte informático por meio de uma nota geral.

Apêndice C – Modelo T-005

 Serviços Académicos	Cursos de 3.º Ciclo, 2.º Ciclo e Mestrado Integrado PROPOSTA DE PROJETO DE TESE / DISSERTAÇÃO / ESTÁGIO / TRABALHO DE PROJETO	MODELO T-005
		Ano Letivo: 2022 / 2023
1. DELIBERAÇÃO DO CONSELHO CIENTÍFICO DA ESCOLA (A ser emitido apenas em GesDOC)		2. PARECER DO DIRETOR DE CURSO (A ser emitido apenas em GesDOC)
3. IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDANTE Nome Completo: <u>Raquel Sofia Guerreiro Pacheco</u> Número: <u>M50604</u> Ciclo de Estudos: <input type="checkbox"/> 3.º Ciclo <input checked="" type="checkbox"/> 2.º Ciclo <input type="checkbox"/> Mestrado Integrado Curso: <u>Mestrado em Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica</u> Especialidade/Plano Alternativo: <u>Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica</u>		
4. CONTACTOS DO ESTUDANTE Telef.: <u>964233056</u> E-mail: <u>raquelapacheco_5@hotmail.com</u>		
5. PROPOSTA <input checked="" type="checkbox"/> Entrega de 1.º Projeto <input type="checkbox"/> Entrega de Projeto Reformulado <input type="checkbox"/> Entrega de 2.º Projeto por Reingresso <input type="checkbox"/> Proposta de Alteração de Projeto Neste caso, assinala os quadros deste formulário em que propõe alterações (Só deve preencher os respetivos quadros) <input type="checkbox"/> 6. <input type="checkbox"/> 7. <input type="checkbox"/> 8. <input type="checkbox"/> 9. <input type="checkbox"/> 10. <input type="checkbox"/> 11. <input type="checkbox"/> 12. <input type="checkbox"/> 13.		
6. JUSTIFICAÇÃO DA PROPOSTA DE ALTERAÇÃO (A preencher apenas no caso de no quadro 5 ter escolhido esta opção)		
7. TIPO DE TRABALHO (de acordo com o previsto no Plano de Estudos do Curso) <small>APENAS NO CASO DE PROGRAMA DE DOUTORAMENTO:</small> <input type="checkbox"/> Tese Formato da Tese: <input type="checkbox"/> Dissertação sobre o tema de investigação <input type="checkbox"/> Compilação de artigos publicados <input type="checkbox"/> Obra ou conjunto de obras, ou realizações, com carácter inovador (no domínio das artes) <small>PARA MESTRADO OU MESTRADO INTEGRADO:</small> <input type="checkbox"/> Dissertação <input checked="" type="checkbox"/> Estágio <input type="checkbox"/> Trabalho de Projeto		8. LÍNGUA DE REDAÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> Português <input type="checkbox"/> Inglês <input type="checkbox"/> Espanhol <input type="checkbox"/> Francês <input type="checkbox"/> Outra: _____
9. TÍTULO DO TRABALHO Título (na língua de redação): <u>Expetativas de Parto no 3º Trimestre de Gravidez</u> Título em Inglês: <u>Expectations of Delivery in the 3rd Trimester of Pregnancy</u>		

10. ORIENTAÇÃO (Anexar declaração(ões) de aceitação)Nome: Maria da Luz Ferreira BarrosUniversidade/Instituição: Universidade de Évora / Escola de Enfermagem de São João de DeusN.º Identificação Civil: - Tipo de Identificação: BI CC Passaporte Outro: Telef.: E-mail: ID ORCID: Nome: Universidade/Instituição: N.º Identificação Civil: - Tipo de Identificação: BI CC Passaporte Outro: Telef.: E-mail: ID ORCID: Nome: Universidade/Instituição: N.º Identificação Civil: - Tipo de Identificação: BI CC Passaporte Outro: Telef.: E-mail: ID ORCID: **11. ÁREA DISCIPLINAR E PALAVRAS-CHAVE DO TRABALHO**Domínio Científico e Tecnológico (Área FOS): Ciências da Saúde
Consulte a lista de Áreas FOS em: <http://www.dgeec.mec.pt/np4/28>Palavras-chave (5 palavras, separadas por ';'): 'Parto'; 'Expetativas'; 'Plano de Parto'; 'Papel do ESMO'; 'Parto humanizado'**12. DOMÍNIO A INVESTIGAR/TEMA**Expetativas de Parto**13. RESUMO, PLANO E CRONOGRAMA** (Se necessário submeter como anexo a este impresso)**14. DOCUMENTOS ANEXOS**

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

15. DECLARAÇÃO DO ESTUDANTE

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

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

13. RESUMO, PLANO E CRONOGRAMA

O presente documento visa a apresentação de um projeto de estágio, inserido na Unidade Curricular Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final (ENPRF), seguindo as orientações do Plano de Estudos da Universidade de Évora (Aviso n.º 15812/2019; DR 7/10/2019) para o Curso de Mestrado em Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica (CMESMO). Este é um curso de 2º ciclo que se encontra registado na Direção Geral do Ensino Superior (R/A -Ef 1783/2011/AL03), que confere não só o título de Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica (EESMO), como também o grau académico, sendo reconhecido pela Ordem dos Enfermeiros (SAI -OE/2017/9022 e SAI -OE/2019/5981) com a competência e conhecimento necessários para cuidar da mulher inserida na família/comunidade, na área da saúde sexual e reprodutiva e ainda no seu ciclo gravídico-puerperal. O CMESMO é, desta forma, consonante com o Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Reg. n.º 140/2019 de 6 de fevereiro) e com o Regulamento de Competências do EESMO (Reg. n.º 391/2019 de 3 de maio). Pretende-se com esta apresentação dar conhecimento acerca das competências a adquirir ao longo de todo o Estágio nos diferentes campos clínicos, mas também da temática escolhida pelo aluno, a qual será alvo de estudo e aprofundamento do conhecimento e que simultaneamente dará título ao projeto. O ENPRF que contém 60 créditos ECTS, está planeado com data de início a 12 de setembro de 2022 e data de término a 7 de julho de 2023. Os campos de estágios contemplados serão no âmbito da Ginecologia, Cuidados de Saúde Primários, Sala de Partos e Puerpério. Os objetivos delineados para esta Unidade Curricular constam no seu Planeamento e são eles: 1) Cuidar da mulher/companheiro inseridos na família e comunidade; 2) Demonstrar uma aquisição de conhecimentos conducente a uma proposta de melhoria de cuidados, considerando as vertentes de teórico-práticas e a Prática Baseada na Evidência e 3) Defender através de um Relatório apresentado em provas públicas, a sua aquisição de competências ao longo do Estágio de Natureza Profissional. Com base neste pressuposto, foi elaborado um quadro que contém um conjunto de atividades gerais e atividades específicas de acordo com a temática a explorar ao longo de todo o Estágio. A temática recai para o cuidado da mulher inserida na família/comunidade durante o período pré-natal, onde se pretende identificar quais as expectativas que a mulher tem para o seu parto, mediante a aplicação do Plano de Parto. Este, visa incentivar a mulher grávida a clarificar desejos e expectativas e a estabelecer uma comunicação eficaz com os profissionais de saúde, no sentido de criar um plano de cuidados realista para o seu trabalho de parto (Lothian, 2006). Cada mulher e respetiva família possuem expectativas diferentes face ao parto, influenciadas pelas suas experiências, crenças, conhecimentos e cultura, devendo estas diferenças ser compreendidas e respeitadas de forma a garantir um cuidado adaptado e individualizado. Identificar quais as preferências e as expectativas da mulher no decorrer do trabalho de parto e parto, promove uma prestação de cuidados de qualidade às parturientes, na medida em que auxilia os profissionais de saúde e especialmente as parteiras a direcionar as suas intervenções. Para além disso, quando as expectativas são correspondidas, as parturientes vivenciam uma experiência de parto positiva (Irvani et al., 2015). Uma experiência de parto positiva é definida como aquela em que são preenchidas ou excedidas as necessidades, crenças e expectativas pessoais e socioculturais da mulher grávida, permitindo o nascimento de um bebé saudável, num ambiente clinicamente e psicologicamente seguro (WHO, 2018).

Plano de Atividades

Campo	Objetivos	Atividades	Resultados Esperados	Processo de Avaliação
Vertente Clínica - Competências Instrumentais e Relacionais no âmbito ginecológico - <u>Serviça de Ginecologia</u>	Objetivo 1. Cuidar da mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica;	1. Prestação de cuidados de enfermagem a mulher com afições do aparelho genitourinário e/ou mama. 2. Promoção do processo de adaptação da mulher com afição do aparelho genitourinário e/ou mama à sua nova condição.	6.1 Promove a saúde ginecológica da mulher. 6.2 Diagnostica precocemente e previne complicações relacionadas com afições do aparelho genitourinário e/ou mama. 6.3 Providencia cuidados a mulher com afições do aparelho genitourinário e/ou mama e facilita a sua adaptação a nova situação.	1. Conhecimento dos protocolos institucionais; 2. Registos validados pelo Parceiro no sistema SCLINICO; 3. Registos efetuados no Plano de Registos e validados pelo Professor; 4. Reunião de avaliação com Parceiro e Professor.
Vertente Clínica - Competências Instrumentais e Relacionais no período do climatério - <u>Serviça de Ginecologia</u>	Objetivo 2. Cuidar de mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério;	1. Orientação e assistência a mulher durante o período do climatério. 2. Promoção do processo de adaptação a menopausa.	5.1 Promove a saúde da mulher apoiando o processo de transição à menopausa. 5.2 Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher durante o período do climatério. 5.3 Providencia cuidados a mulher que vivencia processos de adaptação à menopausa.	1. Conhecimento de protocolos institucionais; 2. Registos validados pelo Parceiro no SCLINICO; 3. Registos efetuados no Plano de Registos e validados pelo Professor; 4. Reunião de avaliação com Parceiro e Professor.
Vertente Clínica - Competências Instrumentais e Relacionais no período pré-natal - <u>Consultas de Saúde Primária, Instrumentais de Gravidez, Parto, Sala de Partos e Puerpério, Serviço de Urgência de Obstetria/Ginecologia</u>	Objetivo 3. Cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal;	1. Orientação e assistência a mulher durante o período pré-natal. 2. Orientação e assistência a mulher em situação de abortamento. 3. Avaliação sobre a informação que a mulher tem acerca do Plano de Parto. 4. Avaliação sobre o interesse da mulher em elaborar o Plano de Parto. 5. Promoção do plano de parto, aconselhamento e apoio à mulher na decisão.	2.1 Promove a saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento. 2.2 Diagnostica precocemente e previne complicações na saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento. 2.3 Providencia cuidados a mulher e facilita a sua adaptação, durante o período pré-natal e em situação de abortamento. 2.4 Aplicação do Plano de Parto.	1. Conhecimento dos programas de intervenção recomendados; 2. Conhecimento dos protocolos institucionais; 3. Registos validados pelo Parceiro no sistema SCLINICO e no Boletim de Saúde da Gestida; 4. Registos efetuados no Plano de Registos e validados pelo Professor; 5. Revisão da literatura acerca da temática; 6. Reunião de avaliação com Parceiro e Professor.

<p>Verente Clínica: Competências Instrumentais e Relacionais no âmbito do planeamento familiar e período preconcepcional - <u>Cuidados de Saúde Primários</u></p>	<p>Objetivo 4. Cuidar da mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período preconcepcional;</p>	<p>1. Orientação e assistência a mulher no âmbito do planeamento familiar e período preconcepcional. 2. Orientação e assistência a mulher com disfunções sexuais, problemas de fertilidade e infeções sexualmente transmissíveis.</p>	<p>1.1 Promove a saúde da mulher no âmbito da saúde sexual, do planeamento familiar e durante o período preconcepcional. 1.2 Diagnóstica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher no âmbito da saúde sexual, do planeamento familiar e durante o período preconcepcional. 1.3 Providencia cuidados a mulher com disfunções sexuais, problemas de fertilidade e infeções sexualmente transmissíveis.</p>	<p>1. Conhecimento dos programas de intervenção recomendados; 2. Conhecimento dos protocolos institucionais; 3. Registos validados pelo Parceptor no sistema SCLINICO e no Boletim de Saúde Reprodutiva/Planeamento Familiar; 4. Registos efetuados no Plano de Registos e validados pelo Professor; 5. Reunião de avaliação com Parceptor e Professor.</p>
<p>Verente Clínica: Competências Instrumentais e Relacionais durante o trabalho de parto - <u>Resposta Partida</u></p>	<p>Objetivo 5. Cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto;</p>	<p>1. Prestação de cuidados de enfermagem a mulher em trabalho de parto.</p>	<p>3.1 Promove a saúde da mulher durante o trabalho de parto e otimiza a adaptação do recém-nascido a vida extrauterina. 3.2 Diagnóstica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e do recém-nascido. 3.3 Providencia cuidados a mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez e/ou com o trabalho de parto.</p>	<p>1. Conhecimento de protocolos institucionais; 2. Registos validados pelo Parceptor no SCLINICO e Partograma; 3. Registos efetuados no Plano de Registos e validados pelo Professor; 4. Reunião de avaliação com Parceptor e Professor.</p>
<p>Verente Clínica: Competências Instrumentais e Relacionais durante o período pós-natal - <u>Resposta Partida e Cuidados de Saúde de Parturientes</u></p>	<p>Objetivo 6. Cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal;</p>	<p>1. Prestação de cuidados de enfermagem a mulher durante o período pós-natal imediato (primeiras 2 horas pós-parto). 2. Prestação de cuidados de enfermagem a mulher internada durante o período pós-natal.</p>	<p>4.1 Promove a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal. 4.2 Diagnóstica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e recém-nascido durante o período pós-natal. 4.3 Providencia cuidados nas situações que possam afetar negativamente a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal.</p>	<p>1. Conhecimento de protocolos institucionais; 2. Registos validados pelo Parceptor no SCLINICO; 3. Registos efetuados no Plano de Registos e validados pelo Professor; 4. Reunião de avaliação com Parceptor e Professor.</p>
<p>Verente Clínica: Competências Instrumentais e Relacionais que abrangem o grupo/mulheres em idade fértil - <u>Unidade de Saúde da Mulher e da Criança</u></p>	<p>Objetivo 7. Cuidar do grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade.</p>	<p>1. Orientação e assistência a mulher em idade fértil inserida na comunidade. 2. Prestação de cuidados de enfermagem a mulher em idade fértil, em contexto de internamento. 3. Promoção da saúde e prevenção da doença dirigida a mulher em idade fértil.</p>	<p>7.1 Promove a saúde do grupo-alvo. 7.2 Diagnóstica precocemente e intervir no grupo-alvo no sentido de prevenir complicações na área da saúde sexual e reprodutiva. 7.3 Intervém na minimização das causas de mortalidade materno-fetal.</p>	<p>1. Conhecimento de programas e projetos recomendados; 2. Conhecimento dos recursos disponíveis na comunidade; 3. Reunião de avaliação com Parceptor e Professor.</p>

Cronograma

Atividades/Período	2022					2023								
	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set
Realização do Estágio														
Reflexão sobre temática														
Elaboração do Projeto														
Definição de objetivos e planeamento das atividades														
Entrega do Projeto														
Pesquisa bibliográfica e revisão da literatura														
Desenvolvimento e aplicação das atividades planeadas														
Reflexão descritiva de cada atividade e sua fundamentação														
Avaliação das atividades														
Elaboração do Relatório Final de Estágio														
Entrega do Relatório Final de Estágio														

Referências Bibliográficas

- Aviso n.º 15812/2019 da Universidade de Évora. (2019). *Diário da República: Série II*, n.º 192, de 7 de Outubro, 139-140. <https://www.uevora.pt/estudar/cursos/mestrados?cod=MA01>
- Iravani, M., Zarean, E., Janghorbani, M., & Bahrami, M. (2015). Women's needs and expectations during normal labor and delivery. *J Educ Health Promot*, 4, 6. <https://doi.org/10.4103/2277-9531.151885>
- Lothian, J. (2006). Birth Plans: The good, the bad and the future. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 35(2), 295-303. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2006.00042.x>
- Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Diário da República: Série II*, n.º 26, de 6 de fevereiro, 4744-4749. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Regulamento n.º 391/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Diário da República: Série II*, n.º 85, de 3 de maio, 13560-13565. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/391-2019-122216892>
- World Health Organization. (2018). *WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272447/WHO-RHR-18.12-eng.pdf>

**Apêndice D – Registo das Experiências Clínicas da Mestranda no
Estágio de Natureza Profissional**

**REGISTO DE
EXPERIÊNCIAS CLÍNICAS
DO CMESMO**

Raquel Sofia Guerreiro Pacheco

12-09-2022 a 16-06-2023

Índice

- 1. NOTA INTRODUTÓRIA**
- 2. REGISTOS EM SUPORTE PAPEL**
- 3. VIGILÂNCIA E PRESTAÇÃO DE CUIDADOS A MULHERES COM AFEÇÕES GINECOLÓGICAS**
- 4. VIGILÂNCIA E PRESTAÇÃO DE CUIDADOS A PUÉRPERAS SAUDÁVEIS**
- 5. VIGILÂNCIA E PRESTAÇÃO DE CUIDADOS A RECÉM-NASCIDOS SAUDÁVEIS**
- 6. VIGILÂNCIA E PRESTAÇÃO DE CUIDADOS A MULHERES EM SITUAÇÃO DE RISCO**
 - 6.1. GRAVIDEZ
 - 6.2. TRABALHO DE PARTO
 - 6.3. PUERPÉRIO
- 7. VIGILÂNCIA E PRESTAÇÃO DE CUIDADOS A RECÉM-NASCIDOS DE RISCO**
- 8. PARTOS EUTÓCICOS**

1. NOTA INTRODUTÓRIA

O CMESMO prevê a formação durante o 2.º ano por uma fração curricular de carácter prático, sob a metodologia de supervisão. No estágio, a mestranda terá a oportunidade de desenvolver experiências práticas nas diversas áreas da atuação da especialidade, que permitem a aquisição das competências específicas do EEESMO e das competências comuns do enfermeiro especialista.

