

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

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

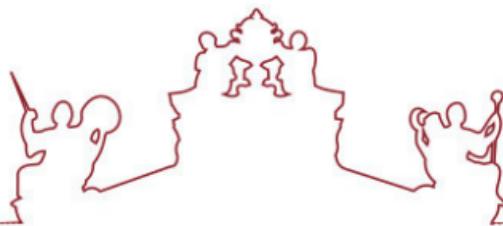
Relatório de Estágio

Planeamento Familiar no Pós-Parto: A Intervenção do Enfermeiro Obstetra

Catarina dos Santos Pires

Orientador(es) | Maria Otília Brites Zangão

Évora 2025



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

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

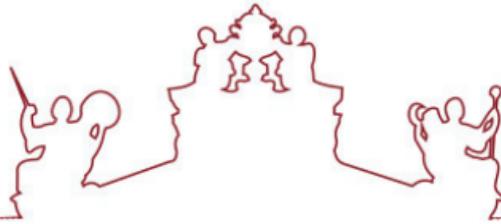
Relatório de Estágio

Planeamento Familiar no Pós-Parto: A Intervenção do Enfermeiro Obstetra

Catarina dos Santos Pires

Orientador(es) | Maria Otília Brites Zangão

Évora 2025



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

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

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

Dedicatória

Aos meus avós, Maria d'Ajuda e Joaquim,
pelas coisas tão bonitas que me ensinaram e
por sempre acreditarem nos meus sonhos.

Agradecimentos

A elaboração deste relatório simboliza o término de uma importante e desafiante fase da minha vida profissional pelo que chegou o momento de agradecer a todos que cruzaram esta jornada e contribuíram para a concretização deste sonho.

À Professora Doutora Maria Otília Zangão, minha orientadora pedagógica, pela sua disponibilidade, orientação e apoio ao longo deste percurso.

Às professoras do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica pela partilha de conhecimentos e experiências.

A todos os enfermeiros orientadores, Susana Costa, António Gonçalves, Flora Monteiro, Luís Pedro, Mariana Rodrigues e Vera Melão por toda a paciência, transmissão de conhecimentos e disponibilidade assim como, aos restantes colegas dos serviços por onde passei que tão bem me acolheram e contribuíram para o meu crescimento a nível académico e pessoal.

Às minhas colegas do Puerpério da MAC por me ajudarem a conciliar a vida académica com a vida profissional.

A todas as grávidas e parturientes com os quais tive o privilégio de cruzar nesta jornada pois só através da vossa participação se tornou possível a realização deste trabalho.

Aos meus pais e avós por me terem dado ferramentas para insistir, persistir e não desistir perante os obstáculos da vida porque só com muito esforço e dedicação é que os sonhos se conquistam. Obrigada por compreenderem os períodos de ausência e pelo vosso apoio.

À Carolina que mesmo estando a 300km de distância sempre foi o meu ombro amigo incondicional, quem me atendia as chamadas fora de horas e sabia as palavras certas para me animar e motivar. Sem dúvida, um pilar neste percurso.

Especialmente ao Ivo, amigo e companheiro, pela sua disponibilidade incansável para me aturar, me fazer rir e me sentir amada. Sem o teu apoio e carinho, este caminho teria sido muito mais sinuoso.

Acrónimos/Siglas

ACES - Agrupamento de Centros de Saúde

AIMA - Agência para a Integração, Migrações e Asilo

APPT - Ameaça de Parto Pré-Termo

ARSLVT - Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

CH - Centro Hospitalar

CAR - Consulta Alto Risco

CG I- Consulta de Gravidez Indesejada

CTG - Cardiotocografia

CSP - Cuidados Saúde Primários

EEESMO - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

ENPRF - Estágio Natureza Profissional com Relatório Final

ERS - Entidade Reguladora da Saúde

HAPD - Hospital de Apoio Perinatal Diferenciado

IMG - Interrupção Médica da Gravidez

INE - Instituto Nacional de Estatística

ITP - Indução do Trabalho de Parto

IVG - Interrupção Voluntária da Gravidez

MESMO - Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PE - Pré-Eclâmpsia

PF - Planeamento Familiar

PFPP - Planeamento Familiar no Pós-Parto

RCF - Restrição Crescimento Fetal

RNRMI - Rede Nacional de Referenciação Materno-Infantil

SMMF - Serviço de Medicina Materno-Fetal

SNS - Sistema Nacional de Saúde

SP - Sala de Partos

SUOG - Serviço de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia

TP - Trabalho de Parto

ULS - Unidade Local de Saúde

UNICEF - *United Nations International Children's Emergency Fund*

URCI - Unidade de Recobro de Cuidados Intermédios

Título: Planeamento Familiar no Pós-Parto: A Intervenção do Enfermeiro Obstetra

RESUMO

Enquadramento: O Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica pressupõe o desenvolvimento de conhecimentos, a aquisição de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista e a redação de um Relatório Final.

Objetivo: Descrever o processo de aprendizagem e aquisição de competências do Enfermeiro Especialista durante o estágio de natureza profissional, com ênfase no planeamento familiar no pós-parto.

Metodologia: Estágio realizado sob supervisão clínica aliada à elaboração de uma reflexão crítica da prática clínica vivenciada à luz da evidência científica e pesquisa bibliográfica da temática do planeamento familiar no pós-parto.

Resultados: Aquisição de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica em diferentes contextos. O aprofundamento temático contribuiu para o desenvolvimento de competências relacionadas com o planeamento familiar no pós-parto e com o empoderamento da mulher nesta fase do seu ciclo de vida.

Conclusão: Os objetivos propostos foram alcançados. As competências e os conhecimentos adquiridos contribuem para a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade e para a autonomia na tomada de decisão baseada na evidência científica.

Descritores/Palavras-chave: Planeamento Familiar; Período Pós-Parto; Anticonceção; Enfermeira Obstétrica; Promoção da Saúde.

Title: *Postpartum Family Planning: The Intervention of the Nurse Midwife*

ABSTRACT

Framework: The Master's Degree in Maternal and Obstetric Health Nursing presupposes the development of knowledge, the acquisition of common and specific skills of the Specialist Nurse and the writing of a Final Report.

Objective: To describe the process of learning and acquiring the skills of the Specialist Nurse during the professional internship, with an emphasis on family planning in the postpartum period.

Methodology: Internship carried out under clinical supervision combined with the elaboration of a critical practice experienced in the light of scientific evidence and bibliographical research on the topic of family planning in the postpartum period.

Results: Acquisition of common and specific skills of the Midwife in different contexts. The thematic deepening contributed to the development of skills related to postpartum family planning and the empowerment of women at this stage of their life cycle.

Conclusion: The proposed objectives were achieved. The skills and knowledge acquired contribute to the provision of quality nursing care and autonomy in decision-making based on scientific evidence.

Descriptors/Key-words: *Family Development Planning; Postpartum Period; Contraception; Nurse Midwives; Health Promotion.*

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	12
1. CONTEXTO CLÍNICO DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL.....	15
1.1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO ONDE DECORREU O ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL.....	16
1.1.1. <i>Unidade de Saúde M</i>	16
1.1.2. <i>Unidade de Saúde G</i>	27
1.1.3. <i>Unidade de Saúde C</i>	30
1.1.4. <i>Unidade de Saúde L</i>	33
1.2. METODOLOGIA.....	35
2. CONTRIBUTOS PARA A MELHORIA DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA	41
2.1. REVISÃO INTEGRATIVA SOBRE A TEMÁTICA EM ESTUDO	41
2.1.1. <i>Introdução</i>	41
2.1.2. <i>Métodos</i>	43
2.1.3. <i>Resultados</i>	45
2.1.4. <i>Discussão</i>	45
2.1.5. <i>Conclusão</i>	49
2.2. RESULTADOS EMPIRICOS OBTIDOS NA PRÁTICA CLÍNICA.....	50
3. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE MOBILIZAÇÃO DE COMPETÊNCIAS	68
3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DOS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS	68
3.2. COMPETÊNCIAS ESPECIFICAS DOS ENFERMEIROS EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA.....	74
CONCLUSÃO.....	87
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	89
ANEXOS.....	98
ANEXO A - CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NA AÇÃO FORMATIVA “O PAPEL DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA NO ACONSELHAMENTO CONTRACETIVO”	99
ANEXO B - CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NA AÇÃO FORMATIVA “2º SEMINÁRIO GERIR A DOR NO TRABALHO DE PARTO PARA UMA EXPERIÊNCIA POSITIVA”	100
APÊNDICES	101
APÊNDICE A - PROJETO DE ESTÁGIO	102
APÊNDICE B - PÓSTER INTITULADO “CONSULTA DE GRAVIDEZ INDESEJADA”	103

APÊNDICE C - REFLEXÃO SEGUNDO O CICLO REFLEXIVO DE GIBBS.....	104
APÊNDICE D - REFLEXÃO SEGUNDO O CICLO REFLEXIVO DE GIBBS.....	108
APÊNDICE E - DIAGRAMA DE SELEÇÃO DOS ESTUDOS	112
APÊNDICE F - QUADRO RESUMO DOS ARTIGOS	113
APÊNDICE G - REGISTO FINAL DE VIGILÂNCIAS	120

Índice de figuras

Figura 1. Número de partos na Unidade M em 2023	19
Figura 2. Número de partos na Unidade G em 2023.....	29
Figura 3. Número de partos na Unidade C em 2023.....	32
Figura 4. Nacionalidade da População-alvo	53
Figura 5. Idade da População-alvo	53
Figura 6. Habilitações Literárias da População-alvo	55
Figura 7. Paridade da População-alvo no Serviço de Bloco de Partos e Puerpério	56
Figura 8. Tipo de Parto da População-Alvo	56
Figura 9. Motivo para realização de Cesariana	58
Figura 10. Planeamento da Gravidez Atual.....	58
Figura 11. Método Anticoncepcional Prévio à Gravidez Não Planeada	60
Figura 12. Motivos da Falta de Adesão ao Método Anticoncepcional	60
Figura 13. Início da Educação para a Saúde acerca Planeamento Familiar Pós-Parto	62
Figura 14. Profissional responsável pelo PFPP	63
Figura 15. Tipos de IVG.....	65
Figura 16. Motivos da IVG	65

Índice de tabelas

Tabela 1. Cronograma dos Contextos de Estágio de Natureza Profissional.....	16
Tabela 2. Critérios de elaboração para a questão PI(C)O.	43
Tabela 3. Assistência às mulheres durante o ENP	52

INTRODUÇÃO

O Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica [MESMO] disponibilizado pela Escola Superior de Enfermagem São João de Deus- Universidade de Évora encontra-se registado na Direção-Geral do Ensino Superior (R/A-Ef 1783/2011/AL03) e conta com o parecer favorável da Ordem dos Enfermeiros [OE] (SAI-OE/2017/9022 e SAI-OE/2019/5981), tendo como objetivo adquirir competências para a atribuição do título de Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica [EEESMO] pela OE e obter o grau académico de Mestre. A Unidade Curricular de Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final [ENPRF] surge no âmbito do segundo ano do MESMO e decorreu de 11 de Setembro de 2023 a 30 de Junho de 2024, em diferentes unidades de saúde localizadas na região de Lisboa e Vale do Tejo, sob a orientação da Professora Doutora Maria Otilia Zangão e supervisão clínica dos EEESMO dos diferentes contextos clínicos.

O ENPRF possibilitou a aquisição e desenvolvimento de competências científicas, técnicas, comunicacionais, relacionais e éticas comuns aos Enfermeiros Especialistas (OE, 2019a) e específicas dos EEESMO (OE, 2019b) que visam cuidar da mulher e família inseridos na comunidade nas várias fases/ períodos do seu ciclo de vida tendo por base a prática baseada na evidência disponível. O estágio é composto por 60 ECTS e está estruturado em diversos contextos clínicos proporcionando a vivência de diferentes experiências e a aquisição de conhecimentos em diversas áreas, nomeadamente: Cuidados de Saúde Primários/ Consulta Externa; Internamento de Grávidas/ Ginecologia; Internamento de Puérperas; Internamento de Neonatologia e Bloco de Partos.

Numa primeira fase foi elaborado o Projeto de Estágio (Apêndice A) composto por um plano de atividades onde se encontram expostas as competências comuns do Enfermeiro Especialista e competências específicas do EEESMO para os diferentes contextos clínicos assim como, os objetivos curriculares estabelecidos, as atividades a desenvolver e os resultados esperados em cada campo clínico bem como, um cronograma das diferentes atividades a realizar ao longo do segundo ano do MESMO consideradas essenciais para o desenvolvimento académico e para a obtenção do grau de mestre e título profissional.

Concomitantemente, foi escolhida e aprofundada uma temática objetivando basear a formação prática experienciada no estágio à luz da atual evidência científica

disponível. A temática eleita foi o “Planeamento Familiar no Período do Pós-parto: a Intervenção do Enfermeiro Obstetra” que vai ao encontro do que está preconizado no regulamento das competências específicas do EEESMO em que o enfermeiro especialista deve cuidar da mulher inserida na família e comunidade no âmbito do Planeamento Familiar [PF] durante o período pós-natal, implementando programas de intervenção e de educação para a saúde que informem, orientem e conduzam a uma decisão esclarecida e tendo como finalidade a promoção de famílias saudáveis, gravidezes planeadas, vivências positivas da sexualidade e parentalidade e maximização da saúde da puérpera e recém-nascido.

Em virtude do que foi exposto, durante a minha formação académica propus-me a adquirir conhecimentos técnicos, científicos e relacionais que me capacitassem para a prestação de cuidados de enfermagem especializados na promoção do PF no período pós-parto. Esta escolha resultou da minha experiência profissional enquanto enfermeira generalista visto que no contexto em que exerço funções me deparo diariamente com lacunas na área do PF no pós-parto através do contacto com puérperas que nunca abordaram este tema durante a vigilância pré-natal da sua gestação e que não se encontram capacitadas para tomar uma decisão quanto à escolha de um método anticoncecional ou para gerenciar outros aspetos da sua saúde sexual e reprodutiva nesta fase. Um número significativo destas mulheres alvo dos meus cuidados, passaram por gravidezes com intervalos próximos entre elas e, embora, reconheçam que este acontecimento não foi planeado nem positivo, não têm a real noção do impacto negativo que pode ter na sua vida e na dos seus filhos. Capacitar uma mulher que vivencia o pós-parto é sinónimo de dar-lhe poder e autonomia para viver, de forma saudável e segura, a sua sexualidade visando sempre o seu bem-estar e da sua família e sendo esta uma intervenção da reponsabilidade do EEESMO (Kusuma et al., 2022 & Li et al., 2023).

É essencial a existência de modelos/teorias conceptuais de referência em enfermagem que promovam a construção de conhecimento mais sólido, crítico e reflexivo contribuindo para a melhoria nos cuidados. O referencial teórico proposto pela autora Kristen M. Swanson foi sustentado a prática de cuidados de saúde sexual e reprodutiva durante o estágio pela sua pertinência e aplicabilidade. Esta escolha é fundamentada porque pressupõe o cuidado como um fenómeno de enfermagem fundamental no relacionamento com a mulher e a família sendo necessário conhecer o ambiente de cada pessoa alvo de cuidados e considerá-la como um ser em constante processo de transformação. Desta forma, o conhecimento sobre o ser cuidado torna-se

uma estratégia de aproximação e de classificação de prioridades devendo o enfermeiro conhecer a mulher/ família, o contexto em que está inserida, crenças, atitudes e rede de apoio (Oliveira et al., 2018).

De modo a realizar a descrição e reflexão crítica acerca do processo de desenvolvimento e aquisição de conhecimentos e competências ao longo do Estágio de Natureza Profissional e tendo por base a evidência científica atual, emerge o presente documento que consiste num Relatório Final com o objetivo de descrever o processo de aprendizagem e aquisição de competências do Enfermeiro Especialista durante o estágio de natureza profissional, com ênfase no planeamento familiar no pós-parto, cuja apresentação e discussão se realizará futuramente em prova pública.

O presente relatório encontra-se organizado em cinco capítulos: o primeiro capítulo é a presente introdução onde é realizada a descrição e caracterização dos vários contextos clínicos onde decorreu o estágio bem como a sua metodologia; o segundo capítulo descreve os contributos para a melhoria da prestação de cuidados em enfermagem de saúde materna e obstétrica onde está incluída a revisão integrativa sobre a temática escolhida e os resultados empíricos obtidos na prática clínica; no terceiro capítulo é analisado reflexivamente o processo de mobilização de competências comuns aos enfermeiros especialistas e específicas dos EEESMO; o quarto e quinto capítulos prendem-se com a conclusão e as referências bibliográficas. Seguem-se os anexos e apêndices que complementam a informação exposta ao longo deste documento.

Este relatório foi elaborado segundo o Regulamento Académico da Universidade de Évora, despacho nº 53/2022 de 1 de abril e de acordo com as normas para realização de Trabalhos Académicos e Científicos Escritos na Universidade de Évora – Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus com a Ordem de Serviço n.º 01/2023 (Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus [ESESJD], 2023), e com o Novo Acordo Ortográfico.

1. CONTEXTO CLÍNICO DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

O Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final é uma unidade curricular de carácter prático inserida no MESMO da Escola Superior de Enfermagem São João de Deus - Universidade de Évora e contempla dois semestres.

Neste capítulo serão enumerados e descritos pormenorizadamente os contextos clínicos onde foi realizado o ENPRF abordando a sua estrutura física, recursos humanos e materiais disponíveis, bem como, alguns dados estatísticos considerados pertinentes sobre cada um deles.

A descrição dos diferentes contextos clínicos assume um papel importante dado permitir perceber as diferentes realidades organizacionais de cada instituição de saúde, as suas metodologias de prestação de cuidados de saúde e as características específicas da população alvo dos seus cuidados.

Como ponto de partida, foi realizado um Projeto de Estágio (Apêndice A) onde foram definidos os objetivos de aprendizagem para cada contexto clínico passando estes pela aquisição e desenvolvimento de conhecimentos, aptidões e competências específicas na área da especialidade (saúde materna e obstétrica) e competências comuns aos enfermeiros especialistas que permitam cuidar da mulher e família inseridos na comunidade nas várias fases do seu ciclo de vida.

Cada contexto clínico inserido no ENPRF foi um alicerce para o processo de aprendizagem sendo fulcral para alcançar os objetivos, atividades e resultados propostos no projeto de estágio. O qual também proporcionou variadas experiências indispensáveis para a consolidação dos conhecimentos teóricos adquiridos no primeiro ano do MESMO, aquisição de novos conhecimentos e desenvolvimento de competências práticas especializadas nas variadas áreas da saúde da mulher, com vertente prática e observacional, nomeadamente, preconceção, gravidez indesejada, procriação medicamente assistida, diagnóstico pré-natal, gravidez, parto, puerpério, ginecologia e neonatologia.

Em seguida, será realizada uma descrição das unidades hospitalares onde decorreu o ENPRF e, mais detalhadamente, dos contextos clínicos onde foi exercida a prática clínica.

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

O ENPRF decorreu durante dois semestres, conforme esquematizado na Tabela 1, em três instituições públicas pertencentes ao Sistema Nacional de Saúde e uma instituição privada localizadas na região de Lisboa e Vale do Tejo e pertencentes à Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo [ARSLVT]. A notável diversidade dos campos clínicos, equipas multidisciplinares e das suas metodologias de prestação de cuidados constituíram uma ferramenta de enriquecimento curricular ao longo do decorrer do estágio.

Tabela 1. Cronograma dos Contextos de Estágio de Natureza Profissional

Semestre	Campo Clínico	Período de estágio	Unidade de Saúde
1º Semestre	Consulta de Alto Risco	11/09/2023 a 22/10/2023	M
	Medicina Materno-Fetal	23/10/2023 a 03/12/2023	M
	Bloco de Partos	04/12/2023 a 28/01/2024	G
	Bloco de Partos	14/02/2024 a 10/03/2024	C
	Puerpério (inclui 1 semana na Unidade de Neonatologia)	11/03/204 a 28/04/2024	L / M
2º Semestre	Sala de Partos	29/04/2024 a 30/06/2024	M

Fonte: Elaboração pela autora

1.1.1. Unidade de Saúde M

A história deste hospital remonta ao século XIX onde um médico obstetra começou a idealizar e a lutar pela construção de uma maternidade em Lisboa com condições dignas para as grávidas e puérperas dado até outrora não haver nenhuma para o efeito. A sua construção foi iniciada em 1914 e, apesar de alguns contratempos financeiros, foi inaugurada e aberta ao público a 5 de Dezembro de 1932 sendo a primeira maternidade

em Lisboa a ser criada e construída de raiz. Anos mais tarde, a 23 de Fevereiro de 2012, o Ministério da Saúde (Decreto-Lei nº44/2012) procedeu à fusão por agregação da maternidade e de outro hospital a um Centro Hospitalar [CH] com o objetivo de obter maior equidade territorial para a população e utilizar de forma mais racional e eficiente os recursos disponíveis contribuindo para a melhoria da oferta de cuidados de saúde hospitalares.

O CH acima mencionado percorreu um longo caminho com mais de cinco décadas até alcançar o formato que hoje conhecemos. A sua história teve início no século XV quando começou a construção de um hospital no centro de Lisboa que veio a ser destruído como consequência do terramoto de 1755. Houve então necessidade de transferir as suas instalações para outro local e renomeá-lo. Após agregação e posterior separação de outros hospitais a este ao longo dos anos seguintes, foi finalmente criado um CH através da Portaria n.º 115-A/2004 de 30 de janeiro constituído por três hospitais. A sua criação veio colmatar a necessidade de rentabilização dos recursos disponíveis nas unidades hospitalares e melhorar a complementaridade assistencial através da existência de uma gestão comum. A 28 de fevereiro de 2007 pelo Decreto-Lei 50-A/2007 o CH foi renomeado e foram agregados quatro hospitais da região da grande Lisboa e, por fim, em fevereiro de 2012, juntaram-se a estes a Unidade M e outro hospital somando um total de seis hospitais que constituem o atual CH.

O crescente aumento das necessidades de saúde da população e a preocupação com o seu bem-estar, associado ao envelhecimento e comorbilidades existentes, levou o SNS a reestruturar o modelo organizacional objetivando a promoção do acesso e eficiência aos cuidados de saúde através de uma gestão integrada de cuidados de saúde primários e cuidados de saúde hospitalares. Desta forma, a 7 de Novembro de 2023 surgem as Unidades Locais de Saúde [ULS] como consta no Decreto-Lei nº102/2023 dais quais fazem parte os Agrupamentos de Centros de Saúde [ACES], os hospitais e os CH de uma determinada área geográfica.

A ULS onde está inserida a Unidade de Saúde M tem como missão prestar cuidados de saúde diferenciados, eficientes, humanizados e de qualidade atuando na prevenção da doença e otimizando a utilização dos recursos disponíveis. Também desempenha um papel relevante na promoção da formação, investigação e ensino universitário nas diversas áreas clínicas sendo uma entidade de referência nacional na prestação de cuidados de saúde de excelência. A ULS assegura a prestação de cuidados de saúde a

treze freguesias do concelho de Lisboa e quatro do concelho de Loures num total de 824.786 habitantes (SNS, 2024a).

Neste seguimento, a Unidade M reitera o seu papel e compromisso na prestação de cuidados eficientes e humanizados em variadas áreas da saúde da mulher. Esta unidade integra a Rede Nacional de Referenciação Materno-Infantil [RNRMI] sendo considerada um Hospital de Apoio Perinatal Diferenciado [HAPD] (Comissão Nacional de Saúde Materna e Neonatal, 2006). É importante referir que, com vista a dar resposta ao panorama de saúde atual, encontra-se em análise uma proposta para reorganização da RNRMI que sugere que a unidade M seja considerada um Hospital de Referência de Nível III visto oferecer cuidados especializados e diferenciados na área da obstetrícia, diagnóstico pré-natal, neonatologia, apoio à fertilidade e ginecologia oncológica (SNS, 2023a).

A Unidade M é um hospital acreditado e denominado “Hospital Amigo do Bebê” desde o ano 2009 sendo a sua última avaliação em 2019 após cumprir os dez requisitos definidos e que asseguram acreditação (SNS, 2019a). Esta iniciativa surgiu no ano de 1991 quando a OMS em parceria com o *United Nations International Children's Emergency Fund* (UNICEF) desenvolveram esta iniciativa com o objetivo de promover e proteger o aleitamento materno garantindo o apoio às mulheres e recém-nascidos durante o período pré e pós-natal.

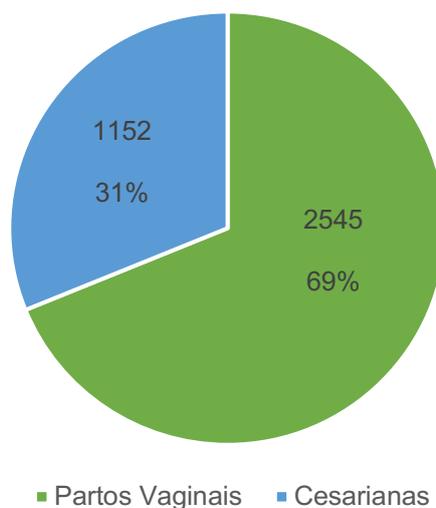
A Unidade M integra o “Projeto de Maternidade com Qualidade” promovido pela OE tendo por base as diretrizes da Organização Mundial de Saúde [OMS] para a prestação de cuidados seguros à mulher através da construção de um modelo de vigilância da gravidez, parto e puerpério com qualidade. Este projeto tem como indicadores de evidência dos cuidados: hidratação/ ingestão de líquidos durante o trabalho de parto [TP]; incentivo à utilização de posições alternativas à posição de supina durante o TP; utilização de episiotomia no parto; amamentação da primeira hora de vida; promoção do alívio da dor com medidas não farmacológicas durante o TP e parto. Prevê-se que a monitorização destes indicadores permitirá:

- Aumentar, para valores superiores a 25%, o número de grávidas com a educação no período pré-natal;
- Aumentar, para valores superiores a 25%, o nº de grávidas diagnosticadas com estreptococo beta-hemolítico;
- Diminuir em 5% o número de internamentos durante a gravidez;
- Aumentar, para valores superiores a 5%, o número de partos vaginais;

- Diminuir em 10% a realização de episiotomias;
- Aumentar, para valores superiores a 10%, o número de díades em aleitamento materno exclusivo até aos 6 meses de vida do recém-nascido;
- Diminuir em 2% a incidência de internamentos nas unidades de neonatologia;
- Reduzir em 25% o número de intervenções sem necessidade clínica;
- Diminuir em 5% o número de mulheres sujeitas a indução de TP;
- Reduzir em 5% a incidência de partos instrumentalizados;
- Diminuir em 2% o número de partos distócicos por cesariana em 2% (OE, 2013).

No que respeita à natalidade, podemos verificar que no ano de 2023 ocorreram no total 3697 nascimentos neste hospital sendo que 2545 foram partos vaginais e 1152 foram partos distócicos por cesariana (Figura 1). Podemos aferir que neste ano, a ocorrência de partos vaginais nesta unidade hospitalar representou 69% dos partos realizados e que os partos por cesariana corresponderam a 31%. A OMS recomenda que a taxa partos por cesariana ronde os 10 a 15% (OMS, 2015). Desta forma, podemos verificar que a taxa de cesariana da unidade M se encontra acima da meta recomendada pela OMS embora que comparada com o contexto nacional que afirma que no último ano 38% dos partos ocorridos foram cesarianas, esta unidade está abaixo da média do país.

Figura 1. Número de partos na Unidade M em 2023



Fonte: Elaboração pela autora, dados recolhidos no SNS Transparência (2023b)

Consulta de Alto Risco

A Consulta de Alto Risco [CAR] destina-se a prestar assistência pré-natal a grávidas de risco. Os cuidados pré-natais devem ser acessíveis, centrados na mulher e disponibilizados por profissionais de saúde qualificados (OE, 2015). A conduta de vigilância na gestação depende da presença de patologia e/ou de algum fator de risco/situação anómala sendo a sua identificação precoce determinante para o sucesso da gravidez (DGS, 2015). A identificação do risco é realizada com base no exame físico, história clínica pessoal e familiar, avaliações clínicas e antecedentes obstétricos e ginecológicos através da aplicação da Tabela de Goodwin Modificada, na fase pré-concepcional ou em qualquer consulta durante a gravidez dado o seu carácter dinâmico (Órfão, 2016; DGS, 2015).

De acordo com a RNRMI, o grau de risco atribuído após avaliação com a tabela acima mencionada é indicativo do local onde deve ser realizada a monitorização da gravidez (Órfão, 2016). Mulheres com gestações de alto risco obstétrico têm indicação para realizar a sua vigilância na consulta de um HAPD tal como é exemplo a Unidade M onde se prestam estes cuidados diferenciados e onde decorreu o estágio durante 6 semanas. A CAR fica localizada no piso zero da Unidade M. Esta consulta onde decorreu 6 semanas de estágio encontra-se organizada em três diferentes locais no mesmo piso consoante o tipo de consulta oferecida.

A primeira área é destinada ao atendimento de utentes cujos diagnósticos/ fatores de risco mais comuns são: hipertensão crónica, hipertensão gestacional, cardiopatia, gravidez múltipla, idade materna avançada, anemia inferior a 10g/dL, gravidez de baixo risco referenciada pelos cuidados de saúde primários [CSP] para realização de cardiocotografia [CTG], gravidez na adolescência. Destaco a existência de um Projeto na CAR denominado “Mais Vale Prevenir” destinado ao acompanhamento de adolescentes grávidas ou que pretendam realizar uma consulta de planeamento familiar numa vertente de cuidado mais personalizado e diferenciado para esta faixa etária. Os adolescentes constituem um grupo de intervenção prioritária em saúde reprodutiva e na prevenção de IST sendo que em Portugal tem-se observado, nas últimas décadas, um crescente esforço na criação de consultas específicas de planeamento familiar para esta população (Miranda et al., 2019).

A segunda área corresponde à Consulta Diferenciada que foca no atendimento de mulheres cujos diagnósticos/ fatores de risco mais comuns são: diabetes *mellitus* tipo I e tipo II, diabetes gestacional, doença tiroideia, patologia do 1ºtrimestre, doenças

autoimunes e insucesso obstétrico, doenças do foro da imunossupressão, patologia aditiva e nutrição.

Por fim, a última área diz respeito à Consulta de Gravidez Indesejada [CGI] destinada a qualquer mulher residente em Portugal que pretenda, por opção própria, realizar uma Interrupção Voluntária da Gravidez [IVG] e que se encontre dentro do limite legal para tal (10 semanas e 6 dias). Esta consulta encontra-se dividida em três etapas:

- 1ª Consulta Prévia: tomada de conhecimento da história de saúde da utente, realização de uma ecografia para confirmar e datar a gravidez, realização de análises laboratoriais, educação para a saúde sobre os métodos possíveis de realização da IVG (medicamentoso e cirúrgico), métodos anticoncepcionais disponíveis para iniciar após a IVG e sobre a disponibilidade de apoio psicológico e/ou social. Após esta consulta é obrigatório um período de reflexão mínimo de três dias;
- 2ª Consulta de Interrupção: leitura e assinatura do consentimento informado; esclarecimento de possíveis dúvidas existentes, caso a utente opte pelo método medicamentoso (mais comum) é administrado o primeiro comprimido na consulta e entregue restantes para administração no domicílio conforme indicação do profissional, educação para a saúde sobre a adesão e toma correta do método anticoncepcional, dos sinais e sintomas expectáveis e dos sinais de alarme para recorrer à urgência. Caso a utente opte pelo método medicamentoso ou tenha alguma condicionante de saúde, é encaminhada para o Serviço de Medicina Materno-Fetal da Unidade M;
- 3ª Consulta de Controlo: realização de ecografia para confirmação do término da gravidez e eficácia do método medicamentoso, esclarecimento de dúvidas acerca da importância da adesão e toma correta do método anticoncepcional.

