

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

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Relatório de Estágio

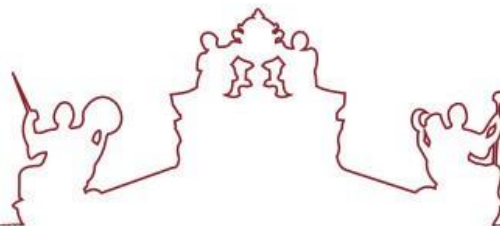
Partograma: O Instrumento *Gold Standard* na Assistência à Mulher em Trabalho de Parto

Inês Isabel Marujo Carvalho Santos

Orientador(es) / M. Sim-Sim

Évora 2022





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

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Relatório de Estágio

**Partograma: O Instrumento *Gold Standard* na Assistência à Mulher
em Trabalho de Parto**

Inês Isabel Marujo Carvalho Santos

Orientador(es) / M. Sim-Sim

Évora 2022



AGRADECIMENTOS

O presente relatório é o resultado de uma longa jornada de aprendizagem clínica e pessoal, para culminar no que mais ansiava em termos profissionais, ser Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

À Professora Doutora Margarida Sim-Sim, o meu mais profundo agradecimento por todas as reuniões que tivemos, todo o apoio prestado ao longo dos estágios e da construção do relatório.

Ao Miguel, o meu marido, que foi a primeira pessoa a incentivar-me e apoiar-me na minha ingressão no curso, substituindo-me nos cuidados à nossa filha e pelo facto de nunca me deixar desistir quando tudo parecia “demais”.

À nossa família, avós, mãe, tia, sogros, por nos apoiarem neste longo caminho e por me motivarem a querer ser sempre a excelência da profissão que escolhi.

Às Enfermeiras Supervisoras, Fátima, Davina, Carla e Ana, pelo empenho, dedicação, oportunidades de aprendizagem, transmissão de conhecimento e experiências.

A todos os profissionais do Serviço de Ginecologia e do Serviço de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia, pelas trocas, pela paciência e pelas palavras encorajadoras e de ânimo ao longo destes 2 anos.

Às minhas amigas, as do Alentejo e as do Algarve, pelo apoio contínuo e pelos telefonemas longos.

Por último, em memória ao meu avô Viriato que viu o começo deste sonho, mas que já não pode festejar comigo a alegria do final desta jornada.

RESUMO

TÍTULO: “Partograma: O Instrumento *Gold Standard* na Assistência à Mulher em Trabalho de Parto”

Introdução. O exercício como especialista em Saúde Materna e Obstétrica exige, através do 2º ciclo de formação acadêmica, um processo de aquisição de competências. Baseado num *curriculum* escolar, proporciona desenvolvimento teórico-prático, manifestado nos atos supervisionados, robustecidos com evidência científica e incursão na investigação. **Objetivo.** Documentar as experiências ocorridas nos campos clínicos, ilustrando práticas cuidativas e aplicação de ferramentas de investigação. **Metodologia.** Descrição dos contextos clínicos e experiências, complementadas com aprofundamento do tema “Partograma”. A reflexão sobre a clínica é sustentada por estratégias de aprendizagem, como jornais, estudo de caso, revisão temática. **Resultados.** Aquisição de competências revelou-se satisfatória, através das avaliações positivas na clínica. A exploração da temática partograma contribuiu para o conhecimento dos cuidados periparto e confirma a importância do instrumento. **Conclusões.** A aquisição de competências permite, o caminho para um exercício que se deseja de qualidade. O estudo do partograma afirma inequivocamente a sua importância no acompanhamento da parturiente.

Descritores (DeCS). Trabalho de Parto; Parto; Instrumentação; Obstetrícia; Enfermeiras Parteiras; Técnicas de Diagnóstico, Obstétricas e Ginecológicas

ABSTRACT

TITLE: "Partogram: The Gold Standard Instrument in Assistance to Women in Labor"

Introduction. The exercise as a specialist in Maternal and Obstetric Health requires, through the 2nd cycle of academic training, a process of acquiring skills. Based on a school curriculum, it provides theoretical and practical development, manifested in supervised acts, strengthened with scientific evidence and incursion into research.