O programa de estudos para a obtenção do título de parteira encontra-se descrito em Diário da República, 1.ª série, N.º 84, 2 de maio de 2014, e nele constam as experiências que devem ser cumpridas.

Todas as experiências vivenciadas ao longo do Estágio são registadas, comprovando a existências destes momentos de aprendizagem, sendo o presente documento o instrumento utilizado para esse fim.

2. REGISTOS EM SUPORTE PAPEL

Na Introdução ao ENPRF, foram facultados pela Regente da UC os documentos necessários para os registos das experiências clínicas. No decorrer de cada campo clínico, a mestranda registou as suas experiências e a enfermeira supervisora atestou a sua veracidade, rubricando os documentos. Do conjunto de documentos auxiliados, num deles consta os números mínimos que a mestranda deve cumprir, de acordo com os itens referidos em Diário da República, 1.ª série, N.º 84, 2 de maio de 2014. São eles os seguintes:

Tipo	Quantificação (mínimos)
Exames pré-natais	100
Partos eutócicos	40
Participação ativa em partos pélvicos	Não quantificado
Participação ativa em partos gemelares	Não quantificado
Participação ativa em outros partos	Não quantificado
Episiotomia	Não quantificado
Episiorrafia/Perineorrafia	Não quantificado
Vigilância e prestação de cuidados a mulheres em situação de risco: Gravidez Trabalho de parto Puerpério	40
Vigilância e prestação de cuidados a puérperas saudáveis	100
Vigilância e prestação de cuidados a recém-nascidos saudáveis	100
Vigilância e prestação de cuidados a recém-nascidos de risco	Não quantificado
Vigilância e prestação de cuidados a mulheres com afeções ginecológicas	Não quantificado

3. VIGILÂNCIA E PRESTAÇÃO DE CUIDADOS A MULHERES COM AFEÇÕES GINECOLÓGICAS

N.º	Data	Idade	Motivo de Internamento	Local
1	16/09/2022	30	Histeroscopia p/dor pélvica	Ginecologia – Hospital do Alentejo 1
2	16/09/2022	33	Anexectomia	Ginecologia – Hospital do Alentejo 1
3	16/09/2022	32	IMG p/trissomia 21	Ginecologia – Hospital do Alentejo 1
4	16/09/2022	38	Metrorragia	Ginecologia – Hospital do Alentejo 1
5	17/09/2022	30	Histeroscopia p/dor pélvica	Ginecologia – Hospital do Alentejo 1
6	17/09/2022	38	Metrorragia	Ginecologia – Hospital do Alentejo 1
7	22/09/2022	41	Metrorragia	Ginecologia – Hospital do Alentejo 1
8	23/09/2022	45	Histerectomia total	Ginecologia – Hospital do Alentejo 1
9	23/09/2022	41	Metrorragia	Ginecologia – Hospital do Alentejo 1
10	26/09/2022	44	Histerectomia+salpingectomia	Ginecologia – Hospital do Alentejo 1
11	26/09/2022	65	Excisão do quisto	Ginecologia – Hospital do Alentejo 1
12	28/09/2022	65	Excisão do quisto	Ginecologia – Hospital do Alentejo 1
13	28/09/2022	52	Mioma parido	Ginecologia – Hospital do Alentejo 1
14	30/09/2022	28	Dor pélvica	Ginecologia – Hospital do Alentejo 1
15	30/09/2022	48	Histerectomia total	Ginecologia – Hospital do Alentejo 1
16	30/09/2022	36	Histeroscopia	Ginecologia – Hospital do Alentejo 1
17	01/10/2022	39	Aborto retido	Ginecologia – Hospital do Alentejo 1
18	01/10/2022	41	Histerectomia total + salpingectomia bilateral	Ginecologia – Hospital do Alentejo 1
19	01/10/2022	39	Histerectomia total + salpingectomia bilateral	Ginecologia – Hospital do Alentejo 1
20	03/10/2022	41	Histerectomia total + salpingectomia bilateral	Ginecologia – Hospital do Alentejo 1
21	03/10/2022	39	Histerectomia total + salpingectomia bilateral	Ginecologia – Hospital do Alentejo 1
22	03/10/2022	78	Tumor uterino metastizado	Ginecologia – Hospital do Alentejo 1
23	04/10/2022	78	Tumor uterino metastizado	Ginecologia – Hospital do Alentejo 1
24	08/10/2022	39	Salpingectomia unilateral	Ginecologia – Hospital do Alentejo 1
25	08/10/2022	78	Tumor uterino metastizado	Ginecologia – Hospital do Alentejo 1
26	08/10/2022	49	Histerectomia total + salpingectomia bilateral	Ginecologia – Hospital do Alentejo 1
27	08/10/2022	43	Anexectomia	Ginecologia – Hospital do Alentejo 1
28	10/10/2022	39	Salpingectomia unilateral	Ginecologia – Hospital do Alentejo 1
29	10/10/2022	43	Anexectomia	Ginecologia – Hospital do Alentejo 1
30	11/10/2022	78	Tumor uterino metastizado	Ginecologia – Hospital do Alentejo 1
31	11/10/2022	43	Anexectomia	Ginecologia – Hospital do Alentejo 1
32	13/10/2022	50	Histerectomia total	Ginecologia – Hospital do Alentejo 1

Legenda: - Mulheres no período do climatério

4. VIGILÂNCIA E PRESTAÇÃO DE CUIDADOS A PUÉRPERAS SAUDÁVEIS

N.º	Data	Parto	Local
1	14/09/2022	Eutócico	Puerpério – Hospital do Alentejo 1
2	21/09/2022	Eutócico	Puerpério – Hospital do Alentejo 1
3	22/09/2022	Eutócico	Puerpério – Hospital do Alentejo 1
4	22/09/2022	Eutócico	Puerpério – Hospital do Alentejo 1
5	26/09/2022	Eutócico	Puerpério – Hospital do Alentejo 1
6	27/09/2022	Eutócico	Puerpério – Hospital do Alentejo 1
7	28/09/2022	Eutócico	Puerpério – Hospital do Alentejo 1
8	30/09/2022	Cesariana	Puerpério – Hospital do Alentejo 1
9	30/09/2022	Eutócico	Puerpério – Hospital do Alentejo 1
10	03/10/2022	Eutócico	Puerpério – Hospital do Alentejo 1
11	03/10/2022	Eutócico	Puerpério – Hospital do Alentejo 1
12	08/10/2022	Eutócico	Puerpério – Hospital do Alentejo 1
13	08/10/2022	Eutócico	Puerpério – Hospital do Alentejo 1
14	10/10/2022	Eutócico	Puerpério – Hospital do Alentejo 1
15	11/10/2022	Eutócico	Puerpério – Hospital do Alentejo 1
16	11/10/2022	Eutócico	Puerpério – Hospital do Alentejo 1
17	13/10/2022	Eutócico	Puerpério – Hospital do Alentejo 1
18	11/10/2022	Eutócico	Puerpério – Hospital do Alentejo 1
19	19/10/2022	Cesariana	Puerpério – Hospital do Alentejo 1
20	19/10/2022	Cesariana	Puerpério – Hospital do Alentejo 1
21	27/10/2022	Eutócico	CSP
22	11/11/2022	Forcêps	CSP
23	14/11/2022	Ventosa	CSP
24	21/11/2022	Eutócico	CSP
25	21/11/2022	Eutócico	CSP
26	29/11/2022	Eutócico	CSP
27	30/11/2022	Forcêps	CSP
28	05/12/2022	Eutócico – Puerpério imediato	Sala de Partos – Hospital do Alentejo 2
29	09/12/2022	Eutócico – Puerpério imediato	Sala de Partos – Hospital do Alentejo 2
30	20/12/2022	Eutócico – Puerpério imediato	Sala de Partos – Hospital do Alentejo 2
31	21/12/2022	Eutócico – Puerpério imediato	Sala de Partos – Hospital do Alentejo 2
32	21/12/2022	Eutócico – Puerpério imediato	Sala de Partos – Hospital do Alentejo 2
33	04/01/2023	Eutócico – Puerpério imediato	Sala de Partos – Hospital do Alentejo 2
34	05/01/2023	Eutócico – Puerpério imediato	Sala de Partos – Hospital do Alentejo 2
35	13/02/2023	Forcêps	Puerpério – Hospital do Alentejo 2
36	13/02/2023	Ventosa	Puerpério – Hospital do Alentejo 2
37	13/02/2023	Ventosa	Puerpério – Hospital do Alentejo 2
38	14/02/2023	Ventosa	Puerpério – Hospital do Alentejo 2
39	14/02/2023	Ventosa	Puerpério – Hospital do Alentejo 2
40	14/02/2023	Eutócico	Puerpério – Hospital do Alentejo 2

41	14/02/2023	Cesariana	Puerpério – Hospital do Alentejo 2
42	15/02/2023	Forcêps	Puerpério – Hospital do Alentejo 2
43	15/02/2023	Eutócico	Puerpério – Hospital do Alentejo 2
44	16/02/2023	Forcêps	Puerpério – Hospital do Alentejo 2
45	16/02/2023	Cesariana	Puerpério – Hospital do Alentejo 2
46	16/02/2023	Eutócico	Puerpério – Hospital do Alentejo 2
47	16/02/2023	Cesariana	Puerpério – Hospital do Alentejo 2
48	21/02/2023	Eutócico	Puerpério – Hospital do Alentejo 2
49	21/02/2023	Cesariana	Puerpério – Hospital do Alentejo 2
50	21/02/2023	Cesariana	Puerpério – Hospital do Alentejo 2
51	22/02/2023	Eutócico	Puerpério – Hospital do Alentejo 2
52	22/02/2023	Cesariana	Puerpério – Hospital do Alentejo 2
53	22/02/2023	Forcêps	Puerpério – Hospital do Alentejo 2
54	22/02/2023	Eutócico	Puerpério – Hospital do Alentejo 2
55	23/02/2023	Cesariana	Puerpério – Hospital do Alentejo 2
56	23/02/2023	Cesariana	Puerpério – Hospital do Alentejo 2
57	23/02/2023	Eutócico	Puerpério – Hospital do Alentejo 2
58	27/02/2023	Eutócico	Puerpério – Hospital do Alentejo 2
59	27/02/2023	Cesariana	Puerpério – Hospital do Alentejo 2
60	27/02/2023	Cesariana	Puerpério – Hospital do Alentejo 2
61	28/02/2023	Eutócico	Puerpério – Hospital do Alentejo 2
62	28/02/2023	Cesariana	Puerpério – Hospital do Alentejo 2
63	28/02/2023	Cesariana	Puerpério – Hospital do Alentejo 2
64	28/02/2023	Eutócico	Puerpério – Hospital do Alentejo 2
65	28/02/2023	Eutócico	Puerpério – Hospital do Alentejo 2
66	01/03/2023	Eutócico	Puerpério – Hospital do Alentejo 2
67	01/03/2023	Eutócico	Puerpério – Hospital do Alentejo 2
68	02/03/2023	IMG	Puerpério – Hospital do Alentejo 2
69	02/03/2023	Eutócico	Puerpério – Hospital do Alentejo 2
70	02/03/2023	Eutócico	Puerpério – Hospital do Alentejo 2
71	03/03/2023	Eutócico	Puerpério – Hospital do Alentejo 2
72	03/03/2023	Cesariana	Puerpério – Hospital do Alentejo 2
73	03/03/2023	Forcêps	Puerpério – Hospital do Alentejo 2
74	08/03/2023	Cesariana	Puerpério – Hospital do Alentejo 2
75	08/03/2023	Eutócico	Puerpério – Hospital do Alentejo 2
76	08/03/2023	Eutócico	Puerpério – Hospital do Alentejo 2
77	09/03/2023	Cesariana	Puerpério – Hospital do Alentejo 2
78	09/03/2023	Cesariana	Puerpério – Hospital do Alentejo 2
79	09/03/2023	Cesariana	Puerpério – Hospital do Alentejo 2
80	09/03/2023	Eutócico	Puerpério – Hospital do Alentejo 2
81	09/03/2023	Eutócico	Puerpério – Hospital do Alentejo 2
82	13/03/2023	Eutócico	Puerpério – Hospital do Alentejo 2
83	13/03/2023	Eutócico	Puerpério – Hospital do Alentejo 2
84	13/03/2023	Eutócico	Puerpério – Hospital do Alentejo 2
85	14/03/2023	Eutócico	Puerpério – Hospital do Alentejo 2

86	14/03/2023	Eutócico	Puerpério – Hospital do Alentejo 2
87	14/03/2023	Eutócico	Puerpério – Hospital do Alentejo 2
88	14/03/2023	Eutócico	Puerpério – Hospital do Alentejo 2
89	16/03/2023	Cesariana	Puerpério – Hospital do Alentejo 2
90	16/03/2023	Eutócico	Puerpério – Hospital do Alentejo 2
91	16/03/2023	Eutócico	Puerpério – Hospital do Alentejo 2
92	16/03/2023	Cesariana	Puerpério – Hospital do Alentejo 2
93	16/03/2023	Eutócico	Puerpério – Hospital do Alentejo 2
94	22/03/2023	Eutócico – Puerpério imediato	Bloco de Partos – Hospital da Região do Algarve
95	27/03/2023	Eutócico – Puerpério imediato	Bloco de Partos – Hospital da Região do Algarve
96	24/04/2023	Eutócico – Puerpério imediato	Sala de Partos – Hospital do Alentejo 2
97	02/05/2023	Eutócico – Puerpério imediato	Sala de Partos – Hospital do Alentejo 2
98	09/05/2023	Eutócico – Puerpério imediato	Sala de Partos – Hospital do Alentejo 2
99	09/05/2023	Eutócico – Puerpério imediato	Sala de Partos – Hospital do Alentejo 2
100	11/05/2023	Eutócico – Puerpério imediato	Sala de Partos – Hospital do Alentejo 2
101	11/05/2023	Eutócico – Puerpério imediato	Sala de Partos – Hospital do Alentejo 2
102	15/05/2023	Eutócico – Puerpério imediato	Sala de Partos – Hospital do Alentejo 2
103	24/05/2023	Eutócico – Puerpério imediato	Sala de Partos – Hospital do Alentejo 2
104	25/05/2023	Eutócico – Puerpério imediato	Sala de Partos – Hospital do Alentejo 2
105	07/06/2023	Eutócico – Puerpério imediato	Sala de Partos – Hospital do Alentejo 2
106	09/06/2023	Eutócico – Puerpério imediato	Sala de Partos – Hospital do Alentejo 2
107	12/06/2023	Eutócico – Puerpério imediato	Sala de Partos – Hospital do Alentejo 2