A organização da CGI na instituição M vai ao encontro do que é preconizado pelo SNS (2024c) determinando que o processo de IVG ocorra em 3 fases: 1ª Consulta Prévia, 2ª Consulta de Interrupção e 3ª Consulta onde é realizada uma ecografia de controlo que averigua o sucesso do procedimento.

A equipa de enfermagem é formada por 13 enfermeiros sendo que destes 7 são EEESMO, 5 são enfermeiros de cuidados gerais e a enfermeira gestora. Encontram-se distribuídas da seguinte forma pelos diferentes locais: 5 EEESMO e 2 enfermeiros de cuidados gerais na CAR, 1 EEESMO e 2 enfermeiros de cuidados gerais na Consulta

Diferenciada e 1 EEESMO e 1 enfermeiro de cuidados gerais na CGI. Prestam cuidados maioritariamente no turno da manhã nos dias úteis sendo que, rotativamente, prolongam o turno até às 18h quando se encontram calendarizadas Consultas de Referência Hospitalar destinadas a grávidas de baixo risco que realizaram a sua vigilância gestacional nos CSP e entre a 36^a e 40^a semana de gestação são encaminhadas para o hospital que possui protocolo com a sua unidade de cuidados de saúde primários e onde desejam ter o seu parto (DGS, 2015). Em relação aos assistentes operacionais, a sua equipa é constituída por 5 elementos estando 3 distribuídas na CAR, 1 na Consulta Diferenciada e 1 na CGI. A equipa conta ainda com 4 secretárias de unidade. Relativamente à equipa médica, esta tem um número variável de assistentes hospitalares e internos de Ginecologia e Obstetrícia e de outras valências como medicina interna, endocrinologia, psicologia e assistência social.

No que diz respeito à estrutura física, cada local encontra-se disposto ao longo de um corredor no piso 0 da Unidade com diversos gabinetes médicos e de enfermagem. Estão disponíveis vários monitores de avaliação de sinais vitais, termómetros, cadeirões, suporte de soros, 3 macas para observação ginecológica, múltiplos cardiotocógrafos para monitorização do bem-estar fetal, 1 carro de emergência, 1 ecógrafo, balanças, material de consumo clínico e 2 casas-de-banho.

A passagem por este serviço foi o primeiro contacto com a prática clínica e possibilitou o aprofundamento de conhecimentos acerca de variadas patologias da gravidez, anamnese à mulher com gravidez de risco e avaliação do bem-estar fetal. Houve ainda a oportunidade de realizar um dia de observação no Centro de Responsabilidade Integrada de Medicina e Cirurgia Fetal e no Centro de Procriação Medicamente Assistida ambos localizados no 2º piso da Unidade M e que se revelaram bastante enriquecedores pelas oportunidades de aprendizagem vivenciadas: observação de uma biópsia das vilosidades coriônicas, consulta de genética, aspiração folicular, fertilização in vitro e inseminação artificial.

Serviço de Medicina Materno-Fetal

O Internamento de Medicina Materno-Fetal [SMMF] é um serviço que presta cuidados especializados e individualizados na vigilância materno-fetal e encontra-se localizado no 1º piso da Unidade M. Atualmente, tem capacidade para 14 camas destinadas à vigilância de grávidas em situação de risco materno-fetal e/ou para Indução

do Trabalho de Parto [ITP] e outras 2 camas designadas para grávidas em situação de IVG ou Interrupção Médica da Gravidez [IMG].

A equipa de enfermagem é composta por 22 enfermeiros sendo que a sua maioria são EEESMO, nomeadamente, 16 elementos. Juntando-se a estes estão 5 enfermeiros de cuidados gerais e a enfermeira gestora. Esta equipa trabalha rotativamente por turnos sendo que os rácios variam ao longo da semana. No turno da manhã, de 2^a a 6^a feira, encontram-se escalados 3 ou 4 EEESMO e 1 enfermeiro generalista enquanto os turnos da tarde e noite contam com 2 EEESMO e 1 enfermeiro generalista. A equipa de assistentes operacionais é composta por 8 elementos sendo que estão presentes 2 no turno da manhã em dias úteis ou 1 aos fins de semana/ feriados e 1 nos turnos da tarde e noite. A equipa multidisciplinar deste serviço conta ainda com outros profissionais de saúde: uma secretária de unidade, assistentes hospitalares de ginecologia e obstetrícia, fisioterapeutas, técnicos de análises clínicas, assistentes sociais, psicólogos e assistentes de outras especialidades como medicina interna, anestesia e endocrinologia. Os profissionais de cada valência deslocam-se ao serviço no turno da manhã nos dias úteis e realizam *briefing* com os enfermeiros responsáveis por forma a tomar conhecimento da história clínica atual das grávidas internadas e para debater o plano de cuidados a implementar.

No que diz respeito à estrutura física o serviço encontra-se disposto num corredor em que de um lado se encontra o balcão da secretária de unidade e 5 enfermarias onde ficam internadas as utentes. A capacidade de cada enfermaria é variável podendo albergar 2 a 5 mulheres. Cada unidade é composta por uma cama articulada, uma mesa de refeição, cadeira e uma mesa de cabeceira, bem como, suporte de soros e uma rampa de oxigénio e aspiração. É ainda possível encontrar em cada enfermaria vários cadeirões, cardiotocógrafos, monitores de sinais vitais, termómetros e bolas de *pilates*. Duas das cinco enfermarias têm disponível um computador para realização de registos clínicos. No lado inverso do corredor podemos encontrar a sala de enfermagem onde ocorre a passagem de turno, a realização de registo clínicos nos três computadores disponíveis e a preparação de medicação; uma casa de banho para uso de todas as utentes internadas, uma copa, uma área de sujos e limpos e o gabinete da enfermeira gestora.

As situações patológicas mais comuns durante a minha passagem pelo serviço foram Pré-eclâmpsia [PE], Diabetes Gestacional, Ameaça de Parto Pré-termo [APPT] e Restrição de Crescimento Fetal [RCF]. É também frequente o internamento de mulheres

para ITP cujos motivos mais frequentes prendem-se com a idade materna avançada, idade gestacional avançada, presença de determinadas patologias como a diabetes gestacional, oligoâmnios e hipertensão gestacional/ PE ou ainda condicionantes fetais como alterações do crescimento e/ou patologias fetais. Por fim, são admitidas neste serviço grávidas para IVG por terem alguma patologia/condição de saúde que obrigue à realização deste procedimento em meio hospitalar e IMG devido a síndromes e/ ou malformações incompatíveis com a vida.

A passagem por este serviço trouxe imensos benefícios dando-me a oportunidade de continuar a contactar com grávidas de risco e desenvolver competências nesta área, mas num contexto de internamento/ situação aguda diferente do contexto de consulta. Foi uma mais valia aprender acerca dos métodos de ITP bem como dos seus protocolos de atuação.

Serviço de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia- Sala de Partos

O Serviço de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia [SUOG] é constituído pelas seguintes valências: Serviço de Admissões, Sala de Partos [SP] e a Unidade de Recobro de Cuidados Intermédios [URCI]. Este serviço encontra-se localizado no piso zero e foi o local onde foram realizadas as 8 semanas de estágio. É importante ressaltar que durante o período de estágio, o SUOG sofreu remodelações havendo necessidade da sua transferência temporária para outras instalações. Desta forma, a descrição que se segue terá em conta estas nuances.

A equipa de enfermagem é formada por 54 enfermeiros sendo que desses 47 são EEESMO, 7 são enfermeiros de cuidados gerais e um é enfermeiro gestor. Esta equipa trabalha rotativamente por turnos sendo que o rácio de enfermeiros por turno é de 7 a 8 EEESMO e 2 enfermeiros de cuidados gerais todos os dias. Nos turnos da manhã e tarde encontram-se escalados 3 a 4 assistentes operacionais enquanto no turno da noite são 2 a 3 elementos que compõem a equipa. Estas duas equipas distribuem-se pelas diferentes valências do SUOG.

O Serviço de admissões, durante todo o período de estágio, funcionou no segundo piso da Unidade M devido à remodelação em curso. Esta valência é composta pela Triagem e pela Sala de Observações e dão apoio ao seu funcionamento dois EEESMO e um assistente operacional. A triagem é o primeiro contacto que as mulheres têm com o SUOG. Durante o período de estágio neste serviço, o sistema de triagem foi modificado sendo que, atualmente, este hospital rege-se pelo Protocolo de Manchester

que é realizado por um EEESMO e estabelece uma prioridade de atendimento consoante a situação clínica de cada mulher, é facultada uma pulseira com uma determinada cor em função da respetiva urgência. O SO tem uma lotação máxima de três camas e neste as mulheres são avaliadas e ficam em vigilância até ponderação de internamento.

A URCl, durante 4 semanas deste contexto clínico funcionou no espaço físico da SP tendo capacidade para prestar cuidados a duas utentes. No restante tempo, regressou para o local previsto, quando a sua remodelação terminou, passando a ter uma lotação de 3 camas. Esta valência está destinada a situações clínicas mais específicas/ instáveis e que carecem de uma maior vigilância como são exemplo, casos de Síndrome de HELLP, PE, hemorragia pós-parto por atonia uterina e realização de neuroprotecção em grávidas se prevê o término precoce da sua gestação. Encontra-se destacado um EEESMO para exercer estas funções e uma assistente operacional da SP dá apoio à URCl.

A equipa da SP é formada por 4 a 5 EEESMO e 1 a 2 enfermeiros de cuidados gerais e assistentes operacionais. Este serviço é composto por 7 unidades para grávidas em trabalho de parto, 2 unidades para a URCl, uma sala de *snoezelen*, uma copa, uma área de sujos e limpos, uma sala de reuniões médica, uma sala de reanimação de recém-nascido com capacidade para dois bebés em simultâneo. Cada unidade está equipada com uma cama articulada que se no momento do período expulsivo é transformada numa cama de parto, um cadeirão, uma bola de pilates, um suporte de soros, uma bomba infusora, um candeeiro, um aparelho de cardiocotografia que se encontra conectado por *wireless* a uma central *Omniview* que transmite a monitorização do aparelho de cada unidade para um monitor localizado junto da sala de enfermagem permitindo a visualização de todos os CTG das mulheres internadas no serviço. Ainda conta com uma bancada com lavatório, armário com material clínico e uma mesa móvel que contém na parte inferior uma arrastadeira limpa e na parte superior o equipamento de proteção individual, a trouxa de parto e os ferros cirúrgicos. Este material posteriormente será utilizado no parto e a mesa servirá de apoio nesse momento. A SP dispõe de vários monitores de avaliação de sinais vitais, termómetros, um banco de parto, um carro de apoio que contém o material necessário para execução das técnicas de analgesia de trabalho de parto, bem como, um carro com uma balança e o restante material necessário para a prestação dos primeiros cuidados ao recém-nascido quando este nasce sem complicações.

A sala de *snoezelen* anteriormente referida é uma mais-valia para todas as grávidas que tenham vontade e condições clínicas para a desfrutar. Nesta é possível realizar hidroterapia, musicoterapia, cromoterapia, aromaterapia, estimulação elétrica nervosa transcutânea, meditação e exercícios de mobilização com o objetivo de relaxar e diminuir a dor e o desconforto associados ao trabalho de parto.

Neste serviço as mulheres têm a possibilidade de ter um acompanhante constantemente junto de si durante o TP e parto. Excepcionalmente, nas situações de distócia em que há necessidade de transferência das parturientes para o bloco operatório para realização do período expulsivo, a pessoa de referência não pode acompanhar a utente. De acordo com o SNS (2016), a mulher grávida tem direito a um acompanhante durante todas as fases do TP sendo salvaguardada a possibilidade de a pessoa significativa estar presente no bloco operatório se houver necessidade do nascimento ocorrer por cesariana ou outro tipo de parto distócico exceto em situações clínicas que impeçam o acompanhamento constante da mulher devendo as razões serem explicadas às pessoas envolvidas. Esta forma de atuação não está em concordância com o que o Ministério da Saúde preconiza pois, por rotina e prática institucional enraizada no hospital M, a pessoa significativa não acompanha a grávida nos partos distócicos salvo em situações de cesariana eletiva.

Na SP está implementado um Projeto intitulado “*Sling Casulo*” que consiste em vestir a parturiente na admissão da SP com uma faixa na região do peito com a finalidade desta ter mais privacidade pelo encobrimento da região mamária durante o TP e, após o nascimento, o recém-nascido é colocado em contacto pele-a-pele com a mãe dentro dessa faixa de forma a sentir-se mais acolhido, seguro e confortável. Assim, a então puérpera poderá manter o contacto com o recém-nascido e até amamentá-lo tendo as mãos livres para executar outras tarefas.

É importante ressaltar que embora tenha tido oportunidade de experienciar todas as valências do SUOG, o estágio centrou-se maioritariamente na Sala de Partos.

Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

O contexto clínico destinado ao Puerpério cuja duração é de seis semanas contempla uma semana de observação num serviço e Neonatologia sendo a unidade da ULS M a escolhida. Este serviço encontra-se segundo piso deste hospital e encontra-se dividido em três espaços, a Unidade de Cuidados Intensivos, a Unidade de Cuidados

Intermédios e o Banco de Leite Humano. Os dois últimos espaços foram os que tive oportunidade de contactar.

A Unidade de Cuidados Intermédios é composta por um quarto de isolamento, duas salas com capacidade para cinco incubadoras e um berçário com lotação máxima de seis berços. Os enfermeiros nos turnos da manhã, tarde e noite são cinco e só duas assistentes operacionais. Nesta unidade quando são realizados os cuidados de higiene, as enfermeiras sempre que haja condição clínica do recém-nascido e os pais assim o desejem, incentivam-nos a realizarem os cuidados de higiene ao recém-nascido, alimentá-lo e realizarem contato pele a pele.

O Banco de Leite Humano foi o primeiro a ser constituído em Portugal sendo inaugurado em Novembro de 2009. O leite doado é destinado aos recém-nascidos prematuros a Unidade M e a outros que se encontrem internados em unidades de neonatologia localizadas na região da grande Lisboa. Existem requisitos que as doadoras de leite materno têm de preencher, nomeadamente, terem sido mães há menos de quatro meses, terem excesso de leite, terem tido uma gravidez vigiada e saudável, não serem fumadoras, manterem-se em regime de aleitamento materno exclusivo e viverem na região da grande Lisboa. Existe uma grande campanha de divulgação desta iniciativa pelos imensos benefícios que o leite materno acarreta para os bebés prematuros internados aumentando as suas hipóteses de sobrevivência. Neste desempenham funções três enfermeiras e duas assistentes operacionais permanentemente

A unidade de neonatologia presta cuidados extremamente diferenciados recebendo prematuros com idade gestacional a partir das 24 semanas e tem um raio de influência muito abrangente dado resposta não só à região da grande Lisboa como à periferia mediante a capacidade de vagas disponíveis.

1.1.2. Unidade de Saúde G

A história deste hospital começou em Setembro de 1991 quando iniciou a sua atividade em substituição do antigo hospital de Almada dado este já não conseguir suprir as necessidades de saúde da população da Península de Setúbal que estava em constante crescimento. Mas o seu nome foi decidido dois anos antes da abertura em homenagem a um médico, botânico e naturalista do séc. XVI que desenvolveu trabalho na área da investigação botânica e impulsionou a ciência do seu tempo (SNS, 2020).

Em 2002, este hospital foi classificado como Hospital Central sendo o único na região a sul do rio Tejo a pertencer ao Setor Empresarial do Estado pelo Decreto-Lei n.º 298/2002 de 11 de dezembro. Após a reestruturação do modelo organizacional realizada pelo SNS em 2023, tal como a Unidade M, este hospital também passou a denominar-se ULS pelo Decreto-Lei nº102/2023 de 7 de novembro. Esta unidade dá resposta a cerca de 350 mil habitantes dos concelhos de Almada e Seixal integrando não só o hospital onde decorreu o estágio, mas também o ACES composto por trinta unidades de cuidados de saúde primários localizadas na mesma área de influência.

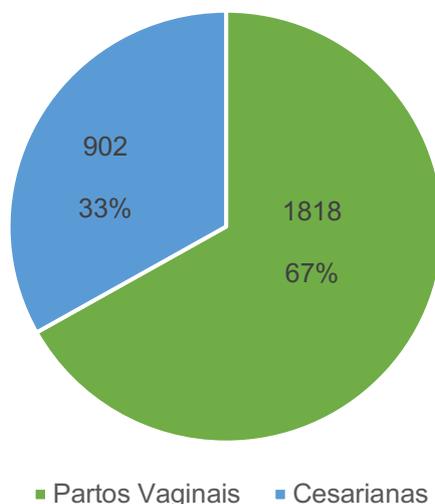
Esta unidade tem como missão prestar cuidados promotores de saúde e qualidade de vida centrados na proximidade com a população, eficiência e sustentabilidade dos serviços/ recursos, inovação e investimento no desenvolvimento da investigação científica. Desta forma, pretendem potenciar as competências dos profissionais incentivando o seu desenvolvimento e capacitação fomentando um ambiente de trabalho em equipa cuja igualdade, respeito e valorização são primordiais.

A Unidade G, assim como a Unidade M, pertence à RNRMI sendo considerada um HAPD de referência para o sul do país e ilhas (Comissão Nacional de Saúde Materna e Neonatal, 2006).

A Unidade G foi o primeiro hospital português a receber a acreditação de “Hospital Amigos dos Bebés” em 2005, uma iniciativa criada pela OMS em parceria com a UNICEF. Desde então que mantém o seu título e cumpre com a sua responsabilidade de planear, conceber, implementar e avaliar intervenções de proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno.

No ano de 2023 ocorreram no total 2720 nascimentos neste hospital sendo que 1818 foram partos vaginais e 902 foram partos distócicos por cesariana, tal como pudemos verificar no gráfico da figura 2. Podemos aferir que neste ano, a incidência de partos vaginais nesta unidade hospitalar foi de 67% dos partos realizados e que os partos por cesariana corresponderam a 33%. Tendo em conta as recomendações da OMS (2015, a taxa de cesarianas deve rondar os 10 a 15%). Assim, concluímos que a taxa de cesariana da unidade G se encontra acima desta percentagem. Todavia quando confrontada com a percentual nacional que nos diz que no último ano 38% dos partos ocorridos foram cesarianas, esta unidade está abaixo da média de Portugal.

Figura 2. Número de partos na Unidade G em 2023



Fonte: Elaboração pela autora, dados recolhidos no SNS Transparência (2023b)

Serviço de Bloco de Partos

O Serviço de Bloco de Partos da Unidade G foi o local eleito para realizar 6 semanas de estágio e encontra-se localizado no piso um deste hospital. Este serviço quando se iniciou o estágio tinha concluído há pouco tempo as suas obras de reabilitação que trouxeram melhores condições físicas e estruturais tanto para as utentes que a ele recorrem como para os profissionais de saúde.

A equipa de enfermagem é formada por 48 enfermeiros sendo que desses 40 são EEESMO, 7 são enfermeiros de cuidados gerais e um é enfermeiro gestor. Esta equipa trabalha rotativamente por turnos sendo que o rácio de enfermeiros por turno é de 6 a 7 EEESMO e 1 a 2 enfermeiros de cuidados gerais. As assistentes operacionais eram, em média, 2 a 3 por turno. A equipa multidisciplinar conta com duas secretárias de unidade (comuns ao serviço de urgência), assistentes hospitalares de ginecologia e obstetrícia, anestesia, assistentes sociais e psicólogos.

Aos fins de semana, esta instituição encontrava-se encerrada no âmbito da operação “Nascer em Segurança” organizada pelo SNS e, neste período, os rácios diminuía variavelmente.

A estrutura física do serviço é composta por 8 unidades individuais para mulheres em trabalho de parto onde podem permanecer acompanhadas 24h. Cada unidade está equipada com uma cama articulada que no momento indicado se transforma numa

marquesa de parto, uma bancada com lavatório e material de consumo clínico, um cardiocógrafa que está conectado a uma Central *Omniview* via *wireless* possibilitando a monitorização dos CTG de todas as grávidas internadas, um cadeirão, um banco, um candeeiro, um berço, um suporte de soros e um banco de parto. Existe ainda uma mesa de trabalho móvel onde, no momento do parto, é colocada a trouxa de parto, compressas, equipamento de proteção individual e ferros cirúrgicos. Durante o trabalho de parto estão disponíveis técnicas de relaxamento para controlo não farmacológico da dor como hidroterapia, musicoterapia, aromaterapia e utilização da bola de pilates.

O bloco de partos conta ainda com duas salas de bloco operatório utilizadas para qualquer emergência obstétrica ou cirurgia eletiva com uma área de desinfeção comum, uma sala com capacidade para duas camas utilizada como recobro anestésico e/ou vigilância em caso de situações de instabilidade hemodinâmica, um berçário onde os recém-nascidos são observados, pesados, administrada a vitamina K e são vestidos após realizarem o contacto pele-a-pele com a mãe. Se houver necessidade de observação pediátrica ou reanimação após o parto, é neste espaço que é realizada tendo capacidade para dois recém-nascidos em simultâneo contendo uma incubadora de transporte e um *babytherm*. Esta unidade tem uma copa, uma área de sujos e limpos, uma sala de reuniões médica e de passagem de turno e uma casa de banho para as utentes e outra para os profissionais. Dispõe de um carro com o material necessário para realização das técnicas de analgesia de TP e outro carro para preparação de medicação, bem como, diversos monitores de avaliação de sinais vitais, termómetros e seis computadores para realização dos registos clínicos.

1.1.3. Unidade de Saúde C

A história deste Hospital teve origem no século XV quando uma rainha acreditou nas propriedades curativas de umas poças de água quente onde se banhavam enfermos e mandou edificar uma capela e um hospital termal destinados à cura do corpo e da alma. Os doentes quando chegavam iniciavam o seu tratamento pela purificação da alma na capela e só depois iam banhar-se nas águas termais. Por variados motivos, foi uma decisão inovadora para a época que disponibilizada os cuidados de um médico 24 horas por dia, prática esta que não era comum em nenhum hospital da Europa. A criação deste hospital termal impulsionou a edificação e atribuição de um nome à vila, que cresceu exponencialmente e, atualmente, é uma cidade. Com o passar dos anos, embora hospital termal tenha sido alvo de várias obras de requalificação, houve

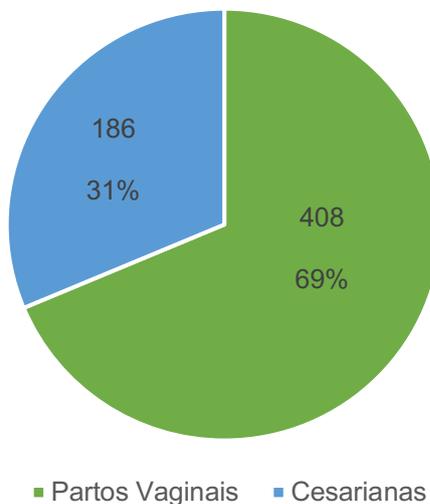
necessidade de edificar um novo hospital distrital que desse resposta às necessidades da população sendo este inaugurado em 1967 (SNS, 2019b).

A criação de novos hospitais nos concelhos vizinhos aliada à fusão entre os vários hospitais ao longo dos anos levou à reorganização constante da gestão dos cuidados. Em 2012, pela Portaria n.º 276/ 2012 de 12 de setembro, foi criado o CH que integra três hospitais localizados nas Caldas da Rainha, Torres Vedras e Peniche. Em 2018, o CH converteu-se numa entidade pública empresarial do estado (Decreto-Lei nº 44/2018, de 18 de junho) e, mais tarde, em 2023, passou a ULS pelo Decreto-Lei nº102/2023 de 7 de novembro, uma nova entidade que prevê uma maior qualidade e proximidade nos cuidados de saúde e uma resposta mais eficiente e humanizada para a população. Esta ULS agregou o CH com os ACES da região que dão resposta aos concelhos de Caldas da Rainha, Óbidos, Bombarral, Peniche, Lourinhã, Cadaval, Torres Vedras e Sobral de Monte Agraço num total de aproximadamente 235 mil habitantes. (SNS, 2024b).

A missão desta ULS prende-se com a resposta integrada às necessidades da população da sua área de influência através da prestação de cuidados multidisciplinares, com competência científica, organização, ética e eficiência. Desta forma, propõe-se a ser um hospital de referência na oferta de cuidados de qualidade e proximidade contribuindo os ganhos em saúde e qualidade de vida da sua população.

No que concerne ao número de partos, podemos verificar que no ano de 2023 ocorreram no total 594 nascimentos na unidade C (Figura 3). Destes, 408 foram partos vaginais e 186 foram partos distócicos por cesariana. Podemos verificar que neste ano, a ocorrência de partos vaginais representou 69% dos partos efetuados e que os partos por cesariana equivaleram a 31%. Tal como já foi referido anteriormente, a taxa de cesariana recomendada pela OMS é de 10 a 15%. Desta forma, podemos apurar que a taxa de cesariana da unidade C, tal como a da unidade M e unidade G, se encontram acima da meta recomendada pela OMS, todavia que quando comparada com o contexto nacional, não atinge a percentagem no ano 2023 que foi de 38%.

Figura 3. Número de partos na Unidade C em 2023



Fonte: Elaboração pela autora, dados recolhidos no SNS Transparência (2023b)

Serviço de Bloco de Partos

O Bloco de Partos da ULS C encontra-se localizado no 2º andar deste hospital e foi o local onde decorreram quatro semanas do estágio. Esta valência integra o Serviço de Obstetrícia que também é composto pela Urgência de Obstetrícia e Ginecologia, Unidade de Internamento de Curta Duração e Unidade de Cuidados Especiais Neonatais e todas se localizam no mesmo piso. Destaco que o bloco de partos sofreu por uma grande remodelação tendo reaberto a sua atividade no final do ano anterior ao início do estágio nesta unidade o que trouxe melhores condições físicas para as utentes e profissionais.

A equipa de enfermagem é formada por 14 enfermeiros todos EEESMO e um enfermeiro gestor. Esta equipa trabalha rotativamente por turnos sendo que o rácio de enfermeiros por turno é de 4 a 5 EEESMO no turno da manhã e 3 a 4 no turno da tarde e noite. Em todos os turnos, encontra-se escalada 1 assistente operacional. A equipa multidisciplinar desta valência é ainda composta por assistentes hospitalares de ginecologia e obstetrícia, anestesia e pediatria, assistentes sociais, psicólogas e fisioterapeutas. À semelhança da unidade G, aos fins de semana, este bloco de partos encontrava-se encerrado consoante indicação da Operação “Nascer em Segurança” promovida pelo SNS sendo que os rácios sofriam alterações.

Este serviço é constituído por quatro quartos para mulheres em trabalho de parto (com possibilidade de terem um acompanhante consigo durante 24 horas), uma sala de observação médica que tem acesso comum ao bloco de partos e à triagem da Urgência, uma casa de banho para as utentes, uma área de sujos e limpos e uma estação de observação de enfermagem onde se encontram quatro computadores para realização de registos clínicos, a Central *Omniview* que permite visualizar todos os CTG das parturientes internadas, uma área de preparação de terapêutica que conta com uma bancada com lavatório, um armário e frigorífico para armazenamento de medicação e material.

Cada quarto está equipado com uma cama articulada que altera para uma maca de parto no período expulsivo, um berço, um cadeirão, um cardiotocógrafo, um suporte de soros, uma bomba infusora, uma arrastadeira, um candeeiro, um *babytherm* com balança e um lavatório. Existe ainda uma mesa móvel que auxilia em vários procedimentos e no momento do parto dado ser colocada na mesma o material de apoio para o parto, equipamento de proteção individual e ferros cirúrgicos. O bloco dispõe ainda um carro de apoio onde se encontra a terapêutica e material para realização das técnicas de analgesia de trabalho de parto, aparelhos para avaliação dos sinais vitais e termómetros.

1.1.4. Unidade de Saúde L

A história deste hospital data de 2008 quando foi fundado, mas o grupo privado empresarial a que pertence foi criado 10 anos antes, em 1998, com um nome diferente do que atual tem. Ao longo dos anos, esta unidade hospitalar assumiu uma posição de destaque no setor de saúde privado na área da grande Lisboa afirmando-se pela capacidade de resposta aos desafios evolutivos da medicina e das necessidades da população. É parte integrante de um grupo que conta com mais de vinte hospitais e clínicas de norte a sul de Portugal para além de ter participado na Gestão de um hospital na zona de Cascais em regime de parceria público-privada de 2009 a 2022 (Lusíadas, 2023).

Em 2015, este Hospital foi o primeiro hospital privado em Lisboa a receber acreditação pela *Joint Commission International*, uma importante entidade norte-americana de acreditação de organizações de saúde que realiza uma avaliação criteriosa com base nas Metas Internacionais de Segurança do Doente que incluem,

entre outras, a redução do risco de queda do doente e a redução do risco de infeções associadas aos cuidados de saúde.

Em 2018, este hospital foi também considerado o hospital mais tecnológico de Lisboa após atingir uma categoria elevada numa escala mundial que calcula a utilização de sistemas e tecnologias de informação em proveito do utente.

Segundo a Entidade Reguladora da Saúde [ERS], entre 2022 e 2023 foram realizados cerca de 160 mil partos em Portugal sendo que 18,6% ocorreram em hospitais privados. Adicionalmente, sabe-se que do número total de partos em estabelecimentos privados, 64,8% foram cesarianas. Uma taxa bastante superior à das entidades públicas que ronda os 31,9%. Todavia, não foi possível aferir quanto ao número de partos exclusivos da Unidade L e compará-los com o dos outros hospitais onde decorreu o estágio (Entidade Reguladora da Saúde, 2024).

Serviço de Internamento de Obstetrícia- Puerpério

O Internamento de Obstetrícia encontra-se localizado no segundo piso da Unidade L e foi neste local que decorreram cinco semanas de estágio.

A equipa de enfermagem é formada por 30 enfermeiros sendo que destes 10 são EEESMO, 19 são enfermeiros de cuidados gerais e um é enfermeiro gestor. Esta equipa trabalha rotativamente por turnos sendo que o rácio de enfermeiros por turno é de 4 a 5 colaboradores no turno da manhã e tarde e 3 no turno da noite. Não é possível especificar o número de EEESMO em todos os turnos dado não ser possível, pelas características da equipa, ter um elemento especialista sempre presente. Todavia, no turno da manhã, há sempre um EEESMO escalado por ser necessário realizar admissão às grávidas com cesariana eletiva agendada. Quanto à equipa de assistentes operacionais estas são 3 no turno da manhã, 2 no turno da tarde e noite.