Objective. Document experiences in clinical fields, illustrating care practices and application of research tools. **Methodology.** Description of clinical contexts and

experiences, complemented by the deepening of the theme "Partogram". Reflection on the clinic is supported by learning strategies, such as newspapers, case studies, thematic review.

Results. Acquisition of skills proved to be satisfactory, through positive evaluations in the clinic. The exploration of the partograph theme contributed to knowledge of peripartum care and confirms the importance of the instrument.

Conclusions. The acquisition of skills allows the path to a quality exercise that is desired. The study of the partograph unequivocally affirms its importance in monitoring the parturient.

Descriptors. Labor Obstetric; Parturition; Instrumentation; Midwifery; Nurse Midwives; Diagnostic Techniques, Obstetrical and Gynecological

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	11
2. CONTEXTO CLÍNICO DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL	13
2.1. CARATERIZAÇÃO DO CONTEXTO	13
2.1.1. <i>Cuidados de Saúde Diferenciados – Centro Hospitalar Universitário do Algarve</i>	14
2.1.1.1. Unidade de Faro - Caraterização dos Recursos Materiais da Área de Obstetrícia	15
2.1.1.2. Unidade de Faro - Caraterização dos Recursos Humanos da Área de Obstetrícia	18
2.1.1.3. Unidade de Faro – Funcionalidade para o(s) utentes	21
2.1.1.4. CHUA – Dados estatísticos de consultas de DPN, de natalidade e rastreios	22
2.2. METODOLOGIA DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL	25
2.2.1. <i>Objetivos do Estágio do Estágio de Natureza Profissional</i>	25
2.2.2. <i>Abordagem Metodológica das Práticas Clínicas no Estágio do Estágio de Natureza Profissional</i>	26
2.2.2.1. Estratégias de Observação e de Treino Clínico	26
2.2.2.2. Estratégias de Reflexões Temáticas	27
2.2.2.3. Estratégias de Pesquisa Bibliográfica para Revisão Temática	27
2.2.2.4. Estratégias de Aprofundamento Temático com Estudo de Caso	28
2.2.2.5. Outros Contributos para o Desenvolvimento	28
3. CONTRIBUTO PARA A ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA	30
3.1. CONCRETIZAÇÃO (REVISÃO DA LITERATURA)	30
3.1.1. <i>Metodologia da Revisão</i>	30
3.1.2. <i>Análise dos Resultados da Revisão como Contributo para o Desenvolvimento da Temática</i>	32
3.2. RESULTADOS EMPÍRICOS DO EXERCÍCIO DE APLICAÇÃO DO PARTOGRAMA	35
4. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE MOBILIZAÇÃO DE COMPETÊNCIAS	50
4.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	50
A - Responsabilidade profissional, ética e legal	50
B - Melhoria Contínua da Qualidade	52
C - Gestão dos Cuidados	54
D- Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais	56
4.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA	59
Competência 1 - Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período preconcepcional	59
Competência 2 – Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal	62
Competência 3 – Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o TP	64
Competência 4 – Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal	66
Competência 5 – Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério	67
Competência 6 – Cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica	68
Competência 7 – Cuida o grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade	69
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	71
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	73
ANEXOS	80
ANEXO I: PARTOGRAMA DA INSTITUIÇÃO CHUA – FARO	81
APÊNDICES	83
APÊNDICE A: PROPOSTA DE Tese (MODELO T-005) E RESUMO DE PLANO E CRONOGRAMA	84
	85
APÊNDICE B: REGISTO DE EXPERIÊNCIAS CLÍNICAS DA MESTRANDA	89