5. VIGILÂNCIA E PRESTAÇÃO DE CUIDADOS A RECÉM-NASCIDOS SAUDÁVEIS

N.º	Data	Parto	Peso	Alimentação	Local
1	14/09/2022	Eutócico	2,530	LM	Puerpério – Hospital do Alentejo 1
2	21/09/2022	Eutócico	3,485	LM+LA	Puerpério – Hospital do Alentejo 1
3	22/09/2022	Eutócico	3,485	LM+LA	Puerpério – Hospital do Alentejo 1
4	22/09/2022	Eutócico	3,310	LM	Puerpério – Hospital do Alentejo 1
5	26/09/2022	Eutócico	2,955	LM+LA	Puerpério – Hospital do Alentejo 1
6	27/09/2022	Eutócico	3,325	LM	Puerpério – Hospital do Alentejo 1
7	28/09/2022	Eutócico	3,335	LM	Puerpério – Hospital do Alentejo 1
8	30/09/2022	Eutócico	2,870	LM	Puerpério – Hospital do Alentejo 1
9	30/09/2022	Eutócico	3,440	LM+LA	Puerpério – Hospital do Alentejo 1
10	03/10/2022	Cesariana	3,235	LM	Puerpério – Hospital do Alentejo 1
11	03/10/2022	Eutócico	3,370	LM	Puerpério – Hospital do Alentejo 1
12	08/10/2022	Eutócico	3,215	LM	Puerpério – Hospital do Alentejo 1
12	08/10/2022	Eutócico	3,060	LM	Puerpério – Hospital do Alentejo 1
14	10/10/2022	Eutócico	3,060	LM	Puerpério – Hospital do Alentejo 1
15	11/10/2022	Eutócico	3,080	LM	Puerpério – Hospital do Alentejo 1
16	11/10/2022	Eutócico	3,505	LM+LA	Puerpério – Hospital do Alentejo 1
17	13/10/2022	Eutócico	3,000	LM	Puerpério – Hospital do Alentejo 1
18	11/10/2022	Eutócico	3,575	LM	Puerpério – Hospital do Alentejo 1
19	19/10/2022	Cesariana	2,495	LM+LA	Puerpério – Hospital do Alentejo 1
20	19/10/2022	Cesariana	3,575	LM	Puerpério – Hospital do Alentejo 1
21	27/10/2022	Eutócico	2,555	LM	CSP
22	11/11/2022	Forcéps	3,560	LM+LA	CSP
23	14/11/2022	Ventosa	3,345	LM	CSP
24	21/11/2022	Eutócico	3,255	LM	CSP
25	21/11/2022	Eutócico	2,870	LM	CSP
26	29/11/2022	Eutócico	3,015	LM	CSP
27	30/11/2022	Forcéps	5,560	LM+LA	CSP
28	05/12/2022	Eutócico	3,055	LM	Sala de Partos – Hospital do Alentejo 2
29	09/12/2022	Eutócico	3,585	LM	Sala de Partos – Hospital do Alentejo 2
30	20/12/2022	Eutócico	2,940	LM	Sala de Partos – Hospital do Alentejo 2
31	20/12/2022	Eutócico	2,400	LM+LA	Sala de Partos – Hospital do Alentejo 2
32	04/01/2023	Eutócico	3,480	LM	Sala de Partos – Hospital do Alentejo 2
33	05/01/2023	Eutócico	3,185	LM	Sala de Partos – Hospital do Alentejo 2
34	13/02/2023	Cesariana	3,890	LM+LA	Puerpério – Hospital do Alentejo 2
35	13/02/2023	Forcéps	3,245	LM	Puerpério – Hospital do Alentejo 2
36	13/02/2023	Ventosa	2,770	LM	Puerpério – Hospital do Alentejo 2
37	13/02/2023	Ventosa	3,705	LM+LA	Puerpério – Hospital do Alentejo 2
38	14/02/2023	Ventosa	2,770	LM	Puerpério – Hospital do Alentejo 2
39	14/02/2023	Ventosa	3,705	LM+LA	Puerpério – Hospital do Alentejo 2
40	14/02/2023	Eutócico	3,410	LM	Puerpério – Hospital do Alentejo 2

41	14/02/2023	Cesariana	3,660	LM	Puerpério – Hospital do Alentejo 2
42	15/02/2023	Forcêps	3,510	LM+LA	Puerpério – Hospital do Alentejo 2
43	15/02/2023	Cesariana	3,605	LM+LA	Puerpério – Hospital do Alentejo 2
44	15/02/2023	Eutócico	2,615	LM	Puerpério – Hospital do Alentejo 2
45	16/02/2023	Forcêps	3,510	LM	Puerpério – Hospital do Alentejo 2
46	16/02/2023	Cesariana	3,605	LM+LA	Puerpério – Hospital do Alentejo 2
47	16/02/2023	Eutócico	2,615	LM	Puerpério – Hospital do Alentejo 2
48	16/02/2023	Cesariana	2,960	LM	Puerpério – Hospital do Alentejo 2
49	21/02/2023	Eutócico	2,890	LM	Puerpério – Hospital do Alentejo 2
50	21/02/2023	Cesariana	3,390	LM+LA	Puerpério – Hospital do Alentejo 2
51	21/02/2023	Cesariana	3,435	LM+LA	Puerpério – Hospital do Alentejo 2
52	22/02/2023	Eutócico	3,285	LM	Puerpério – Hospital do Alentejo 2
53	22/02/2023	Cesariana	3,070	LM	Puerpério – Hospital do Alentejo 2
54	22/02/2023	Forcêps	2,630	LM	Puerpério – Hospital do Alentejo 2
55	22/02/2023	Eutócico	3,600	LM	Puerpério – Hospital do Alentejo 2
56	23/02/2023	Cesariana	3,435	LM	Puerpério – Hospital do Alentejo 2
57	23/02/2023	Eutócico	3,285	LM	Puerpério – Hospital do Alentejo 2
58	27/02/2023	Eutócico	3,545	LM	Puerpério – Hospital do Alentejo 2
59	27/02/2023	Cesariana	2,680	LM	Puerpério – Hospital do Alentejo 2
60	28/02/2023	Eutócico	3,545	LM	Puerpério – Hospital do Alentejo 2
61	28/02/2023	Cesariana	2,680	LM	Puerpério – Hospital do Alentejo 2
62	28/02/2023	Eutócico	3,240	LM	Puerpério – Hospital do Alentejo 2
63	28/02/2023	Eutócico	3,205	LM	Puerpério – Hospital do Alentejo 2
64	01/03/2023	Eutócico	3,240	LM	Puerpério – Hospital do Alentejo 2
65	01/03/2023	Eutócico	3,205	LM	Puerpério – Hospital do Alentejo 2
66	02/03/2023	Cesariana	3,785	LM	Puerpério – Hospital do Alentejo 2
67	02/03/2023	Eutócico	3,240	LM	Puerpério – Hospital do Alentejo 2
68	02/03/2023	Eutócico	3,205	LM	Puerpério – Hospital do Alentejo 2
69	02/03/2023	Eutócico	3,410	LM	Puerpério – Hospital do Alentejo 2
70	03/03/2023	Eutócico	3,410	LM	Puerpério – Hospital do Alentejo 2
71	03/03/2023	Eutócico	3,125	LM	Puerpério – Hospital do Alentejo 2
72	03/03/2023	Cesariana	3,870	LM+LA	Puerpério – Hospital do Alentejo 2
73	03/03/2023	Eutócico	3,600	LM	Puerpério – Hospital do Alentejo 2
7	03/03/2023	Forcêps	2,980	LM	Puerpério – Hospital do Alentejo 2
75	08/03/2023	Cesariana	3,325	LM+LA	Puerpério – Hospital do Alentejo 2
76	08/03/2023	Eutócico	3,255	LM	Puerpério – Hospital do Alentejo 2
77	09/03/2023	Cesariana	3,220	LM+LA	Puerpério – Hospital do Alentejo 2
78	09/03/2023	Cesariana	2,990	LM	Puerpério – Hospital do Alentejo 2
79	09/03/2023	Cesariana	3,325	LM+LA	Puerpério – Hospital do Alentejo 2
80	09/03/2023	Eutócico	3,225	LM	Puerpério – Hospital do Alentejo 2
81	09/03/2023	Eutócico	3,950	LM	Puerpério – Hospital do Alentejo 2
82	13/03/2023	Eutócico	3,840	LM	Puerpério – Hospital do Alentejo 2
83	13/03/2023	Eutócico	3,070	LM	Puerpério – Hospital do Alentejo 2
84	13/03/2023	Eutócico	3,205	LM	Puerpério – Hospital do Alentejo 2
85	14/03/2023	Eutócico	3,840	LM	Puerpério – Hospital do Alentejo 2

86	14/03/2023	Eutócico	3,070	LM	Puerpério – Hospital do Alentejo 2
87	14/03/2023	Eutócico	3,205	LM	Puerpério – Hospital do Alentejo 2
88	14/03/2023	Forcêps	2,965	LM	Puerpério – Hospital do Alentejo 2
89	16/03/2023	Cesariana	3,150	LM	Puerpério – Hospital do Alentejo 2
90	16/03/2023	Eutócico	3,535	LM+LA	Puerpério – Hospital do Alentejo 2
91	16/03/2023	Eutócico	3,850	LM	Puerpério – Hospital do Alentejo 2
92	16/03/2023	Cesariana	3,100	LA	Puerpério – Hospital do Alentejo 2
93	16/03/2023	Eutócico	3,610	LM	Puerpério – Hospital do Alentejo 2
94	22/03/2023	Eutócico	3,510	LM	Bloco de Partos – Hospital da Região do Algarve
95	27/03/2023	Eutócico	3,770	LM	Bloco de Partos – Hospital da Região do Algarve
96	02/05/2023	Eutócico	3,370	LM	Sala de Partos – Hospital do Alentejo 2
97	09/05/2023	Eutócico	3,275	LM	Sala de Partos – Hospital do Alentejo 2
98	09/05/2023	Eutócico	3,440	LM	Sala de Partos – Hospital do Alentejo 2
99	11/05/2023	Eutócico	3,845	LM+LA	Sala de Partos – Hospital do Alentejo 2
100	11/05/2023	Eutócico	2,955	LM	Sala de Partos – Hospital do Alentejo 2
101	15/05/2023	Eutócico	3,465	LM	Sala de Partos – Hospital do Alentejo 2
102	24/05/2023	Eutócico	2,640	LM	Sala de Partos – Hospital do Alentejo 2
103	25/05/2023	Eutócico	2,900	LM	Sala de Partos – Hospital do Alentejo 2
104	07/06/2023	Eutócico	3,030	LM	Sala de Partos – Hospital do Alentejo 2
105	09/06/2023	Eutócico	4,130	LM+LA	Sala de Partos – Hospital do Alentejo 2

6. VIGILÂNCIA E PRESTAÇÃO DE CUIDADOS A MULHERES EM SITUAÇÃO DE RISCO

6.1. GRAVIDEZ

N.º	Data	IG	Motivo	Local
1	14/09/2022	23+6	APPT	Grávidas patológicas – Hospital do Alentejo 1
2	16/09/2022	24+1	APPT	Grávidas patológicas – Hospital do Alentejo 1
3	16/09/2022	34+3	Gemelar c/RCIU 1 feto	Grávidas patológicas – Hospital do Alentejo 1
4	17/09/2022	24+2	APPT	Grávidas patológicas – Hospital do Alentejo 1
5	17/09/2022	34+4	Gemelar c/RCIU 1 feto	Grávidas patológicas – Hospital do Alentejo 1
6	21/09/2022	30+6	Hemorragia p/placenta marginal	Grávidas patológicas – Hospital do Alentejo 1
7	21/09/2022	24+6	APPT	Grávidas patológicas – Hospital do Alentejo 1
8	21/09/2022	34+6	Gemelar c/RCIU 1 feto	Grávidas patológicas – Hospital do Alentejo 1
9	21/09/2022	38+1	Hidramnius	Grávidas patológicas – Hospital do Alentejo 1
10	22/09/2022	31	Hemorragia p/placenta marginal	Grávidas patológicas – Hospital do Alentejo 1
11	22/09/2022	25	APPT	Grávidas patológicas – Hospital do Alentejo 1
12	22/09/2022	35	Gemelar c/RCIU 1 feto	Grávidas patológicas – Hospital do Alentejo 1
13	22/09/2022	38+2	Hidramnius	Grávidas patológicas – Hospital do Alentejo 1
14	23/09/2022	31+1	Hemorragia p/placenta marginal	Grávidas patológicas – Hospital do Alentejo 1
15	23/09/2022	25+1	APPT	Grávidas patológicas – Hospital do Alentejo 1
16	23/09/2022	35+1	Gemelar c/RCIU 1 feto	Grávidas patológicas – Hospital do Alentejo 1
17	23/09/2022	38+3	Hidramnius	Grávidas patológicas – Hospital do Alentejo 1
18	23/09/2022	34+2	HTA gravídica + DG	Grávidas patológicas – Hospital do Alentejo 1
19	26/09/2022	31+4	Hemorragia p/placenta marginal	Grávidas patológicas – Hospital do Alentejo 1
20	26/09/2022	25+4	APPT	Grávidas patológicas – Hospital do Alentejo 1
21	26/09/2022	35+4	Gemelar c/RCIU 1 feto	Grávidas patológicas – Hospital do Alentejo 1
22	27/09/2022	35+5	Gemelar c/RCIU 1 feto	Grávidas patológicas – Hospital do Alentejo 1
23	28/09/2022	35	HTA gravídica + DG	Grávidas patológicas – Hospital do Alentejo 1
24	28/09/2022	39+2	Dor torácica	Grávidas patológicas – Hospital do Alentejo 1
25	30/09/2022	32+1	Hemorragia p/placenta marginal	Grávidas patológicas – Hospital do Alentejo 1
26	30/09/2022	26+1	APPT	Grávidas patológicas – Hospital do Alentejo 1
27	30/09/2022	35+2	HTA gravídica + DG	Grávidas patológicas – Hospital do Alentejo 1
28	30/09/2022	35+1	RCIU	Grávidas patológicas – Hospital do Alentejo 1
29	01/10/2022	32+2	Hemorragia p/placenta marginal	Grávidas patológicas – Hospital do Alentejo 1
30	01/10/2022	26+2	APPT	Grávidas patológicas – Hospital do Alentejo 1
31	01/10/2022	35+3	HTA gravídica + DG	Grávidas patológicas – Hospital do Alentejo 1
32	01/10/2022	35+2	RCIU	Grávidas patológicas – Hospital do Alentejo 1
33	03/10/2022	26+4	APPT	Grávidas patológicas – Hospital do Alentejo 1
34	03/10/2022	35+5	HTA gravídica + DG	Grávidas patológicas – Hospital do Alentejo 1
35	03/10/2022	35+4	RCIU	Grávidas patológicas – Hospital do Alentejo 1
36	03/10/2022	29+6	Hiperémese tardia	Grávidas patológicas – Hospital do Alentejo 1

37	04/10/2022	26+5	APPT	Grávidas patológicas – Hospital do Alentejo 1
38	04/10/2022	35+6	HTA gravídica + DG	Grávidas patológicas – Hospital do Alentejo 1
39	04/10/2022	35+5	RCIU	Grávidas patológicas – Hospital do Alentejo 1
40	04/10/2022	30	Vómitos	Grávidas patológicas – Hospital do Alentejo 1
41	08/10/2022	33+2	Hemorragia p/placenta marginal	Grávidas patológicas – Hospital do Alentejo 1
42	08/10/2022	27+2	APPT	Grávidas patológicas – Hospital do Alentejo 1
43	08/10/2022	36+3	HTA gravídica + DG	Grávidas patológicas – Hospital do Alentejo 1
44	10/10/2022	33+4	Hemorragia p/placenta marginal	Grávidas patológicas – Hospital do Alentejo 1
45	10/10/2022	27+4	APPT	Grávidas patológicas – Hospital do Alentejo 1
46	10/10/2022	34+3	APPT	Grávidas patológicas – Hospital do Alentejo 1
47	10/10/2022	36+5	HTA gravídica + DG	Grávidas patológicas – Hospital do Alentejo 1
48	10/10/2022	34+5	Vómitos	Grávidas patológicas – Hospital do Alentejo 1
49	11/10/2022	33+5	Hemorragia p/placenta marginal	Grávidas patológicas – Hospital do Alentejo 1
50	11/10/2022	27+5	APPT	Grávidas patológicas – Hospital do Alentejo 1
51	11/10/2022	34+4	APPT	Grávidas patológicas – Hospital do Alentejo 1
52	11/10/2022	36+6	HTA gravídica + DG	Grávidas patológicas – Hospital do Alentejo 1
53	11/10/2022	34+6	Vómitos	Grávidas patológicas – Hospital do Alentejo 1
54	11/10/2022	39+5	Hemorragia	Grávidas patológicas – Hospital do Alentejo 1
55	13/10/2022	34	Hemorragia p/placenta marginal	Grávidas patológicas – Hospital do Alentejo 1
56	13/10/2022	28	APPT	Grávidas patológicas – Hospital do Alentejo 1
57	13/09/2022	30+1	DG	Grávidas patológicas – Hospital do Alentejo 1
58	13/09/2022	37+1	HTA gravídica + DG	Grávidas patológicas – Hospital do Alentejo 1
59	13/09/2022	31+1	Vómitos	Grávidas patológicas – Hospital do Alentejo 1
60	19/09/2022	34+6	Hemorragia p/placenta marginal	Grávidas patológicas – Hospital do Alentejo 1
61	19/09/2022	28+5	APPT	Grávidas patológicas – Hospital do Alentejo 1
62	19/09/2022	29+1	Colestase gravídica+DG+APPT	Grávidas patológicas – Hospital do Alentejo 1
63	19/09/2022	38	HTA gravídica + DG	Grávidas patológicas – Hospital do Alentejo 1
64	19/09/2022	40+4	ITP	Grávidas patológicas – Hospital do Alentejo 1
65	19/09/2022	30+6	Vómitos	Grávidas patológicas – Hospital do Alentejo 1
66	09/12/2022	37+6	Infeção respiratória	Serviço de Obstetrícia – Hospital do Alentejo 2
67	10/12/2022	38+6	REBA > 12 horas	Serviço de Obstetrícia – Hospital do Alentejo 2
68	15/12/2022	38+2	HTA gravídica	Serviço de Obstetrícia – Hospital do Alentejo 2
69	19/12/2022	39+4	Placenta baixamente inserida	Serviço de Obstetrícia – Hospital do Alentejo 2
70	20/12/2022	39+5	Placenta baixamente inserida	Serviço de Obstetrícia – Hospital do Alentejo 2
71	21/12/2022	39+2	DG	Serviço de Obstetrícia – Hospital do Alentejo 2
72	21/12/2022	40	Grande múltipara G6P5	Serviço de Obstetrícia – Hospital do Alentejo 2
73	05/01/2023	38+5	Múltipara G6P3	Serviço de Obstetrícia – Hospital do Alentejo 2
74	05/01/2023	38+6	HTA gravídica	Serviço de Obstetrícia – Hospital do Alentejo 2
75	05/01/2023	37+5	HTA crónica + RCIU	Serviço de Obstetrícia – Hospital do Alentejo 2
76	11/01/2023	40	DG	Serviço de Obstetrícia – Hospital do Alentejo 2
77	12/01/2023	39	HTA gravídica	Serviço de Obstetrícia – Hospital do Alentejo 2
78	26/01/2023	40	HTA gravídica + Oligoamnios	Serviço de Obstetrícia – Hospital do Alentejo 2
79	13/02/2023	---	Cesariana anterior há 18 meses	Puerpério – Hospital do Alentejo 2
80	15/02/2023	---	Obesidade mórbida	Puerpério – Hospital do Alentejo 2
81	27/02/2023	---	Oligofrenia	Puerpério – Hospital do Alentejo 2