A restante equipa multidisciplinar deste internamento é constituída por assistentes hospitalares de ginecologia e obstetrícia, anestesia e pediatria, psicólogas e fisioterapeutas. No turno da manhã, as rotinas principais prendem-se com a observação da puérpera e do recém-nascido, prestação de cuidados de higiene ao bebé, realização do diagnóstico precoce e apoio na amamentação. Os pediatras deslocam-se ao serviço e observam os recém-nascidos, pesam-nos, medem o comprimento e perímetro cefálico e preenchem o boletim de saúde infantil e juvenil. Na sua maioria, os obstetras também se deslocam ao serviço para observar as puérperas, ajustar medicação e dar alta clínica.

O serviço é composto por 21 quartos individuais para as díades que pode permanecer acompanhada por todo o tempo de internamento. Cada quarto está equipado com uma cama articulada, um berço, uma mesa de cabeceira, um armário para guardar roupa e restantes pertences individuais, um cadeirão, um sofá-cama, uma mesa de refeição com cadeira e uma casa de banho privativa. Esta unidade conta ainda com um espaço de berçário onde são realizados os procedimentos aos recém-nascidos como as colheitas de sangue, uma sala de preparação de terapêutica, uma estação de enfermagem onde são realizados os registos clínicos através dos seis computadores disponíveis, uma zona de sujos e limpos e uma copa. Dispõe de um carro com o material necessário para a higiene e vestuário das utentes, monitores de avaliação de sinais vitais, termómetros, três banheiras portáteis para realização dos cuidados de higiene dentro do quarto das díades.

Embora o âmbito deste campo clínico fosse o Puerpério, também houve a oportunidade e contactar com mulheres a vivenciar processos de doença ginecológica que permaneciam internadas neste serviço por necessidade de realização de intervenções cirúrgicas. As patologias mais comuns eram de foro oncológico, tais como, cancro da mama, útero e ovário sendo as cirurgias mais comuns a histerectomia, anexectomia, salpingectomia e excisão de nódulos mamários.

1.2. METODOLOGIA

Segundo Alexandre (2021), a palavra metodologia é originária da palavra método que por sua vez é definido para um conjunto de processos necessários para alcançar um fim ou um resultado esperado. Desta forma, pode-se afirmar que é o conjunto de atividades lógicas e organizadas que permitem atingir um objetivo traçando o caminho a seguir para a aquisição de conhecimento científico.

A abordagem metodológica utilizada no Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final foi a supervisão clínica sob orientação pedagógica objetivando a aquisição de conhecimento científico que se constitui um elemento essencial para a prestação de cuidados de saúde diferenciados e especializados.

Objetivos

O documento de apoio relativo ao Planeamento do Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final descreve e define os objetivos gerais desta Unidade Curricular, que são os seguintes:

- a) Cuidar da mulher/companheiro inseridos na família e comunidade;
- b) Demonstrar aquisição de conhecimentos conducente a uma proposta de aperfeiçoamento de cuidados, considerando as vertentes de teórico-práticas e a Prática Baseada na Evidência;
- c) Defender através de um Relatório apresentado em provas públicas, o desenvolvimento de competências ao longo do Estágio de Natureza Profissional.

Durante a elaboração do Projeto de Estágio, numa fase inicial do ENPRF, foram também definidos objetivos específicos que vão ao encontro das Competências Específicas do EEESMO descritas no Regulamento (Ordem dos Enfermeiros, 2019), os quais são:

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

População alvo

A população alvo do ENPRF engloba todas as mulheres e famílias inseridas na comunidade e a quem foram prestados cuidados de enfermagem especializados no decorrer dos vários contextos clínicos que integraram o estágio, nomeadamente, as que frequentaram os serviços de Consulta de Alto Risco da Unidade M, Internamento de Medicina Materno-Fetal da Unidade e Bloco de Partos da Unidade M; Bloco de Partos da Unidade G; Bloco de Partos da Unidade C; e, por fim, Puerpério da Unidade L. À exceção da Unidade C que se localiza na região oeste de Portugal, todas as outras se encontram sediadas na área da grande Lisboa.

Segundo os dados facultados pela Agência para a Integração, Migrações e Asilo [AIMA], cuja última atualização foi em Setembro de 2024, no ano de 2023 verificou-se um aumento significativo de 33,6% da população estrangeira residente em Portugal

comparativamente a 2022. Atualmente, residem em Portugal 1.044.606 cidadãos estrangeiros sendo que destes 436.277 residem na área metropolitana de Lisboa perfazendo uma taxa de 41,8% m comparação aos restantes concelhos de Portugal. As nacionalidades mais representativas, por ordem decrescente, são a brasileira com 147.262, angolana com 24.374, cabo-verdiana com 14.623, são-tomense com 14.504, indiana com 12.185, guineense com 10.320, bengali com 10.077, italiana com 8.804, nepalesa com 7.837, britânica com 7.365, entre outras que totalizam 71.627.

Segundo os dados mais recentes (última atualização em Outubro de 2024) publicados pela Pordata e cedidos pelo Instituto Nacional de Estatística [INE], no ano de 2022, nasceram em Portugal 83.671 nados-vivos sendo que desses 20.464 são filhos de mães estrangeiras correspondendo a uma taxa de 24,5% da população (Pordata, 2024).

Tendo em conta as informações expostas, afere-se que o ambiente multicultural é uma realidade crescente na prestação de cuidados de saúde constituindo um desafio para a prática clínica de enfermagem. Nas unidades hospitalares onde decorreu o estágio, existe uma elevada taxa de procura de cuidados de saúde pela população estrangeira que, na sua grande maioria, não compreende nem fala português e inglês. A barreira linguística e cultural é uma realidade constante que dificulta a prestação de cuidados de saúde especializados. O EEESMO é um profissional que se distingue pelo seu conhecimento, formação e experiência sendo detentor de competências fundamentais para compreender, cuidar e respeitar a população estrangeira alvo dos seus cuidados (OE, 2021).

Método de aprendizagem

O ENPRF decorreu sob a supervisão clínica dos EEESMO que exerciam funções nos diversos contextos clínicos onde decorreu o estágio em simultâneo com a orientação pedagógica de uma docente da Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora.

Segundo a OE (2018), a supervisão clínica é fulcral garantindo suporte, segurança e qualidade na prestação de cuidados durante o processo de aprendizagem visando o desenvolvimento de competências profissionais, pessoais e reflexivas e a formação da identidade profissional do enfermeiro. No final, é esperado que o mesmo seja capaz de tomar decisões autónomas que visem o respeito, proteção, segurança e qualidade de vida da pessoa cuidada. Desde 2018 que foi criada pela OE a Competência Acrescida

Diferenciada e Avançada em Supervisão Clínica através do Regulamento nº. 366/2018, de 14 de junho.

Ao longo do percurso pelos vários contextos clínicos do ENPRF, foram adotados diferentes métodos de aprendizagem, nomeadamente: observação dos cuidados, prática clínica, pesquisa bibliográfica para revisão de conteúdos temáticos à luz da mais recente evidência científica e desenvolvimento/aprofundamento de conhecimentos e competências. Em cada contexto clínico, ocorreu uma reunião intermédia e uma reunião final na presença do supervisor clínico, da orientadora pedagógica e da mestranda. Na reunião intermédia era analisado o processo de aprendizagem e desenvolvimento de competências e realizada uma reflexão acerca dos pontos alvo de melhoria por parte da mestranda e, na reunião final, através do instrumento da avaliação elaborado pela escola, era novamente analisado o desempenho da mestranda e classificadas as competências atingidas em cada campo clínico pela mesma.

A observação dos cuidados prestados bem como a execução da prática clínica são cruciais para o processo de aprendizagem e autonomia. Numa primeira instância, a mestranda assume uma posição de observação e supervisão da prática clínica executada pelo seu enfermeiro orientador visando a incorporação das dinâmicas do serviço bem como, a mobilização dos conhecimentos teóricos previamente adquiridos no primeiro ano do MESMO de forma a colocá-los em prática na prestação de cuidados especializados e adequados às exigências dos vários campos clínicos. Esta metodologia permite desenvolver a capacidade de autonomia e aprimorar a prática clínica promovendo o processo gradual de aquisição de competências comuns ao enfermeiro especialista e ao EEESMO sendo uma mais-valia para a processo de aprendizagem da mestranda.

De forma a fomentar a aquisição de novos conhecimentos teóricos procedeu-se à elaboração de uma revisão integrativa da literatura acerca da temática escolhida sobre a Intervenção da Enfermeira Obstétrica no Planeamento Familiar no Pós-parto. Para tal, procedeu-se a uma pesquisa bibliográfica nas bases de dados facultadas pela biblioteca da Universidade de Évora- Pesquisa EDS (EBSCO Discovery Service).

Segundo Sousa et al. (2017), a revisão integrativa da literatura permite ter uma compreensão mais abrangente sobre um determinado fenómeno ou tema evidenciando-se como um dos métodos de pesquisa usados na prática baseada na evidência em enfermagem. Esta encontra-se organizada em diferentes etapas, nomeadamente, requer a formulação de um problema/ questão de revisão, pesquisa bibliográfica,

avaliação e análise crítica dos dados encontrados e exposição dos resultados obtidos. Desta forma, permite-nos reunir conhecimento sobre um determinado tema ou questão de forma sistematizada contribuindo para a aprofundamento do conhecimento e, consecutivamente, para a melhoria da prestação de cuidados baseados na evidencia científica atualizada.

Durante a passagem pela Consulta de Alto Risco, mais especificamente, pela Consulta de Gravidez Indesejada na Unidade M foi proposta a realização de um póster com o intuito de explicar de forma sucinta e compreensível como estava organizada a consulta para que ficasse exposto no serviço para consulta das utentes. O póster referido encontra-se disponível para observação no Apêndice B.

Durante o contexto clínico de Sala de Partos da Unidade M, a mestranda experienciou dois acontecimentos que foram significativos para a mesma e impulsionaram a elaboração de duas Reflexões baseadas na metodologia do Ciclo Reflexivo de Gibbs. O Ciclo Reflexivo de Gibbs promove e incentiva a realização uma reflexão sistemática sobre uma experiência importante da seguinte forma: descrever detalhadamente o sucedido, explorar os sentimentos que advieram dessa situação para a pessoa, avaliar os fatores positivos e/ou negativos, analisar de forma fundamentada e isolada os acontecimentos, e, por fim, concluir refletindo sobre o que poderia ter sido realizado de forma diferente e, caso se repita no futuro, qual será a linha de ação (Gibbs, 2013). As reflexões integram o presente relatório e encontram-se definidas como Apêndice C e Apêndice D.

Durante o período do ENPRF, a realização dos trabalhos supracitados foi fundamental para a melhoria da prática dos cuidados prestados. Existiu ainda a possibilidade de a mestranda participar em formações dinamizadas por diferentes entidades que contribuíram para o processo de aquisição de conhecimentos em diferentes áreas da saúde da mulher. A primeira ação formativa denomina-se “O Papel do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica no Aconselhamento Contracetivo” (Anexo A) e a segunda intitula-se “2º Seminário Gerir a dor no trabalho de parto para uma experiência positiva” (Anexo B).

Os modelos teóricos de enfermagem assemelham-se a guias orientadores cuja função é estruturar e esclarecer o conhecimento e os conceitos da disciplina de enfermagem com vista a apoiar o processo de aprendizagem. Desta forma, a mestranda adotou a Teórica de Enfermagem Kristen Swanson que criou a Teoria dos Cuidados. Esta teoria assenta no pressuposto que o cuidado é um fenómeno de enfermagem

fundamental no relacionamento com a mulher e a família (ser cuidado). O conhecimento sobre o individuo alvo de cuidados constitui uma estratégia de aproximação, definição do processo de cuidados e priorização dos mesmos.

A teórica estruturou um modelo com cinco etapas para a construção do processo de enfermagem: 1º- Tomar conhecimento da história de cada pessoa com ênfase nas suas crenças, necessidades e prioridades; 2º- Acompanhar todo o processo de planeamento, implementação e avaliação do processo; 3º- Estabelecer metas e estratégias junto com a pessoa; 4º- Construir um plano de cuidados promotor da tomada de decisões autónomas; 5º- Considerar sempre as crenças, expectativas e valores atribuídos por cada pessoa ao seu processo de cuidado (Oliveira et al., 2018).

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

O presente capítulo visa a contextualização da temática em estudo, nomeadamente, a intervenção do EEESMO no planeamento familiar no pós-parto. A temática escolhida é parte integrante deste relatório e a sua abordagem conduz à aquisição de novas competências e contribui para a melhoria da prática baseada na evidência científica.

Desta forma, foi elaborado um subcapítulo no qual se encontra uma revisão da literatura sobre a temática em investigação com o objetivo de compreender qual o papel do EEESMO no planeamento familiar no pós-parto e, consecutivamente, num segundo subcapítulo, será abordada a experiência clínica ao longo Estágio de Natureza Profissional.

2.1. REVISÃO INTEGRATIVA SOBRE A TEMÁTICA EM ESTUDO

2.1.1. Introdução

A saúde reprodutiva é definida como um estado de bem-estar físico, espiritual e social em todos os aspetos relacionados com o sistema reprodutivo com o objetivo da mulher/ casal poder ter uma vida sexual satisfatória e segura.

Os cuidados prestados nesta área integram um leque de métodos, serviços e práticas que contribuem para a tomada de decisão através da prevenção e resolução de problemas dando resposta às necessidades da população. A promoção da saúde reprodutiva possibilita à mulher/casal a oportunidade de recorrer ao planeamento familiar através dos serviços de saúde adequados seja para escolher um método anticoncecional eficaz que se adeque às suas necessidades ou para planear uma gravidez e um parto em segurança (DGS, 2008).

De acordo com Santos et al. (2019), o planeamento familiar é definido como o conjunto de comportamentos educativos e preventivos que concedem o acesso igualitário a informações, meios, métodos e técnicas disponíveis para a regulação da fecundidade e proporcionam a cada mulher a oportunidade e autonomia de escolher ou não ter um filho quando desejarem após o parto.

As intervenções na esfera do planeamento familiar são fundamentais pois asseguram a promoção da vivência da sexualidade saudável, a regulação da

fecundidade de acordo com a escolha da mulher, a diminuição da ocorrência de infeções sexual transmissíveis [IST], a preparação para um projeto de parentalidade responsável e a redução da mortalidade e morbilidade materna e infantil (DGS, 2008). Santos et al. (2019) acrescenta que o planeamento familiar, torna-se uma ferramenta indispensável na proteção dos direitos reprodutivos da mulher e casal bem como é promotor da tomada de decisão autónoma e informada.

O período do pós-parto é entendido como uma fase do ciclo gravídico-puerperal em que as mulheres vivenciam transformações físicas, psicológicas, socioculturais, de transição para a parentalidade e na sua dinâmica familiar necessitando, frequentemente, de suporte e orientação (Baratieri et al., 2019).

Sabe-se que o aconselhamento anticoncepcional fornecido no âmbito do planeamento familiar no pós-parto acarreta variados ganhos para a mulher e família e está relacionado com o aumento da adesão a um método anticoncepcional bem como à redução da taxa de gravidez indesejada e possível interrupção da mesma (Agula et al., 2022). A escolha e utilização de um método anticoncepcional adaptado à mulher após o parto deve começar a ser analisada e promovida ainda durante a vigilância pré-natal e reforçada, posteriormente, no puerpério tendo em conta vários fatores como o processo fisiológico do puerpério, a possibilidade da mulher amamentar e as expectativas do casal quanto ao retorno à fecundidade e recomeço da atividade sexual (DGS, 2008).

Consequentemente, devem ser desenvolvidas intervenções com a finalidade de informar as mulheres acerca dos benefícios do intervalo seguro entre as gravidezes e do seu impacto consideravelmente positivo no que diz respeito à morbilidade e mortalidade materna, perinatal e infantil, bem como, dos métodos anticoncepcionais disponíveis e mais eficazes, prevenção, diagnóstico e tratamento das IST, promoção estilos de vida saudáveis, entre outras (Godinho et al., 2020).

Segundo o Regulamento Competências Específicas do EEESMO (OE, 2019b), o enfermeiro especialista deve cuidar da mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar durante o período pós-natal, implementando programas de intervenção e de educação para a saúde que informem, orientem e capacitem para a tomada de decisão esclarecida e tendo como finalidade a criação de famílias saudáveis, gravidezes planeadas, vivências positivas da sexualidade e parentalidade e potenciação da saúde da puérpera e recém-nascido.

Deste modo, cabe ao EEESMO planear, coordenar, supervisionar, implementar e avaliar programas e intervenções que deem resposta às necessidades da mulher neste período do seu ciclo de vida (Godinho et al., 2020).

Posto isto, reconheço a pertinência em aprofundar este tema através da realização desta revisão da literatura, sendo o objetivo, à luz da mais recente evidência científica, conhecer a intervenção do EEESMO na prestação de cuidados de planeamento familiar à mulher durante o período pós-parto.

2.1.2. Métodos

Dada a natureza da temática em estudo, o presente trabalho assenta numa Revisão Integrativa da Literatura que, segundo Sousa et al. (2017) é constituída por diferentes etapas: 1) seleção da temática de revisão; 2) pesquisa da literatura em bases de dados; 3) recolha, seleção, leitura e análises dos artigos pesquisados; 4) composição da revisão; 5) exposição das referências bibliográficas. Este tipo de revisão permite a pesquisa, avaliação crítica e resumo da evidência científica disponível sobre o tema escolhido. O objetivo da presente revisão é conhecer a intervenção do EEESMO na prestação de cuidados de planeamento familiar à mulher durante o período pós-parto.

Para a elaboração da mesma foi definida uma questão de pesquisa, utilizando a metodologia PI(C)O: P (população-alvo/population), I (tipo de intervenção/intervention), C (comparação/comparation), O (resultados/outcomes). Dada a natureza do estudo, não foram realizadas comparações. Na sequência da escolha da temática a ser abordada e, de maneira a dar resposta ao objetivo anteriormente definido, foi formulada a seguinte questão de investigação: Qual a intervenção do EEESMO na prestação de cuidados de planeamento familiar à mulher durante o período pós-parto? A elaboração da questão PI(C)O teve por base os seguintes critérios (Tabela 2).

Tabela 2. Critérios de elaboração para a questão PI(C)O.

P	População - alvo	Quem foi alvo de estudo?	EEESMO
I	Intervenção	O que foi feito?	Prestação de cuidados de planeamento Familiar no pós-parto
O	Resultados	Resultados esperados	Intervenção do EESMO

Fonte: Adaptado de Donato e Donato (2019).

Na sequência da elaboração da questão de investigação, realizou-se a colheita de dados sobre o tema, com recurso ao Catálogo Online/Pesquisa EDS (EBSCO Discovery Service) da Biblioteca da Universidade de Évora que possibilita o acesso a diversas bases de dados de referência, acesso aberto e texto integral.

A pesquisa foi realizada entre o mês de Setembro de 2023 e Julho de 2024. Foram utilizados os Descritores em Ciências da Saúde/Medical Subject Headings [DeCS/MeSH] na língua inglesa, tendo sido realizada a interseção entre os mesmos através do operador booleano “AND” de acordo com a seguinte disposição: *Family Development Planning AND Postpartum Period AND Contraception AND Nurse Midwife AND Health Promotion*.

Com o objetivo de restringir a colheita de dados, foram definidos os seguintes critérios de inclusão: artigos disponíveis em texto integral e nos idiomas português, espanhol e inglês, que dessem resposta à questão de investigação definida e com publicação no horizonte temporal de janeiro de 2019 a Julho de 2024. Como critérios de exclusão, foram eliminados artigos sem relação com o tema, datas de publicação prévias a 2019 e artigos duplicados.

Numa primeira etapa da pesquisa, ao recorrer à Pesquisa EDS, foram identificados 2247 artigos. Destes, foram eliminados 2095 que incluíram artigos duplicados e que não iam ao encontro dos critérios de inclusão e exclusão, tendo sido selecionados 152 artigos. Consecutivamente, procedeu-se à leitura dos títulos e resumos dos artigos, resultando deste processo a eleição de 25 artigos e exclusão de 127. Posteriormente, efetuou-se a leitura na íntegra dos 25 artigos tendo sido selecionados 10 para a realização da revisão da literatura e excluídos os restantes 15 artigos por não darem resposta ao objetivo do estudo.

De forma a aferir a qualidade metodológica dos artigos selecionados, realizou-se a classificação dos níveis de evidência dos mesmos segundo os critérios do Instituto *Joanna Briggs* (Munn et al., 2014).

Para melhor compreensão, encontra-se esquematizado no diagrama de seleção de estudos (Apêndice E), o percurso realizado para a triagem dos artigos tendo por base o fluxograma PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analyses*).

2.1.3. Resultados

Os artigos selecionados com base na questão de investigação e nos objetivos desta revisão da literatura foram analisados e procedeu-se à elaboração de um quadro resumo (Apêndice F) onde consta o nome do artigo, ano de publicação, autores, objetivos, metodologia, nível de evidência científica e os resultados/ conclusões dos mesmos. Estes encontram-se organizados por ordem crescente do ano de publicação.

Após a análise dos artigos, emergiram três categorias que estão relacionadas com três temáticas: Planeamento Familiar, Planeamento Familiar no Pós-Parto e o Papel do EEESMO no planeamento familiar no pós-parto.

2.1.4. Discussão

A DGS (2008), recomenda que o intervalo seguro entre gravidezes seja de 24 meses visando a redução dos riscos de comorbilidade e mortalidade materna, perinatal e infantil. Apesar desta evidência comprovada, uma grande percentagem de mulheres não adota nenhum método anticoncecional eficaz após o parto. Algumas das causas descritas por detrás desta decisão têm em conta a falta de procura e acesso às consultas de planeamento familiar, normas socioculturais, ideias equívocas acerca da amenorreia lactacional (Family Planning High Impact Practives, 2017)). Uma das estratégias apontada pela entidade passa pela oferta de cuidados de planeamento familiar durante o parto e no puerpério imediato.

De seguida, através da discussão iremos aprofundar o conhecimento acerca desta temática e esclarecer como a intervenção do EEESMO pode fazer a diferença na vida das mulheres.

Planeamento familiar

O planeamento familiar surge como uma ferramenta fundamental para promoção do bem-estar e da autonomia da mulher auxiliando-a a decidir acerca do seu projeto de maternidade de forma livre e informada e sendo garantidos os seus direitos (Palma et al, 2021). O seu objetivo passa por promover a vivência saudável e segura da sexualidade, regular a fecundidade segundo o desejo da mulher e casal, preparar para a parentalidade responsável, reduzir o número de infeções sexualmente transmissíveis e respetivas consequências, reduzir a morbilidade e mortalidade materna e infantil e promover escolhas conscientes e satisfatórias que supram as necessidades reprodutivas individuais da população (Godinho et al, 2020). Em Portugal, existem

políticas de saúde que permitem o acesso gratuito às consultas de planeamento familiar e aos métodos anticoncepcionais em várias fases do ciclo de vida (Santos, 2021).

De acordo com Palma et al. (2021), as gravidezes não planeadas e não desejadas são preocupações de saúde pública estimando-se que, a nível mundial, 44% das mulheres engravidem sem que este seja o seu desejo e, cerca de metade das mesmas, estão relacionadas com a falta de utilização, uso incorreto ou descontinuidade de métodos anticoncepcionais.

Não se pode escolher o que não se conhece, isto é, a falta de aconselhamento é tida como a principal barreira à tomada de decisão contraceptiva por parte da mulher e para a combater é necessário haver acessibilidade ao planeamento familiar e, conseqüentemente, ao aconselhamento anticoncepcional.

Planeamento familiar no pós-parto

O período pós-parto engloba uma série de mudanças a nível físico, psicológico, social e familiar para a mulher, casal e família e representa uma janela de oportunidade para promover o planeamento familiar, dar resposta às necessidades insatisfeitas neste campo e, conseqüentemente, melhorar o intervalo saudável entre gestações ou o desejo de não pretender engravidar novamente (Hackett et al, 2020).

Segundo Walker et al, (2021), um intervalo inferior a dezoito meses desde o nascimento até à nova conceção é prejudicial para a mulher e para o filho e pode ser evitado se for realizada educação para a saúde e adotado um método anticoncepcional fiável logo após o parto. O mesmo autor refere que nos casos em que o aconselhamento anticoncepcional começa durante a gravidez, a probabilidade de adoção de um método anticoncepcional adequado aumenta.

Na visão de Li et al. (2023), dois terços das mulheres no pós-parto não têm as suas necessidades atendidas e recomenda um intervalo de vinte e quatro meses entre gravidezes para reduzir os riscos para a mãe e bebé bem como, a análise dos fatores pessoais e sociais que influenciam o uso de anticonceção nesta fase como é exemplo, o nível de literacia em saúde e a falta de acesso a profissionais de saúde competentes e, conseqüentemente, a informação contraceptiva de qualidade (métodos disponíveis, modo de utilização, benefícios, contra-indicações, etc.). O planeamento familiar no pós-parto tem um impacto positivo na vida das famílias impedindo 30% da mortalidade materna e 10% das mortes infantis (Santos et al, 2019).

Papel do EEESMO no planeamento familiar no pós-parto

Apesar da crescente atenção dada ao período pós-parto, o aconselhamento fornecido nesta fase é considerado inconsistente e insuficiente sendo que o sucesso na adesão aos métodos anticoncepcionais varia em função do momento em que é realizado o aconselhamento anticoncepcional e dos diferentes profissionais, intervenções e competências profissionais (Hackett et al, 2020). Outro ponto que pesa nesta questão é a evolução tecnológica e farmacológica vivida nas últimas décadas que possibilitou o desenvolvimento de métodos anticoncepcionais hormonais e de longa duração e, conseqüentemente, exigiu uma melhor formação e maior exigência na qualidade dos cuidados de planeamento familiar prestados à população (Santos, 2021).

Os enfermeiros, nomeadamente os EEESMO são profissionais com competências regulamentadas que dão resposta no exercício da sua atividade profissional ao planeamento familiar, aconselhamento anticoncepcional e promoção da saúde da mulher no pós-parto (Palma et al., 2021).

De acordo com Santos et al. (2019), o aconselhamento anticoncepcional prestado pelos EEESMO no período pós-parto compreende fatores como a idade da mulher, número de filhos, conhecimento e tolerância ao método, pretensão de um projeto de parentalidade futura, existência de patologias prévias que sejam contra indicativas ou agravadas por o uso de um método anticoncepcional e desejo da mulher em amamentar. Outros fatores considerados incluem as características culturais da população e o contexto socioeconómico em que a mulher se encontra inserida (Godinho et al, 2020).

A adoção de um método anticoncepcional no pós-parto após orientação personalizada e individualizada permite o reconhecimento do EEESMO como um elemento de suporte e ajuda privilegiando a relação de ajuda EEESMO-utente no processo de transição que é o pós-parto (Palma et al, 2021).

É constante a preocupação destes profissionais em centralizar os cuidados na mulher, respeitar o seu desejo e envolvê-la na tomada de decisão em relação à sua saúde sendo fulcral a promoção da empatia, respeito pela privacidade e confidencialidade, adequação da linguagem e confirmação que a mesma é compreendida e encorajamento do contacto com o profissional sempre que necessário (Palma et al, 2021).

A função do EEESMO assenta em vários focos sendo um deles a adesão ao regime terapêutico. Adotam estratégias facilitadoras da sua prática clínica através da educação para a saúde sobre os métodos mais eficazes, desconstrução de mitos e crenças sobre

os métodos anticoncepcionais, incentivam à utilização de métodos altamente eficazes como são exemplo os métodos de ação prolongada e reversíveis (ex.: implante) e apoiam na superação de barreiras no uso dos métodos escolhidos (Santos, 2021). Para além de abordarem temas relacionados com a regulação da fecundidade, ressaltam a importância do uso de métodos de barreira (duplo uso anticoncepcional) como os preservativos masculino e feminino dado o seu papel indispensável na prevenção das infeções sexualmente transmissíveis, outro foco da intervenção deste profissional (Santos et al, 2019).

Segundo Walker et al. (2021), é favorável o início precoce do planeamento familiar pós-parto sendo recomendado que o EEESMO integre o aconselhamento anticoncepcional nas consultas de acompanhamento pré-natal. O mesmo autor acrescenta que a adesão à anticonceção pós-parto é tanto maior quanto maior for o aconselhamento fornecido durante o período pré-natal de forma a reduzir todas as “novas informações” no período pós-parto e só atualizar os conhecimentos já adquiridos para simplificar a tomada de decisão antes da alta hospitalar (Cheney et al, 2024).

Kusuma et al. (2022) concorda acrescentando que o início atempado do aconselhamento anticoncepcional é essencial para o aumento do conhecimento materno, desmistificação de mitos e crenças erradas e escolhas contraceptivas eficazes.

Os EEESMOS são frequentemente identificados como fontes preferenciais e fiáveis para fornecer conhecimento e capacitação à mulher com o benefício adicional de conseguirem atuar em vários momentos do ciclo de vida da mulher e oferecerem, desta forma, continuidade de cuidados (Li et al, 2023). Desempenham um papel importante no aconselhamento anticoncepcional da mulher no pré-parto durante as consultas de vigilância de gravidez de baixo risco, acompanham os resultados após escolha e utilização de um método anticoncepcional no pós-parto e, caso estes resultados não sejam os esperados, dão suporte na mudança de método anticoncepcional ou em torno de uma gravidez indesejada e consequências associadas, como por exemplo, aborto, depressão pós-parto, duração diminuída da amamentação e comorbilidades maternas e infantis associadas (Cheney et al, 2024).

Está comprovada a competência significativa dos EEESMO no planeamento familiar no pós-parto, mas, ainda assim, as suas competências continuam subvalorizadas, sendo altamente recomendada a expansão e investimento nas suas funções (Hassan et al, 2024).

Limitações

As limitações desta revisão prendem-se com o número significativo de artigos encontrados que colocavam o médico como principal responsável pelas consultas de planeamento familiar e pelo aconselhamento anticoncepcional quando o intuito era aferir acerca do papel do EEESMO nesta área e sendo esta uma competência obtida por este profissional durante a sua formação. Existem ainda bastantes artigos que focam apenas na perspetiva da mulher acerca do planeamento familiar no pós-parto e poucos sobre a perspetiva do EEESMO, os seus contributos para a prática e as principais dificuldades na prestação destes cuidados, bem como, existem também poucos estudos realizados em Portugal sobre a temática em estudo tendo origem particularmente no continente africano e indiano.

Recomendações para a prática profissional

Na prática profissional recomenda-se que o EEESMO inicie o planeamento familiar com enfoque no aconselhamento anticoncepcional nas consultas pré-natais dado haver uma relação entre o início precoce deste e o aumento da adesão a um método anticoncepcional no pós-parto.

Recomendações para investigação futura

Recomenda-se a realização de novos estudos prospetivos cujo enfoque abranja a perspetiva dos EEESMO na mesma proporção que a das mulheres acerca da temática em investigação de forma a contribuir para a melhoria da prestação de cuidados nesta área. Também é importante que sejam produzidos um maior número de artigos em Portugal sobre esta temática.

2.1.5. Conclusão

Os resultados comprovam que o EEESMO tem um papel determinante na prestação de cuidados de planeamento familiar diante da mulher que experiencia o período pós-parto. O aconselhamento anticoncepcional prestado por este profissional de saúde permite a escolha informada de um método anticoncepcional mediante esclarecimento objetivo, correto e adequado às expetativas da mulher alvo de cuidados, de forma a facilitar a adesão e continuidade consistente e prolongada da utilização do método eleito.