82	02/03/2023	---	DG	Puerpério – Hospital do Alentejo 2
83	13/03/2023	---	Gravidez gemelar	Puerpério – Hospital do Alentejo 2
84	13/03/2023	---	HTA gravídica	Puerpério – Hospital do Alentejo 2
85	22/03/2023	---	Gravidez mal vigiada – STB desconhecido	Bloco de Partos – Hospital da Região do Algarve
86	22/03/2023	38+3	DG	Bloco de Partos – Hospital da Região do Algarve
87	27/03/2023	40+4	REBA > 12 horas + STB positivo	Bloco de Partos – Hospital da Região do Algarve
88	12/04/2023	39+4	DG	Bloco de Partos – Hospital da Região do Algarve
89	17/04/2023	40	REBA > 12 horas + STB positivo	Bloco de Partos – Hospital da Região do Algarve
90	17/04/2023	40	HTA gravídica	Bloco de Partos – Hospital da Região do Algarve
91	27/04/2023	31+1	Pielonefrite	Sala de Partos – Hospital do Alentejo 2
92	02/05/2023	31+2	Pielonefrite	Sala de Partos – Hospital do Alentejo 2
93	02/05/2023	39+1	Cesariana há 18 meses	Sala de Partos – Hospital do Alentejo 2
94	02/05/2023	41	Hemorragia vaginal	Sala de Partos – Hospital do Alentejo 2
95	04/05/2023	39+5	HTA gravídica	Sala de Partos – Hospital do Alentejo 2
96	04/05/2023	40+5	Múltipara G7P3	Sala de Partos – Hospital do Alentejo 2
97	09/05/2023	39	HTA gravídica	Sala de Partos – Hospital do Alentejo 2
98	11/05/2023	39+2	DG	Sala de Partos – Hospital do Alentejo 2
99	11/05/2023	35+3	HTA gravídica	Sala de Partos – Hospital do Alentejo 2
100	15/05/2023	40	DG	Sala de Partos – Hospital do Alentejo 2
101	22/05/2023	38+6	REBA > 12 horas + STB positivo	Sala de Partos – Hospital do Alentejo 2
102	24/05/2023	23+1	ITU	Sala de Partos – Hospital do Alentejo 2
103	24/05/2023	39	DG	Sala de Partos – Hospital do Alentejo 2
104	25/05/2023	23+2	ITU	Sala de Partos – Hospital do Alentejo 2
105	31/05/2023	37+3	Febre com etiologia desconhecida	Sala de Partos – Hospital do Alentejo 2
106	02/06/2023	38+1	HTA gravídica	Sala de Partos – Hospital do Alentejo 2
107	02/06/2023	37+4	DG	Sala de Partos – Hospital do Alentejo 2
108	03/06/2023	39+6	DG	Sala de Partos – Hospital do Alentejo 2
109	05/06/2023	40+3	CTG não tranquilizador	Sala de Partos – Hospital do Alentejo 2
110	05/06/2023	40	Líquido com mecónio	Sala de Partos – Hospital do Alentejo 2
111	07/06/2023	40+5	Obesidade mórbida	Sala de Partos – Hospital do Alentejo 2
112	09/06/2023	40	HTA gravídica	Sala de Partos – Hospital do Alentejo 2
113	09/06/2023	39	Oligoamnios grave	Sala de Partos – Hospital do Alentejo 2
114	12/06/2023	32+1	Trabalho de PPT	Sala de Partos – Hospital do Alentejo 2
115	12/06/2023	39+5	DG + Hidramnion	Sala de Partos – Hospital do Alentejo 2

6.2. TRABALHO DE PARTO

Nº	Data	IG	Motivo	Local
1	10/12/2022	38+6	REBA > 12 horas	Serviço de Obstetrícia – Hospital do Alentejo 2
2	15/12/2022	38+2	HTA gravídica	Serviço de Obstetrícia – Hospital do Alentejo 2
3	19/12/2022	39+4	Placenta baixamente inserida	Serviço de Obstetrícia – Hospital do Alentejo 2
4	20/12/2022	39+5	Placenta baixamente inserida	Serviço de Obstetrícia – Hospital do Alentejo 2
5	21/12/2022	39+2	DG	Serviço de Obstetrícia – Hospital do Alentejo 2
6	21/12/2022	40+3	Oligoamnios	Serviço de Obstetrícia – Hospital do Alentejo 2
7	05/01/2023	38+5	Múltipara G6P3	Serviço de Obstetrícia – Hospital do Alentejo 2
8	05/01/2023	38+6	HTA gravídica	Serviço de Obstetrícia – Hospital do Alentejo 2
9	05/01/2023	37+5	HTA crónica + RCIU	Serviço de Obstetrícia – Hospital do Alentejo 2
10	11/01/2023	40	DG	Serviço de Obstetrícia – Hospital do Alentejo 2
11	12/01/2023	39	HTA gravídica	Serviço de Obstetrícia – Hospital do Alentejo 2
12	26/01/2023	40	HTA gravídica	Serviço de Obstetrícia – Hospital do Alentejo 2
13	13/03/2023	---	Cesariana há 18 meses	Puerpério – Hospital do Alentejo 2
14	27/03/2023	40+4	Bolsa rota > 12 horas + STB positivo	Bloco de Partos – Hospital da Região do Algarve
15	17/04/2023	40	Bolsa rota > 12 horas + STB positivo	Bloco de Partos – Hospital da Região do Algarve
16	17/04/2023	40	HTA gravídica	Bloco de Partos – Hospital da Região do Algarve
17	18/04/2023	40+1	DG	Bloco de Partos – Hospital da Região do Algarve
18	24/04/2023	34+6	Parto gemelar + HTA gravídica	Sala de Partos – Hospital do Alentejo 2
19	02/05/2023	41	Hemorragia vaginal	Sala de Partos – Hospital do Alentejo 2
20	04/05/2023	39+5	HTA gravídica	Sala de Partos – Hospital do Alentejo 2
21	04/05/2023	40+5	Múltipara G7P3	Sala de Partos – Hospital do Alentejo 2
22	09/05/2023	39	HTA gravídica	Sala de Partos – Hospital do Alentejo 2
23	11/05/2023	39+2	DG	Sala de Partos – Hospital do Alentejo 2
24	11/05/2023	35+3	PPT + HTA gravídica	Sala de Partos – Hospital do Alentejo 2
25	15/05/2023	40+2	Líquido com mecónio	Sala de Partos – Hospital do Alentejo 2
26	15/05/2023	40	DG	Sala de Partos – Hospital do Alentejo 2
27	24/05/2023	39	DG	Sala de Partos – Hospital do Alentejo 2
28	05/06/2023	40	Líquido com mecónio	Sala de Partos – Hospital do Alentejo 2
29	07/06/2023	40+5	Obesidade mórbida	Sala de Partos – Hospital do Alentejo 2
30	09/06/2023	40	HTA gravídica	Sala de Partos – Hospital do Alentejo 2
31	09/06/2023	39	Oligoamnios	Sala de Partos – Hospital do Alentejo 2
32	12/06/2023	39+5	DG + Hidramnios	Sala de Partos – Hospital do Alentejo 2
33	12/06/2023	32+1	Trabalho PPT	Sala de Partos – Hospital do Alentejo 2

6.3. PUERPÉRIO

N.º	Data	Motivo	Parto	Local
1	10/12/2022	Infeção respiratória	Eutócico	Sala de Partos – Hospital do Alentejo 2
2	20/12/2022	Síndrome gripal	Eutócico	Sala de Partos – Hospital do Alentejo 2
3	05/01/2023	HTA crónica	Eutócico	Sala de Partos – Hospital do Alentejo 2
4	15/02/2023	Obesidade mórbida	Cesariana	Puerpério – Hospital do Alentejo 2
5	03/03/2023	Hemorragia puerpério imediato	Eutócico	Puerpério – Hospital do Alentejo 2
6	03/03/2023	Hemorragia puerpério imediato	Forcêps	Puerpério – Hospital do Alentejo 2
7	03/03/2023	Grande múltipara	Eutócico	Puerpério – Hospital do Alentejo 2
8	08/03/2023	Cesariana há 18 meses	Cesariana	Puerpério – Hospital do Alentejo 2
9	13/03/2023	Gravidez gemelar	Cesariana	Puerpério – Hospital do Alentejo 2
10	14/03/2023	Cesariana emergente por desaceleração mantida	Cesariana	Puerpério – Hospital do Alentejo 2
11	07/06/2023	Obesidade	Eutócico	Sala de Partos – Hospital do Alentejo 2

7. VIGILÂNCIA E PRESTAÇÃO DE CUIDADOS A RECÉM-NASCIDOS DE RISCO

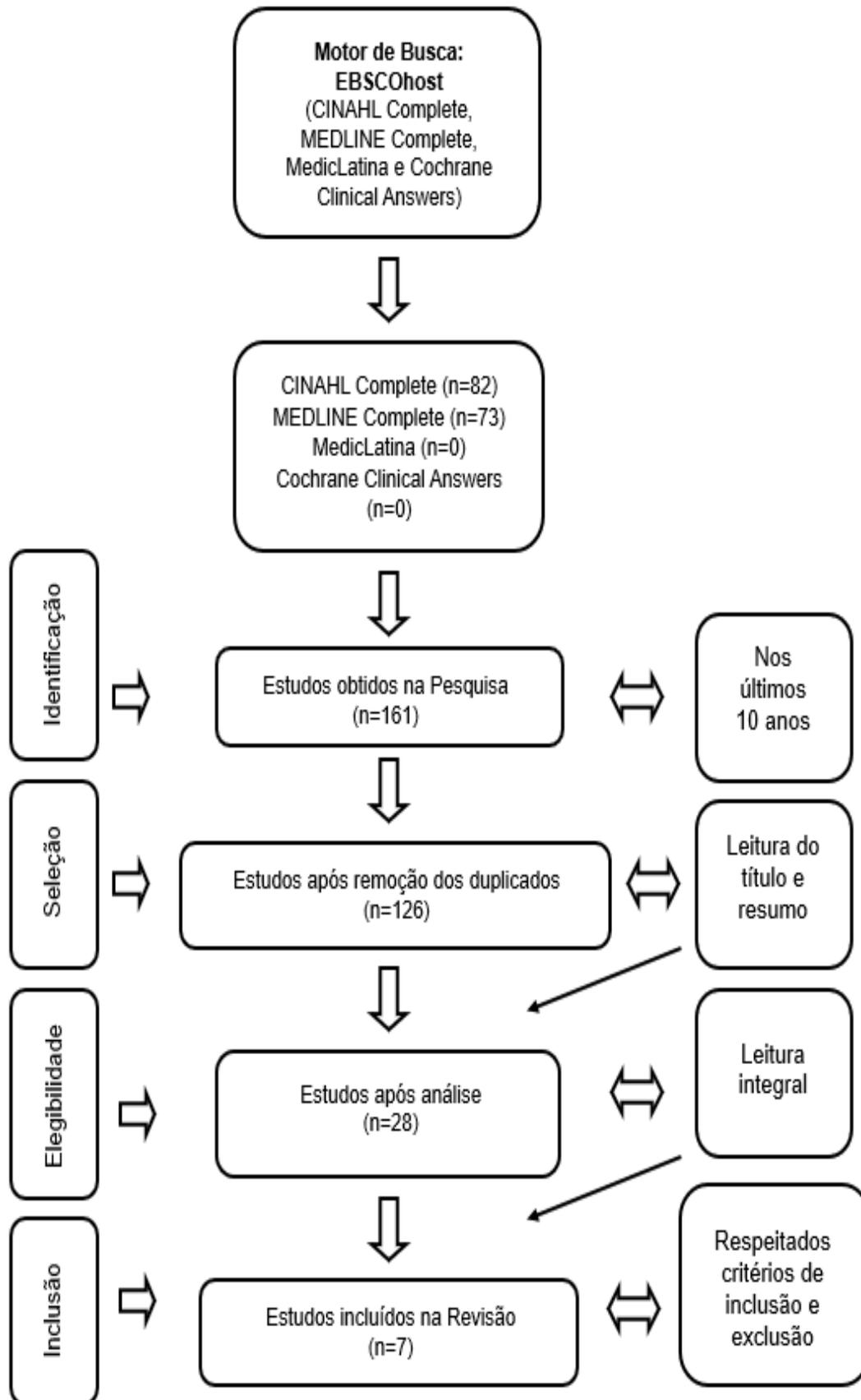
N.º	Data	Motivo	Parto	Peso	Alimentação	Local
1	10/12/2022	Risco infeccioso	Eutócico	3,135	LM	Sala de Partos – Hospital do Alentejo 2
2	21/12/2022	DG	Eutócico	3,590	LM	Sala de Partos – Hospital do Alentejo 2
3	21/12/2022	Oligoamnios	Eutócico	3,565	LM	Sala de Partos – Hospital do Alentejo 2
4	14/02/2023	Fratura clavícula	Ventosa	3,705	LM+LA	Puerpério – Hospital do Alentejo 2
5	26/02/2023	GIG [Grande para a idade gestacional]	Cesariana	3,995	LM+LA	Puerpério – Hospital do Alentejo 2
6	26/02/2023	LIG [Leve para a idade gestacional]	Cesariana gemelar	2,110	LA	Puerpério – Hospital do Alentejo 2
7	26/02/2023	LIG	Cesariana gemelar	2,365	LA	Puerpério – Hospital do Alentejo 2
8	27/02/2023	Pré-termo (35 semanas)	Cesariana p/ apresentação pélvica	2,300	LA	Puerpério – Hospital do Alentejo 2
9	03/03/2023	GIG	Forcêps	4,010	LM	Puerpério – Hospital do Alentejo 2
10	13/03/2023	RCIU	Cesariana gemelar	2,200	LA	Puerpério – Hospital do Alentejo 2
11	13/03/2023	RCIU	Cesariana gemelar	2,070	LA	Puerpério – Hospital do Alentejo 2
12	13/03/2023	Cefalohematoma	Forcêps	2,965	LM	Puerpério – Hospital do Alentejo 2
13	14/03/2023	Suspeita de sofrimento fetal	Cesariana emergente	3,970	LA	Puerpério – Hospital do Alentejo 2
14	16/03/2023	Suspeita de sofrimento fetal	Cesariana emergente	3,150	LM	Puerpério – Hospital do Alentejo 2
15	31/03/2023	Sofrimento fetal (asfixia)	Eutócico	3,260	(Internado na Neonatologia)	Bloco de Partos – Hospital da Região do Algarve
16	31/03/2023	Impregnado em mecónio	Eutócico	2,870	LM	Bloco de Partos – Hospital da Região do Algarve
17	24/04/2023	Suspeita de sofrimento fetal	Cesariana emergente	3,365		Sala de Partos – Hospital do Alentejo 2
18	24/04/2023	LIG	Parto eutócico gemelar	2,240	LM	Sala de Partos – Hospital do Alentejo 2
19	24/04/2023	LIG	Parto eutócico gemelar	2,585	LM	Sala de Partos – Hospital do Alentejo 2