O seu cuidado personalizado e individualizado permite que seja reconhecido como um profissional de referência na área do planeamento familiar no pós-parto. Rege-se por princípios singulares no exercício da sua prática que privilegiam a relação terapêutica com a mulher alvo dos seus cuidados: cria uma relação de empatia e confiança, encoraja a mulher a expor as suas necessidades, tem em conta o desejo ou não de assumir um projeto de amamentação, adequada a linguagem e informação à pessoa diante dele, evita informação excessiva que não permita reter o fundamental, fornece o método selecionado, certifica-se que a informação foi compreendida e encoraja o retorno e procura de ajuda caso surjam questões, problemas ou vontade de mudar de método.

O trabalho desenvolvido por este profissional é essencial e é aliado da saúde pública visto que a adesão aos seus cuidados no âmbito do planeamento familiar pós-parto promove a vivência da sexualidade segura e saudável, regula a fecundidade de acordo com o desejo da mulher reduzindo o número de gravidezes indesejadas e, conseqüentemente, reduz a mortalidade e morbilidade materna, perinatal e infantil melhorando o bem-estar sexual e reprodutivo.

2.2. RESULTADOS EMPIRICOS OBTIDOS NA PRÁTICA CLÍNICA

A análise da evidência científica obtida através da pesquisa bibliográfica permitiu não só clarificar a questão de investigação, mas também, mobilizar os conhecimentos aprendidos para prática clínica. Neste subcapítulo, irei apresentar os dados recolhidos nos diferentes contextos clínicos e, concomitantemente, irei relacioná-los com os resultados obtidos na revisão da literatura. Tendo em conta a recolha de informação realizada, considerou-se primordial saber se a sua atual gravidez tinha sido planeada e se já tinham recorrido ao planeamento familiar para obter aconselhamento direcionado ao período do pós-parto. Para além da colocação de questões às utentes, a recolha de informação também incluiu a consulta do partograma e do boletim de saúde da grávida.

Com o objetivo de facilitar a compreensão da informação recolhida durante o ENPRF, os dados serão expostos de acordo com contexto clínico em que foram obtidos. Numa primeira fase, apresentarei os dados gerais recolhidos de forma transversal em todos os campos clínicos e, seguidamente, a informação encontra-se organizada por contexto clínico.

Salvaguardo que os números apresentados neste capítulo, podem não ir totalmente ao encontro dos apresentados na folha de registo final de estágio, passível de consulta

no Apêndice G, dado nem sempre ter sido possível obter dados de todas as mulheres alvo de cuidados pela dinâmica dos campos clínicos encontrando-se também relacionado com a pertinência dos tópicos abordados dentro do tema principal.

Caraterização da População-Alvo

A população-alvo de cuidados durante a realização do ENP integra 1046 mulheres que se encontravam grávidas, em trabalho de parto, puérperas ou com afeções ginecológicas sendo este um número transversal a todos os contextos clínicos. De forma a evidenciar a vigilância e cuidados prestados consoante as necessidades das mulheres cuidadas, caracterizou-se o tipo de risco associado à gravidez e puerpério sendo este classificado como baixo risco ou alto risco.

Do número total apresentado, a vigilância da gravidez corresponde à maior percentagem da população visto a mestranda ter vigiado 210 gravidezes de baixo risco e 290 gravidezes de alto risco o que corresponde a 20% e 28% respetivamente. No que diz respeito à vigilância do trabalho de parto, podemos afirmar que foram acompanhadas 148 mulheres sendo que destas 91 (9%) era consideradas de baixo risco e 57 eram consideradas de risco (5%). No contexto de bloco de partos foi possível realizar 42 partos que equivale a 4% da população e assistir outros 30 perfazendo 3%. Não só no contexto de puerpério, mas também no contexto de sala de partos, foi possível prestar cuidados a mulheres e recém-nascidos em situação de puerpério imediato e precoce sendo que destes, 229 foram considerados de baixo risco (22%) e 72 foram considerados de risco (7%). Por fim, no contexto de puerpério, dado as características do campo clínico onde foi realizado o estágio, também houve oportunidade de contactar com 25 mulheres com afeções ginecológicas correspondendo a 2% da população. A tabela 3 passível de observação abaixo, sintetiza a informação anteriormente apresentada.

Tabela 3. Assistência às mulheres durante o ENP

Tipologia dos Contextos	Tipo de assistência	Número de Mulheres	Taxa
Gravidez de Baixo Risco	Vigilância da gravidez	210	20%
	Vigilância do trabalho de parto	91	9%
Gravidez de Risco	Vigilância da gravidez	290	28%
	Vigilância do trabalho de parto	57	5%
Partos	Partos realizados	42	4%
	Partos assistidos	30	3%
Puerpério de Baixo Risco	Puerpério precoce e imediato	229	22%
Puerpério de Risco	Puerpério precoce e imediato	72	7%
Mulheres com afeção ginecológica	Vigilância ginecológica	25	2%
Total		1046	100%

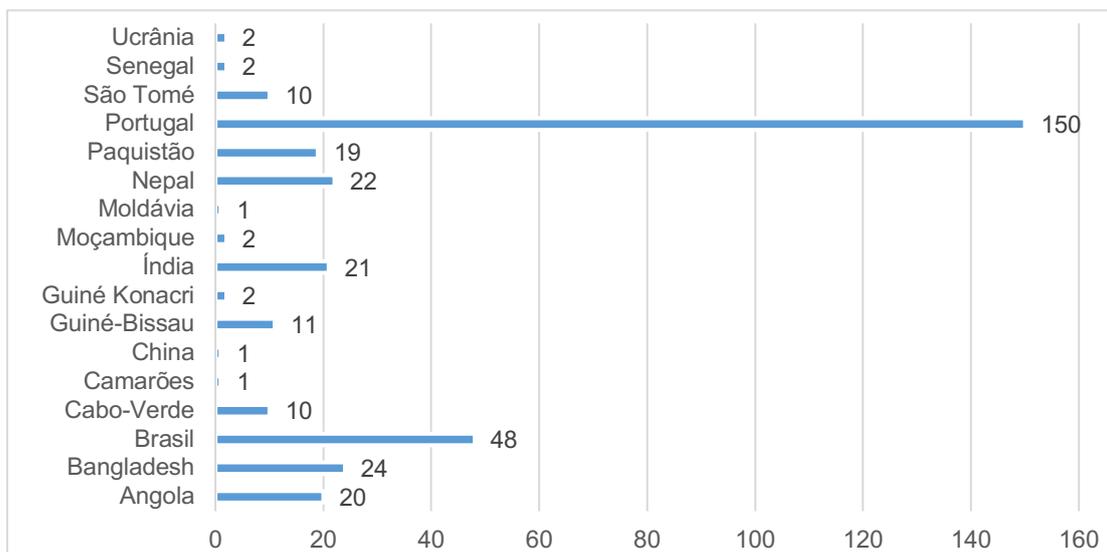
Fonte: Elaboração pela autora.

Nacionalidade

Considerando a nacionalidade/naturalidade da população-alvo, podemos aferir que é notável a presença de multiculturalidade. Este fenómeno já abordado anteriormente neste documento, é um crescente no nosso país sendo que a diversidade cultural, crenças e costumes se assumem como fatores influenciadores e cada vez mais determinantes nos cuidados de saúde atuais.

De acordo com o gráfico exibido abaixo na Figura 4, podemos verificar que 43,3% (n=150) da população tem nacionalidade portuguesa e 56,7% (n=196) tem nacionalidade estrangeira, sendo a maior fração desta população. Destacam-se cinco nacionalidades, por ordem decrescente de representatividade, nomeadamente, a brasileira com 13,9% (n=48) seguindo-se a bengali com uma taxa muito semelhante de 6,9% (n=24) à nepalesa com 6,4% (n=22), a indiana com 6,1% (n=21) e, por fim, a angolana correspondendo a 5,8% (n=20).

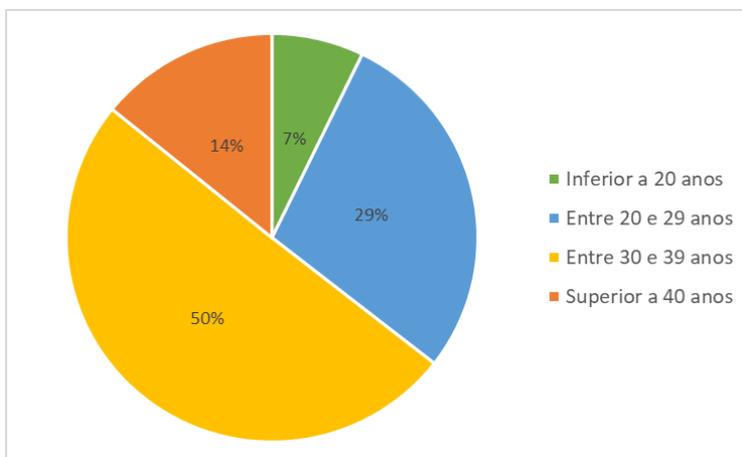
Figura 4. Nacionalidade da População-alvo



Fonte: Elaboração pela autora.

No que concerne à faixa etária das mulheres que incorporam a população-alvo, de forma a facilitar a interpretação dos dados, procedeu-se à organização dos mesmos segundo intervalos de dez anos. Analisando o gráfico que consta na Figura 5, constatamos que a faixa etária entre os 30 e 39 anos com 50% (n=174) é a que reúne mais visibilidade, sucedendo-lhe o intervalo de idades entre os 20 e 29 anos com 29% (n=98). Seguidamente, a faixa etária caracterizada por idade superior a 40 anos surge com 14% (n=49) e, por fim, a faixa etária menos representativa é a que comporta mulheres com idades inferiores a 20 anos perfazendo uma taxa de 7% (n=25).

Figura 5. Idade da População-alvo



Fonte: Elaboração pela autora.

À luz dos dados estatísticos alusivos ao ano 2023, cuja última atualização foi em outubro de 2024, é possível determinar que a idade média para se ter um filho em Portugal é de 31,6 anos de idade (Pordata, 2024b). Por sua vez, se olharmos mais pormenorizadamente para esta questão e nos debruçarmos acerca da idade média de uma mulher para ter o 1º filho verificamos que a idade média é de 30,2 anos. De forma a ter uma perspetiva temporal destas variantes, se analisarmos as mesmas há 10 anos, constatamos que, em 2013, a idade média das mulheres para terem um filho era de 30,4 anos e a idade média para terem o primeiro filho era de 28,9 anos. Estes dados permitem-nos concluir que a decisão de ter um filho tem vindo a ser adiada pela mulher ao longo dos anos.

Segundo o *ranking* da União Europeia em 2022, Portugal é o 6º país (dentre um total de 27 países) em que as mulheres mais tarde têm o seu 1º filho, ficando apenas numa melhor posição que a Grécia, Luxemburgo, Irlanda, Espanha e Itália. O aumento da idade média em que as mulheres têm o 1º filho em Portugal, é uma tendência perceptível na última década, acompanhando a realidade de outros países da União Europeia (Conselho Nacional de Saúde, 2022). No que refere à idade feminina em que nasce o 1º filho na Europa, a média foi 29,7 anos, valor inferior à média portuguesa em 2023.

De acordo com Moraes e Féres-Carneiro (2022), ao longo dos anos assistiu-se a uma transformação do lugar da mulher na sociedade. Outrora, relacionado com aspetos de natureza biológica, a maternidade era considerada uma obrigação para as mulheres sendo que, gradualmente, com a sua introdução no mercado de trabalho e com o aparecimento dos métodos anticoncecionais, as mulheres empoderaram-se e desvincularam-se do seu papel singular de procriação. Atualmente, afirmam-se como fatores influenciadores da decisão de iniciar o projeto da maternidade pelas mulheres, o desenvolvimento/ ambição profissional, a instabilidade social e financeira, o estilo de vida, o aumento do nível de escolaridade e os problemas de fertilidade (Conselho Nacional de Saúde, 2022).

O crescimento migratório positivo em 2022 e, conseqüente, aumento da população estrangeira residente em Portugal teve impacto na média de idades de nascimento do 1º filho no nosso país sendo que no ano de 2021 a média rondava os 30,4 anos, em 2022 era 30,3 anos e, por fim, no ano de 2023, traduz-se em 30,2 anos. A tendência migratória prevê que estes números continuem a diminuir traduzindo-se

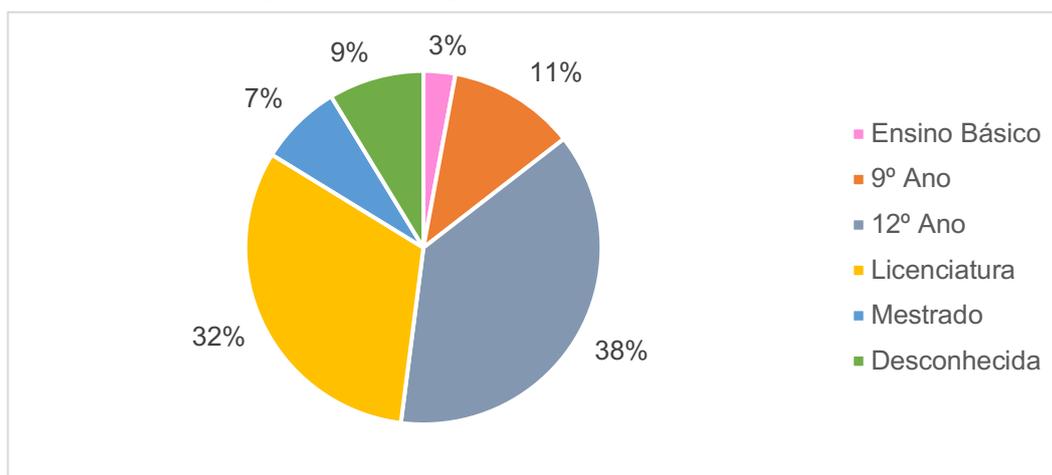
numa consequência positiva considerando que as gravidezes em idade mais avançada acarretam um maior número de risco de complicações maternas e fetais.

Habilitações Literárias

Conforme pode ser observado na Figura 6, verifica-se que a maior parte das mulheres pertencentes à população-alvo detêm o ensino secundário completo o que equivale a 38% (n=130) desta. Consecutivamente, 110 mulheres têm o grau académico de licenciadas o que representa 32% da população, 11% tem o 9º ano concluído (n=40), 7% detêm o mestrado (n=26) e apenas 10 mulheres têm o ensino básico como escolaridade (3%).

Salvaguado que não foi possível aferir quanto à escolaridade de 9% da população (n=30) sendo esta designada como escolaridade desconhecida. Este fenómeno está diretamente relacionado com o contexto multicultural atual do país e com fatores como a barreira linguística que impossibilitou a colheita de dados e a falta de aptidões literárias básicas como a leitura e a escrita. Sabe-se que os baixos níveis de escolaridade decorrentes da dificuldade de acesso à educação, estão relacionados com a discriminação de género, os casamentos e gravidezes precoces e forçadas e, conseqüentemente, a baixa literacia em saúde (UNESCO, 2020).

Figura 6. Habilitações Literárias da População-alvo



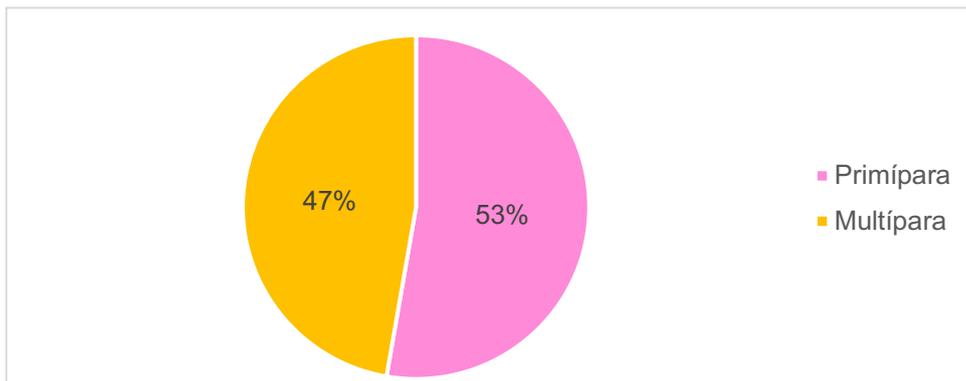
Fonte: Elaboração pela autora.

Desta fase em diante, irei apresentar dados recolhidos em contexto de Bloco de Partos e Puerpério pelo que o total de mulheres cuidadas será restringido a 165 o que corresponde a 100% da população.

Caraterização Obstétrica das Parturientes e Puérperas

No gráfico que se segue (Figura 7), analisa-se a paridade das mulheres integrantes da população-alvo e constata-se que o grupo com maior representatividade são as primíparas com 53% (n=87) e de seguida as múltiparas com 47% (n=78).

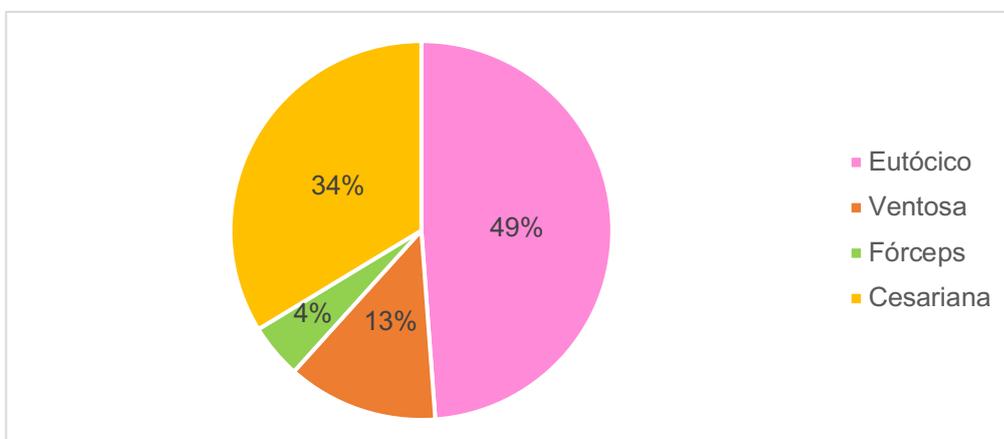
Figura 7. Paridade da População-alvo no Serviço de Bloco de Partos e Puerpério



Fonte: Elaboração pela autora

De acordo com os dados apresentados na Figura 8, verifica-se que o parto eutócico ocupa o lugar mais significativo correspondendo a 49% (n=42) da totalidade dos partos (n=86). No conjunto dos partos distócicos podemos encontrar os partos por ventosa, fórceps e as cesarianas que perfazem um total de 38 partos. O número de cesarianas é o mais elevado (n=23) equivalendo a 34%, segue-se o parto distócico por ventosa com 13% (n=11) e, por fim, o tipo de parto com menos representatividade é o distócico por fórceps correspondendo a 4% (n=4) no número total de partos.

Figura 8. Tipo de Parto da População-Alvo



Fonte: Elaboração pela autora.

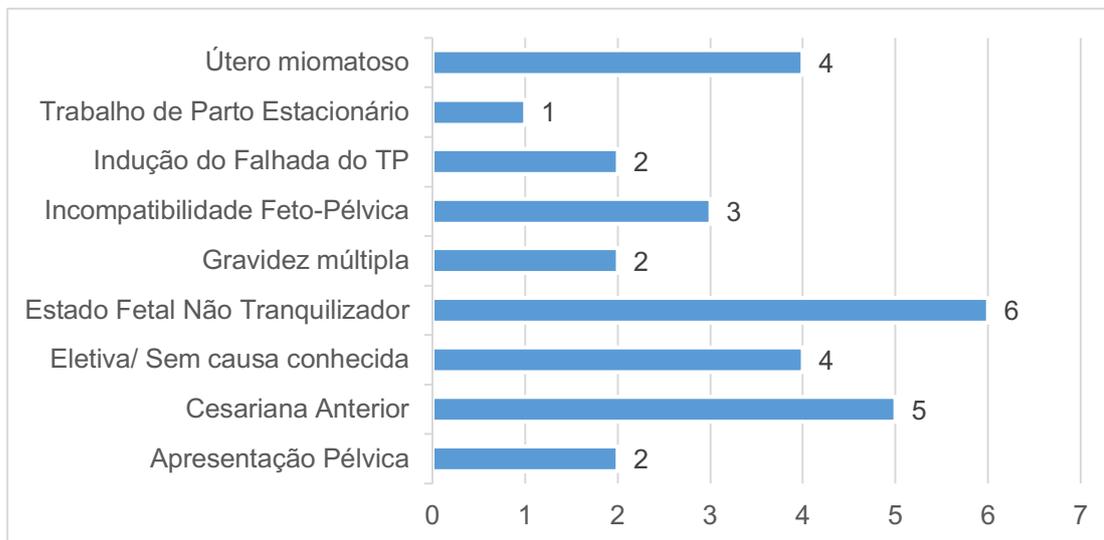
Segundo a OMS (2015), nos últimos anos a taxa de cesariana tem vindo a aumentar tanto nos países mais desenvolvidos como nos países em desenvolvimento sendo esta indicativa de qualidade dos cuidados obstétricos. Está comprovado que as cesarianas realizadas por motivos clínicos reduzem a morbilidade e mortalidade materna e perinatal, mas, à luz da mais recente evidência científica, não há informação que a realização deste procedimento cirúrgico a mulheres sem indicação médica seja benéfica, pelo contrário, acarreta uma série de riscos a curto e longo prazo (OMS, 2015; Manfio et al, 2024). Sabe-se que, comparativamente, aos partos vaginais, as cesarianas acarretam riscos superiores maternos e infantis, nomeadamente, hemorragia abundante, histerectomia, trombo-embolismo, lesão vesical e uretral, risco de infeção, período de recuperação mais alargado e reinternamentos, mortalidade materna, complicações nas gravidezes posteriores (placenta prévia, acretismo placentário e rutura uterina), morbilidade respiratória do recém-nascido e morte neonatal (DGS, 2013). Consecutivamente, a OMS (2015), considera que a taxa ideal de cesariana deveria rondar os 10-15% de todos os partos e sugere que a Classificação de Robson seja aplicada internacionalmente como instrumento de avaliação, monitorização e comparação das taxas em vários hospitais.

A tomada de decisão de realização de uma cesariana deve ter por base um motivo clínico sendo os mais frequentes: contra-indicação de parto vaginal por existência de patologia materna ou malformação fetal, patologia específica da gravidez (eclâmpsia, descolamento de placenta, placenta prévia, restrição de crescimento fetal), cirurgia uterina prévia (miomectomia, duas cesarianas anteriores), gravidez múltipla com o 1º feto em apresentação anómala, suspeita de incompatibilidade feto-pélvica diagnosticada antes ou durante o TP, apresentação fetal anómala, tentativa falhada de ITP, TP estacionário e estado fetal não tranquilizador intraparto, entre outros (DGS, 2015b).

Através da interpretação da Figura 9, podemos averiguar que o motivo com maior representatividade para realização de cesarianas na população do serviço de bloco de partos e puerpério é o estado fetal não tranquilizador com 20,7% (n=6), segue-se a ocorrência de cesariana anterior com 17,2% (n=5); em simultâneo a presença de útero miomatoso e a causa desconhecida para realização deste procedimento representam 13,8% cada (n=4). A incompatibilidade feto-pélvica corresponde a 10,4% (n=3), seguida a três motivos com 6,9% de peso (n=2) que são: indução falhada do trabalho de parto,

gravidez múltipla (gemelar) e apresentação anómala pélvica. Por fim, com apenas 1 caso, temos o trabalho de parto estacionário que representa 3,4%.

Figura 9. Motivo para realização de Cesariana

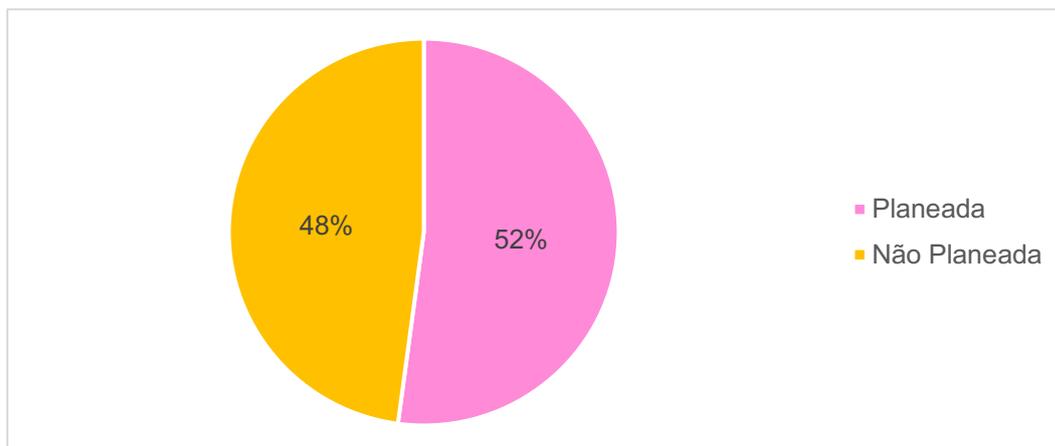


Fonte: Elaboração pela autora.

Planeamento Familiar da Gravidez Atual

No gráfico passível de observação na Figura 10, podemos apurar que 52% das mulheres planearam a sua gravidez (n=86), com uma diferença relativamente pequena comparativamente às 48% mulheres que não planearam a sua gravidez (n=79).

Figura 10. Planeamento da Gravidez Atual



Fonte: Elaboração pela autora.

O Relatório Anual do Fundo de População das Nações Unidas lançado em 2022, afirma que a gravidez não planeada constitui uma crise mundial invisível. Estima-se que por ano, cerca de 121 milhões de mulheres e meninas engravidam sem querer (ONU, 2022). Reúnem-se como fatores preditivos deste fenómeno, os baixos níveis de escolaridade, a pobreza, a falta de oportunidade de ingresso no mercado de trabalho, a exposição à violência e a falta de acesso e uso de métodos anticoncepcionais (Palma et al., 2021; ONU, 2022).

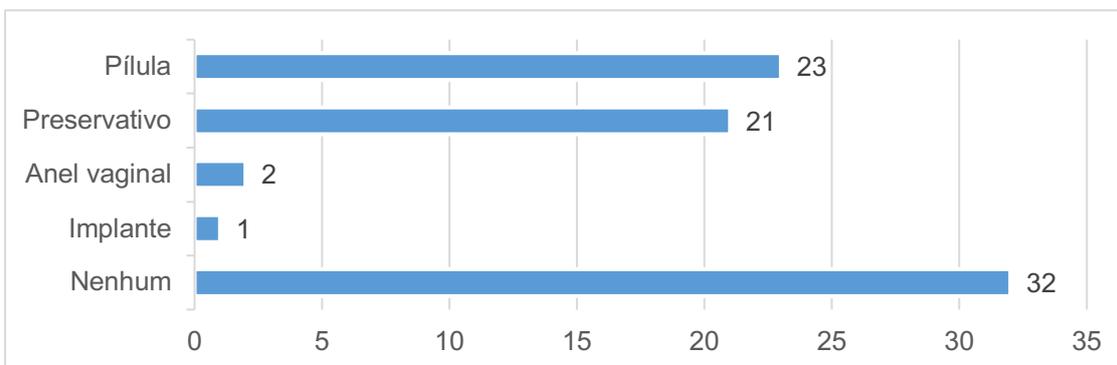
Perspetiva-se que 257 milhões de mulheres que não planeiam engravidar não aderiram ao uso de métodos anticoncepcionais modernos e seguros e, se antes a falta de informação era tida como principal causa deste facto, atualmente, as causas mais frequentemente citadas são a preocupação com os efeitos secundários e a resistência à utilização destes métodos (Li et al., 2023; ONU, 2022).

O planeamento de uma gravidez não se prende simplesmente com a maternidade, envolve questões de saúde pública, direitos humanos, humanitarismo e desenvolvimento, uma vez que, uma percentagem elevada de gravidezes não planeadas leva a uma maior desigualdade de género, baixo nível de crescimento económico e social e taxas altas de morbilidade e mortalidade materna e infantil (Santos et al, 2019; Godinho et al., 2020).

O combate a esta realidade passa pelo desenvolvimento de estratégias que diminuam a incidência de gravidezes não planeadas: promover a educação aos jovens sobre sexualidade e reprodução, aumentar o acesso ao emprego para as mulheres, encorajar a população ao adiamento da gravidez, promover a investigação contraceptiva e garantir o acesso ao aconselhamento e à escolha informada de métodos anticoncepcionais (Agula et al., 2022; Walker et al., 2021, ONU, 2022).

A informação contida na Figura 11, permite-nos ter uma visão mais específica de qual o método anticoncepcional utilizado ou não pelas mulheres que não planearam a gravidez. Num total de 79 mulheres, a grande maior parte (n=32) não utilizava nenhum método anticoncepcional correspondendo a 40,5%; de seguida, o método utilizado é a pílula representando 29,1% (n=23) e também o preservativo com 26,6% (n=21). O anel vaginal surge com uma pequena parcela de 2,5% (n=2) antecipando o implante com 1,3% (n=1).

Figura 11. Método Anticoncepcional Prévio à Gravidez Não Planeada



Fonte: Elaboração pela autora.

Numa ótica de compreensão dos fatores por detrás da falta de adesão das mulheres a um método anticoncepcional e consequente gravidez não planeada, obtiveram-se os dados referidos na Figura 12. As mulheres referiram nove fatores que as motivaram a não optar por um método anticoncepcional sendo o maior grupo com 27,8% de representatividade (n=22) a preocupação com os efeitos secundários. Em seguida, surge a falta de informação correspondente a 16,5% (n=13), a barreira linguística com 15,2% (n=12) e a opção pessoal representando 13,9% (n=11); 8 mulheres referiram a descontinuidade do uso por intolerância (10,1%), 5 que a utilização de anticonceção era culturalmente não aceite com 6,3% e ainda, fatores como a falta de conhecimento dos profissionais e falta de acessibilidade económica foram classificados por 3 mulheres cada um (3,9%). O grupo significativo são as duas mulheres que referiram a de falha de método (2,5%).

Figura 12. Motivos da Falta de Adesão ao Método Anticoncepcional



Fonte: Elaboração pela autora.

De acordo com a legislação em vigor em Portugal, devem ser assegurados os Cuidados de Saúde Reprodutiva, especificamente, o acesso às Consultas de Planeamento Familiar gratuitas nos cuidados de saúde primários, hospitais e centros de atendimento jovem. O aconselhamento anticoncepcional é essencial para garantir a adesão efetiva a um método anticoncepcional, a segurança e individualização da escolha do método e tem efeitos positivos no que toca à diminuição da gravidez indesejada e recurso ao aborto (Sociedade Portuguesa da Contraceção, 2020).

O planeamento familiar engloba uma série de intervenções e medidas cuja finalidade não passa só pela oferta de aconselhamento, educação para a saúde e acesso a métodos anticoncepcionais modernos, mas também promove a tomada de decisão livre e autónoma acerca de questões relacionadas com o projeto da maternidade (Fernandes & Morais, 2024; Cheney et al., 2024; Santos et al., 2019). A educação e orientação insatisfatória sobre saúde sexual e reprodutiva agregada a mitos, tabus e preocupações pode levar as mulheres a praticarem a sua sexualidade de forma arriscada e acarretar consequências nocivas para a sua saúde como doenças sexualmente transmissíveis e gravidezes indesejadas (Godinho et al., 2020; Fernandes & Morais, 2024).