8. PARTOS EUTÓCICOS

N.º	Data	IG	Indução do TP	Analgesia Epidural	Períneo	Local
1	05/12/2022	37+2	Não	Sim	Episiotomia	Sala de Partos – Hospital do Alentejo 2
2	09/12/2022	38+6	Não	Não	Intato	Sala de Partos – Hospital do Alentejo 2
3	10/12/2022	38	Não	Não	Intato	Sala de Partos – Hospital do Alentejo 2
4	17/12/2022	40	Não	Não	Laceração 1ºGrau	Sala de Partos – Hospital do Alentejo 2
5	17/12/2022	39	Não	Não	Laceração 2ºGrau	Sala de Partos – Hospital do Alentejo 2
6	18/12/2022	39+5	Sim	Não	Laceração 1ºGrau	Sala de Partos – Hospital do Alentejo 2
7	19/12/2022	40	Sim	Não	Episiotomia	Sala de Partos – Hospital do Alentejo 2
8	19/12/2023	39+3	Não	Não	Laceração 2ºGrau	Sala de Partos – Hospital do Alentejo 2
9	20/12/2022	39+6	Não	Sim	Laceração 1ºGrau	Sala de Partos – Hospital do Alentejo 2
10	20/12/2022	40+1	Não	Não	Laceração 1ºGrau	Sala de Partos – Hospital do Alentejo 2
11	21/12/2022	39+5	Não	Não	Laceração 1ºGrau	Sala de Partos – Hospital do Alentejo 2
12	21/12/2022	38+3	Não	Sim	Laceração 1ºGrau	Sala de Partos – Hospital do Alentejo 2
13	04/01/2023	40+2	Não	Sim	Laceração 1ºGrau	Sala de Partos – Hospital do Alentejo 2
14	05/01/2023	38+5	Sim	Sim	Laceração 1ºGrau	Sala de Partos – Hospital do Alentejo 2
15	11/01/2023	39+1	Não	Não	Intato	Sala de Partos – Hospital do Alentejo 2
16	11/01/2023	39+4	Não	Sim	Episiotomia	Sala de Partos – Hospital do Alentejo 2
17	11/01/2023	39+3	Não	Sim	Laceração de 1ºGrau	Sala de Partos – Hospital do Alentejo 2
18	12/01/2023	39+5	Não	Não	Intato	Sala de Partos – Hospital do Alentejo 2
19	12/01/2023	39+3	Não	Sim	Laceração 1ºGrau	Sala de Partos – Hospital do Alentejo 2
20	15/01/2023	39+3	Sim	Sim	Intato	Sala de Partos – Hospital do Alentejo 2
21	26/01/2023	40	Não	Sim	Laceração de 2ºGrau	Sala de Partos – Hospital do Alentejo 2
22	26/12/2023	39	Não	Sim	Episiotomia	Sala de Partos – Hospital do Alentejo 2
23	22/03/2023	38+6	Não	Não	Laceração 2ºGrau	Bloco de Partos – Hospital da Região do Algarve
24	27/03/2023	39+5	Não	Não	Intato	Bloco de Partos – Hospital da Região do Algarve
25	31/03/2023	39+3	Não	Sim	Laceração de 1ºGrau	Bloco de Partos – Hospital da Região do Algarve
26	31/03/2023	38+5	Não	Não	Laceração de 1ºGrau	Bloco de Partos – Hospital da Região do Algarve
27	01/04/2023	39+3	Não	Não	Laceração de 2ºGrau	Bloco de Partos – Hospital da Região do Algarve
28	12/04/2023	39+3	Não	Não	Intato	Bloco de Partos – Hospital da Região do Algarve
29	12/04/2023	40	Não	Sim	Intato	Bloco de Partos – Hospital da Região do Algarve
30	17/04/2023	40	Não	Não	Laceração de 2ºGrau	Bloco de Partos – Hospital da Região do Algarve
31	18/04/2023	40+1	Não	Sim	Laceração de 1ºGrau	Bloco de Partos – Hospital da Região do Algarve
32	27/04/2023	37+6	Não	Sim	Intato	Sala de Partos – Hospital do Alentejo 2
33	02/05/2023	41	Não	Não	Laceração de 1ºGrau	Sala de Partos – Hospital do Alentejo 2
34	09/05/2023	39+4	Não	Sim	Intato	Sala de Partos – Hospital do Alentejo 2
35	09/05/2023	40+5	Sim	Sim	Laceração de 2ºGrau	Sala de Partos – Hospital do Alentejo 2
36	11/05/2023	40+5	Sim	Não	Laceração de 2ºGrau	Sala de Partos – Hospital do Alentejo 2
37	11/05/2023	39+2	Sim	Sim	Laceração de 2ºGrau	Sala de Partos – Hospital do Alentejo 2
38	15/05/2023	39+3	Não	Não	Laceração de 1ºGrau	Sala de Partos – Hospital do Alentejo 2
39	24/05/2023	39+4	Não	Não	Intato	Sala de Partos – Hospital do Alentejo 2
40	24/05/2023	39+2	Não	Sim	Laceração de 1ºGrau	Sala de Partos – Hospital do Alentejo 2

41	25/05/2023	39+2	Não	Sim	Laceração de 1ºGrau	Sala de Partos – Hospital do Alentejo 2
42	07/06/2023	40+5	Sim	Sim	Intato	Sala de Partos – Hospital do Alentejo 2
43	07/06/2023	39+5	Não	Não	Intato	Sala de Partos – Hospital do Alentejo 2
44	09/06/2023	40	Não	Não	Intato	Sala de Partos – Hospital do Alentejo 2
45	12/06/2023	39+1	Não	Sim	Intato	Sala de Partos – Hospital do Alentejo 2

**Apêndice E – Fluxograma PRISMA da Reflexão “Expetativas de Parto da Grávida do
3.º Trimestre”**



Apêndice F – Análise dos estudos incluídos na Revisão “Expetativas de Parto da Grávida do 3.º Trimestre”

IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO	OBJETIVO	RESULTADOS	CONCLUSÃO
<p>ESTUDO 1</p> <p>“Perceptions and expectations of pregnant women about the type of birth”</p> <p>“Percepções e expectativas de grávidas sobre o tipo de parto” (Arik et al., 2018)</p> <p><i>2.c Quasi-experimental prospectively controlled study</i></p>	<p>Apreender as percepções e expectativas das grávidas sobre o tipo de parto.</p>	<p>Os discursos relatados recaíram sobre 4 temas centrais: vantagens do parto vaginal em relação à cesariana, medo e imprevisibilidade do parto vaginal, importância do médico na definição do tipo de parto e influência da família e amigos na escolha do tipo de parto.</p>	<p>Para as grávidas o parto vaginal apresenta maior benefício comparado com a cesariana, no entanto, durante a gravidez e o parto, o medo da dor e do inesperado e as opiniões médicas, familiares e de amigos contrárias ao parto vaginal, influenciaram fortemente a escolha pela cesariana.</p>
	<p>MÉTODO</p> <p>Pesquisa qualitativa, por meio de entrevista a 15 grávidas em dois momentos, o primeiro antes das 20 semanas e o segundo depois das 35 semanas de gravidez.31</p>		

IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO	OBJETIVO	RESULTADOS	CONCLUSÃO
<p>ESTUDO 2</p> <p>“Expectativas, percepción y satisfacción materna en el parto inducido frente al parto espontáneo”</p> <p>“Expectativas, percepção e satisfação materna no parto induzido versus no parto espontâneo” (Antón-Pastor et al., 2019)</p> <p><i>3.c Cohort study with control group</i></p>	<p>Comparar a satisfação materna no parto induzido com a satisfação materna no parto espontâneo. Como objetivos secundários pretende-se avaliar o conhecimento e expectativas acerca da indução, comparar os resultados obstétricos e perinatais de acordo com a forma de início do parto e identificar outros fatores associados com a satisfação materna que podem ser alvo de melhoria.</p>	<p>Foram incluídas 186 grávidas no total, sendo 90 grávidas com parto induzido e 96 grávidas com parto espontâneo. As mulheres com parto induzido apresentaram menos satisfação do que as mulheres com parto espontâneo. A percepção da duração, da dor e as complicações foram significativamente maiores nos partos induzidos. No geral, o conhecimento acerca do processo de indução e os métodos é moderado-escasso, sendo o mais valorizado a segurança para o seu bebé. Nos partos induzidos observou-se: maior taxa de cesarianas, maior duração do trabalho de parto, maior uso de analgesia epidural e maior tempo de internamento. Não se constataram diferenças nos resultados perinatais e complicações maternas. Os itens mais valorizados foram aqueles relacionados com as parteiras e os piores foram aqueles relacionados com a fase de dilatação e os métodos de relaxamento e alívio da dor.</p>	<p>Observou-se maior satisfação materna nos partos com início espontâneo face aos induzidos. São sugestões de melhoria a assistência na fase de dilatação e período expulsivo, assim como o apoio no uso de diferentes métodos de alívio da dor.</p>
	<p>MÉTODO</p> <p>Estudo de coorte prospetivo conduzido no Hospital Geral Universitário de Alicante. Cada mulher grávida incluída (n=186) completou uma pesquisa durante a admissão para internamento, recorrendo à escala de avaliação adaptada e validada em Espanha chamada “Mackey Childbirth Satisfaction”.</p>		

IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO	OBJETIVO	RESULTADOS	CONCLUSÃO
<p>ESTUDO 3</p> <p>“Planear o parto normal: necessidades e expectativas das grávidas” (Ferreira et al., 2019)</p> <p><i>4.b Cross-sectional study</i></p>	<p>Conhecer as necessidades e expectativas das grávidas que desejam um parto normal.</p>	<p>Emergiram quatro categorias: “O desejo de ser bem tratada e acolhida pela equipa”; “O anseio por um parto rápido, sem dor e sem intercorrências”; “A expectativa pelo filho saudável” e “A necessidade de ter um acompanhante”. Este estudo evidenciou que as necessidades e expectativas de algumas das mulheres estão fortemente ligadas a experiências de parto anteriores e com os sentimentos vividos durante a gravidez atual. A maioria das mulheres apresentou ambivalência de sentimentos em relação ao parto, no entanto, apesar do medo da dor, angústia e ansiedade estarem frequentemente presentes, estas mostraram-se seguras na decisão pelo parto normal e dos seus benefícios.</p>	<p>As necessidades e expectativas relatadas pelas grávidas estão de acordo com as práticas e condutas defendidas pelo Ministério da Saúde em prol do parto humanizado. Destaca-se a importância da preparação da mulher para o parto normal, com recurso à escuta ativa e disponibilizem informação fidedigna de forma a reduzir estados de medo e ansiedade e promovam o esclarecimento dos seus direitos.</p>
	<p>MÉTODO</p> <p>Estudo qualitativo, de carácter descritivo realizado nas Unidades de Saúde de Família Doutor Fábio I e II, em Mato Grosso, Brasil. Participaram na pesquisa 13 mulheres, respeitando os seguintes critérios de inclusão: grávida no 3º trimestre de gravidez; desejar o parto normal; estar inscrita nas Unidades de Saúde em questão e aceitar a participação na pesquisa mediante a assinatura do termo consentimento livre e esclarecido. Colheita de dados realizada entre março e abril de 2017, mediante entrevista semiestruturada.</p>		

IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO	OBJETIVO	RESULTADOS	CONCLUSÃO
<p>ESTUDO 4</p> <p>“Autonomia da gestante na escolha do tipo de parto” (Silva et al., 2019)</p> <p><i>4.b Cross-sectional study</i></p>	<p>Identificar a preferência da grávida primigesta quanto à via de parto, conhecer os fatores que influenciam a tomada de decisão e as expectativas em relação ao parto de acordo com a via escolhida.</p>	<p>Prevaleceu o parto vaginal, a presença de expectativas positivas em relação a essa escolha e a não influência de terceiros na tomada de decisão.</p>	<p>A decisão da mulher quanto à via de parto tem-se transformado numa preferência da mulher e não se resume apenas a uma decisão médica, evidenciando a importância da educação em saúde durante as consultas pré-natais.</p>
	<p>MÉTODO</p> <p>Estudo descritivo com abordagem quantitativa, incluído 35 primigestas acompanhadas no período pré-natal em unidades públicas de saúde no município do Sul de Minas Gerais, Brasil.</p> <p>A colheita de dados em Agosto e Setembro de 2015 mediante um questionário semiestruturado.</p>		

IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO	OBJETIVO	RESULTADOS	CONCLUSÃO
<p>ESTUDO 5</p> <p>“Contato pele a pele e amamentação no momento do parto: desejos, expectativas e experiências de mulheres” (Santos et al., 2020a)</p> <p><i>4.b Cross-sectional study</i></p>	<p>Analisar os desejos, as expectativas e as experiências de mulheres sobre o contato pele a pele e à amamentação durante a primeira hora de vida do bebê.</p>	<p>O estudo inclui 18 grávidas entre os 21 e 38 anos de idade. O desejo do contato pele a pele e da amamentação como práticas imediatas após o parto e nascimento foram expressos, apesar de muitas grávidas acreditaram que tal não seria possível pelos procedimentos de rotina. As expectativas da impossibilidade do contato pele a pele e amamentação precoce foram confirmadas no momento do parto.</p>	<p>As expectativas e experiências trazidas pelas mulheres indicam uma falha que se inicia no período pré-natal, dificultando a implementação das boas práticas. Dessa forma, torna-se importante valorizar a participação das mulheres como ferramenta para a humanização do parto.</p>
	<p>MÉTODO</p> <p>Pesquisa qualitativa num Hospital Universitário de uma capital da região nordeste. As mulheres foram acompanhadas longitudinalmente, durante o período pré-natal, parto e puerpério. As participantes eram grávidas com gravidez de baixo risco e com mais de 18 anos de idade. Foram realizadas entrevistas estruturadas e semiestruturadas no período pré-natal, observação da grávida no parto e novas entrevistas no puerpério. O conteúdo foi posteriormente analisado na modalidade temática.</p>		

IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO	OBJETIVO	RESULTADOS	CONCLUSÃO
<p>ESTUDO 6</p> <p>“Fulfilment of expectations on birth and the postpartum period – A Swedish cohort study”</p> <p>“Cumprimento das expectativas sobre o parto e o puerpério – um estudo de coorte sueco” (Larsson et al., 2022)</p> <p><i>3.e Observational study without a control group</i></p>	<p>Investigar as expectativas e experiências das mulheres sobre o parto e puerpério e fatores associados. Um objetivo adicional foi explorar se as expectativas das mulheres foram atendidas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - A maioria das mulheres (79%) considerou importante a continuidade dos cuidados no pós-parto, mas poucas (32%) relataram ter uma parteira de referência durante o parto. - 37% das mulheres relataram expectativas de parto positivas e 66% das mulheres relataram ter tido uma experiência de parto positiva. - 56% das mulheres preferiram uma estadia pós-parto curta e 63% das mulheres foram para casa nas primeiras 24h. - 36% das mulheres quiseram visitas pós-parto ao domicílio, mas só 3,5% das mulheres tiveram. - 86% das mulheres revelaram na gravidez o desejo de amamentar, mas após o nascimento só 63% das mulheres estavam a amamentar em exclusivo. 	<p>Apenas uma minoria das expectativas das mulheres sobre a continuidade dos cuidados no pós-parto foram atendidas. Houve grande diversidade quanto às expectativas no puerpério, sendo o curto período de internamento a que mais facilmente foi atendida a que foi mais atendida e a expectativa menos atendida foi relativa à visita pós-parto ao domicílio.</p>
	<p>MÉTODO</p> <p>Estudo de coorte longitudinal com 280 mulheres, das quais 226 foram acompanhadas dois meses após o parto. Os dados foram recolhidos por meio de questionários.</p>		

		<p>- As expetativas mais prováveis de satisfazer foram o desejo do parto vaginal (83%), uma experiência de parto positiva (71%) e um internamento de curta duração (67%).</p> <p>- As principais expetativas que não foram cumpridas foram a visita pós-parto ao domicílio (96%) e a continuidade dos cuidados no pós-parto (73%).</p>	
--	--	--	--

IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO	OBJETIVO	RESULTADOS	CONCLUSÃO
<p>ESTUDO 7</p> <p>“Expectations of the upcoming birth – A survey of women’s self-efficacy and birth positions”</p> <p>“Expetativas de nascimento – Uma pesquisa sobre a autoeficácia e as posições de parto das mulheres” (Kjeldsen et al., 2022)</p> <p><i>3.e Observational study without a control group</i></p>	<p>Examinar a posição de parto preferida as mulheres, a sua autoeficácia e a posição que foi efetivamente adotada no momento do nascimento.</p> <p style="text-align: center;">MÉTODO</p> <p>Pesquisa realizada com 554 mulheres nas 38.^a semanas de gravidez, com colheita de dados através do processo clínico. Utilizada estatística descritiva não paramétrica e modelos de regressão logística univariada e multivariada para analisar a associação entre a autoeficácia e a satisfação da posição adotada no momento do nascimento.</p>	<p>A maioria das mulheres (>70%) desejava parir numa posição que permitisse dar flexibilidade à sacro, no entanto, mais de 80% pariu numa posição que não promove essa flexibilidade. Menos de 50% das mulheres tiveram o seu desejo relativo à posição para parir atendido. Todas as mulheres relataram a sua autoeficácia alta de um modo geral, não tendo sido encontrada nenhuma diferença em ter o desejo da posição para parir atendido, comparando as mulheres com alta e baixa eficácia.</p>	<p>O nível de autoeficácia não influenciou a probabilidade de ter o desejo da posição para parir atendido, evidenciando que a cultura no local do parto e as habilidades e as atitudes dos profissionais de saúde podem ter um impacto considerável na escolha da posição para parir entre as mulheres.</p>