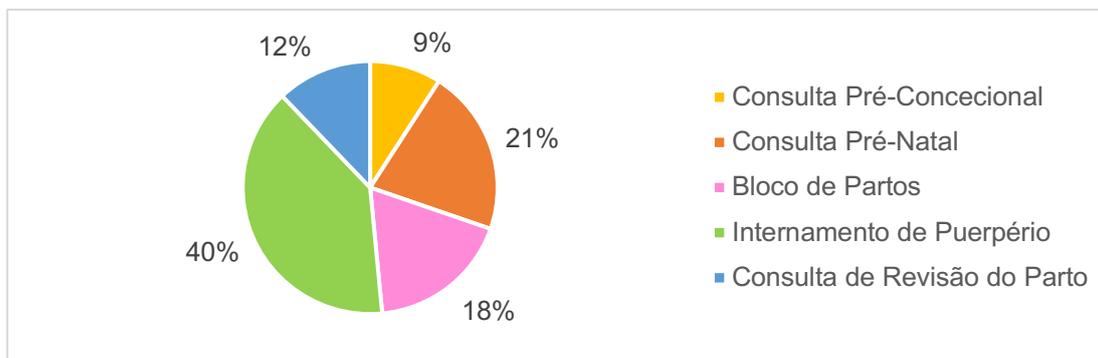
Os preconceitos religiosos e culturais limitam e impedem a escolha contraceptiva por se associarem a ideias erróneas de aumento no número de abortos, mortes neonatais e infertilidade. Da mesma forma que, os mitos sobre os efeitos físicos geram perceções negativas relacionadas com potenciais efeitos secundários e afetam a adesão efetiva das mulheres a um método anticoncepcional (Kusuma et al., 2022).

Os profissionais de saúde que atuam na área do Planeamento Familiar são responsáveis pela educação para saúde, esclarecimento e encorajamento da mulher/casal face ao aconselhamento anticoncepcional e planeamento do seu projeto de maternidade. Aos profissionais que atuam nesta área como são exemplo os EEESMO, é exigido a aquisição de conhecimentos técnico-científicos e competências e atualização dos mesmos à medida que surge evidência científica recente (Passos et al., 2023; Hackett et al., 2020). O seu papel também passa por quebrar paradigmas sociais e elevar o acesso à informação e oferta de métodos anticoncepcionais personalizados e adequados às características e expectativas de casa mulher mesmo quando a legislação parece ser insuficiente e os cuidados não chegam da mesma forma a toda a população (Costa et al., 2022).

Planeamento Familiar Pós-Parto

De acordo com a Figura 13, podemos aferir em que momento do percurso de cuidados das mulheres pertencentes à população-alvo foi realizada educação para a saúde acerca do tema do PFPP. A maior parte das mulheres (40%) referiu que o planeamento pós-parto foi abordado durante o Internamento de Puerpério (n=65); seguindo-se a Consulta Pré-Natal com 21% (n=35), o Bloco de Partos com 18% (n=30) e a Consulta Pré-Concecional com 9% (n=15). Ressalvo que 20 mulheres (12%) não referiram nenhum destes momentos, mas mencionaram que abordariam este tema após a alta hospitalar, na consulta de revisão do parto.

Figura 13. Início da Educação para a Saúde acerca Planeamento Familiar Pós-Parto



Fonte: Elaboração pela autora.

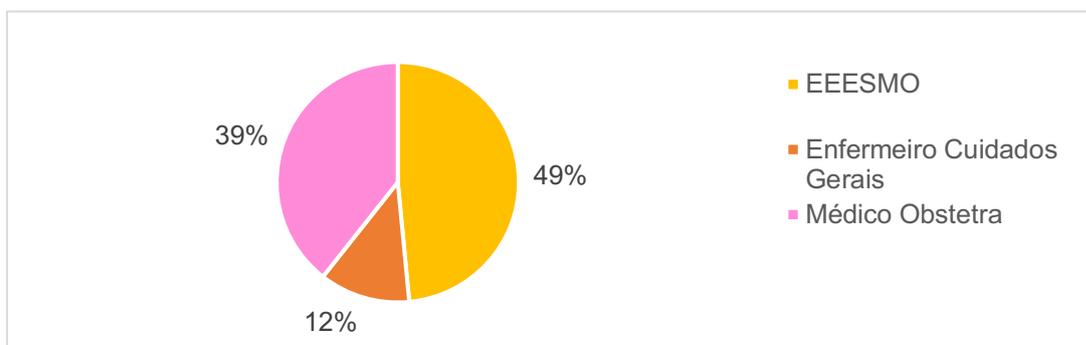
Os serviços hospitalares de obstetrícia e os cuidados de saúde primários são responsáveis por promover a adoção de anticonceção após o parto e garantir uma escolha livre, informada e tendo em conta os critérios de elegibilidade que incorporam a presença de comorbilidades, a opção da mulher, o tipo de aleitamento, as complicações obstétricas e os grupos mais vulneráveis. O aconselhamento anticoncepcional deve ser iniciado o mais precocemente possível, nas consultas pré-natais, de forma a possibilitar a escolha atempada por parte da mulher, comprovando-se que tem influência positiva no uso de um método anticoncepcional (Sociedade Portuguesa da Contraceção, 2020). Esta mudança no começo da abordagem ao planeamento familiar pós-parto constitui-se uma estratégia socioeconómica de intervenção que permite que as mulheres que não têm condições para retornar aos serviços de saúde em tempo útil, possam receber aconselhamento anticoncepcional durante a vigilância da gravidez (Hackett et al., 2020; Walker et al., 2021).

Outro benefício da educação para a saúde precoce relacionada com o planeamento familiar no pós-parto prende-se a diminuição da incidência de intervalos encurtados entre gestações. O período temporal entre gestações é um fator consistente quanto aos benefícios maternos, perinatais e infantis sendo recomendado o intervalo de 24 meses entre duas gravidezes e 6 meses após aborto ou nado-morto (Li et al., 2023; Godinho et al., 2020; Sociedade Portuguesa da Contraceção, 2020). Intervalos curtos entre gestações estão associados a trabalho de parto prematuro, baixo peso ao nascer, restrição de crescimento fetal e número superior de internamentos em unidades de cuidados neonatais. Um estudo recente avaliou o impacto do intervalo entre gestações e as suas consequências em gestações futuras concluindo que mulheres com histórico de complicações obstétricas acarretam riscos mais elevados para desfechos adversos em gravidezes futuras e que a associação entre o intervalo entre gestações e as consequências perinatais é desfavorável independentemente de se tratar de intervalos muito longos ou muito curtos (Tomazzoni et al., 2022; Tedde et al., 2024).

No gráfico que se segue (Figura 14), será exposta informação quanto ao profissional responsável por prestar cuidados no âmbito do planeamento familiar pós-parto às mulheres da população-alvo. Segundo os dados obtidos, o profissional com maior representatividade é o EEESMO com 49% (n=80) seguindo-se o médico obstetra com 39% (n=65) e, no final, o enfermeiro de cuidados gerais correspondendo a 12% (n=20).

Os EEESMO são profissionais com conhecimentos e competências regulamentadas e cuja atividade profissional passa pela prestação de cuidados na área do PFPP e promoção da saúde sexual e reprodutiva da mulher (Palma et al., 2021).

Figura 14. Profissional responsável pelo PFPP



Fonte: Elaboração pela autora.

Estes enfermeiros especialistas abordam diversos tópicos relacionados com a mulher/ casal por forma, a dar respostas às necessidades, preferências e exigências dos mesmos no período pós-parto. A sua intervenção passa por recolher a história de saúde da mulher, comorbilidades e riscos existentes para a mesma e o seu filho, tipo de aleitamento pretendido, informar sobre os riscos associados a gestações com intervalo encurtado entre elas, educar para os métodos anticoncecionais disponíveis, nomeadamente, vantagens, desvantagens, modo de utilização, critérios de elegibilidade e fornecer gratuitamente um e, por fim, alertar para a prevenção das infeções sexualmente transmissíveis e para o regresso à atividade sexual quando a mulher/ casal se sentir preparado (Sociedade Portuguesa da Contraceção, 2020).

O papel do EEESMO passa pelo acompanhamento da mulher desde a preconceção até ao puerpério considerando estes profissionais como fontes de informação confiáveis, disponíveis e capazes de oferecer continuidade de cuidados e captar o interesse pelo planeamento familiar no pós-parto (Li et al., 2023).

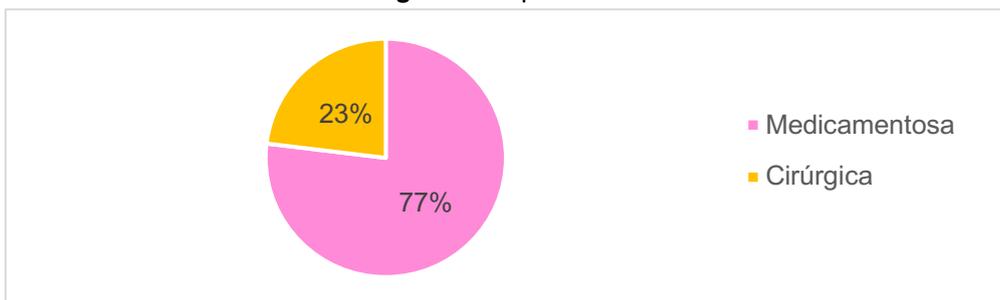
No âmbito da vigilância da gravidez de baixo risco, está preconizado que o EESMO aborde a anticonceção pós-parto na 6ª consulta pré-natal, entre as 36 e as 38 semanas de gestação. A existência de práticas organizadas promove as oportunidades de planeamento familiar (OE, 2015).

Interrupção Voluntária da Gravidez

Por último, irei apresentar dados recolhidos na Consulta de Gravidez Indesejada (Consulta de Alto Risco) e no Serviço de Medicina Materno-Fetal com o objetivo de compreender a ligação entre a Interrupção Voluntária da Gravidez e o recurso ao planeamento familiar/ adesão efetiva aos métodos anticoncecionais. O total de mulheres que representam a população alvo corresponde a uma pequena parte do total de mulheres cuidadas nestes serviços, nomeadamente, 13 utentes.

De acordo com os dados apresentados na Figura 15, podemos averiguar quanto à tipologia da IVG, que a maior parcela corresponde ao método medicamentoso com 77% (n=10) e, após surge a o tipo cirúrgico correspondendo a 23% (n=3).

Figura 15.Tipos de IVG



Fonte: Elaboração pela autora.

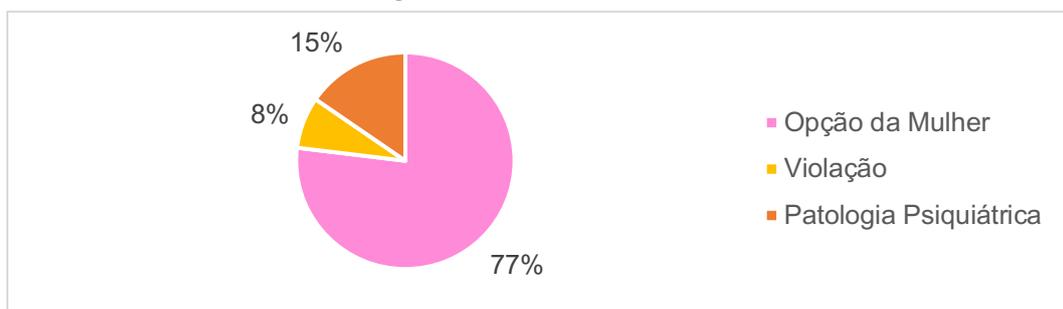
A 17 de Abril de 2007, Portugal despenalizou a IVG, por opção da mulher, até às 10 semanas completas de gravidez através da Lei nº16/2007 que alterou o artigo 142.º do Código Penal deixando de ser punível este tipo de interrupção.

A mulher pode escolher entre dois métodos para realização da IVG sendo este um medicamentoso que consiste na administração de fármacos que atuam interrompendo a gravidez (mais escolhido, menos invasivo) e o outro, o método cirúrgico (mais invasivo, escolhido em situações específicas) que pressupõe a aspiração da cavidade uterina com uma sonda e sob anestesia tendo a mulher de cumprir um internamento de curta duração (Palma et al., 2021).

Em Portugal, no ano de 2022, foram realizadas 15.616 interrupções da gravidez por opção da mulher traduzindo-se num aumento de 15% face ao ano de 2021. A grande maioria foi realizada em estabelecimentos públicos localizados na região de Lisboa e Vale do Tejo (ERS, 2023).

O gráfico presente na Figura 16, traduz os motivos associados à realização da IVG. Desta forma, 77% das mulheres realizaram a IVG por opção própria, 15% das mulheres possuíam patologia psiquiátrica (n=2) e, por fim, 8% equivalendo a uma adolescente, tinha sido vítima de violação.

Figura 16. Motivos da IVG



Fonte: Elaboração pela autora.

De acordo com a ONU (2022), mais de 50% das gestações no mundo não são planeadas e 60% destas acabam por ser interrompidas e nem sempre da forma mais segura. O Artigo 142º do Código Penal prevê cinco motivos de exclusão de ilicitude do aborto cujo limite de semanas de gestação varia consoante a alínea do artigo. No que diz respeito aos motivos espelhados no gráfico anterior, invocam-se 3 alíneas. Salvaguarda-se a realização da IVG não punível por lei: se evitar lesão grave e perigo de morte para a saúde física e psíquica da grávida e for realizada até às 12 semanas de gestação (alínea b); em casos em que a gravidez resulta de crime contra a liberdade e autodeterminação sexual (violação) e for realizada até às 16 semanas de gestação (alínea d); e, por fim, se for realizada, por opção da mulher até às 10 semanas de gestação (alínea e).

Outra questão abordada prendeu-se com a última vez que as mulheres recorreram à consulta de planeamento familiar ao que as mesmas responderam de forma unânime (100%) que não procuravam esse recurso há mais de um ano (n=13). Todas as mulheres que realizaram o processo de IVG receberam aconselhamento anticoncepcional e foram orientadas na tomada de decisão informada e autónoma de um método anticoncepcional tal como está preconizado nestes casos.

A realização de IVG estabelece uma oportunidade para os profissionais abordarem o tema do aconselhamento anticoncepcional e questionarem quanto aos desejos anticoncepcionais da mulher e à escolha de um método adequado. Desta forma, emergem estratégias para prevenir gravidezes indesejadas que passam por integrar o planeamento familiar durante o processo de IVG e assegurar a utilização do método escolhido pela mulher com orientação do profissional que a acompanha (Sociedade Portuguesa da Contraceção, 2020; Palma et al., 2021).

A qualidade do aconselhamento anticoncepcional prestado tem um peso crucial nos padrões de assistência sendo possível referir que o planeamento familiar é a chave para a redução das taxas de gravidezes não planeadas e IVG. Os EEESMO possuem competências e conhecimentos que lhes permitem estar atentos às características individuais, culturais, sociais, experiências e perceção dos cuidados de saúde das mulheres alvo dos seus cuidados nesta área sobressaindo como uma classe de profissionais de excelência (Palma et al., 2021).

Considerando a análise dos vários artigos presentes na revisão da literatura, bem como, os que foram enunciados neste capítulo e os dados obtidos em contexto de prática clínica, podemos afirmar que o EEESMO tem um papel preponderante no

planeamento familiar pós-parto. Ressalva-se a sua influência positiva na adesão ao aconselhamento anticoncepcional e conseqüente adesão efetiva a um método anticoncepcional, contribuição para o decréscimo do número de gravidezes não planeadas e diminuição da incidência de infeções sexualmente transmissíveis.

Intersectando os dados obtidos na prática clínica com os resultados decorrentes da realização da revisão da literatura chega-se à conclusão de que os mesmos se encontram em concordância. Salva-se a necessidade de realização de mais estudos acerca desta temática que foquem na perspectiva do EEESMO sobre o seu papel no planeamento familiar pós-parto e intervenção precoce no período pré-natal dado que, os estudos encontrados abrangiam maioritariamente a perspectiva das mulheres alvo de cuidados. Esta medida contribuirá para o conhecimento acerca das funções exercidas por este profissional e, conseqüente, aumento da procura dos seus cuidados nesta área.

3. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE MOBILIZAÇÃO DE COMPETÊNCIAS

No presente capítulo encontram-se expostas as intervenções desenvolvidas na prática clínica durante o estágio que contribuíram para o desenvolvimento, aquisição e mobilização de competências que possibilitaram alcançar os objetivos estabelecidos no início do ENPRF.

Segundo Reyes & Álvarez (2022), o conceito multidimensional de competência de enfermagem engloba conhecimentos, capacidades, atitudes e comportamentos que visam o cuidado holístico. O conjunto de competências práticas e teóricas de enfermagem não é inato e pressupõe o desenvolvimento e aperfeiçoamento das mesmas através de um processo de aprendizagem complexo que sofre influência do ambiente e da motivação de cada profissional envolvido.

A Ordem dos Enfermeiros (2019a), define como enfermeiro especialista o profissional detentor de competências científicas, técnicas e humanas que lhe permite prestar cuidados de enfermagem especializados. Existe um conjunto de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista aplicável em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde que, aliada com o perfil de Competências Específicas do EEESMO, constitui o conjunto de competências clínicas especializadas que apoiam a regulamentação do exercício profissional e garantem que a população saiba o que pode esperar destes profissionais (OE, 2019b).

3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DOS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS

O perfil de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista integra o conjunto de competências transversais a todas as áreas de especialidade de enfermagem ditando que os enfermeiros se encontrem capacitados para prestar cuidados que vão ao encontro das necessidades de saúde da população-alvo (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de Fevereiro).

As competências encontram-se organizadas em domínios gerais, ou seja, em conjuntos de elementos agregados na mesma esfera de ação, sendo estes:

1. Responsabilidade Profissional, Ética e Legal;
2. Melhoria Contínua da Qualidade;
3. Gestão dos Cuidados;
4. Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais.

Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

Segundo este domínio, o enfermeiro especialista deve exercer a sua prática clínica de forma profissional, ética e legal com base nos princípios éticos e deontológicos da profissão e garantindo o respeito pelos direitos humanos e as responsabilidades profissionais (OE, 2019a).

Ao longo do ENPRF, aquando da passagem pelos demais contextos clínicos, houve necessidade da mestranda se integrar no que são as dinâmicas dos serviços, consultar os protocolos de enfermagem que direcionavam a sua atuação, conhecer as equipas de enfermagem e, concomitantemente, as equipas multidisciplinares para estar preparada para dar resposta aos objetivos a que se propôs e ir ao encontro do método de atuação de cada serviço/ hospital. Existiu sempre uma constante preocupação por parte da mestranda em aferir junto de todas as mulheres/ famílias que contactou se a sua presença, enquanto formanda, era incómoda durante a prestação de cuidados salvaguardando assim a segurança, privacidade, dignidade e liberdade de escolha de todas as utentes, bem como, foram serem explicadas previamente as intervenções que iriam ser realizadas, esclarecidas dúvidas existentes e prestado apoio emocional quando necessário de forma a tranquilizar a mulher/ família.

Na relação profissional em enfermagem, surgem princípios e valores universais que pautam o exercício da profissão como são exemplo a dignidade humana, a liberdade, a igualdade, a verdade, a autonomia e a responsabilidade. A dignidade humana pressupõe que cada pessoa é um ser de carácter único e autónomo que deve ser reconhecido e respeitado durante a prestação de cuidados pelo enfermeiro sendo o cuidado holístico da pessoa essencial para a excelência do exercício profissional. A responsabilidade profissional surge quando o enfermeiro assume a missão de cuidar e, conseqüentemente, assume um modo de atuação tendo em conta os princípios anteriormente referidos e o contexto ético e legal que rege a profissão. Em suma, o enfermeiro desenvolve habilidades de tomada de decisão ética e deontológica e responsabiliza-se pelas decisões que toma e pelas ações que pratica (OE, 2005).

O cuidado de excelência à mulher ao longo do seu ciclo reprodutivo é um compromisso assumido pelo EEESMO com o objetivo de promover o seu bem-estar e a sua qualidade de vida. A interação com a pessoa cuidada e o estabelecimento de uma relação de respeito e ajuda são pilares essenciais para o desenvolvimento de confiança neste profissional de saúde, ou seja, ter em conta os interesses, vontades e convicções

de cada utente cuidada é sinónimo de respeitá-la e promover a sua capacidade para pensar, decidir e agir (Nunes, 2016).

Tendo em conta o que foi descrito anteriormente, durante o período em que decorreu o ENPRF, foram promovidos cuidados de saúde holísticos que foram ao encontro das escolhas e preferências da mulher/ família e que contribuíram para a tomada de decisão informada e consciente de forma a alcançar o seu bem-estar (OE, 2021).

A mestranda adotou sempre uma postura de respeito e interesse pelos direitos humanos das utentes com quem contactou sendo responsável perante os seus atos enquanto pessoa em processo de aprendizagem. Outro aspeto bastante presente e que foi preponderante na prestação de cuidados foi o respeito pela multiculturalidade e pelas características culturais, étnicas e valores das utentes/ casais. A maioria da população-alvo de cuidados de todos os contextos clínicos era constituída por pessoas migrantes e com costumes e crenças bastante distintas das nossas. Este também se afirmou ser um desafio devido à barreira linguística que advém da presença marcante da multiculturalidade. Geralmente nestas situações, o acompanhante (frequentemente o marido) era o intérprete de comunicação com a mulher e nem sempre este também era fluente em português ou inglês ou possibilitava validar se a mulher tinha compreendido a informação transmitida sendo esta uma enorme condicionante para a prestação de cuidados. Outros exemplos, são os casos em que a mulher mesmo estando esclarecida quanto aos procedimentos que eram necessários realizar, aguardava pelo acompanhante e pelo seu consentimento ou que recusava que lhe fosse realizada educação para a saúde sem a presença do acompanhante.

Com o exponencial crescimento da população migrante, ser culturalmente competente é um desafio para os profissionais de saúde, nomeadamente, os EEESMO. A intervenção destes profissionais é fundamental passando pela compreensão das necessidades da mulher/ família, as suas crenças e valores dando à mesma a oportunidade para tomar decisões informadas em relação aos seus cuidados e apoiadas por informações adaptadas às suas necessidades específicas e baseadas em evidência atualizada. A comunicação é a base da relação terapêutica sendo fulcral para a prestação de cuidados de enfermagem especializados de excelência e devendo ser culturalmente sensível e competente e demonstrando compreensão, gentileza, dignidade e respeito pelas mulheres/ famílias (OE, 2021 & Coutinho et al., 2020).

Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

De acordo com este domínio, o enfermeiro especialista tem um papel dinamizador e de suporte nas iniciativas estratégicas institucionais, bem como, no desenvolvimento de práticas de qualidade através da colaboração em programas de melhoria contínua acautelando a existência de um ambiente terapêutico seguro (OE, 2019a).

Em todos os contextos do estágio, a mestranda preocupou-se em conhecer as políticas das instituições onde decorreu o ENPRF, bem como os protocolos e normas que contribuem para a segurança e eficácia da prática de cuidados objetivando a melhoria contínua da qualidade dos cuidados ao longo de todos os ensinamentos clínicos. Neste sentido, com o apoio da supervisão clínica de um EEESMO, foi possível mobilizar e aperfeiçoar conhecimentos já aprendidos no primeiro ano do MESMO e participar em ações formativas dinamizadas informalmente pelos serviços e fora dos mesmos como são exemplo, a formação acerca do papel do EEESMO no aconselhamento anticoncepcional (Anexo A) e a formação acerca da gestão da dor no trabalho de parto para uma experiência positiva (Anexo B).

A DGS (2020), define qualidade como o resultado positivo obtido através da prestação de serviços de saúde à população aumentando a probabilidade de alcançar os resultados desejados em saúde. Consecutivamente, a qualidade em saúde é descrita como a prestação de cuidados de saúde eficazes, seguros e centrados nas pessoas, nomeadamente, nas suas preferências, necessidades e valores. Salienta-se ainda que, os cuidados de qualidade oferecidos pelos profissionais devem ser igualitários, equitativos (independentemente de idade, sexo, género, etnia, religião, raça e estatuto socioeconómico) e eficientes de forma a alcançar a adesão e satisfação da população aos cuidados de saúde com elevado nível de excelência. É preponderante que seja estabelecida uma cultura da qualidade onde os EEESMO possam partilhar as suas ideias e boas práticas contribuindo nos projetos de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde.

A melhoria contínua da qualidade consiste em ações sistemáticas e contínuas que conduzem a uma melhoria mensurável da prática clínica nos serviços de saúde e do estado de saúde da população. Engloba uma série de valores que incluem o compromisso, a autorreflexão, a aprendizagem partilhada, o trabalho em equipa e tem por base a evidência científica atual (Ramos et al, 2021 & OE, 2021).

No decurso do ENPRF, a mestranda experienciou situações na esfera de atuação do EEESMO que propiciaram o desenvolvimento de competências comuns do

enfermeiro especialista. Este profissional tem um papel fundamental na identificação precoce de situações de risco sendo responsável pela gestão do ambiente terapêutico tendo como pilar a segurança das utentes que cuida (OE, 2021). Uma das experiências vivenciadas no estágio esteve relacionada com o controlo da dor durante o TP. Muitas utentes apresentavam dor descontrolada durante este processo e desconheciam os métodos farmacológicos e não farmacológicos para o alívio da mesma.

De acordo com a OE (2023), a dor do TP está associada a um mecanismo fisiológico com uma componente subjetiva que é influenciada por fatores socioculturais, podendo ser intensa e persistente e acarretar respostas prejudiciais ao bem-estar materno-fetal como descontrolo físico e psicológico. A parturiente é responsável por decidir, após ser devidamente informada em tempo útil, de como pretende controlar a sua dor tendo em conta a fase do TP em que está, a sua condição clínica e o que a instituição onde se encontra tem disponível. O alívio da dor do TP pode ser realizado através de métodos farmacológicos e não farmacológicos e tem como vantagens a redução do stress materno-fetal, a promoção do conforto e proporcionando um ambiente seguro para todos os intervenientes. Os métodos não farmacológicos de alívio da dor auxiliam no controlo do stress, ansiedade e medo contemplando uma série de estratégias: deambulação, liberdade de movimentos, técnicas de respiração e relaxamento, aromaterapia, cromoterapia, musicoterapia, hidroterapia e massagem (Balbino et al., 2022; OE, 2023).

A promoção de um ambiente terapêutico seguro é fundamental na prestação de cuidados do EEESMO e passa pela identificação de fatores que influenciem a segurança do doente e, conseqüente implementação de projetos de melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados por este profissional. A melhoria da qualidade é promotora do acesso aos cuidados de saúde, da diminuição de riscos/ problemas evitáveis e da segurança (Azevedo et al, 2020).

Domínio da Gestão dos Cuidados

No domínio da gestão de cuidados é solicitado que o enfermeiro especialista faça a gestão dos cuidados de saúde otimizando a resposta da equipa de enfermagem e a articulação com a equipa multidisciplinar. Por sua vez, este profissional adequa o seu estilo de liderança e gere os recursos que tem disponíveis adequando-os às necessidades de cuidados garantindo a segurança e a qualidade dos cuidados (OE, 2019a).

Os diferentes serviços onde decorreu o ENPRF são caracterizados pelas dinâmicas de funcionamento e metodologias de atuação distintas que, conseqüentemente, influenciam a priorização dos cuidados na assistência às mulheres consoante as suas especificidades clínicas. No decorrer da prestação de cuidados, surgiram situações de necessidade de resposta atempada sendo solicitado que a mestranda reorganizasse os cuidados, salvaguardando a segurança dos utentes. A gestão adequada dos cuidados de saúde é um elemento essencial na continuidade de cuidados e na qualidade dos mesmos sendo uma das competências exigidas ao EEESMO e que foram desenvolvidas no ENPRF.

A gestão dos cuidados integra os padrões de qualidade dos cuidados especializados que nomeiam como competência do enfermeiro especialista, a organização e priorização dos cuidados tendo em conta as necessidades singulares de cada pessoa ao longo do seu ciclo de vida visando o bem-estar, autonomia, segurança e autodeterminação. Exercer a gestão integral dos cuidados é uma tarefa desafiante que carece da capacidade de compreensão das situações de diferentes perspetivas, coordenação da resposta de toda a equipa, promoção da articulação entre equipas e gestão os cuidados a serem prestados. É importante a consciencialização da complexidade e responsabilidade de prestar cuidados e gerir os mesmos sendo esta uma função determinante e de grande influência na qualidade dos cuidados de enfermagem prestados (OE, 2021; Siewert et al., 2017).

Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

De acordo com este domínio, o enfermeiro especialista deve desenvolver o seu autoconhecimento e assertividade através das relações profissionais e terapêuticas que estabelece e deve basear a sua prática clínica especializada na evidência científica atualizada (OE, 2019a).

A realização do ENPRF permitiu a consolidação e mobilização dos conhecimentos teóricos previamente adquiridos no primeiro ano do MESMO de forma a dar resposta às exigências de prestação de cuidados especializados nos vários locais de estágio e, paralelamente, permitiu a aquisição de novos conhecimentos maioritariamente de natureza prática. A mobilização dos conhecimentos teóricos foi, por vezes, desafiante para a mestranda durante a realização das intervenções/ procedimentos no local de estágio perante o supervisor clínico e a restante equipa do serviço, mas, a longo prazo, tornou-se bastante enriquecedora e estimulante pois permitiu a consolidação dos

conhecimentos teóricos através da perceção do que eles consistem na prática. O exercício profissional do enfermeiro especialista é toldado por vários momentos com diferentes sentimentos envolvidos emergindo a necessidade de cada profissional trabalhar o seu autoconhecimento de forma a lidar melhor com as situações mais exigentes que carecem de conhecimento científico e assertividade. Esta competência só foi possível alcançar através do processo de aprendizagem vivenciado pela mestranda com o apoio e supervisão por parte da orientadora pedagógica e dos orientadores clínicos (EEESMO) dos diferentes locais de estágio.

A supervisão clínica garante suporte, segurança e qualidade na prestação de cuidados inerente ao processo de aprendizagem objetivando o desenvolvimento de competências profissionais que capacitem o futuro EEESMO para a tomada de decisão autónoma e reflexiva que vise o respeito, a segurança e a qualidade de vida da mulher cuidada, trilhando a formação da sua identidade profissional (OE, 2018).

O enfermeiro especialista é um profissional em constante processo de desenvolvimento de aprendizagens e conhecimento, investindo na sua formação em prol da atualização da sua prática clínica com base na mais recente evidência científica. Neste sentido, ao longo do ENPRF, foram elaborados alguns trabalhos que permitiram aprofundar os conhecimentos, nomeadamente: um póster acerca da consulta da gravidez indesejada (Apêndice A) e duas reflexões segundo o Ciclo Reflexivo de Gibbs (Apêndice B e C).

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

O perfil de Competências Específicas do EEESMO, à semelhança com o das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, caracteriza e orienta o exercício profissional do EEESMO nas diversas áreas de intervenção da saúde da mulher. O EEESMO garante a execução de intervenções autónomas e/ou interdependentes consoante a avaliação do risco clínico associado ao ciclo reprodutivo da mulher (Regulamento n.º 391/2019, de 3 de Maio).

A prática clínica em distintos contextos ao longo do ENPRF permitiu a aquisição e desenvolvimento destas competências através da prestação de cuidados de saúde à mulher como pessoa no seu todo, considerando o ambiente que a envolve e os fatores culturais, económicos, políticos, físicos, humanos e organizacionais a que está sujeita.

No âmbito do processo formativo, seguidamente, serão descritas e analisadas criticamente as atividades desenvolvidas em cada contexto clínico tendo como guia orientador os domínios definidos para este perfil de competências, nomeadamente:

1. Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional;
2. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal;
3. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto;
4. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal;
5. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério;
6. Cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/ doença ginecológica;
7. Cuida o grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade.

Domínio do Cuidado à mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional

Segundo este domínio, o EEESMO é responsável por cuidar da mulher inserida na família e comunidade na área do planeamento familiar, saúde sexual e período pré-concepcional através da criação e implementação de programas de educação para a saúde, diagnósticos precoces e prevenção de complicações objetivando a promoção de famílias saudáveis, gestações planeadas e experiências positivas da sexualidade e parentalidade (OE, 2019b).

No decorrer do estágio, foi possível observar e participar em consultas de planeamento familiar, consultas pré-concepcionais e consultas de gravidez indesejada (IVG) prestando cuidados no âmbito da promoção da saúde sexual saudável e no aconselhamento anticoncepcional. Nestes três tipos de consulta, existiam momentos transversais como a avaliação física das utentes (peso, altura e sinais vitais) e a anamnese (antecedentes pessoais, familiares e obstétricos). De seguida, consoante a finalidade da consulta, era realizado aconselhamento anticoncepcional, aconselhamento pré-concepcional (maioritariamente, em mulheres com história de abortos recorrentes acompanhadas em contexto hospitalar), educação para a saúde no âmbito dos estilos de vida saudáveis e vivência da sexualidade segura e saudável. O aconselhamento anticoncepcional tornou-se uma temática de enfoque durante todo o ENPRF sendo realizado em vários contextos, tais como, no contexto de Consulta de Alto Risco, Internamento de Medicina Materno-Fetal e no Internamento de Puerpério.

O planeamento familiar é descrito como conjunto de comportamentos educativos e preventivos que concedem o acesso igualitário a informações, meios, métodos e técnicas disponíveis para a regulação da fecundidade e proporcionam a cada mulher a oportunidade e autonomia de escolher o projeto de maternidade. As intervenções no âmbito do planeamento familiar asseguram a promoção da vivência da sexualidade saudável, a regulação da fecundidade de acordo com a escolha da mulher, a diminuição da ocorrência de IST, a preparação consciente para um projeto de parentalidade responsável e a redução da mortalidade e morbilidade materna e infantil (Santos et al., 2019 & DGS, 2008). A consulta de planeamento familiar surge como um instrumento imprescindível na proteção dos direitos reprodutivos da mulher e promoção da tomada de decisão autónoma e informada (Santos et al., 2019 & Godinho et al., 2020).

O número de gravidezes não planeadas e indesejadas é preocupante, ocupando uma taxa significativa a nível mundial e estimando-se que cerca de metade destas, estejam relacionadas com a falta de cuidados no âmbito do planeamento familiar sendo necessário haver acessibilidade a estes cuidados. Afortunadamente, em Portugal, existem políticas de saúde promotoras do planeamento familiar e que possibilitam o acesso gratuito às consultas de planeamento familiar e aos métodos anticoncecionais (Palma et al., 2021 & Santos, 2021). O EEESMO é um profissional que detém competências que lhe permitem atuar na esfera do planeamento familiar e do cuidado preconcepcional sendo a sua prática centralizada no respeito pela sua vontade, privacidade e autonomia da mulher, envolvimento da mesma no processo de tomada de decisão informada e adoção de uma comunicação eficaz (Palma et al, 2021).

Relativamente à consulta da gravidez indesejada, foi uma experiência que chamou a atenção da mestranda para a grande problemática envolvente deste tema. A formanda deparou-se com mulheres de diferentes faixas etárias e com contextos pessoais e familiares dos mais variados que, por sua vez, influenciaram a tomada de decisão de realização da IVG. A perceção de que, por um lado, recorriam a esta consulta mulheres de idade mais avançada, múltiparas e com situações socioeconómicas desfavoráveis, por outro, também mulheres em idade jovem, sem filhos e que já tinham realizada IVG anteriormente adotando este procedimento como um “método anticoncepcional” foi um choque e alertou a mestranda para a ineficiência do planeamento familiar, em particular, em mulheres que recentemente foram mães e nunca foram informadas ou adotaram nenhum método anticoncepcional. As mulheres não recorrem à consulta de planeamento familiar com a regularidade que deveriam e este facto não acontece por

desconhecimento da sua existência, mas sim por vergonha e falta de procura por estes cuidados.

O papel do EEESMO torna-se imperativo na análise da problemática por detrás da não adesão aos cuidados de planeamento familiar e desenvolvimento de estratégias que colmatem esta realidade. É necessário promover a adesão das mulheres/ casais com idades mais jovens, informar acerca das vantagens do planeamento familiar, desmistificar questões relacionadas com o uso de métodos anticoncepcionais, bem como, envolver a figura masculina neste processo promovendo a tomada de decisão informada em casal. Desta forma, é promovida a adesão à consulta de planeamento familiar e a um método anticoncepcional contribuindo para a diminuição do número de gravidezes indesejadas e, consecutivamente, número de IVG (Sociedade Portuguesa da Contraceção, 2020).

Domínio do Cuidado à mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal

No presente domínio, o EEESMO atua junta da mulher e família ao nível do diagnóstico precoce e prevenção de complicações materno-fetais sendo um elemento promotor da saúde da mulher facilitando a sua adaptação durante o período pré-natal e em contexto de abortamento (OE, 2019b).

No estágio que decorreu na Consulta de Alto Risco, a mestranda participou em consultas de vigilância pré-natal realizando a vigilância de enfermagem de gravidezes de baixo risco e, na sua grande maioria, gravidezes com risco clínico associado. Esta particularidade prende-se com o facto deste campo clínico ter decorrido em contexto hospitalar o que potenciou a experiência com várias patologias/ condições da gravidez como é o caso a diabetes gestacional, hipertensão gestacional, pré-eclâmpsia, gravidez múltipla, idade materna avançada, entre outras. Nas consultas de vigilância pré-natal era realizada a avaliação física das grávidas (peso e sinais vitais), caso fosse a primeira consulta, era realizada a anamnese (antecedentes pessoais, familiares e obstétricos) e questionada a utente acerca das suas queixas/ desconfortos. Consoante as informações fornecidas pelas utentes e considerando a idade gestacional e a presença de patologias, era realizada educação para a saúde que fosse ao encontro das necessidades da grávida e orientasse a mulher acerca dos sinais e sintomas de risco. Outra intervenção passava pela orientação da grávida/ casal para a elaboração de um plano que espelhasse as suas preferências no momento do TP e parto promovendo a

tomada de decisão consciente e informada (DGS, 2020). Posteriormente, era registada toda a informação no Boletim de Saúde da Grávida e no sistema informático hospitalar. No que respeita ao bem-estar fetal, tendo em conta o tempo de gestação, eram também realizadas as manobras de Leopold, auscultada a frequência cardíaca fetal com recurso a *Doppler*, realizado tocograma e CTG.

A vigilância da gravidez de baixo risco levada a cabo pelo EEESMO tem como objetivo contribuir para o bem-estar da grávida e do feto mediante a avaliação da evolução da gravidez, promoção de um processo de gravidez fisiológico, adoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis, promoção do bem-estar físico, mental e emocional e rege-se pelo Programa Nacional de Vigilância da Gravidez de Baixo Risco (DGS, 2015a). O caráter preventivo da consulta pré-natal tem um papel preponderante na diminuição das taxas de morbilidade e mortalidade materna e perinatal sendo a ação do EEESMO fundamental na identificação e prevenção dos desvios da normalidade (Reis & Rached, 2017).

Durante o estágio, foram prestados cuidados pré-natais a grávidas que se encontravam internadas no Serviço de Medicina Materno Fetal e no Bloco de Partos. Nestes dois contextos, também eram realizadas intervenções no âmbito do acolhimento à grávida, anamnese, avaliação dos parâmetros antropométricos e obstétricos, cervicometria e CTG. A cardiotocografia externa é um traçado gráfico que avalia com precisão o bem-estar fetal através do registo dos batimentos cardíacos fetais e da contratilidade uterina (Marciano et al., 2022).

Foi possível desenvolver competências no âmbito da avaliação do risco gestacional bem como, identificar desvios do padrão normal da gravidez especialmente durante a passagem pelo serviço de medicina materno-fetal. A avaliação do risco gestacional é uma intervenção que deve ser iniciada na primeira consulta pré-natal e tem um caráter dinâmico e contínuo sendo necessária reavaliar o risco obstétrico em todas as consultas de acompanhamento pré-natal. Esta avaliação contempla a informação obtida através da anamnese/ história clínica (compreende fatores culturais, socioeconómicos e demográficos) e os exames complementares de diagnóstico como são exemplo, os exames laboratoriais e imagiológicos. O plano de vigilância da gravidez, ou seja, a periodicidade das consultas e a realização de exames, é determinado pelo risco gestacional e inclui a possível transferência da vigilância da gravidez para diferentes instituições de contexto hospitalar em casos de gestações de risco (DGS, 2023 & DGS, 2015a).

Domínio do Cuidado à mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto

De acordo com este domínio, é esperado que o EEESMO adquira competências relacionadas com a promoção da saúde da mulher durante o TP, otimização da adaptação à vida extrauterina do recém-nascido bem como, diagnostique precocemente e previna complicações para a saúde da mulher e recém-nascido e providencie cuidados à mulher com patologia associada (OE, 2019b).

A assistência competente e qualificada durante o trabalho de parto é fundamental para alcançar os resultados pretendidos a nível físico e psicológico para a mãe e para o recém-nascido. Para tal, é necessário que as intervenções, atitudes e valores adotados pelos EEESMO tenham por base a mais atual evidência científica e coloquem a mulher no centro dos seus cuidados.

O TP integra vários estádios sendo necessário o EEESMO compreender e distinguir cada um deles de forma a avaliar corretamente a parturiente e definir intervenções adequadas. O início do trabalho de parto é um tema que gera pouco consenso na literatura. Nené et al. (2016), considera que o TP tem início quando se instalam as contrações uterinas dolorosas e regulares, em frequência e intensidade, concomitantemente com o apagamento cervical e começo da dilatação. O processo do TP integra quatro estádios. O 1º estágio do TP (Período do Apagamento e Dilatação do Colo) encontra-se dividido por duas fases: latente e ativa. Na fase latente, é espectável que ocorra o apagamento total do colo (substituição do canal cervical por um orifício cervical delimitado) e se inicie a dilatação entre os 0 e os 4cm; na fase ativa, o colo fica mais reativo às contrações uterinas e ocorre a dilatação dos 4 aos 10cm (dilatação completa).

Durante o ENPRF, a mestranda teve a oportunidade de estagiar em três serviços diferentes de bloco de partos em instituições distintas o que contribuiu significativamente para a sua formação enquanto futura EEESMO dando um leque alargado de exemplos, metodologias de trabalho e organização dos cuidados especializados. O fio condutor da atuação do EEESMO nos diferentes estádios do TP é idêntico independentemente da instituição onde a mestranda se encontrava. Desta forma, no 1º estágio do TP, a mestranda realizou o acolhimento e anamnese da parturiente no bloco de partos, cateterismo venoso periférico, monitorização cardiotocográfica externa que possibilitava a liberdade de movimentos, cervicometria quando clinicamente necessário para avaliar o estágio do TP em que se encontra a parturiente bem como aferiu quanto à integridade

da bolsa amniótica e característica do líquido amniótico nos casos em que se verificava rotura da bolsa, determinou a apresentação fetal e o grau de descida da mesma no canal de parto. Não menos importante, e considerado frequentemente uma prioridade, promoveu o alívio da dor através de estratégias farmacológicas e não farmacológicas. Em casos em que a situação clínica não era impeditiva ou limitadora, a mestranda incentivou as parturientes que acompanhou a realizar a sua higiene geral, ingestão hídrica oral (nos casos em que a mulher não se consegue hidratar foi administrada soroterapia de acordo com a condição clínica da parturiente) e urinar frequentemente (em casos impeditivos, por exemplo, associados à falta de sensibilidade pela realização da técnica de analgesia epidural, foi realizada esvaziamento vesical). A OMS (2018), adverte que as parturientes devem ser informadas de todos os procedimentos e evolução clínica no decorrer do seu TP não sendo recomendado, de forma rotineira, a monitorização cardiotocográfica externa que seja impeditiva da mulher se movimentar e deambular, o exame vaginal/ cervicometria, a tricotomia da região púbica e perineal, a administração de enema de limpeza e a realização de amniotomia ou uso de perfusão de ocitocina sem razão clínica para tal.

O 2º estágio do TP (Período Expulsivo) tem início com a dilatação completa e termina com a expulsão do feto. Nesta fase é recomendado que a parturiente, com o apoio do EEESMO, adote uma posição adequada e confortável para realizar os esforços expulsivos sendo que os mesmos devem ser começar quando a mulher verbalizar vontade de fazer força (Nené et al., 2016). A mestranda acompanhou parturientes neste estágio do TP garantindo a privacidade da mulher/ casal, apoiando a adoção de uma posição confortável (mais verticalizada possível) para realização dos esforços expulsivos, envolvendo a pessoa significativa nos cuidados, vigiando os registos dos CTG das parturientes durante este período tendo especial atenção aos traçados suspeitos/ patológicos (como são exemplo, as desacelerações tardias de recuperação lenta e as bradicardias fetais mantidas), promovendo o encorajamento e esclarecimento acerca da evolução do parto e preparando a unidade para o parto, nomeadamente, procedendo à montagem da mesa de parto, colocação do equipamento de proteção individual, verificando o funcionamento da mesa de reanimação neonatal bem como, da medicação dirigida para o efeito e, por fim, confirmando pulseira de identificação do RN com a mãe ou com o pai.

O 3º estágio do TP (Dequitadura) perdura desde a expulsão do feto até à expulsão da placenta. Existem dois mecanismos de descolamento da placenta: o mecanismo de

Schultze que é caracterizado pelo descolamento na zona mais central da placenta através da formação de um hematoma que é expulso após a saída da placenta com a face fetal em primeiro plano; o mecanismo de Duncan é descrito pelo descolamento periférico da placenta acompanhado de ligeira perda sanguínea com a face materna em primeiro plano. No decorrer da prática clínica, a mestranda após o nascimento do feto deste ser colocado no peito materno por desejo expresso da mãe e pela díade apresentar condições clínicas favoráveis, a mestranda desenvolveu competências que lhe permitiram, respeitar o tempo fisiológico do descolamento da placenta mantendo uma atitude expectante e atenta aos sinais de dequitação e realização de manobras adequadas que permitiram a avaliação da fase da dequitação. Após a dequitação e confirmação da formação do globo de segurança de Pinard, é o momento em que a mestranda observa se não há desvios da normalidade da placenta e cordão umbilical.

O último estágio do TP corresponde ao Puerpério Imediato que engloba a primeira hora após a saída da placenta (Nené et al., 2016). Neste período, a mestranda por norma mantém-se na unidade onde decorreu o parto estando a proceder à sutura perineal nos casos em que a mesma é necessário e mantém a vigilância constante do útero e das perdas sanguíneas. O estágio nos três campos clínicos referente ao bloco de partos somou 18 semanas do ENPRF sendo que a mestranda realizou 42 partos eutócicos e participou ativamente em 30 partos distócicos realizados por outros profissionais de saúde. Em 4 dos 42 partos registados, houve necessidade de recorrer à episiotomia e em 31 procedeu-se à sutura perineal através da perineorrafia (Apêndice G). A opção da mestranda em realizar o seu estágio de bloco de partos em três instituições distintas proporcionou uma experiência mais enriquecedora e fomentou o seu espírito crítico contribuindo para o desenvolvimento da sua identidade como EEESMO.

Para além das atividades já mencionadas anteriormente, a mestranda desenvolveu outras atividades que lhe adquiriram a competência mencionado neste domínio. São exemplo, a implementação e avaliação de intervenções promotoras da vinculação da tríade e aleitamento materno (promoção do contato pele-a-pele precoce e da amamentação na primeira hora de vida do recém-nascido se esta for a vontade da mãe), intervenções promotoras do controlo da dor e intervenções promotoras da identificação e monitorização da existência de risco materno fetal durante o TP e parto (OE, 2019b).

Domínio do Cuidado à mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal

O presente domínio, requer a aquisição de competências promotoras da saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal, do diagnóstico precoce e prevenção de complicações para a saúde da mulher e recém-nascido providenciando cuidados nas situações que influenciam negativamente a saúde dos dois intervenientes no mesmo período do ciclo reprodutivo (OE, 2019b).

Ao longo do ENPRF foi possível desenvolver estas competências no Serviço de Bloco de Partos e no Internamento de Puerpério. No que concerne ao contexto de bloco de partos, a mestranda desenvolveu intervenções de vigilância da puérpera no período de puerpério que se prolongava até às duas horas após o parto, momento em que a mulher era transferida para outro serviço caso não se verificassem desvios do padrão normal. Neste período, era mantida a vigilância global da puérpera que inclui a avaliação das mamas e início do processo de amamentação caso a mãe demonstrasse desejo, a vigilância da involução uterina e dos lóquios, bem como, a monitorização dos sinais vitais e administração de analgesia se solicitado pela mulher.

A OMS (2018), recomenda o início da amamentação na primeira hora de vida também denominada “hora dourada”. Este pequeno período é crucial na vida do recém-nascido sendo necessário adequar os cuidados de saúde realmente relevantes e vantajosos como é o caso do contato pele a pele e da amamentação. O contato pele comporta benefícios para ambos os elementos da díade mãe-bebé. Na situação do recém-nascido, este contato promove o controlo da temperatura corporal, a estabilização cardiorrespiratória e a redução de eventos glicémicos adversos como é o caso da hipoglicémia. Já na perspetiva materna, o contato pele a pele é promotor da vinculação, estimula o processo de aleitamento materno e provoca na mulher sentimentos relaxamento e bem-estar. Os profissionais de saúde, nomeadamente, os EEESMO são profissionais capacitados para a escolha de intervenções promotoras da saúde da díade e baseadas em evidência científica atualizada e identificação de medidas que podem acarretar potenciais riscos para a vida do recém-nascido (Monteiro et al., 2022).

No que diz respeito ao internamento de puerpério e à prestação de cuidados à puérpera, a mestranda implementou atividades que consistiam na avaliação física e psicológica da mulher, nomeadamente, observação da presença de palidez cutânea, observação das mamas e presença de colostro, avaliação da involução uterina, limpeza

da ferida operatória e realização do penso da ferida em casos de parto distócico por cesariana, observação perineal e dos lóquios (cor, quantidade, cheiro) bem como, dos membros inferiores. Por fim, é avaliada a eliminação urinária e intestinal e a utente é acompanhada no seu primeiro levante após o parto. Outro fator que surgiu como necessário de abordar foi o planeamento familiar no pós-parto que, inequívoca não é comentado nos momentos mais propícios chegando mesmo a ser dispensada a sua abordagem nos cuidados para a alta clínica.

Apesar do gradual destaque que os cuidados no período do pós-parto, a adesão ao planeamento familiar nesta fase é inconsistente, ineficaz e insuficiente. Há necessidade de atuar o mais depressa possível nesta área e auxiliar a população a tomar decisões autónomas acerca da sua vida reprodutiva e sexual. O pós-parto é uma janela de oportunidade para a promoção do planeamento familiar por parte do EEESMO. A adoção de um método anticoncepcional eficaz após a orientação individualizada por este profissional permite o reconhecimento das suas competências na sua área de especialidade (Hackett et al, 2020 & Palma et al., 2021).

A presença de labilidade emocional ou sentimento de insegurança por parte das puérperas constituiu uma preocupação para a mestranda que, numa perspetiva de promoção não só da saúde física como também da psicológica, avaliou como se encontrava o processo de vinculação da díade e os sentimentos maternos exercendo escuta ativa e prestando apoio emocional e quando necessário às puérperas. A transição para a maternidade (abrange o período entre o início da gestação e os primeiros meses após o nascimento) é um período de alterações biológicas, psicológicas e sociais para a mulher exigindo que a mesma vivencie processos de mudança, reorganização e desempenho de novos papéis. Toda esta conjuntura acarreta stress e preocupação para a mulher potenciando a incidência de perturbações do foro mental. A saúde mental é frequentemente desconsiderada na esfera reprodutiva sendo crucial que os profissionais que prestam cuidados nesta área se debrucem sobre esta temática na sua prática clínica. 40 a 80% das mulheres sofrem de melancolia pós-parto sendo esta uma condição transitória que se caracteriza pela labilidade emocional, irritabilidade, ansiedade e perturbação do sono. É importante que a mulher tenha conhecimento da prevalência desta condição clínica de forma a aliviar a mulher dos sentimentos de culpa e frustração por não se sentir feliz no seu projeto de maternidade (Fonseca & Canavarro, 2017).

Na ótica de cuidados ao recém-nascido, a mestranda realizou cuidados de higiene e conforto, avaliação e cuidados da pele, mucosas e coto umbilical, monitorização do peso corporal, da icterícia fisiológica, das eliminações vesical e intestinal e da mudança da fralda. A educação para a saúde concretizada visou não só a transmissão de conhecimentos aos pais, mas também o esclarecimento de dúvidas e a sua capacitação para desempenhar o seu novo papel. Com o nascimento de um filho nasce uma série de questões e incertezas que podem ser respondidas e aperfeiçoadas com o apoio do EEESMO que são responsáveis pela promoção do regresso a casa mais seguro e positivo (Frias & Damas, 2019).

Domínio do Cuidado à mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério

Segundo o domínio enunciado, o EEESMO desenvolve competências que lhe permitam apoiar a mulher no processo de transição para a menopausa e diagnosticar precocemente e prevenir complicações para a saúde da mulher durante o climatério (OE, 2019b).

O climatério define-se como um período de transição no ciclo de vida da mulher que corresponde à mudança entre a fase reprodutiva e o seu término. Neste período ocorre o declínio gradual da função ovárica e conseqüente hipoestrogenismo sendo comum o aparecimento de sinais e sintomas característicos como a irregularidade menstrual, sudorese noturna, afrontamentos, alterações de humor e no padrão do sono, entre outros. O climatério integra três fases: a pré, peri e pós-menopausa não sendo clara a sua individualização. A menopausa ocorre entre os 45 e os 55 anos e diagnostica-se após um ano de amenorreia sem outra origem conhecida determinando a falência ovárica definitiva (Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2021).

Durante o estágio no contexto de puerpério, a mestranda teve a oportunidade de adquirir aprendizagens nesta área de atuação dado que o serviço funcionava tanto como internamento de puérperas como internamento de mulheres com afeções ginecológicas em que muitas se encontravam a vivenciar o climatério ou já tinham passado por essa fase dado terem experienciado uma menopausa iatrogénica relacionada com a presença de patologia oncológica, nomeadamente, ooforectomia, quimioterapia e radioterapia (Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2021). No domínio seguinte, irei explorar mais aprofundadamente as atividades que desenvolvi de forma a adquirir

competências para cuidar de mulheres que se encontram a vivenciar o período do climatério.

Domínio do Cuidado à mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/ doença ginecológica

No domínio atual é expectável que o EEESMO promova a saúde ginecológica da mulher diagnosticando precocemente e prevenindo complicações relacionadas com afeções da mama e do aparelho geniturinário e promovendo a sua adaptação à nova condição clínica (OE, 2019b).

Como referido no domínio anterior, o estágio em contexto de internamento de puerpério distinguiu-se pela sua componente mista levando a um processo de aprendizagem mais enriquecedor do que o previsto ao proporcionar o contato da mestrandia com mulheres com afeções do foro ginecológico. A mestrandia prestou cuidados essencialmente pré e pós-operatórios a utentes submetidas a histerectomia, anexectomia, salpingectomia e excisão de nódulos mamários sendo as patologias mais comuns relacionadas com o foro oncológico. Estabeleceu relação terapêutica com estas utentes permitindo a criação de um ambiente de interajuda e partilha de dúvidas, medos e inseguranças prestando apoio emocional a esta população-alvo dos seus cuidados.

A histerectomia é um procedimento cirúrgico que consiste na retirada do útero podendo ser acompanhada pela remoção dos ovários e trompas (histerectomia total com anexectomia bilateral ou radical). Este procedimento pode acarretar alterações significativas em várias áreas da vida da mulher a nível físico, emocional, psíquico e social, bem como, na sua vida sexual e na qualidade da sua relação amorosa com o companheiro ou companheira. Estas mulheres experienciam sentimentos de insegurança, ansiedade e preocupação relacionada com a sua vida reprodutiva e sexual. O EEESMO tem um papel fundamental que ultrapassa a componente prática dos cuidados que presta e entrando na esfera emocional que envolve a promoção de uma relação terapêutica, a escuta ativa e o apoio emocional (Pontes et al, 2022).

Domínio do Cuidado ao grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade

Por último, neste domínio é fundamental que o EEESMO cuide das mulheres em idade fértil promovendo a prestação de cuidados de saúde de qualidade, culturalmente sensíveis e coerentes com as necessidades dessa população (OE, 2019b).

A aquisição destas competências decorreu maioritariamente no contexto de Consulta de Alto Risco, principalmente, na Consulta da Gravidez Indesejada. A mestranda prestou cuidados a mulheres em idade fértil o que lhe possibilitou a identificação das necessidades desta população e a conduta de atuação de acordo com as mesmas objetivando a sua superação. A formanda identificou como necessidade primária a educação para a saúde no âmbito do planeamento familiar, nomeadamente, o aconselhamento anticoncepcional, a prevenção das infeções sexualmente transmissíveis, a adoção de estilos de vida saudáveis, a vivência da sexualidade segura e saudável, entre outros temas.

O EEESMO é um profissional com competências regulamentadas que supre as necessidades da população-alvo dos seus cuidados nas diversas áreas de atuação que lhe são atribuídas. No seu exercício profissional têm como enfoque a prestação de cuidados de qualidade colocando a mulher no centro do seu eixo de atuação, respeitando as suas características, valores, crenças culturais, expectativas, dignidade e autonomia para participar na tomada de decisão em relação à sua saúde sexual e reprodutiva (Palma et al., 2021).

De acordo com a teórica de enfermagem que dá suporte a este relatório e o que foi exposto neste capítulo, durante o ENPRF a mestranda encarou a relação estabelecida com cada mulher, casal e família com quem contactou como uma ferramenta essencial para a sua prestação de cuidados. Procurou constantemente conhecer as mulheres alvo dos seus cuidados o que possibilitou a criação de uma relação alicerçada na proximidade e empatia, definição de um processo de cuidados personalizado e a priorização dos mesmos de acordo com os objetivos e necessidades de quem por ela foi cuidado.

A teórica afirma ainda que o conhecimento da população cuidada é um processo complexo, mas fundamental para estruturar o cuidado. Ao longo do processo de aprendizagem e aquisição de competências enquanto futura EEESMO, a mestranda procurou conhecer as mulheres que integraram a população alvo de cuidados indagando sobre a sua história de saúde, contexto socioeconómico e cultural, crenças, valores, existência de rede de apoio, entre outros. Em suma, a mestranda considerou durante a sua prática que os cuidados de qualidade prestados na área da saúde reprodutiva e sexual têm de ser sinónimos de estar com a pessoa e capacitá-la para alcançar o seu bem-estar e autonomia.

CONCLUSÃO

Com a finalidade de obter o grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica tornou-se imprescindível a aquisição de Competências Comuns aos Enfermeiros Especialistas e, concomitantemente, Competências Específicas dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. A aquisição de competências advém de um processo de aprendizagem contínuo e gradual que permitiu cuidar da mulher e respetiva família inserida na comunidade no decorrer das várias fases do seu ciclo de vida e que teve início no primeiro ano do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e culminou no segundo ano com o decurso do Estágio de Natureza Profissional.

Em retrospectiva, os últimos dois anos foram repletos de desafios, aprendizagens e partilha de experiências que cooperaram no começo da construção da identidade profissional da mestranda. Tal não era possível sem a metodologia adotada para a realização do ENP destacando-se o papel dos orientadores pedagógicos e clínicos como fundamental nesta jornada. A partilha de conhecimentos, experiências e metodologias de prestação de cuidados de qualidade foi fundamental para tirar o máximo proveito de todas as oportunidades de aprendizagem que surgiram durante este percurso.

A elaboração do presente Relatório de Estágio permitiu relatar todo o processo de mobilização de conhecimentos teóricos para a prática clínica e refletiu a análise reflexiva e crítica que a mestranda realizou acerca das atividades desenvolvidas ao longo do ciclo de vida da mulher e processo de desenvolvimento das competências do EEESMO. Ao longo da redação deste documento, houve um esforço da mestranda em descrever pormenorizadamente os contextos clínicos por onde passou (metodologia de trabalho, recursos materiais e humanos e características específicas da população-alvo) e os contributos das experiências vivenciadas no processo de desenvolvimento e aquisição de competências. Uma das premissas que estiveram sempre presentes foi a prática baseada na mais recente evidência científica que contribui para a melhoria contínua da qualidade no cuidado assistencial prestado à população-alvo.

A temática escolhida para aprofundamento de conhecimento teórico e prático ao longo do ENP foi, a intervenção do enfermeiro obstetra no planeamento familiar no pós-parto que adveio de a necessidade da mestranda compreender quais as causas da incidência acentuada de mulheres que recorrem à IVG pouco tempo depois de terem

tido um filho referindo falha no método anticoncepcional e profissionais de saúde por não realizarem planeamento familiar e aconselhamento anticoncepcional. Neste âmbito, foi realizada uma revisão integrativa da literatura acerca da temática que possibilitou ao EEESMO a aquisição de conhecimentos sobre a temática em estudo, contribuiu para a melhoria da prestação de cuidados baseados na evidencia científica atual e para a promoção do planeamento familiar no pós-parto.

O momento do pós-parto é toldado por mudanças físicas, psicológicas, sociais e familiares e representa uma janela de oportunidade para o EEESMO promover o planeamento familiar, dar resposta às necessidades insatisfeitas nesta área e, conseqüentemente, melhorar a qualidade de vida das mulheres em idade fértil. As vantagens do aconselhamento anticoncepcional realizado pelo EEESMO prendem-se com a compreensão de fatores fundamentais na prestação destes cuidados como são exemplo, a idade da mulher, a existência prévia de comorbilidades, o número de filhos que tem, o conhecimento acerca da forma de atuação e efeitos secundários dos métodos anticoncepcionais, desejo de um projeto de maternidade futura e/ou de amamentação, nível de escolaridade e o contexto socioeconómico.

É necessário haver investimento na promoção do planeamento familiar e na educação para a saúde acerca dos métodos anticoncepcionais. Capacitar uma mulher que vivencia o pós-parto é sinónimo de dar-lhe poder e autonomia para viver, de forma saudável e segura, a sua sexualidade visando sempre o seu bem-estar e da sua família. Esta intervenção é da responsabilidade do EEESMO enquanto profisisonal que possui competências regulamentadas e dá resposta, no exercício da sua esfera profissional, às necessidades da população.