**Apêndice G – Dados inseridos no IBM® SPSS® (Statistical Package for the Sciences)
Versão 24**

Plano de Nascimento.sav [DataSet1] - IBM SPSS Statistics Data Editor

File Edit View Data Transform Analyze Direct Marketing Graphs Utilities Extensions Window Help

Visible: 35 of 35 Variables

	Paridade	Idade1	Idade	Habilitações	ConhecimentoQuê	CinhecimentoDireito	Acompanhamento1	Acompanhamento2	Acompanhamento3	Privacidade1	Privacidade2	Informação	PeríodoDilatação1	PeríodoDilatação2	PeríodoDilatação3	PeríodoDilatação4	PeríodoDilatação5	Ct	
1	3	39	3	5	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	5	34	3	5	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
3	1	23	2	4	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
4	3	36	3	5	1	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	3	1	1
5	3	41	4	4	1	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	3	1	1
6	7	37	3	3	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	1	1	3	1	1
7	1	32	3	4	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
8	1	17	1	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	1
9	1	25	2	4	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	1
10	1	30	3	4	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	1
11	4	32	3	3	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	1
12	1	31	3	4	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	1
13	1	16	1	2	2	2	2	2	2	3	3	1	1	3	3	3	3	1	1
14	3	39	3	5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	1
15	1	17	1	3	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
16	1	31	3	4	2	2	1	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1
17	1	35	3	3	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
18	4	47	4	3	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
19	4	35	3	6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
20	1	25	2	5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
21	5	24	2	3	2	2	3	3	3	1	1	1	3	3	1	3	1	1	1
22	3	37	3	5	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1
23	5	39	3	4	1	2	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1
24																			
25																			
26																			

Data View Variable View

Plano de Nascimento.sav [DataSet1] - IBM SPSS Statistics Data Editor

File Edit View Data Transform Analyze Direct Marketing Graphs Utilities Extensions Window Help

	Name	Type	Width	Decimals	Label	Values	Missing	Columns	Align	Measure	Role
1	Paridade	Numeric	8	0	Paridade	{1, G1}...	None	8	Right	Nominal	Input
2	Idade1	Numeric	8	0	Idade	None	None	8	Right	Scale	Input
3	Idade	Numeric	8	0	Idade	{1, Menos q...	None	8	Right	Nominal	Input
4	Habilitações	Numeric	8	0	Habilitações Lit...	{1, 4º Ano}...	None	8	Right	Nominal	Input
5	Conhecime...	Numeric	8	0	Conhecimento ...	{1, Sim}...	None	8	Right	Nominal	Input
6	Cinhecimen...	Numeric	8	0	Conhecimento ...	{1, Sim}...	None	8	Right	Nominal	Input
7	Acompanha...	Numeric	8	0	Presença de ac...	{1, Sim}...	None	8	Right	Nominal	Input
8	Acompanha...	Numeric	8	0	Tipo de presen...	{1, Sempre}...	None	8	Right	Nominal	Input
9	Acompanha...	Numeric	8	0	Especificação ...	None	None	8	Right	Nominal	Input
10	Privacidade1	Numeric	8	0	Aceita presenç...	{1, Sim}...	None	8	Right	Nominal	Input
11	Privacidade2	Numeric	8	0	Aceita profissio...	{1, Sim}...	None	8	Right	Nominal	Input
12	Informação	Numeric	8	0	Estar constant...	{1, Sim}...	None	8	Right	Nominal	Input
13	PeríodoDilat...	Numeric	8	0	Pretende ter m...	{1, Sim}...	None	8	Right	Nominal	Input
14	PeríodoDilat...	Numeric	8	0	Pretende usar ...	{1, Sim}...	None	8	Right	Nominal	Input
15	PeríodoDilat...	Numeric	8	0	Pretende ingerir...	{1, Sim}...	None	8	Right	Nominal	Input

Plano de Nascimento.sav [DataSet1] - IBM SPSS Statistics Data Editor

File Edit View Data Transform Analyze Direct Marketing Graphs Utilities Extensions Window Help

	Name	Type	Width	Decimals	Label	Values	Missing	Columns	Align	Measure	Role
16	PeríodoDilat...	Numeric	8	0	Pretende poder...	{1, Sim}...	None	8	Right	Nominal	Input
17	PeríodoDilat...	Numeric	8	0	Pretente menor...	{1, Sim}...	None	8	Right	Nominal	Input
18	ControloDor1	Numeric	8	0	Pretende usar ...	{1, Sim}...	None	8	Right	Nominal	Input
19	ControloDor2	Numeric	8	0	Pretende analg...	{1, Sim}...	None	8	Right	Nominal	Input
20	InduçãoParto1	Numeric	8	0	Pretende induç...	{1, Sim}...	None	8	Right	Nominal	Input
21	InduçãoParto2	Numeric	8	0	Pretende rotura...	{1, Sim}...	None	8	Right	Nominal	Input
22	PeríodoExp...	Numeric	8	0	Pretende escol...	{1, Sim}...	None	8	Right	Nominal	Input
23	PeríodoExp...	Numeric	8	0	Pretende iniciar...	{1, Sim}...	None	8	Right	Nominal	Input
24	PeríodoExp...	Numeric	8	0	Pretende uso d...	{1, Sim}...	None	8	Right	Nominal	Input
25	Nascimento1	Numeric	8	0	Contato pele a ...	{1, Sim}...	None	8	Right	Nominal	Input
26	Nascimento2	Numeric	8	0	Momento do co...	{1, Imediata...	None	8	Right	Nominal	Input
27	Nascimento3	Numeric	8	0	Contato pele a ...	{1, Sim}...	None	8	Right	Nominal	Input
28	Nascimento4	Numeric	8	0	Momento do co...	{1, Imediata...	None	8	Right	Nominal	Input
29	Aleitamento1	Numeric	8	0	Amamentação ...	{1, Sim}...	None	8	Right	Nominal	Input
30	Aleitamento2	Numeric	8	0	Estimulação/ex...	{1, Sim}...	None	8	Right	Nominal	Input
31	Aleitamento3	Numeric	8	0	Não alimentar p...	{1, Sim}...	None	8	Right	Nominal	Input
32	Aleitamento4	Numeric	8	0	Informação atra...	{1, Sim}...	None	8	Right	Nominal	Input
33	Aleitamento5	Numeric	8	0	Alimentação co...	{1, Sim}...	None	8	Right	Nominal	Input
34	PosParto1	Numeric	8	0	Alojamento con...	{1, Sim}...	None	8	Right	Nominal	Input
35	PosParto2	Numeric	8	0	Informação sob...	{1, Sim}...	None	8	Right	Nominal	Input

Apêndice H – Panfleto “O bebê nasceu. E agora?” sobre a temática da amamentação, realizado no campo clínico de internamento de Puerpério

1. AMAMENTAÇÃO

- ✓ O LEITE MATERNO é o alimento mais completo e natural, rico em anticorpos que protegem o bebé de muitas doenças nos primeiros meses e durante toda a vida.
- ✓ Previne a hemorragia pós-parto da mãe e o risco de desenvolver cancro da mama, entre outros tipos de cancro.
- ✓ É a opção mais barata.

MAS... EU SINTO QUE NÃO TENHO LEITE, NÃO SAI NADA DA MAMA...?!

O primeiro leite chama-se COLOSTRO. É normal não sentir diferença na mama nos 2-3 primeiros dias. O fundamental é que o bebé mame, de forma a estimular a mama para que esta responda e produza leite. Para além disso, a capacidade do estômago do bebé nesta fase são de cerca de 5ml. Após este período terá a chamada "DESCIDA DO LEITE" em que tanto a quantidade como as características do leite mudam. Irá sentir a mama mais pesada e cheia.



Fonte 1: Pedrinho Descomplicado

É QUANTO TEMPO DURA A MAMADA?

É variável. 90% dos bebés mamam o que precisam em 4 minutos, outros poderão levar 30 minutos ou mais. O importante é perceber se o bebé está a obter leite da mama e não está apenas a chuchar. Uma sucção lenta, as bochechas cheias e ouvir ou sentir o bebé a engolir são sinais de que está a mamar.

O MEU BEBÉ TEM FOME, NÃO AGUENTA AS 3 HORAS!

Durante os primeiros dias o bebé pode ter necessidade de mamar mais vezes. É esta estimulação frequente e inicial que conduz à "DESCIDA DO LEITE". Quanto mais o bebé mamar, mais leite será produzido. Depois, o estômago do bebé facilmente enche e depressa esvazia. O importante é que o bebé mame quando tem fome, em livre demanda, podendo mamar períodos do dia de 1 em 1 hora, alternando com períodos maiores. Não deve, no entanto, deixar o bebé sem mamar mais do que 3 horas durante o primeiro mês de vida. Quando mais crescido, com o aumento da produção de leite materno e aumento do tamanho do estômago do bebé, este poderá fazer mamadas mais certas, com o padrão de 3 em 3 horas.

2. SINAIS DE FOME

O choro do bebé é, geralmente, um sinal tardio de fome.

Antes o bebé dá outros sinais:



MEXENDO-SE



ABRINDO A BOCA



VIRANDO A CABEÇA – À PROCURA

Fonte 2: Pedrinho Descomplicado

Nesta altura, ofereça a mama ao seu bebé. Solicite ajuda se não conseguir.

3. POSIÇÃO

Bebé virado para a mãe, barriga com barriga.

Cabeça e tronco do bebé alinhados.

Explore estas posições. Com o tempo irá perceber a melhor para si e para o seu bebé.



Fonte 3: A Apa de Chibrita

4. PEGA

- ✓ Para adaptar o seu bebé à mama, coloque a sua mão em formato de "C" e ofereça-a com o mamilo a apontar para o céu da boca do bebé. O bebé pega de baixo para cima.



Fonte 4: Chibrita

- ✓ O bebé deve ter a boca bem aberta de forma a abocanhar a mama. Atenção mãe... O BEBÉ NÃO MAMA NO MAMILO, MAS SIM NA AURÉOLA.



Fonte 5: Chibrita

SINAIS DE PEGA CORRETA:

- ✓ Boca bem aberta;
- ✓ Lábios virados para fora;
- ✓ Auréola pouco visível;
- ✓ Bochechas cheias, sem fazer covinhas;
- ✓ Sucção lenta e profunda.

NOTAS IMPORTANTES:

- ✓ O bebé deve esvaziar a primeira mama que lhe é oferecida e só depois, caso solicite mais, deve oferecer a segunda. Isto porque o leite inicial é rico em água e açúcar e no final da mamada é rico em gordura, saciando mais.
- ✓ Os primeiros quinze dias são desafiantes para que o processo de amamentar funcione. Não hesite em solicitar ajuda com a Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica, no Centro de Saúde.

Consulte também o Manual de Aleitamento Materno.



Disponível em:

<https://www.unicef.pt/media/1581/6-manual-do-aleitamento-materno.pdf>

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Levy, L. & Bértolo, H. (2012). *Manual de Aleitamento Materno*. Comité Português para a UNICEF. <https://www.unicef.pt/media/1581/6-manual-do-aleitamento-materno.pdf>

GUIA PRÁTICO PARA MÃES E PAIS



Fonte 6: Chibrita

O BEBÉ NASCEU! E AGORA?

1. A AMAMENTAÇÃO
2. SINAIS DE FOME
3. POSIÇÃO
4. PEGA



Elaborado por Raquel Pacheco
Bióloga e Enfermeira em Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica
Orientadora: Professora Doutora Maria da Luz Barros
Enfermeira Supervisora: Enfermeira Maria José Nobre

1. BREASTFEEDING

- ✓ BREAST MILK is the most complete and natural food, rich in antibodies that protect the baby from many diseases in the first months and throughout life.
- ✓ Prevents the mother's postpartum hemorrhage and the risk of developing breast cancer, among other types of cancer.
- ✓ It is the cheapest option.

BUT... I FEEL LIKE I HAVE NO MILK, NOTHING COMES OUT OF BREAST...?!

The first milk is called COLOSTRUM. It is normal not to feel a difference in the breast in the first 2-3 days. The key is for the baby to breastfeed to stimulate the breast to respond and produce milk. In addition, the capacity of the baby's stomach at this stage is approximately 5ml. After this period, there will be the so-called "LET DOWN OF THE MILK" in which both the quantity and the characteristics of the milk change. The breast will feel heavier and fuller.



AND HOW LONG DOES THE BREAST LAST??

It's variable. 90% of babies suck what they need in 4 minutes, others may take 30 minutes or more. The important thing is to understand that the baby is getting milk from the breast and not just sucking. A slow suck, full cheeks and hearing or feeling the baby swallowing are all signs that he is nursing.

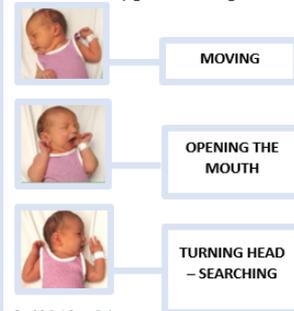
MY BABY IS HUNGRY, HE CAN'T HOLD 3 HOURS!

During the first few days, the baby may need to feed more often. It is this frequent and initial stimulation that leads to "LET DOWN". The more the baby suckles, the more milk will be produced. Afterwards, the baby's stomach easily fills and quickly empties. The important thing is that the baby breastfeeds when he is hungry, on demand, being able to breastfeed periods of the day every 1 hour, alternating with longer periods. You should not, however, leave the baby without breastfeeding for more than 3 hours during the first month of life. When older, with the increase in breast milk production and the increase in the size of the baby's stomach, the baby will be able to feed more correctly, with the pattern of every 3 hours.

2. HUNGER SIGNS

Baby crying is usually a late sign of hunger.

Before the baby gives other signs:



Fonte: 2. Pediatría Descomplicada

At this point, offer the breast to your baby. Ask for help if you can't.

3. POSITION

Baby facing mother, belly to belly. Baby's head and torso aligned.

Explore these positions. With time you will understand what is best for you and your baby.



4. LATCH

- ✓ To adapt your baby to the mother, place your hand in a "C" shape and push with the nipple pointing towards the roof of the baby's mouth. The baby takes it from bottom to top.



Fonte: 4. Guia da Pupa

- ✓ The baby must have his mouth wide open in order to grasp the breast. Attention mother... THE BABY DOESN'T BREAST ON THE NIPPLE, BUT ON THE HALO.



Fonte: 5. Guia da Pupa

SIGNS OF GOOD LATCH:

- ✓ Mouth wide open;
- ✓ Lips turned outward;
- ✓ Little visible halo;
- ✓ Full cheeks, without dimples;
- ✓ Slow and deep suction.

IMPORTANT NOTES:

- ✓ The baby should empty the first breast offered to him and only then, if he asks for more, should he offer the second. This is because the initial milk is rich in water and sugar and at the end of the feeding it is rich in fat, satiating more.
- ✓ The first fifteen days are challenging for the breastfeeding process to work. Do not hesitate to ask for help from the Maternal and Obstetric Health Specialist Nurse at the Primary Healthcare Center.

See also the Breastfeeding Handbook.



Available in:
<https://www.unicef.pt/media/1581/6-manual-do-aleitamento-materno.pdf>

REFERENCES:
 Levy, L., & Bertolo, H. [2012]. Manual de Aleitamento Materno. Comitê Português para a UNICEF. <https://www.unicef.pt/media/1581/6-manual-do-aleitamento-materno.pdf>

PRACTICAL GUIDE FOR MOTHERS AND FATHERS



Fonte: 6. Guia da Pupa

THE BABY WAS BORN! AND NOW?

1. BREASTFEEDING
2. HUNGRY SIGNS
3. POSITION
4. LATCH



Prepared by: Raquel Sofia Guarnição Pacheco
 Within the scope of the Master's Course in Nursing in Maternal and Obstetric Health
 Teaching advisor: Professora Maria da Luz Barros
 Supervisory Nurse: Nuna Maria José Ribeiro

Apêndice I – Reflexão sobre a observação de exames de diagnóstico pré-natal, no campo clínico de internamento de Ginecologia e Grávidas Patológicas, na Unidade Hospitalar 1

REFLEXÃO

Campo clínico: Internamento de Ginecologia e Grávidas Patológicas – Unidade Hospitalar 1

Data: 12/09/2022 a 21/10/2022

Enriquecendo o processo de aprendizagem, no dia 13 de outubro foi possível observar a realização de duas técnicas de diagnóstico pré-natal, a biópsia das vilosidades coriônicas e a amniocentese. A biópsia das vilosidades coriônicas consiste num exame de diagnóstico que deve ser realizado entre as 10 e as 14 semanas de gestação, em que é colhida através de uma agulha de biópsia uma amostra placentária, por via transabdominal ou transcervical, ambas guiadas por ecografia. Por sua vez, a amniocentese deverá ser realizada a partir das 15 semanas de gestação e consiste na colheita de líquido amniótico através da inserção de uma agulha na parede abdominal até ao saco amniótico (Martins, 2018).