Em suma, os objetivos propostos para o Estágio de Natureza Profissional foram todos alcançados. As atividades desenvolvidas e experiências vivenciadas possibilitaram a conclusão do presente relatório de estágio e do processo de formação académica iniciado há dois anos pela mestranda. A reflexão crítica do processo de aquisição de competências foi fundamental para a tomada de consciência do percurso realizado e contribuiu para a melhoria contínua da minha prática clínica enquanto futura Mestre e Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica tendo como objetivo a prestação de cuidados de excelência ao longo do meu percurso profissional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agula, C., Henry, E., Asuming, P., Obeng-Dwamena, A., Toprah, T., Agyekum, M. & Bawah, I. (2022). Postpartum contraceptive initiation and use: Evidence from Accra, Ghana. *Women's Health*, 18, 1-11. <https://journals.sagepub.com/home/whe>
- Alexandre, A. (2021). *Metodologia Científica: princípios e fundamentos* (3ª ed.). Editora Edgard Blücher.
- APA (2020). *Publication Manual of the American Psychological Association: the official guide to APA style* (7th ed.). American Psychological Association.
- Azevedo, L., Souza, A. & Coelho, S. (2020). A segurança do doente é influenciada pelo ambiente da prática de cuidados dos enfermeiros que trabalham em serviço de urgência? - Revisão Integrativa. *Cadernos de Saúde*, 12(1), 12-22. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/32821/gobp_promopreparacaoparto_v4_fl.pdf
- Baratieri, T., Soares., Kappel, E., Natal, S. & Lacerda, J. (2019). Recomendações para o cuidado pós-parto às mulheres na atenção primária: revisão sistemática. *Revista de APS*, 22(3), 682- 701. <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2019.v22.16916>
- Cheney, K., Mignacca, E., Black, K., Homer, C. & Bradfield, Z. (2024). An exploration of the contraceptive counselling practices of midwives who provide postpartum care in Australia. *Midwifery*, 131, 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2024.103948>
- Comissão Nacional de saúde Materna e Neonatal. (2006). *Organização Perinatal Nacional*. Ministério da Saúde. http://static.publico.pt/docs/sociedade/Org_Perinatal_Nacional.pdf
- Conselho Nacional de Saúde. (2022). *A Pandemia de Covid-19*. Acessível em: https://www.cns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2022/07/Relatorio-CNS2022_web.pdf
- Costa, I., Castro, I. & Paz, F. (2022). Atuação do enfermeiro no planeamento familiar na atenção básica. *Research. Society and Development*, 11(16), 1-10. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i16.37825>
- Coutinho, E., Domingos, A., Parreira, V., Nelas, P., Chaves, C., Duarte, J., Karimo, N. & Reis, A. (2020). A mulher imigrante na centralidade da interação com o

- enfermeiro: constrangimentos e estratégias de superação. *New Trends in Qualitative Research*, 3, 783-796. <https://doi.org/10.36367/ntqr.3.2020.783-796>
- DGS. (2008). *Saúde reprodutiva. Planeamento familiar*, Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. Disponível em https://www.spdc.pt/files/publicacoes/11230_2.pdf
- DGS. (2013). *Os Riscos Acrescidos da Cesariana*. Acessível em: <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/cesariana-profissionais-final-pdf.aspx>
- DGS. (2015a). Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco. Acessível em: <https://www.dgs.pt/em-destaque/programa-nacional-para-a-vigilancia-da-gravidez-de-baixo-risco-pdf11.aspx>
- DGS. (2015b). *Norma nº001/2015 de 19 de janeiro: Registo de Indicações de Cesariana*. Acessível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012015-de-19012015-pdf.aspx>
- DGS. (2020). Cursos de preparação para o parto e parentalidade- CPPP e Cursos de recuperação pós-parto- CRPP. Disponível em: <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/sr-cursos-parto-pdf.aspx>
- DGS. (2023). *Norma nº001/2023 de 27 de janeiro: Organização dos cuidados de saúde na preconceção, gravidez e puerpério*. Disponível em: https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2023/03/norma_001_2023_org_cuidados_preconcecao_gravid ez_puerperio.pdf
- Donato, H. & Donato, M. (2019). *Etapas na condução de uma revisão sistemática*. Acta Médica Portuguesa, 32(3), 227-235. <file:///C:/Users/Ana%20Caetano/Downloads/amp,+227-235.pdf>
- ERS. (2024). *Informação de Monitorização sobre Acesso e atividade dos prestadores de cuidados de saúde de obstetrícia – partos*. Acessível em: <https://www.ers.pt/pt/atividade/supervisoao/selecionar/informacao-de-monitorizacao/informacoes/informacao-de-monitorizacao-sobre-acesso-e-atividade-dos-prestadores-de-cuidados-de-saude-de-obstetricia-partos/>
- ERS. (2023). *Acesso a Interrupção Voluntária da Gravidez no Serviço Nacional de Saúde*. Acessível em: <https://www.ers.pt/media/besglp0x/acesso-interruptao-voluntaria-gravidez-sns-110923.pdf>

- Family Planning High Impact Practices. (2024, Dezembro 15). Immediate Postpartum Family Planning: A key componente of childbirth care. https://www.fphighimpactpractices.org/wp-content/uploads/2023/05/ImmediatePostpartumFP_Brief-ENG-2022.pdf
- Fernandes, A. & Morais, A. (2024). Fatores que dificultam o Conhecimento e a Adesão aos Métodos Contraceptivos de Longa Duração. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, 6(5), 1426-1441.
- Fonseca, A. & Canavarro, M. (2017). Depressão Pós-Parto. *Propsico*, 1, 1-35. https://estudogeral.uc.pt/bitstream/10316/45085/1/Capitulo_Depressaoposparto_AFonseca.pdf
- Frias, A. & Damas, F. (2019). Preocupações maternas no momento da alta hospitalar. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 5(2), 1846-1860. <http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2019.5%282%29.1846>
- Frias, A., Caldeira, E., Moreira, J., Nogueira, M. & Mendonça, S. (2023). Normas de elaboração de trabalhos escritos. Universidade de Évora, Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus.
- Godinho, A., Florentino, D., Violante, F., Dias, H. & Coutinho, E. (2020). O Enfermeiro Promotor da Saúde Sexual e Reprodutiva na Adolescência: O caso do Planeamento Familiar. *Revista UIIPS*, 8(1), 358-370. <http://ojs.ipsantarem.pt/index.php/REVUIIPS>
- Hackett, K., Huber-Krum, S., Francis, J., Senderowicz, L., Pearson, E., Siril, H., Ulena, N. & Shah, I. (2020). Evaluating the Implementation of an Intervention to Improve Postpartum Contraception in Tanzania: A Qualitative Study of Provider and Client Perspectives. *Global Health: Science and Practice*, 8(2), 270-289. <https://doi.org/10.9745/GHSP-D-19-00365>
- Hassan, S., Masri, H., Sawalha, I. & Mortensen, B. (2024). Perceived barriers and opportunities of providing quality family planning services among Palestinian midwives, physicians and nurses in the West Bank: a qualitative study. *BMC Health Services Research*, 24(1), 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-11216-4>
- Kusuma, I., Damayanti, R. & Prasetyo, S. (2022). The role of the midwife in postpartum family planning services : a case study on three different health facilities in South Central Java. *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat*, 13(1), 112-125. <http://ejournal.fkm.unsri.ac.id/index.php/jikm>

- Li, C., Botfield, J., Amos, N. & Mazza, D. (2023). Women's experiences of, and preferences for, postpartum contraception counselling. *Australian Journal of Primary Health*, 29(3), 229-234. <https://doi.org/10.1071/PY22163>
- Lusiadas (2023). *Lusiadas Saúde integra um dos maiores grupos europeus de saúde privada*. Acessível em: <https://www.lusiadas.pt/noticias/lusiadas-saude-integra-um-maiores-grupos-europeus-saude-privada>
- Manfio, S., Silva, I., Moraes, J., Espíndola, L., Lima, M. & Rodrigues, E. (2024). Análises das Cesarianas realizadas entre 2018 e 2022 no Brasil à luz da Classificação de Robson. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, 6(6), 12-27.
- Marciano, M., Moreira, B & Costa, V. (2022). Cardiotocografia intraparto: sua importância e repercussões. *Research, Society and Development*, 11(16), 1-9. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i16.37627>
- Miranda, P., Moleiro, P., Gaspar, P & Luz, A. (2019). Contraceção em Adolescentes: Conhecimentos e Práticas em Portugal. *Revista Científica a Ordem dos Médicos*, 32 (7-8), 505-513. <https://doi.org/10.20344/amp.11088>
- Monteiro, B., Silva, V., Andrade, A., Machado, L., Pinto, E. & Souza, N. (2022). Elementos que influenciaram no contato imediato entre mãe e bebé na hora dourada. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, 56(1), 1-9. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2022-0015en>
- Moraes, J. & Féres-Carneiro, T. (2022). Maternidade Contemporânea: motivações de mulheres sem filhos. *Contextos Clínicos*, 15(1), 73-97. <https://doi.org/10.4013/ctc.2022.151.04>
- Munn, Z., Porritt, K., Aromataris, E., Lockwood, C., & Peters, M. (2014). *Supporting Document for the Joanna Briggs Institute Levels of Evidence and Grades of Recommendation*. The Joanna Briggs Institute.
- Néné, M., Marques, R., & Batista, M. (2016). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. LIDEL.
- Nunes, L. (2016). Os Limites do Agir Ético no Dia-a-dia do Enfermeiro. *Servir*, 59(2), 7-17. <https://doi.org/10.48492/servir022.23674>
- OE. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: Dos Comentários à Análise dos Casos*. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8889/codigodeontologicoenfermeiro_e_dicao2005.pdf

- OE. (2013). *Projeto Maternidade com Qualidade*. Acessível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-p%C3%A1ginas-antigas/projeto-maternidade-com-qualidade/>
- OE. (2015). *Livro de Bolso: Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica/ Parteiras* (1ª ed.). Ordem dos Enfermeiros.
- OE. (2021). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Acessível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23179/ponto-3_padrões-qualidade-dos-cuidados-eesmo.pdf
- Oliveira, T., Silva, A., Oliveira, J., Pereira, E. & Trezza, M. (2018). A Assistência de Enfermagem Obstétrica à Luz da Teoria dos Cuidados de Kristen Swanson. *Revista Enfermagem em Foco*, 9 (2), 2-6. <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2018.v9.n2.1138>
- OMS. (2015). *Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas*. Acessível em: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf
- OMS. (2018). *WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience*. World Health Organization. Acessível em <https://apps.who.int/iris/handle/10665/260178>
- OMS. (2020). *Manual de Boas Políticas e Estratégias para a Qualidade dos Cuidados de Saúde*. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/272357/9789240005709-por.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2019a). Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República n.º 26, 4744 - 4750. Disponível em: <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2019b). Regulamento nº 391/2019, de 3 de maio. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Diário da República, 2.ª série, n.º 85, 13560 - 13565. Disponível em: <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2019/05/085000000/1356013565.pdf>
- Órfão, A. (2016). Determinação do Risco Materno-fetal. In M. Néné, R. Marques & M. Batista (Orgs.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 108-116). Lidel.
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville,

- J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., McGuinness, L. A., Stewart, L. A., Thomas, J., Tricco, A. C., Welch, V. A., Whiting, P., & Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Palma, S., Presado, M. & Aires-de-Campos, G. (2021). Perceção de enfermeiros portugueses sobre a tomada de decisão contraceptiva de mulheres após aborto voluntário: Contributo de um grupo focal. *New Trends in Qualitative Research*, 8, 707-714. <https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.707-714>
- Passos, M., Manfrini, G., Backes, M., Brehmer, L. & Gutmann, V. (2023). Intervenções do enfermeiro na indicação do planeamento familiar natural: revisão de escopo. *Journal of Management & Primary Health Care*, 15, 1-27. <https://doi.org/10.14295/jmphc.v15.1290>
- Pontes, A., Santos, R., Deodoro, M., Rodrigues, N., Paixão, Andrade, P., Lucena, M., Bandeira, I., Silva, E. & Andrade, A. (2022). O impacto da histerectomia sobre assexualidade da mulher. *Research, Society and Development*, 11(9), 1-8. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i9.32156>
- Pordata. (2024a). Nados-vivos por Naturalidade da Mãe. Acessível em: <https://www.pordata.pt/pt/estatisticas/populacao/nascimentos-e-fecundidade/nados-vivos-por-naturalidade-da-mae>
- Pordata. (2024b). Idade Média das Mulheres ao Nascimento de um filho e do 1º filho. Acessível em: <https://www.pordata.pt/pt/estatisticas/populacao/nascimentos-e-fecundidade/idade-media-das-mulheres-ao-nascimento-de-um-filho>
- Presidência do Conselho de Ministros (2023). Decreto-Lei n.º 102/2023 de 7 de novembro. Procede à criação, com natureza de entidades públicas empresariais, de unidades locais de saúde. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 215, 04-20. Disponível em: <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2023/11/21500/0000400020.pdf>
- Ramos, M., Brandão, A., Graever, L & Campos, C. (2021). Melhoria contínua da qualidade: uma análise pela perspetiva dos profissionais das equipas de atenção primária à saúde do município do Rio de Janeiro. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 16(43), 1-12. <https://doi.org/10.36367/ntqr.3.2020.783-796>

- Reis, R. & Rached, C. (2017). O papel do enfermeiro no acompanhamento de pré-natal de baixo risco utilizando a abordagem centrada na pessoa - gestante. *International Journal of Health Management Review*, 3(2). <https://doi.org/10.37497/ijhmreview.v3i2.125>
- Reyes, J. & Álvarez, L. (2022). Concept Analysis of Interpersonal Skills in Nursing. *Aquichan*, 22(1), 1-17. <https://doi.org/10.5294/aqui.2022.22.1.3>
- Santos, A. (2021). *Processo de transição de mulheres em idade reprodutiva: da interrupção voluntária da gravidez, ao autocuidado na adesão e gestão de métodos de contraceção* [Tese de doutoramento, Universidade de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10451/54671>
- Santos, K., Paixão, G., Brito, P., Jerônimo, A. & Oliveira, E. (2019). A experiência de mulheres no pós-parto sobre o planeamento familiar. *Saúde e Pesquisa*, 12(1), 177-185. <https://doi.org/10.17765/2176-9206.2019v12n1p177-185>
- Siewert, J., Rodrigues, D., Malfussi, L., Andrade, S., Erdmann, A. (2017). Gestão do Cuidado Integral em Enfermagem: reflexões sob a perspetiva do pensamento complexo. *Revista Mineira de Enfermagem*, 21, 1-5. DOI: [10.5935/1415-2762.20170057](https://doi.org/10.5935/1415-2762.20170057)
- SNS. (2016). *Cesarianas: direito de acompanhamento*. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/noticias/2016/04/19/cesarianas-direito-de-acompanhamento/>
- SNS. (2019a). *MAC- Hospital Amigo dos Bebés*. Acessível em: <https://www.sns.gov.pt/noticias/2019/07/24/mac-hospital-amigo-dos-bebes/>
- SNS. (2019b). *Unidade de Caldas da Rainha*. Acessível em: <https://www.choeste.min-saude.pt/unidade-de-caldas-da-rainha/>
- SNS. (2020). *História do HGO*. Acessível em: <https://www.hgo.min-saude.pt/2020/09/17/hgo/>
- SNS. (2023a). *Rede de Referência Hospitalar em Obstetrícia, Ginecologia e Neonatologia*. Acessível em: <https://www.sns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2023/02/Proposta-Rede-de-Referenciacao-Hospitalar-em-Obstetricia-Ginecologia-e-Neonatologia.pdf>
- SNS. (2023b). *Partos e Cesarianas nos Cuidados de Saúde Hospitalares*. Acessível em: <https://transparencia.sns.gov.pt/explore/dataset/partos-e-cesarianas/table/?disjunctive.regiao&disjunctive.instituicao&sort=-tempo&refine.tempo=2023&q=Centro+hospitalar+Lisboa+central&dataChart>

- SNS. (2024a). *ULS São José- Nova Organização*. Acessível em: <https://www.chlc.min-saude.pt/noticias/uls-sao-jose-nova-organizacao/>
- SNS. (2024b). *Criação da Unidade Local de Saúde do Oeste*. Acessível em: <https://www.choeste.min-saude.pt/noticias/criacao-da-unidade-local-de-saude-do-oeste/>
- SNS. (2024c). *Interrupção Voluntária da Gravidez*. Disponível em: <https://www.sns24.gov.pt/tema/saude-da-mulher/interruptao-voluntaria-da-gravidez/1000/#strong-styleuser-select-textquais-sao-as-etapas-do-processostrong>
- Sociedade Portuguesa da Contraceção. (2020). *Consenso sobre Contraceção 2020*. Acessível em: https://www.spdc.pt/images/SPDC_Consensos_2020_novo_21julho2021_digital_book_website.pdf
- Sociedade Portuguesa de Ginecologia. (2021). *Consenso Nacional sobre Menopausa 2021*. Disponível em: <https://spginecologia.pt/wp-content/uploads/2021/10/Consenso-Nacional-Menopausa-2021.pdf>
- Sousa, L., Marques-Vieira, C., Severino, S., & Antunes, V. (2017). *A Metodologia de Revisão Integrativa da Literatura em Enfermagem*. 2, 17-26. https://repositorio-cientifico.essatla.pt/bitstream/20.500.12253/1311/1/Metodologia%20de%20Revisão%20Integrativa_RIE21_17-26.pdf
- Tedde, J., Cerqueira-Silva, T., Garcia, S., Amira, B., Rodrigues, L., Barreto, M., Rocha, A., Ribeiro-Silva, R. Falcão, I. & Paixão, E. (2024). Association of interpregnancy interval with adverse pregnancy outcomes according to the outcomes of the preceding pregnancy: a longitudinal study with 4.7 million live births from Brazil. *The Lancet Regional Health- Americas*, 30, 1-11. <https://doi.org/10.1016/j.lana.2024.100687>
- Tomazzoni, R., Angelino, I., Araújo, L., Reis, R., Willing, D. & Dexheimer, M. (2022). Intervalo intergestacional e desfechos desfavoráveis para a gestante e o recém-nascido. *Revista da AMRIGS*, 66(1), 114-118. https://docs.bvsalud.org/biblioref/2023/03/1424842/19_2645_revista-amrigs.pdf
- UNESCO. (2020). *A Nova Geração: 25 Anos de Esforços para a Igualdade de Género na Educação*. Acessível em: <https://doi.org/10.54676/PXUB6126>
- Walker, S., Hooks, C. & Blake, D. (2021). The views of postnatal women and midwives on midwives providing contraceptive advice and methods: a mixed method

concurrent study. *BMC Pregnancy Childbirth*, 21 (1), 1-13.
<https://doi.org/10.1186/s12884-021-03895-2>

ANEXOS

Anexo A – Certificado de Participação na Ação Formativa “O Papel do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica no Aconselhamento Contracetivo”



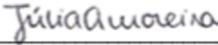
Certificado

Certifica-se que

Catarina Pires

participou no Webinar “O PAPEL DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA NO ACONSELHAMENTO CONTRACETIVO”, que decorreu no dia 24 de Novembro de 2023, das 20h30 às 22h30.

Carnaxide, 24 de Novembro de 2023


Júlia Amoreira
Field Medical Advisor
Bayer Portugal Lda.

 Science for a **better life**

Anexo B – Certificado de Participação na Ação Formativa “2º Seminário Gerir a dor no trabalho de parto para uma experiência positiva”



APÊNDICES

Apêndice A – Projeto de Estágio

 <p>Serviços Académicos</p>	<p>Cursos de 3.º Ciclo, 2.º Ciclo e Mestrado Integrado</p> <p>PROPOSTA DE PROJETO DE TESE / DISSERTAÇÃO / ESTÁGIO / TRABALHO DE PROJETO</p>	<p>MODELO T-005</p> <p>Ano Letivo: 2023 / 2024</p>
	<p>1. DELIBERAÇÃO DO CONSELHO CIENTÍFICO DA ESCOLA (A ser emitido apenas em GesDOC)</p>	<p>2. PARECER DO DIRETOR DE CURSO (A ser emitido apenas em GesDOC)</p>
<p>3. IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDANTE</p> <p>Nome Completo: Catarina dos Santos Pires</p> <p>Número: 53466 Ciclo de Estudos: <input type="checkbox"/> 3.º Ciclo <input checked="" type="checkbox"/> 2.º Ciclo <input type="checkbox"/> Mestrado Integrado</p> <p>Curso: Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica</p> <p>Especialidade/Plano Alternativo: Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica</p>		
<p>4. CONTACTOS DO ESTUDANTE</p> <p>Tel.: 912878517 E-mail: m53466@alunos.uevora.pt</p>		
<p>5. PROPOSTA</p> <p><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</p> <p><input type="checkbox"/> Proposta de Alteração de Projeto</p> <p><small>Neste caso, assinalar no quadro desta formulário em que pretende alterações (Se deve preencher as respetivas caixas)</small></p> <p><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.</p>		
<p>6. JUSTIFICAÇÃO DA PROPOSTA DE ALTERAÇÃO (A preencher apenas no caso de no quadro 5 ter escolhido esta opção)</p>		
<p>7. TIPO DE TRABALHO (de acordo com o previsto no Plano de Estudos do Curso)</p> <p>APRIMA NO CASO DE PROGRAMA DE DESENVOLVIMENTO:</p> <p><input type="checkbox"/> Tese <input type="checkbox"/> Dissertação sobre o tema de investigação <input type="checkbox"/> Compilação de artigos publicados <input type="checkbox"/> Outra ou conjunto de obras, ou realizações, com carácter inovador (no domínio das artes)</p> <p>PARA MESTRADO OU MESTRADO INTEGRADO:</p> <p><input type="checkbox"/> Dissertação <input checked="" type="checkbox"/> Estágio <input type="checkbox"/> Trabalho de Projeto</p>		<p>8. LÍNGUA DE REDAÇÃO</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Português <input type="checkbox"/> Inglês <input type="checkbox"/> Espanhol <input type="checkbox"/> Francês <input type="checkbox"/> Outra: _____</p>
<p>9. TÍTULO DO TRABALHO</p> <p>Título (na língua de redação): Planeamento Familiar no Pós-Parto: A Intervenção da Enfermeira Obstétrica</p> <p>Título em Inglês: Postpartum Family Planning: The Intervention of the Nurse Midwife</p>		

<p>10. ORIENTAÇÃO (Anexar declaração(ões) de aceitação)</p> <p>Nome: Maria Otília Brites Zangão</p> <p>Universidade/Instituição: Universidade de Évora/ Escola Superior de Enfermagem São João de Deus</p> <p>N.º Identificação Civil: 09294982 - 7 Z X 5 Tipo de Identificação: <input type="checkbox"/> BI <input checked="" type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> Passaporte <input type="checkbox"/> Outro: _____</p> <p>Tel.: + 351 963543933 E-mail: otilliaz@uevora.pt ID ORCID: 0000-0001-2899-8768</p> <p>Nome: _____</p> <p>Universidade/Instituição: _____</p> <p>N.º Identificação Civil: _____ Tipo de Identificação: <input type="checkbox"/> BI <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> Passaporte <input type="checkbox"/> Outro: _____</p> <p>Tel.: _____ E-mail: _____ ID ORCID: _____</p> <p>Nome: _____</p> <p>Universidade/Instituição: _____</p> <p>N.º Identificação Civil: _____ Tipo de Identificação: <input type="checkbox"/> BI <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> Passaporte <input type="checkbox"/> Outro: _____</p> <p>Tel.: _____ E-mail: _____ ID ORCID: _____</p>	
<p>11. ÁREA DISCIPLINAR E PALAVRAS-CHAVE DO TRABALHO</p> <p>Domínio Científico e Tecnológico (Área FOS): Ciências da Saúde <small>Consulte a lista de Áreas FOS em: http://www.dgeec.mec.pt/p/4/28</small></p> <p>Palavras-chave (5 palavras, separadas por ";"): Descritas no campo 13</p>	
<p>12. DOMÍNIO A INVESTIGAR/TEMA</p> <p>Planeamento familiar no pós-parto</p>	
<p>13. RESUMO, PLANO E CRONOGRAMA (Se necessário submeter como anexo a este impresso)</p> <p>Em documento anexo ao impresso.</p> <p>Descritores nos 3 idiomas: Descritores (DeCS): Planeamento Familiar; Período pós-parto; Anticonceção; Enfermeira Obstétrica; Promoção da Saúde Descritores (DeCS): Family Development Planning; Postpartum period; Contraception; Nurse Midwives; Health Promotion Descritores (DeCS): Planificación Familiar; Período Posparto; Anticoncepción; Enfermera Matrona; Promoción de la Salud</p>	
<p>14. DOCUMENTOS ANEXOS</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Plano do Trabalho <input checked="" type="checkbox"/> Cronograma <input checked="" type="checkbox"/> Declaração de Orientador(es) <input checked="" type="checkbox"/> Declaração da Unidade Orgânica de acolhimento (para incluir o(a) Orientador(es) e o plano ou quadro de investigação em que diretamente se enquadra a prestação de Tese - Apenas para alunos de 3.º ciclo) <input type="checkbox"/> Outros: _____</p>	<p>15. DECLARAÇÃO DO ESTUDANTE</p> <p>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.</p> <p>Declaro que caso efetue alguma alteração a este projeto a ser aprovado (título, orientador, diaqas, etc.) procederei nos termos do referido regulamento, à entrega de projeto de alteração no prazo máximo de 10 dias antes da entrega da T.D/E/TP.</p>

Apêndice B- Póster intitulado “Consulta de Gravidez Indesejada”

CONSULTA DE GRAVIDEZ INDESEJADA

O QUE É A INTERRUPTÃO VOLUNTÁRIA DA GRAVIDEZ (IVG)?

- Significa interromper uma gravidez evolutiva, por opção da mulher, até às 10 semanas
- Todas as mulheres residentes em Portugal têm o direito de realizar uma IVG em Portugal (Lei nº 16/2007)

ESTOU GRÁVIDA E QUERO INTERROMPER A GRAVIDEZ. O QUE DEVO FAZER?

1. Confirmar a gravidez com um teste de urina
2. Dirigir-se ao hospital da sua área de residência
3. Solicitar uma consulta de interrupção da gravidez informando a data da última menstruação

CONSULTA PRÉVIA

- Consulta presencial **OBRIGATÓRIA** em que pode vir acompanhada
- Recolha de informações sobre a sua história de saúde, realização de ecografia para confirmação/datação da gravidez e análises clínicas
- Esclarecimento sobre os métodos de IVG (medicamentoso ou cirúrgico) e métodos contraceptivos
- Encaminhamento para psicóloga ou assistente social, se desejar

OBRIGATÓRIO UM PERÍODO DE REFLEXÃO MÍNIMO DE 3 DIAS!

CONSULTA DE INTERRUPTÃO DA GRAVIDEZ

- Assinatura do consentimento livre e esclarecido sobre a IVG
- Preferencialmente, é utilizado o método medicamentoso que consiste na toma de 1 comprimido na consulta seguidos de 4 comprimidos 48h depois no domicílio **OU** caso tenha indicação, método cirúrgico (será agendado)

CONSULTA DE CONTROLO

- Confirmação da interrupção bem sucedida através da realização de uma ecografia
- Início de um método contraceptivo eficaz escolhido por si (planeamento familiar)

PLANEAR É ESCOLHER. NÃO ENGRAVIDES SEM QUERER!

ENI* CATARINA SANTOS PIRES (ALESNO); ORIENTAÇÃO:

Logos: MRC, SNS, UNIVERSIDADE DE ÉVORA

Apêndice C- Reflexão segundo o Ciclo Reflexivo de Gibbs

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA
Unidade Curricular – Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final
Reflexão segundo o Modelo Reflexivo de Gibbs
Maio 2024

Descrição

Num contexto clínico, durante o meu segundo ano do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, numa sala de partos, prestava cuidados a uma parturiente de vinte e três anos que se encontrava na fase de período expulsivo há cerca de 2 horas. Após alguns esforços expulsivos pouco eficazes, verificou-se através da monitorização cardiotocografia (CTG) externa, desacelerações recorrentes precoces (nadir 80bpm) de recuperação intermédia (2 minutos), com baixa variabilidade sendo necessário chamar a equipa médica para avaliação. Os mesmos decidiram que a utente deveria ir para o bloco de partos para realização do parto.

Acompanhei a parturiente até ao bloco e foi-me sugerido assistir ao parto pelo que permaneci na sala. Após a utente ser preparada, a equipa médica falou com a mesma acerca da necessidade de realizar um parto distócico com aplicação de fórceps e ventosa. Durante cerca de trinta minutos, por repetidas vezes, houve aplicação de ventosa e tentativa de aplicação de fórceps com extração muito difícil e prolongada. A utente encontrava-se visivelmente exausta, a chorar e a colocar questões que, na sua maioria, não eram respondidas. Questionei um dos elementos da equipa médica que se encontrava perto de mim acerca da necessidade de responder aos apelos e questões da utente e, por outro lado, dada a dificuldade de extração do feto, se não se deveria optar por uma cesariana. Questões que não me foram respondidas. Após trinta e dois minutos, nasceu um nado vivo do sexo feminino com 3400g de peso e Índice de Apgar 1/2/2. Foi imediatamente cortado o cordão umbilical, a mãe não viu a filha e a pediatra que já se encontrava na sala, começou a reanimar o bebé enquanto discutia com a obstetra acerca do tempo prolongado de hipoxia que o feto esteve sujeito.

O foco passou a ser o recém-nascido ficando só uma obstetra a suturar a puérpera. A utente mantinha-se a chorar, a questionar porque o bebé não chorava e se estava bem. Pedi licença à colega enfermeira e fui para perto da utente, dei-lhe a mão e tentei

acalmá-la dizendo que a pediatra estava a ajudar a recém-nascida e que assim que fosse possível ela iria vê-la. Não sabia que mais poderia dizer, senti-me impotente e muito triste dado toda a situação traumática que tinha presenciado. Cerca de vinte minutos após o parto, a recém-nascida estava a ser preparada para ser transferida para os cuidados intensivos e eu ausentei-me despedindo-me da utente e voltei para a sala de partos. Até esse momento, ainda não tinha sido comunicado à utente informações relacionadas com a situação clínica da recém-nascida.

Sentimentos

Inicialmente, fiquei preocupada com o CTG pois era não tranquilizador e sendo que os esforços expulsivos não estavam a ser eficazes percebi a necessidade de ser chamada a equipa médica para ser abreviado o período expulsivo. Já no bloco de partos, num primeiro momento, senti-me impotente por não conseguir ajudar a grávida e não me poder aproximar para prestar apoio emocional e acalmá-la. Senti-me indignada/revoltada porque as perguntas da grávida não eram respondidas e não falavam quase nada com ela a não ser para fazer força repetidamente sendo que a mesma estava claramente aterrorizada, a chorar compulsivamente e com dor, bem como, não responderam às questões que coloquei. Tive a sensação de que estava num ambiente completamente desorganizado e em que os próprios profissionais de saúde presentes estavam preocupados com o desfecho daquele parto levando-me a pensar se não seria melhor optar-se por uma cesariana. Após o parto, senti compaixão pela utente e necessidade de me aproximar dela e prestar apoio emocional e fiquei feliz/aliviada por me ter sido autorizado fazê-lo. Quando estava junto da utente, senti-me lábil e triste e embora tivesse poucas respostas para lhe dar, senti que ela ficou um pouco mais calma por ter alguém perto que lhe deu atenção.