Quanto à técnica da biópsia das vilosidades, assistiu-se a todos os passos do procedimento. Constatou-se que é imprescindível um bom manuseamento do ecógrafo e uma correta interpretação da imagem pelo obstetra, identificando a placenta e o local exato da punção. É fundamental reforçar à grávida que não se deve mexer em qualquer momento do exame, especialmente no momento da inserção da agulha. Quando a agulha se encontrava inserida nas vilosidades coriônicas, procedeu-se à aspiração do conteúdo através de uma seringa de 10 ml, colocando o conteúdo aspirado numa caixa de *petri* com meio de transporte próprio. Este foi recolocado dentro de um frasco definitivo e enviado posteriormente para o laboratório. Relativamente à amniocentese, a técnica pareceu um pouco menos complexa e a agulha utilizada é de menor dimensão e calibre. Assistiu-se de igual forma à identificação do local correto para punção mediante a realização de ecografia e à inserção da agulha na bolsa amniótica. O conteúdo aspirado que é líquido amniótico, foi colocado em frasco próprio e encaminhado para o laboratório.

De salientar que ambas são técnicas que devem ser realizadas respeitando uma rigorosa assepsia, visto que a infeção é uma das principais causas de abortamento após a realização destes exames de diagnóstico pré-natal. Anteriormente à realização dos exames, constatou-se que as grávidas se encontravam ansiosas. Para além do receio da dor que o exame possa provocar mesmo com a realização de anestesia local, acresce o sentimento de medo pela incerteza de alguma coisa poder não estar bem com o seu bebé. Para além disso, este tipo de exame não é isento de riscos, sendo um deles o aborto espontâneo. Revelou-se de extrema importância o papel da EEESMO, que segundo Stringer (1988), tem um papel imprescindível durante a realização deste procedimento, minimizando o nível de apreensão e

ansiedade, através do diálogo contínuo e da explicação dos aspetos mais importantes da técnica. O apoio emocional deve ser uma constante, incentivando a grávida a expressar os seus sentimentos e/ou qualquer desconforto sentido durante o procedimento. Relativamente aos ensinamentos, é fundamental informar a grávida que deve realizar repouso relativo durante dois dias, que não deve ter relações sexuais durante uma semana e que deve recorrer à urgência de ginecologia/obstetrícia em caso de hemorragia, perda de líquido amniótico, febre ou dor intensa.

Apêndice J – Jornais de aprendizagem

JORNAL DE APRENDIZAGEM

Estratégia de aprendizagem e aquisição de competências

Campo Clínico: Cuidados de Saúde Primários

EDITORIAL

Tema: Consulta de Vigilância da Gravidez

A gravidez constitui um processo fisiológico, não sendo por isso um estado de doença que necessite de tratamento. Por sua vez, é uma fase que requer uma adaptação a uma nova condição, de mãe e pai e acarreta modificações físicas e emocionais, culminando no nascimento de uma ou mais crianças (DGS, 2015).

A evidência científica atual permite concluir que existe uma relação bem definida entre uma assistência pré-natal de qualidade e os ganhos em saúde, particularmente, na diminuição da mortalidade e morbidade materna e perinatal. A assistência pré-natal realizada ainda nas primeiras semanas de gravidez ou até mesmo antes da concepção, revela-se de extrema importância na identificação precoce de fatores de risco que possam comprometer o decurso normal da gravidez e o bem-estar materno-fetal. O EEESMO encontra-se dotado a prestar cuidados especializados na vigilância da gravidez considerada de baixo risco, maximizando a saúde da mulher grávida, detetando e referenciando atempadamente situações de risco (Torgal, 2016).

O PNVGBR, elaborado pela DGS (2015), surge com o objetivo de “Definir o conjunto de recomendações e intervenções adequadas na preconcepção, na gravidez e no puerpério.”, homogeneizando os cuidados no âmbito desta assistência.

ATIVIDADES REALIZADAS

Em todos os contatos realizados, foi realizada a receção da mulher ao gabinete da consulta de vigilância promovendo um ambiente acolhedor, empático e aberto à exposição de dúvidas. Foi solicitado o BSG, ou ainda na sua inexistência foi realizada a sua apresentação à grávida e explicada a importância de se fazer acompanhar sempre dele. Este foi devidamente preenchido colhendo todos os dados pertinentes da grávida como antecedentes gerais e obstétricos e/ou atualizado com novos dados da consulta.

Todos os cuidados prestados sob supervisão foram dirigidos à grávida numa perspetiva individual, adequando as intervenções de acordo com as necessidades identificadas. Foi possível constatar que as mulheres grávidas pela primeira vez apresentam, naturalmente, mais dúvidas, receios e preocupações e que nesta condição, a intervenção do EEESMO é ainda mais relevante.

AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

Atividades:

1.º Trimestre

Observação dos exames realizados	<ul style="list-style-type: none"> • Ecografia do 1.º Trimestre (11 – 13 semanas + 6 dias), confirmação da viabilidade fetal, determinação do número de fetos, diagnóstico de malformações major • Confirmação da IG e correção da data provável do parto pela ecografia • Análises do 1.º Trimestre: <ul style="list-style-type: none"> - Hemograma com contagem de plaquetas; - Glicémia em jejum; - Grupo de sangue, fator RH e coombs indireto; - Serologia da toxoplasmose, rubéola, VDRL, VIH 1 e 2 e Hepatite B; - Exame bacteriológico de urina. • Rastreio combinado do 1.º Trimestre
Avaliação materna	<ul style="list-style-type: none"> • Peso • Avaliação da tensão arterial • Altura do fundo uterino • Perímetro abdominal • Exame sumário de urina • Edemas • Estado emocional
Avaliação fetal	<ul style="list-style-type: none"> • Auscultação dos batimentos cardíacos fetais
Especificidades	<ul style="list-style-type: none"> • Esquema e periodicidade das consultas e sua importância • Ensinos sobre a adaptação fisiológica do organismo à gravidez • Prevenção de infeções • Hábitos e estilos de vida saudáveis • Cuidados a ter quando não há imunidade para a toxoplasmose • Sinais de alerta de aborto • Avaliação do risco – referenciação para cuidados adicionais
2.º Trimestre	
Observação dos exames realizados	<ul style="list-style-type: none"> • Ecografia do 2.º Trimestre – Estudo morfológico do feto, para deteção de malformações • Análises do 2.º Trimestre: <ul style="list-style-type: none"> - Hemograma com contagem de plaquetas; - Coombs indireto; - Serologia da toxoplasmose, se não imune no 1.º Trimestre;

	<ul style="list-style-type: none"> - Serologia da rubéola (18-20 semanas) quando não imune no 1.º Trimestre; - Exame bacteriológico de urina. <ul style="list-style-type: none"> • Prova de tolerância à glicose oral às 28 semanas
Avaliação materna	<ul style="list-style-type: none"> • Peso • Avaliação da tensão arterial • Altura do fundo uterino • Perímetro abdominal • Exame sumário de urina • Edemas • Estado emocional
Avaliação fetal	<ul style="list-style-type: none"> • Auscultação dos batimentos cardíacos fetais • Movimentos fetais
Especificidades	<ul style="list-style-type: none"> • Confirmação do fator Rh – se negativo, programar administração da imunoglobulina anti-D às 28 semanas, de acordo com a norma da DGS • Informar e programar vacina da tosse consulta até às 32 semanas • Reforço dos cuidados em caso de não imunidade à toxoplasmose • Revisão das condições de trabalho, caso não se encontre ainda de baixa • Ensinos sobre amamentação • Ensinos sobre a lista do que levar para a maternidade • Ensinos sobre sinais de alarme (perda de sangue, perda de líquido, dor abdominal, diminuição dos movimentos fetais)
3.º Trimestre	
Observação dos exames realizados	<ul style="list-style-type: none"> • Ecografia do 3.º Trimestre – Avaliação do desenvolvimento fetal e diagnóstico de malformações tardias • Análises do 3.º Trimestre: <ul style="list-style-type: none"> - Hemograma com contagem de plaquetas; - Serologia da toxoplasmose, se não imune, VDRL, VIH 1 e 2, Hepatite B; - Exame bacteriológico de urina.
Avaliação materna	<ul style="list-style-type: none"> • Peso • Avaliação da tensão arterial • Altura do fundo uterino • Perímetro abdominal • Exame sumário de urina • Edemas • Estado emocional

Avaliação fetal	<ul style="list-style-type: none"> • Cardiotocografia • Movimentos fetais
Especificidades	<ul style="list-style-type: none"> • Revisão sobre condições de trabalho, caso não se encontre de baixa ainda • Colheita de exsudado vaginal e rectal para pesquisa de Streptococcus do grupo B, de acordo com a norma da DGS • Expetativas de parto • Ensinos sobre trabalho de parto e parto • Ensinos sobre métodos não farmacológicos e farmacológicos da dor • Realização do plano de parto em conjunto • Reforço de ensinos de sinais de alarme (perda de sangue, perda de líquido, dor abdominal, diminuição dos movimentos fetais)
<p>Competências desenvolvidas (Regulamento n.º 391/2019 da OE, 2019)</p> <p>2.1 Promove a saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento;</p> <p>2.2 Diagnostica precocemente e previne complicações na saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento;</p> <p>2.3 Providencia cuidados á mulher e facilita a sua adaptação, durante o período pré-natal e em situação de abortamento.</p>	
FONTES DE PESQUISA	
<ul style="list-style-type: none"> • Direção-Geral da Saúde. (2015). <i>Programa nacional para a vigilância da gravidez de baixo risco</i>. Direção-Geral da Saúde. https://www.dgs.pt/em-destaque/programa-nacional-para-a-vigilancia-da-gravidez-de-baixo-risco-pdf11.aspx • Torgal, A.L. (2016). Assistência no 1.º trimestre da gravidez. In M. Nené, R. Marques, M.A. Batista (Coords.), <i>Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica</i> (pp. 117-122). Lidel. • Regulamento n.º 391/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019). <i>Diário da República: Série II</i>, n.º 85, de 3 de maio, 13560-13565. https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/391-2019-122216892 	

JORNAL DE APRENDIZAGEM

Estratégia de aprendizagem e aquisição de competências

Campo Clínico: Sala de Partos

EDITORIAL

Tema: Indução do Trabalho de Parto

Consiste na indução artificial da contratilidade uterina, com vista ao início do trabalho de parto antes que este se inicie espontaneamente, a partir das 24 semanas de gestação. Apesar da existência de algumas controvérsias, há concordância entre os autores consultados, de que a ITP só deve ser considerada quando existe evidência clara que traz maior benefício para a mãe e feto, do que não intervir. Os motivos para a ITP podem ser de causa materna ou fetal, podendo estas estar associadas ou serem independentes entre si. As principais causas maternas são, a gravidez pós-termo (≥ 41 semanas, HTAG ou crónica, pré-eclâmpsia, DG e rotura prematura de membranas. As principais causas fetais são, feto morto ou com malformações (interrupção médica da gravidez) e restrição de crescimento intrauterino. Este procedimento apresenta contraindicações, tais como, antecedentes de rutura uterina, placenta prévia, apresentação pélvica ou transversal, cardiotocograma não tranquilizador e incompatibilidade feto-pélvica absoluta (Fonseca, 2016).

De forma a prever o sucesso da ITP e decidir qual o método mais adequado, é imprescindível calcular o índice de Bishop, mediante a avaliação e observação vaginal da grávida. Tal avaliação permite recolher dados relativos à posição, consistência, comprimento e dilatação do colo uterino e a altura da apresentação fetal face às espinhas isquiáticas, determinando o plano de Hodge. É atribuído a cada dado avaliado, um *score* de 0 a 3, como representado na figura, sendo calculado o total (Fonseca, 2016).

Avaliação do Índice de Bishop				
<i>Score</i>	0	1	2	3
Dilatação do colo	Fechado	1-2cm	3-4cm	> 5cm
Consistência do colo	Rijo	Médio	Mole	-

Comprimento do colo: apagamento	4cm	3cm	2cm	≤1cm
	0-30%	40-50%	60-70%	>80%
Posição do colo	Posterior	Intermédio	Anterior	
Altura da apresentação fetal	-3cm	-2cm	-1/0cm	+1cm

Avaliação do Índice de Bishop
 Fonte: Elaboração própria

Quando o índice de Bishop é igual ou superior a 5, o colo uterino é considerado desfavorável à ITP. Baixos índices de Bishop podem conduzir a falhas na ITP, a trabalhos de parto prolongados e, conseqüentemente, a aumento do número de cesarianas. Nestas situações, os autores defendem a maturação prévia do colo de útero (Fonseca, 2016).

No que diz respeito aos métodos de ITP, estes podem ser divididos em mecânicos e farmacológicos. Os métodos mecânicos consistem na colocação de objetos para o efeito no espaço cervical, que por ação mecânica, leva à libertação de prostaglandinas endógenas. Por sua vez, o objeto conduz a um efeito dilatador pela força e/ou tração realizada. Os métodos mecânicos mais utilizados são, a colocação de cateter vesical com balão insuflado com solução salina, permanecendo até à sua expulsão ou 12 a 24 horas e a colocação de dilatadores higroscópicos. Os métodos farmacológicos incluem as prostaglandinas com o seu mecanismo de ação agindo na dissolução das pontes de colagénio e aumentando o líquido na camada submucosa da cérvix e a ocitocina com um efeito uterotónico potente.

Existem dois tipos de prostaglandinas, E₁ ou misoprostol e E₂ ou dinoprostona, sendo o primeiro um análogo da prostaglandina E₁ e é um agente uterotónico eficaz na maturação do colo uterino e na ITP e comercializado em comprimidos. A dinoprostona replica a ação da prostaglandina E₂ podendo ser administrada em grávidas de termo e pré-termo e com indicação em colos uterinos desfavoráveis, encontrando-se disponível sob a forma de gel, comprimidos ou um dispositivo impregnado na prostaglandina.

Outros métodos válidos, são a amniotomia ou rutura artificial de membranas e o descolamento de membranas ou *stripping*.

ATIVIDADES REALIZADAS

Os cuidados prestados perante uma ITP deram início com o acolhimento da grávida na enfermaria de grávidas, promovendo um ambiente calmo e facilitador do diálogo, procedendo com a canalização de veia periférica, com colheita de sangue em caso de existirem análises desatualizadas ou em falta. Foi iniciado CTG para avaliar o bem-estar materno-fetal e a dinâmica uterina, e por protocolo institucional esta permanece por um período não inferior a 30 minutos antes de iniciar qualquer indução medicamentosa. Os métodos de ITP mais utilizados foram as prostaglandinas, nomeadamente a prostaglandina E₁ ou misoprostol ou a prostaglandina E₂ ou Dinoprostona.

O terceiro método mais utilizado foi o mecânico, através da introdução de um cateter vesical no colo de útero com balão insuflado. Em todas estes casos, assistiu-se a um valor de índice de Bishop ≤ 5 , sendo por isso, colos uterinos considerados desfavoráveis para ITP.

Ao longo do acompanhamento de todas as ITP e trabalhos de parto, procurou-se garantir um ambiente seguro através da vigilância do bem-estar materno-fetal, seja através do CTG ou de sinais de alerta, estando atenta a desvios da normalidade e referenciado situações que estão para além da área de atuação.

Foram implementadas intervenções promotoras de conforto e bem-estar, como a promoção da liberdade de movimentos sempre que possível através da deambulação ou na cama, a ingestão controlada de alimentos (água, chá açucarado e gelatina), facilitação da eliminação vesical ou intestinal e a manutenção da roupa da cama limpa.

AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

Atividades:	Competências desenvolvidas (Regulamento n.º 391/2019 da OE, 2019)
<p>➤ Dirigidas à grávida:</p> <ul style="list-style-type: none">- Estabelecer relação terapêutica, realizando apresentação do profissional;- Questionar sobre existência do plano de parto e integrá-lo nos cuidados;- Apresentar espaço físico e promover ambiente acolhedor e seguro;- Realizar anamnese através de entrevista, observação direta, observação vaginal, manobras de Leopold e consulta do BSG;	<p>➤ Início da ITP:</p> <ul style="list-style-type: none">2.1 Promove a saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento;2.2 Diagnostica precocemente e previne complicações na saúde da mulher

<ul style="list-style-type: none"> - Realizar procedimentos inerentes (canalização de acesso venoso, colheitas de sangue). - Informar acerca dos procedimentos a adotar, riscos e esclarecimentos de dúvidas; - Promover o conforto e bem-estar. <ul style="list-style-type: none"> ➤ Dirigidas à díade materno-fetal: <ul style="list-style-type: none"> - Iniciar CTG; - Avaliar e monitorizar bem-estar materno-fetal e dinâmica uterina; - Identificar e referenciar situações com desvio da normalidade; - Administrar terapêutica indutora do trabalho de parto, mediante prescrição médica; ➤ Outros: <ul style="list-style-type: none"> - Articular e cooperar nos cuidados com equipa multidisciplinar. 	<p>durante o período pré-natal e em situação de abortamento;</p> <p>2.3 Providencia cuidados á mulher e facilita a sua adaptação, durante o período pré-natal e em situação de abortamento.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Em trabalho de parto, após ITP: <ul style="list-style-type: none"> 3.1 Promove a saúde da mulher durante o trabalho de parto e otimiza a adaptação do recém-nascido; 3.2 Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e do recém-nascido; 3.3 Providencia cuidados à mulher com patologia associada e/ou concomitantemente com a gravidez e/ou com o trabalho de parto.
---	---

FONTES DE PESQUISA

- Fonseca, S. (2016). Indução do Trabalho de Parto. *In* M. Nené, R. Marques, M.A. Batista (Coords.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 353-355). Lidel.
- Regulamento n.º 391/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Diário da República: Série II*, n.º 85, de 3 de maio, 13560-13565.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/391-2019-122216892>

JORNAL DE APRENDIZAGEM

Estratégia de aprendizagem e aquisição de competências

Campo Clínico: Sala de Partos

EDITORIAL

Tema: Trabalho de Parto e Parto

Por TP entende-se o conjunto de processos fisiológicos, que de forma induzida ou espontânea levam à extinção e dilatação do colo uterino, à progressão do feto no canal de parto, culminando na sua expulsão para o exterior. Este tem início com a instalação de contrações uterinas regulares e dolorosas, com aumento progressivo em frequência e intensidade, ao mesmo tempo que se assiste à extinção cervical e se inicia a dilatação (Fatia & Tinoco, 2016).

O TP encontra-se dividido em quatro estádios, com características e tempos bem delimitados entre eles, e são:

- Primeiro estágio: inicia-se com o apagamento ou extinção e dilatação do colo uterino e termina com este em dilatação completa;
- Segundo estágio: inicia-se após a dilatação completa do colo e termina com a expulsão do feto – corresponde ao período expulsivo;
- Terceiro estágio: inicia-se após a expulsão do feto e termina com a expulsão da placenta – corresponde à dequitação;
- Quarto estágio: Inicia-se após a expulsão da placenta e compreende as duas primeiras horas após o parto – corresponde ao puerpério imediato.

O primeiro estágio do TP encontra-se dividido em fase latente que compreende o apagamento e extinção do colo até aos 4cm de dilatação e fase ativa que compreende o período de dilatação de 4cm até aos 10cm. Neste estágio é importante que a parturiente seja encorajada a adotar procedimentos que promovam a dilatação e a progressão da apresentação fetal. Uma postura do profissional que transmita tranquilidade e segurança, as preferências e desejos atendidos, um ambiente acolhedor e a presença de uma pessoa significativa são extrema importância para o bem-estar da parturiente e promoção da evolução do TP (Fatia & Tinoco, 2016).

No segundo estágio do TP, é importante discutir a posição a adotar, facilitando o processo. À medida que a apresentação fetal desce, aumenta a vontade de realizar esforços expulsivos. Nesta fase o profissional deve estar alerta para desacelerações tardias e de recuperação lenta e para bradicardias mantidas (Fatia & Tinoco, 2016).

O terceiro estágio corresponde à dequitação, sendo esta resultado da diminuição súbita das dimensões do útero, das contrações após a expulsão do feto e diminuição súbita da área de implantação da placenta. Conseqüentemente, a rutura das vilosidades coriônicas, conduzem à formação do hematoma retroplacentar, promovendo o descolamento da placenta. Esta pode ser expulsa segundo dois mecanismos, de *Schultze* com a saída da face fetal, sendo o mecanismo mais frequente ocorrendo em 75% dos casos e de *Duncan* com a saída da face materna, correspondendo a 25% dos casos. É importante que se aguarde pelos sinais de dequitação, sendo eles, jato de sangue à vulva, crescimento do cordão à vulva, formação do globo de segurança de *pinard* e contração uterina. O tempo de descolamento é variável, no entanto, na maioria dos casos esta ocorre em 5-7 minutos após a expulsão do feto. Em todo o caso, poderá aguardar-se 45 min a 1 hora, caso as perdas hemáticas não se mostram abundantes. Inserido no quarto estágio do TP, o período de *Greenberg* corresponde à primeira hora após a expulsão do feto, sendo o período mais crítico para ocorrerem hemorragias. Durante este período, ocorrem dois mecanismos hemostáticos, o miotampamento que consiste na contração potente do músculo uterino, comprimindo os vasos sanguíneos que irrigavam a placenta e o trombotampamento que consiste na formação de trombos que obliteram os vasos uteroplacentares (Fatia & Tinoco, 2016).

O mecanismo do parto é definido pela sequência de movimentos realizados pela apresentação fetal no canal de parto, sendo eles, a insinuação ou encravamento, descida, flexão, rotação interna, extensão, rotação externa e expulsão (Fatia & Tinoco, 2016).

ATIVIDADES REALIZADAS

Foi possível proceder com o toque vaginal e cervicometria em muitas situações, sempre considerando que, é um procedimento que deve ser realizado com a menor frequência possível, especialmente quando existe rotura de membranas pelo aumento do risco infeccioso (OMS, 2018). Inicialmente foi uma técnica que me suscitou muitas dúvidas, mas que se foram dissipando ao longo do tempo com a execução continuada e a orientação da enfermeira supervisora, conseguindo desempenhar esta intervenção de forma autónoma por volta da 5ª semana.

Foi possível presenciar algumas situações em que a grávida referiu o reflexo de *Fergusson*, referindo a necessidade de realizar esforços expulsivos, pelo que nessa altura procedeu-se com a cervicometria. Em muitas situações, constatou-se nesta fase a presença de dilatação completa e a progressão da apresentação no canal de parto, quando incentivados os esforços expulsivos, presenciando o abaulamento do

períneo. Nesta altura, procedeu-se com a chamada da equipa necessária, nomeadamente uma enfermeira para receber o RN e uma assistente operacional. A grávida é colocada em posição ginecológica ou de litotomia, com afastamento e colocação das pernas nas perneiras e foi realizada a preparação da mesa. Foram aplicados os conhecimentos lecionados nas aulas práticas, procedendo com o vestir da bata e colocação de luvas esterilizadas, limpeza perineal e colocação dos panos esterilizados.

O nascimento constitui o ponto alto do parto, sendo de extrema relevância que o EEESMO capacite a mulher para ser a protagonista deste momento. Nesta fase em que já podem ter passado muitas horas desde o início do TP e a mulher manifeste algum cansaço ou desalento, o incentivo através do diálogo é crucial. Desta forma procurou-se encorajar a mulher com o recurso a palavras e frases positivas, mantendo sempre o contato visual e referindo a importância de não desistir naquele momento. Até ao início da fase de extensão, em que o polo cefálico começa a atingir a vulva, procedeu-se com o “hands off”. Nesta altura foi realizada a manobra de *Ritgen*, em que a mão dominante exerceu pressão sobre o polo cefálico, promovendo a máxima flexão do polo cefálico, evitando uma deflexão brusca e prevenindo lesões da uretra e clítoris. A outra mão foi colocada ao longo do períneo posterior, protegendo-o e evitando lesões extensas do esfíncter, mucosa retal e reto. Após a extensão completa, assiste-se à rotação externa da cabeça, procedendo-se nesta fase à verificação da presença de circulares cervicais, introduzindo o dedo indicador e médio na região cervical do feto. No total de partos realizados sob supervisão, houve sete circulares cervicais, havendo necessidade de laquear cinco por se considerarem apertadas. Em duas das situações, pode-se executar a manobra de *Sommersault*. Finda a rotação externa, procedeu-se com o desencravamento do ombro anterior e do posterior, apoiando a apresentação com ambas as mãos entre os parietais do feto e aplicando uma leve tração primeiramente para baixo até exteriorização do ombro anterior e depois para cima até exteriorização do ombro posterior. Após a saída dos ombros, o resto do corpo é expulso sem alguma técnica especial. Foi realizada a expressão ao nível do tórax do recém-nascido, facilitando a saída de secreções.

Neste momento, é realizada simultaneamente a avaliação imediata do recém-nascido e da sua adaptação à vida extrauterina, de modo a decidir pelo corte tardio do cordão sempre que seja possível. Em todos os partos eutócicos realizados, foi possível esperar que o cordão deixasse de pulsar, colocando o recém-nascido sobre o abdómen da mãe, em contato pele a pele.

No momento da dequitação adotou-se uma atitude expectante, aguardando os sinais de dequitação. Quando presentes os sinais de descolamento procedeu-se com a manobra de *Brandt-Andrews*, que consiste na tração cuidada do cordão com uma mão e com a outra mão, realizar pressão sobre o útero de forma a empurrar a placenta para o exterior. Aquando da sua exteriorização, esta deve ser apoiada com ambas as mãos, deve ser rodada a fazer uso do seu peso, de forma a promover a saída completa das membranas. Esta manobra denomina-se de manobra de *Dublin*. Dos vinte e um processos de dequitação assistidos, dois apresentaram o mecanismo de *Duncan*, sendo exteriorizada primeiro a face materna.

AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS	
<p style="text-align: center;">Atividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Dirigidas à grávida: <ul style="list-style-type: none"> - Estabelecer relação terapêutica, realizando apresentação do profissional; - Questionar sobre existência do plano de parto e integrá-lo nos cuidados; - Apresentar espaço físico e promover ambiente acolhedor e seguro; - Realizar anamnese através de entrevista, observação direta, observação vaginal, manobras de Leopold e consulta do BSG; - Realizar procedimentos inerentes (canalização de acesso venoso, colheitas de sangue). - Informar acerca dos procedimentos a adotar, riscos e esclarecimentos de dúvidas; - Promover o conforto e bem-estar. ➤ Dirigidas à díade materno-fetal: <ul style="list-style-type: none"> - Iniciar CTG; - Avaliar e monitorizar bem-estar materno-fetal e dinâmica uterina; - Identificar e referenciar situações com desvio da normalidade; - Administrar terapêutica indutora do trabalho de parto, mediante prescrição médica; ➤ Outros: 	<p style="text-align: center;">Competências desenvolvidas (Regulamento n.º 391/2019 da OE, 2019)</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Trabalho de parto instalado: <ul style="list-style-type: none"> 3.1 Promove a saúde da mulher durante o trabalho de parto e otimiza a adaptação do recém-nascido; 3.2 Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e do recém-nascido; 3.3 Providencia cuidados à mulher com patologia associada e/ou concomitantemente com a gravidez e/ou com o trabalho de parto.

- Articular e cooperar nos cuidados com equipa multidisciplinar.

FONTES DE PESQUISA

- Fatia, A., & Tinoco, L. (2016). Trabalho de Parto. *In* M. Nené, R. Marques, M.A. Batista (Coords.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 308-320). Lidel.
- Regulamento n.º 391/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Diário da República: Série II*, n.º 85, de 3 de maio, 13560-13565.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/391-2019-122216892>

Apêndice L – Planeamento da Sessão de Preparação para o Parto ministrada no campo clínico de Cuidados de Saúde Primários

Planeamento da Sessão de Preparação para o Parto e Parentalidade

Campo clínico: Consulta de Vigilância da Gravidez, UCSP, Cuidados de Saúde Primários

Data: 24/10/2023 a 2/12/2023

Cuidados ao RN: Banho, Coto umbilical, Cólicas

Banho

Pequena introdução sobre o banho do bebé.

O que precisamos para o banho do bebé?

Toalha de banho macia;

Produtos de higiene: gel de banho, de preferência não perfumado e com pH neutro; creme hidratante;

Bolas de algodão para limpeza ocular;

Esponja natural;

Fralda descartável;

Roupa, ajustada à época do ano;

Pente ou escova macia.

O banho deve ser dado numa divisão da casa previamente e ligeiramente aquecida (no inverno), com porta fechada para evitar possíveis correntes de ar.

O banho por frações é recomendado durante o primeiro mês de vida, de modo a prevenir grandes perdas de calor do RN. Este arrefece muito facilmente.

Passos:

1. Colocar água até cerca de 1/3 da altura da banheira, primeiro água fria e depois a quente, verificando sempre a temperatura no final – deve estar entre os 36°C a 37°C. Um termómetro de água pode ajudar nos primeiros dias;
2. Iniciar a limpeza dos olhos com uma bola de algodão para cada olho, no sentido de fora para dentro, ou seja, da parte mais limpa para a mais suja;
3. Lavar a cara do bebé só com água, começando de cima para baixo, secando com a toalha de seguida;

4. Envolver o bebé com a toalha de banho, colocar em posição de bola de rugby e protegendo os ouvidos, lavar a cabecinha do bebé com água e gel de banho, secando depois com a toalha;
5. Despir o bebé, retirando por último a fralda. Segurar no bebé de barriga para cima, sobre o antebraço, abraçando o ombro distal em forma de pinça. O rabo do bebé está apoiado no fundo da banheira. Lavar o bebé de cima para baixo, lavando por último os genitais (de cima para baixo, especialmente nas meninas);
6. Virar o bebé para que fique de barriga para baixo. Este fica apoiado no nosso punho e antebraço, abraçando da mesma forma o ombro do bebé. Lavamos de cima para baixo, lavando por último o rabo;
7. Colocar o bebé em cima da toalha de banho e secar muito bem, especialmente na zona das pregas (manter o vérnix caseoso, sendo protetor nos primeiros dias de vida do bebé);
8. Se o bebé tiver pele seca, aplicar creme hidratante;
9. Não é necessário a aplicação de creme muda fraldas por rotina ou de forma preventiva. Este deverá ser aplicado assim que se verifique algum rubor.

Coto umbilical

Pequena introdução sobre o coto umbilical.

O que precisamos para a limpeza do coto umbilical? (Limpeza com álcool facultativa)

Compressa esterilizada para limpeza do coto umbilical;

Álcool a 70% para limpeza do coto umbilical.

Como fazer?

Colocar o álcool na compressa esterilizada e limpar desde o local de inserção do coto umbilical, ao longo deste todo até à ponta, incluindo a mola.

Importante!

- Vigiar possíveis sinais de infeção, nomeadamente, o cheiro fétido, exsudado purulento em grande quantidade e rubor em redor ao coto umbilical. Caso surjam estes sinais, levar o bebé a ser observado por médico de clínica geral e familiar ou pediatra. É raro acontecer a infeção do coto umbilical, no entanto, devemos estar alertas.
- O coto umbilical cai, em média ao fim de 7-10 dias, podendo ser antes ou depois. Não importa o tempo que demora a cair desde que não tenha sinais de infeção.

- O coto umbilical deve permanecer fora da fralda, de modo a evitar o contato com a urina do bebê e fica ao ar para promover a sua desidratação e mumificação.
- Inicialmente tem um aspeto gelatinoso e gradualmente irá ficar duro e escuro.
- A limpeza é indolor, pois o coto umbilical não possui terminações nervosas.

Cólicas

Pequena introdução sobre as cólicas do bebê.

O que fazer no caso de o bebê ter muitas cólicas?

- Tentar manter a calma.
- Realizar massagem na barriga do bebê, em círculo e no sentido dos ponteiros do relógio, favorecendo o trânsito intestinal.
- Fletir e empurrar as perninhas do bebê contra o abdómen, ajudando na libertação de gases e expulsão de fezes.
- Manter o RN quente, dar colo e amamentar.

Tempo para exposição e esclarecimento de dúvidas

Treino prático do banho

**Apêndice M – Dados estatísticos relevantes do campo clínico de internamento de
Puerpério, na Unidade Hospitalar 2**

Tipo de Parto das Puérperas				
EUTÓCICO	DISTÓCICO			
20	Cesariana		Forcêps	Ventosa
	Eletiva	Não eletiva	6	2
	11	10		

Estado do períneo das puérperas após parto vaginal	
Períneo intacto	7
Períneo com episiorrafia	13
Períneo com laceração	8

Motivo clínico das cesarianas realizadas	
ELETIVAS	NÃO ELETIVAS
Cesariana(s) anterior(es) – 6	Não progressão do TP/Indução falhada/Suspeita de incompatibilidade feto-pélvica – 7
Apresentação pélvica – 3	Sofrimento fetal/CTG não tranquilizador/Bradycardia fetal – 3
Gemelar – 2	
Total = 21	

Peso dos recém-nascidos	
2500 kg < 4000 kg	42
LIG	2 – gemelar 2 – gemelar 1 – 35 semanas de gestação
GIG	4

Tipo de aleitamento dos recém-nascidos	
Leite materno exclusivo	33
Leite materno + Leite adaptado	17
Leite adaptado em exclusivo	1