Avaliação

Como aspeto positivo, acho que a equipa de enfermagem avaliou prontamente o CTG e a utente e tomou a decisão correta de transmitir a informação à equipa médica atempadamente. Considero que esta situação foi muito desafiante para mim, no sentido em que, destaco a comunicação uma competência fulcral na prestação de cuidados de saúde. A falta de comunicação que aconteceu neste parto foi um dos fatores que tiveram impacto negativo no desenrolar de toda este acontecimento bem como, conseqüentemente, a falta de apoio emocional prestado à utente. Lamento, não ter conseguido aproximar-me mais cedo da utente e protegê-la, deveria ter sido mais

assertiva nesse sentido, mas era um ambiente e uma equipa de profissionais desconhecidos para mim e tive receio da minha intervenção não ser oportuna.

Análise

Segundo Graça (2017), uma desaceleração precoce classifica-se como uma desaceleração cujo início e término coincide, aproximadamente, com o da contração que o desencadeia (o vértice da desaceleração coincide com o ápex da contração). Uma desaceleração de recuperação intermédia classifica-se pela sua durabilidade entre 1 e 3 minutos. De acordo com Néné et al. (2016), após as desacelerações, a redução da variabilidade é um sinal sugestivo de hipoxia fetal. Esta autora considera ainda, que o período expulsivo prolongado superior a 2 horas, em primíparas, é um fator de risco intraparto.

O suporte contínuo às parturientes assenta na interação humana intencional entre a parturiente e o enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica (EEESMO) tendo como objetivo a promoção da vivência positiva do processo de nascimento (Néné et al., 2016). Segundo a mesma autora, existem diferentes tipos de suporte: suporte físico e de conforto, suporte emocional, suporte de informação e instrução e suporte de proteção. O suporte emocional, pressupõe que o EEESMO capacite a parturiente e a motive a ocupar a sua mente com pensamentos positivos com o objetivo de reduzir o medo e a ansiedade. Desta forma, é promovida uma relação de confiança e compreensão. O suporte de informação e instrução deve oferecer à parturiente o conhecimento adequado acerca de todos os aspetos relacionados com o trabalho de parto dando a oportunidade da mesma participar ativamente na tomada de decisão. O suporte de proteção pressupõe proteger a mulher atendendo as suas necessidades, assistindo-a na tomada de decisão informada, respeitando-a durante o trabalho de parto, compreendendo as suas preocupações para, conseqüentemente, conseguir fornecer informação adequada e diminuir o seu stress. A comunicação verbal e não verbal tem um papel importante e está na base de qualquer tipo de suporte contínuo à parturiente (Néné et al., 2016).

Conclusão

Concluo que deveria ter agido mais cedo e insistido para que alguém falasse com a parturiente ou que me fosse autorizado aproximar e prestar apoio à mesma. A minha insegurança e inexperiência foi um fator desencadeante de aumento de stress e angústia para mim e, conseqüente, para a utente. Reconheço que preciso desenvolver confiança para ter um papel mais ativo no que diz respeito à proteção do bem-estar das

parturientes garantindo que estas estão devidamente informadas e apoiadas em todas as fases do trabalho de parto.

Plano de ação

Futuramente, pretendo desenvolver competências mais assertivas durante a minha prática clínica, a fim de assegurar o bem-estar das mulheres alvo dos meus cuidados. Considero este um objetivo de aprendizagem contínuo não só no contexto do estágio, bem como, na minha prática enquanto futura EEESMO.

Referências bibliográficas

- Graça, L. (2017). *Medicina Materno Fetal*. (5ª ed.). Lidel – edições técnicas, lda.
- Néné, M., Marques, R. & Batista, M. (Coord.). (2016). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. (1ª ed.). Lidel – edições técnicas, lda.

Apêndice D- Reflexão segundo o Ciclo Reflexivo de Gibbs

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA
Unidade Curricular – Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final
Reflexão segundo o Modelo Reflexivo de Gibbs
Junho 2024

Descrição

Num contexto clínico, durante o meu segundo ano do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, numa sala de partos, prestava cuidados a uma parturiente de vinte e quatro anos que se encontrava na fase de período expulsivo. A utente era saudável, esta era a sua primeira gravidez e estava com 40 semanas e 3 dias de gestação. Foi uma gravidez de baixo risco vigiada no centro de saúde da sua área de residência, entrou em trabalho de parto espontaneamente e estava sob analgesia epidural que a mesma solicitou quando chegou à sala de partos. A utente tinha iniciado esforços expulsivos há cerca de 30 minutos e durante este período alternou diferentes posicionamentos: sentada, semi-sentada, lateralizada para a direita e para a esquerda. No final, optou por ficar semi-sentada pois era a posição que lhe conferia maior conforto e na qual sentia que conseguia efetuar esforços expulsivos mais eficazes. Durante esta fase, sugeri a aplicação de compressa morna no períneo que a puérpera aceitou e verbalizou que ajudava no alívio da dor e relaxamento. Realizei avaliação dos tecidos do períneo (elasticidade e coloração) bem como acompanhei a distensão do mesmo enquanto visualizava a progressão da cabeça fetal, não constatando nenhum fator indicativo para realização de episiotomia. Com as minhas mãos (“hands on”), controlei a exteriorização da cabeça fetal, realizei a manobra de *Ritgen* modificada e assisti a parturiente no controlo voluntário dos esforços expulsivos e no controlo da respiração. Após o nascimento da cabeça fetal e da verificação de ausência de circulares cervicais, consequentemente foram exteriorizados os ombros e o restante corpo. Nasceu um nado vivo do sexo feminino com 3130g de peso e IA 9/10/10.

Após a dequitação, realizei a inspeção do canal de parto e períneo constatando uma possível laceração de grau III. Pedi apoio à minha supervisora clínica que observou a laceração, realizou toque retal verificando a integridade da parede retal e confirmou o tipo de laceração. Solicitámos observação da equipa médica que também confirmou ser

uma laceração de grau III e procedeu à sua correção. Antes da obstetra iniciar a sutura perineal, administrei analgesia via cateter epidural para garantir que a puérpera não sentisse dor durante o procedimento. Falei sobre o sucedido com a minha supervisora clínica, analisámos passo-a-passo o que tinha acontecido no parto e quais tinham sido as nossas intervenções, avaliando-as e percebendo que não tinha havido nenhum indício que nos fizesse ter tomado decisões diferentes e que pudesse ter mudado o ocorrido. Quando a equipa médica terminou de suturar, realizei os cuidados de higiene à utente e transferi-a juntamente com a recém-nascida e o marido para o quarto onde realizaram o puerpério imediato.

Sentimentos

Inicialmente, encontrava-se calma e contente pois o período expulsivo estava a decorrer de forma linear, estava garantido o bem-estar fetal e materno e a parturiente transmitia estar satisfeita e tranquila com os cuidados que lhe estavam a ser prestados dando enfoque na liberdade de movimentos e sugestão de técnicas não farmacológicas de alívio de dor. Após o nascimento, fiquei surpresa quando percebi a hemorragia a nível perineal e quando verifiquei que a laceração era extensa, diferente das lacerações que tinha observado nos partos anteriores. Quando a equipa médica confirmou o grau da laceração tive a sensação de culpa e responsabilizei-me pelo ocorrido. Senti necessidade de falar com a minha supervisora clínica de forma a perceber o que tinha feito de errado e o que podia melhorar. Após a conversa, senti-me mais tranquila e percebi que estas situações embora sejam desagradáveis podem acontecer.

Avaliação

Destaco como ponto positivo, os cuidados que prestei à utente durante o seu trabalho de parto com enfoque, no período expulsivo, nomeadamente, o respeito pelos desejos da mesma, a comunicação estabelecida e o envolvimento do casal nos cuidados e na tomada de decisão (liberdade de movimentos e posições e a aplicação de calor no períneo). Considero ainda positivo, a análise realizada no final do parto com a minha supervisora clínica. Ajudou-me a rever todos os passos, a perceber se a minha avaliação tinha sido correta e o que poderia melhorar no futuro.

Como ponto a melhorar, ressalvo a avaliação perineal que deve ser contínua durante esta fase do trabalho de parto bem como, o aprimoramento da minha capacidade de realização correta da manobra de *Ritgen* modificada e da avaliação/ decisão quanto à realização de episiotomia.

Análise

De acordo com Ferreira (2017), as lacerações perineais são classificadas tendo em conta os planos teciduais atingidos. Desta forma, a laceração de grau III é classificada como uma lesão perineal que envolve o complexo do esfíncter anal atingindo menos de 50% do esfíncter anal externo. A lesão da mucosa retal quando não é devidamente identificada e corretamente suturada pode resultar em fistulas retovaginais com compromisso da qualidade de vida da mulher (Graça, 2017).

Existem medidas preventivas e protetoras das lesões perineais, nomeadamente, o controlo da expulsão do polo cefálico orientando a parturiente durante os esforços expulsivos (redução de 50 a 70% de incidência de lesões do esfíncter anal), suporte manual do períneo, aplicação de calor através de uma compressa quente no períneo, massagem perineal com lubrificante e realização de episiotomia sendo importante salientar que esta não deve ser feita por rotina (Graça, 2017). Segundo Ferreira (2017), entre as várias técnicas de suporte manual do períneo evidencia-se a técnica de flexão da cabeça fetal e a manobra de *Ritgen* modificada: a técnica de flexão da cabeça fetal consiste na manutenção da flexão da mesma durante o coroamento exercendo pressão na apresentação fetal em direção ao períneo; a manobra de *Ritgen* modificada traduz-se na colocação da mão do Enfermeiro especialista de saúde materna e obstetrícia (EESMO) no períneo aplicando pressão sobre a face e mento do feto através do períneo enquanto que a outra mão fica contra o polo cefálico de maneira a controlar a velocidade da sua exteriorização sendo isto realizado durante a contração.

Mesmo tendo em conta todas estas estratégias que minimizam o trauma perineal, esta não é uma tarefa fácil e não existem intervenções ou abordagens milagrosas durante o trabalho de parto sendo o sucesso do mesmo resultante de um esforço conjunto entre a parturiente/ casal e o EESMO (Ferreira, 2017).

Conclusão

Concluo que é necessário manter sempre uma constante avaliação dos tecidos perineais e promover cuidados que diminuam o seu trauma, como por exemplo, respeitar e sugerir posições de parto promotoras da proteção perineal e qua vão ao encontro da vontade da parturiente. Desta forma, é possível diminuir a ocorrência de lacerações extensas e mesmo de realização de episiotomia. Reconheço que embora seja realizado um trabalho conjunto entre o EESMO e a parturiente/ casal de forma a prevenir formas mais graves de trauma perineal, este pode acontecer e devo ter a capacidade de avaliá-lo corretamente e pedir colaboração de outros profissionais que estejam melhor capacitados para também avaliar e corrigir este tipo de laceração.

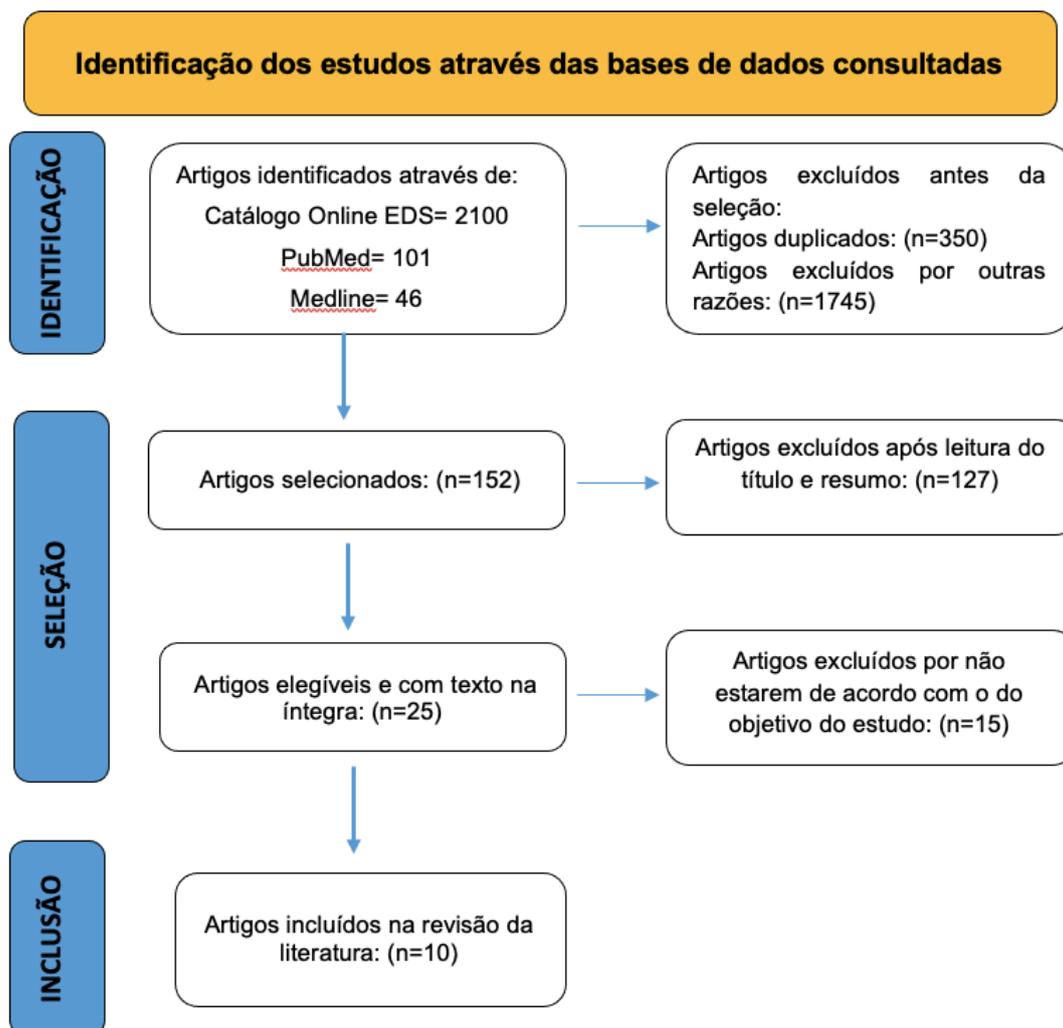
Plano de ação

Futuramente, pretendo desenvolver competências durante a minha prática clínica que me permitam avaliar progressivamente melhor o períneo das parturientes, antes e após o parto, e tomar decisões que diminuam o seu trauma a fim de contribuir para uma melhor recuperação após o parto. Considero este um objetivo de aprendizagem contínuo não só no contexto do estágio, bem como, na minha prática enquanto futura EEESMO.

Referências bibliográficas

- Graça, L. (2017). *Medicina Materno Fetal*. (5ª ed.). Lidel – edições técnicas, lda.
- Ferreira, H. (2017). *Minimizar o Trauma Perineal da Mulher em Trabalho de Parto - Contributos do Enfermeiro Obstetra* [Relatório de estágio, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/20991>

Apêndice E – Diagrama de Seleção dos Estudos



Apêndice F – Quadro Resumo dos Artigos

<p>Artigo 1: “A experiência de mulheres no pós-parto sobre o planeamento familiar” (2019) Autores: Santos, K., Paixão, G., Brito, P., Jerônimo, A. & Oliveira, E.</p>	
<p>Objetivos/ Metodologia/ Nível de evidência</p>	<p>Estudo descritivo-exploratório de abordagem qualitativa, realizado a uma população-alvo de 17 mulheres no período de até um ano pós-parto utilizando entrevistas semiestruturadas para a colheita de dados com o objetivo de analisar a experiência das mulheres no pós-parto acerca do planeamento familiar. Nível 4.</p>
<p>Resultados/ Conclusões</p>	<p>Estima-se que o planeamento familiar pós-parto reduz 30% a mortalidade materna e 10% a mortalidade infantil sendo este premente para diminuir o número de gravidezes que acontecem com intervalos encurtados entre elas e conseqüentemente aumentar a sobrevivência materno-infantil. O aconselhamento anticoncepcional no pós-parto está relacionado com o aumento da adesão aos métodos anticoncepcionais e correta gestão dos mesmos sendo necessário que um profissional devidamente capacitado realize este aconselhamento para que o resultado seja positivo. O EESMO é um profissional de saúde competente para orientar quanto à escolha personalizada do método anticoncepcional indicado dado que no exercício das suas funções tem em conta fatores como a idade da mulher, número de filhos, compreensão e tolerância ao método, pretensão de um projeto de parentalidade futura e existência de patologias prévias que sejam contraindicativas ou agravadas por o uso de um método anticoncepcional.</p>
<p>Artigo 2: “Evaluating the Implementation of an Intervention to Improve Postpartum Contraception in Tanzania: A Qualitative Study of Provider and Client Perspectives” (2020) Autores: Hackett, K., Huber-Krum, S., Francis, J., Senderowicz, L., Pearson, E., Siril, H., Ulenga, N. & Shah, I.</p>	
<p>Objetivos/ Metodologia/ Nível de evidência</p>	<p>Estudo qualitativo realizado tendo por base entrevistas a 15 prestadores de cuidados e a 47 mulheres que compuseram a amostra. Tem como objetivo avaliar a implementação da introdução de dispositivos intrauterinos no pós-parto na Tanzânia. Nível 4.</p>
<p>Resultados/ Conclusões</p>	<p>As gravidezes não planeadas levantam questões preocupantes de saúde pública devido à sua associação com o aumento da morbidade e</p>

	<p>mortalidade materna e infantil. Esta realidade é ainda mais alarmante nos países de baixo e médio rendimento sendo crucial mudar este cenário. Informação recolhida em 57 países, estima que 62% das mulheres não têm as suas necessidades contraceptivas satisfeitas após o parto. Os profissionais de saúde, nomeadamente, as parteiras reconheceram que os cuidados no pós-parto são, muitas vezes, direcionados desproporcionalmente para o bem-estar do recém-nascido e não na mãe. É premente que o aconselhamento anticoncepcional seja centralizado na mulher e os profissionais devem utilizar como estratégia, iniciá-lo durante os cuidados pré-natais dado se ter constatado existir barreiras socioeconómicas que, frequentemente, impossibilitam as mulheres de recorrer aos serviços de saúde após o parto. As parteiras afirmam ainda que a melhoria da sua formação na área do aconselhamento anticoncepcional no pós-parto, o aumento de recursos humanos e do fornecimento de um maior número e variedade de métodos anticoncepcionais fortaleceriam a sua prestação de cuidados.</p>
<p>Artigo 3: “O enfermeiro promotor da saúde sexual e reprodutiva na adolescência: o caso do planeamento familiar” (2020) Autores: Godinho, A., Florentino, D., Violante, F., Dias, H. & Coutinho, E.</p>	
<p>Objetivos/ Metodologia/ Nível de evidência</p>	<p>Scoping review que assenta na revisão de 3 artigos e cujo objetivo foi identificar os cuidados de enfermagem realizados na área do planeamento familiar que são promotores da saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes. Nível 3.</p>
<p>Resultados/ Conclusões</p>	<p>A intervenção do EEESMO passa por orientar as mulheres na sua dimensão sexual e reprodutiva através da promoção de vivências positivas da sexualidade, estratégias de prevenção de gravidezes indesejadas e regulação da fertilidade, aconselhamento anticoncepcional e prevenção da transmissão de infeções sexualmente transmissíveis. O planeamento familiar envolve decisões pessoais, sociais, culturais, económicas e religiosas tendo como objetivo a promoção de uma vivência saudável e segura da sexualidade, redução da morbilidade e mortalidade materna, perinatal e infantil, melhoria do bem-estar e da saúde das mulheres e famílias, entre outros. O EEESMO tem um papel diferenciado na medida</p>

	em que, para algumas mulheres, atua a nível da prevenção/ adiamento de uma gravidez e, para outras, atua no tratamento da infertilidade.
<p>Artigo 4: “Perceção de enfermeiros portugueses sobre a tomada de decisão contraceptiva de mulheres após aborto voluntário: Contributo de um grupo focal” (2021)</p> <p>Autores: Palma, S., Presado, M. & Aures-de-Campos, G.</p>	
<p>Objetivos/ Metodologia/ Nível de evidência</p>	<p>Estudo descritivo de abordagem qualitativa com uma amostra constituída por 5 EEESMO que exerciam funções na consulta de interrupção voluntária de gravidez de uma unidade hospitalar da região de Lisboa e Vale do Tejo, em Portugal. O objetivo foi compreender a perceção dos EEESMO sobre os aspetos que estão na base da escolha de um método anticoncepcional pelas mulheres após realização de uma IVG. Nível 4.</p>
<p>Resultados/ Conclusões</p>	<p>A nível mundial estima-se que aproximadamente 44% das gravidezes não são planeadas e 56% terminam em aborto resultante da não utilização, falha e/ou uso incorreto dos métodos anticoncepcionais. Os EEESMO são agentes essenciais na promoção da saúde reprodutiva onde se inclui o aconselhamento anticoncepcional. Estes têm competências regulamentadas que alicerçam o exercício da sua atividade profissional onde se insere a promoção da saúde da mulher, o planeamento familiar e o aconselhamento anticoncepcional. Os EEESMO preocupam-se e reconhecem que é importante ter em conta o respeito pelo desejo das mulheres, o nível de literacia em saúde, o enquadramento socioeconómico e o contexto cultural de forma a compreender as condicionantes das suas escolhas contraceptivas e apoiá-las eficazmente. O planeamento familiar é um recurso que possibilita as mulheres e os homens de decidir o seu projeto de parentalidade de forma livre e informada.</p>
<p>Artigo 5: “Processo de transição de mulheres em idade reprodutiva: da interrupção voluntária da gravidez, ao autocuidado na adesão e gestão de métodos de contraceção” (2021)</p> <p>Autores: Santos, A.</p>	
<p>Objetivos/ Metodologia/ Nível de evidência</p>	<p>Tese de doutoramento que assentou num estudo qualitativo cuja amostra foi constituída por 21 intervenientes que experienciaram um processo de interrupção voluntária da gravidez até às 10 semanas de gestação. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com o objetivo de compreender o processo de transição para o autocuidado na adesão e gestão de métodos</p>

	anticoncepcionais em mulheres que experienciaram, previamente, uma interrupção voluntária da gravidez. Nível 4.
Resultados/ Conclusões	Em Portugal, o planeamento familiar é imprescindível para a saúde sexual e reprodutiva das mulheres bem como para o seu bem-estar e qualidade de vida, existindo políticas de saúde que permitem o acesso gratuito às consultas de planeamento familiar e aos métodos anticoncepcionais. Os EEESMO participam ativamente nas consultas de planeamento familiar, em programas de educação sexual e reprodutiva nas escolas e no aconselhamento sobre os métodos anticoncepcionais. Enquanto promotores do autocuidado têm a oportunidade de promover o autocuidado das mulheres através da adesão e gestão dos métodos anticoncepcionais que pressupõe a aquisição de conhecimentos prévia.
Artigo 6: “The views of postnatal women and midwives on midwives providing contraceptive advice and methods: a mixed method concurrent study” (2021) Autores: Walker, S., Hooks, C. & Blake, D.	
Objetivos/ Metodologia/ Nível de evidência	Estudo exploratório de abordagem qualitativa e quantitativa em que foram realizadas entrevistas a 21 parteiras e 10 mulheres no pós-parto e aplicado um inquérito a 227 mulheres em 5 hospitais no Reino Unido. O objetivo foi analisar as opiniões sobre a anticonceção fornecida pelas parteiras que se encontram na prestação ativa de cuidados e pelas mulheres que estas assistem. Nível 4.
Resultados/ Conclusões	O aconselhamento anticoncepcional prestado durante a gravidez aumenta a probabilidade de adoção de um método anticoncepcional fiável no pós-parto. Embora as mulheres estejam predispostas a utilizar um método anticoncepcional, muitas não recebem aconselhamento pré-natal e pós-parto adequado originando a falta de adesão à anticonceção e, consequentemente, aumento da incidência de gestações com intervalos inferiores aos 18 meses desde o nascimento até à nova conceção. As parteiras são profissionais que acompanham as mulheres ao longo do seu percurso obstétrico e são competentes para oferecer serviços e aconselhamento anticoncepcional. Estas referem que o aconselhamento deve fazer parte dos cuidados pré-natais salientando a necessidade de receberem formação continua a atualizada durante o seu percurso

	profissional bem como material de apoio que suporte as informações que transmitem.
Artigo 7: “The role of the midwife in postpartum family planning services: a case study on three different health facilities in South Central Java” (2022)	
Autores: Kusuma, I., Damayanti, R. & Prasetyo, S.	
Objetivos/ Metodologia/ Nível de evidência	Estudo qualitativo descritivo em que os dados foram recolhidos por meio da realização de entrevistas a 9 parteiras e 10 puérperas com idades compreendidas entre os 21 e os 49 anos e que exerciam funções em contexto hospitalar e nos cuidados de saúde primários na Indonésia. O objetivo deste estudo era investigar os cuidados obstétricos no âmbito do planeamento familiar no pós-parto na ótica dos profissionais de saúde (parteiras) e das clientes em três unidades de saúde na Indonésia. Nível 4.
Resultados/ Conclusões	A necessidade de acompanhamento da mulher no período pós-parto torna-se uma oportunidade para a parteira promover o planeamento familiar. Esta profissional é das mais procuradas pelas mulheres para prestar aconselhamento anticoncepcional sendo que este não deve ser só promovido após o parto, mas sim durante a gravidez com enfoque no 3º trimestre. O início atempado do aconselhamento contribui para o aumento do conhecimento materno, desmistificação de mitos e crenças erróneas e escolhas contraceptivas eficazes.
Artigo 8: “Women’s experiences of, and preferences for, postpartum contraception counselling” (2023)	
Autores: Li, C., Botfield, J., Amos, N. & Mazza, D.	
Objetivos/ Metodologia/ Nível de evidência	Estudo qualitativo realizado a 20 mulheres com idades compreendidas entre os 18 e 40 anos que falavam a língua inglesa e com pelo menos 1 filho com idade inferior a 5 anos O objetivo foi explorar as experiências e preferências das mulheres australianas no acesso ao aconselhamento anticoncepcional no pós-parto. Nível 4.
Resultados/ Conclusões	Globalmente, cerca de dois terços das mulheres durante o pós-parto têm as suas necessidades contraceptivas não satisfeitas. Esta realidade para além de estar relacionada com fatores pessoais e sociais é também influenciada pela falta de acesso aos profissionais de saúde indicados e, conseqüentemente, informação contraceptiva de qualidade (métodos

	<p>disponíveis, uso correto, benefícios, contraindicações, etc.). As mulheres preferem que o aconselhamento anticoncepcional seja fornecido pelas parteiras ressaltando características como a compaixão, confiança e cuidado como presentes nestas profissionais. A adesão à anticonceção no pós-parto é maior quando mais cedo for iniciado o aconselhamento nas consultas de acompanhamento pré-natal. Sendo as parteiras profissionais que acompanham as mulheres/ casais desde a preconcepção até ao pós-parto são consideradas fontes de informação preferenciais e fiáveis podendo oferecer continuidade de cuidados e impulsionar o interesse pelo aconselhamento anticoncepcional pós-parto. A existência de práticas organizadas e consistentes promove as oportunidades de planeamento familiar.</p>
<p>Artigo 9: “Perceived barriers and opportunities of providing quality family planning services among Palestinian midwives, physicians and nurses in the West Bank: a qualitative study” (2024) Autores: Hassan, S., Masri, H., Sawalha, I. & Mortensen, B.</p>	
<p>Objetivos/ Metodologia/ Nível de evidência</p>	<p>Estudo qualitativo realizado entre Agosto e Setembro de 2022 em 7 centros de saúde na Palestina através da utilização de entrevistas presenciais e semiestruturadas a 13 profissionais de saúde incluindo parteiras, médicos e enfermeiros. O objetivo foi compreender como os profissionais de saúde percecionam as suas capacidades, oportunidades e barreiras na prestação de cuidados no âmbito do planeamento familiar. Nível 4.</p>
<p>Resultados/ Conclusões</p>	<p>O aumento das taxas de gravidez não planeada e indesejada traduzem as lacunas no acesso ao planeamento familiar. Sabe-se que o planeamento familiar é uma intervenção custo-efetiva comprovada não só a nível dos seus benefícios na morbilidade e mortalidade materna e infantil, mas também, melhoria das condições socioeconómicas (redução dos níveis de pobreza), diminuição do número de abortos, aumento das oportunidades educacionais, melhoria da qualidade de vida e promoção do empoderamento feminino. As parteiras detêm um potencial significativo para prestar cuidados de planeamento familiar qualificados, eficientes e equitativos, mas as suas capacidades continuam subutilizadas. Estas enfrentam muitos desafios tais como, conhecimento/ formação clínica insuficiente (falta de formação contínua e atualizada ao longo dos anos de</p>

	serviço), falta de recursos e regulamentação que defenda o exercício da sua profissão, falta de apoio interprofissional, ambiente de trabalho hostil e remuneração insuficiente.
<p>Artigo 10: “An exploration of the contraceptive counselling practices of midwives who provide postpartum care in Australia” (2024)</p> <p>Autores: Cheney, K., Mignacca, E., Black, K., Homer, C. & Bradfield, Z.</p>	
<p>Objetivos/ Metodologia/ Nível de evidência</p>	<p>Estudo transversal com abordagem quantitativa e qualitativa com aplicação de um inquérito online a parteiras australianas que prestam cuidados no período do pós-parto, durante 6 meses. O objetivo prende-se com explorar as práticas clínicas das parteiras que prestam aconselhamento anticoncepcional às mulheres na Austrália. Nível 3.</p>
<p>Resultados/ Conclusões</p>	<p>A otimização da saúde antes de uma gravidez faz uma diferença significativa nos resultados para a saúde da mulher e do bebé. A prevenção de uma gravidez indesejada pode estar a ocasionar encurtamento do processo de amamentação, depressão pós-parto, aborto e perda de oportunidades laborais e escolares. As parteiras consideram que a intervenção no período pós-parto é imprescindível para combater esta situação, mas o momento mais apropriado de aconselhamento deve começar no período pré-natal de forma a reduzir todas as “novas informações” no período pós-parto e só atualizar os conhecimentos já adquiridos para facilitar a tomada de decisão antes da alta hospitalar. O acesso atempado aos cuidados de saúde sexual e reprodutiva é crucial sendo as parteiras o “motor” que impulsiona as oportunidades educacionais e, conseqüentemente, o empoderamento feminino.</p>

Apêndice G- Registo Final de Vigilâncias



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

Nome do Aluno Catarina Santos Pires Nº 52466

1 - Vigilância e prestação de cuidados à grávida • Exames pré-natais (100)	301
2 - Vigilância e prestação de cuidados à parturiente	
• Partos eutócicos (40) _____	42
• Participação activa em partos pélvicos _____	0
• Participação activa em partos gemelares _____	0
• Participação activa noutros partos _____	30
• Episiotomia _____	4
• Episiorrafia / perineorrafia _____	31
3 - Vigilância e prestação de cuidados a mulheres em situação de risco (40)	
• Gravidez _____	290
• Trabalho de parto _____	57
• Puerpério _____	35
4 - Vigilância e prestação de cuidados a puérperas saudáveis (100)	115
5 - Vigilância e prestação de cuidados a RN saudáveis (100)	114
6 - Vigilância e prestação de cuidados a RN de risco	37
7 - Vigilância e prestação de cuidados a mulheres com afecções ginecológicas.	25

Rubrica Professor