APÊNDICE C: JORNAIS DE APRENDIZAGEM	122
<i>Jornal de Aprendizagem 1: Ameaça de Parto Pré-termo</i>	124
<i>Jornal de Aprendizagem 2: Indução do TP</i>	126
<i>Jornal de Aprendizagem 3: Morte Perinatal</i>	128
<i>Jornal de Aprendizagem 4: Gravidez Gemelar</i>	130
<i>Jornal de Aprendizagem 5: Diabetes Gestacional</i>	132
<i>Jornal de Aprendizagem 6: Rastreamento Combinado do 1º Trimestre</i>	134
<i>Jornal de Aprendizagem 7: Técnicas Invasivas de Diagnóstico Pré-Natal</i>	136
<i>Jornal de Aprendizagem 8: Técnica de Diagnóstico Pré-Natal Não Invasiva</i>	138
<i>Jornal de Aprendizagem 9: Interrupção Voluntária da Gravidez</i>	141
<i>Jornal de Aprendizagem 10: Comunicação de Más Notícias em Obstetrícia</i>	143
<i>Jornal de Aprendizagem 11: Distocia de Ombros</i>	145
<i>Jornal de Aprendizagem 12: Patologias do Cordão Umbilical</i>	147
<i>Jornal de Aprendizagem 13: Episiotomia e Episiorrafia</i>	149
<i>Jornal de Aprendizagem 14: Contato pele-a-pele precoce e Amamentação na primeira hora pós-parto</i>	151
<i>Jornal de Aprendizagem 15: Acompanhante Significativo do TP e Parto</i>	153
<i>Jornal de Aprendizagem 16: Cuidados de Enfermagem no Puerpério</i>	155
<i>Jornal de Aprendizagem 17: Comunicação na Passagem de Turno</i>	157
<i>Jornal de Aprendizagem 18: Contraceção no Puerpério – Implante Contracetivo</i>	160
<i>Jornal de Aprendizagem 19: NIDCAP</i>	162
<i>Jornal de Aprendizagem 20: Hospital Amigo dos Bebés (IHAB)</i>	164
<i>Jornal de Aprendizagem 21: Rutura Artificial das Membranas Amnióticas (Amniotomia)</i>	166
<i>Jornal de Aprendizagem 22: Analgesia Epidural Obstétrica</i>	168
<i>Jornal de Aprendizagem 23: Rutura Uterina em Mulheres com Cesariana Anterior em TP</i>	170
<i>Jornal de Aprendizagem 24: Plano de Parto</i>	172
<i>Jornal de Aprendizagem 25: Parto Distócico – Fórceps e Ventosa</i>	174
<i>Jornal de Aprendizagem 26: Cesariana</i>	176
<i>Jornal de Aprendizagem 27: Covid-19 em Sala de Parto</i>	178
<i>Jornal de Aprendizagem 28: Métodos Não-Farmacológicos do Controlo da Dor</i>	180
<i>Jornal de Aprendizagem 29: Cardiotocografia</i>	182
<i>Jornal de Aprendizagem 30: Partograma</i>	184
APÊNDICE D: ESTUDO DE CASO	186
APÊNDICE E: FORMAÇÃO EM SERVIÇO “REGISTOS DE ENFERMAGEM – UNIDADE DE GRÁVIDAS”	187
APÊNDICE F: PROTOCOLO DE INVESTIGAÇÃO.....	188
APÊNDICE G: DESCRITORES/PALAVRAS-CHAVE/PERCURSO DA BUSCA NAS BASES DE DADOS	189
APÊNDICE H: PRISMA	193
APÊNDICE I: TEMAS EMERGENTES RESULTANTES DA REVISÃO TEMÁTICA.....	194
.....	194
APÊNDICE J: EXEMPLO DE PARTOGRAMA DA P3	195
APÊNDICE K: REVISÃO TEMÁTICA DOS DIAGNÓSTICOS MAIS FREQUENTES DA URGÊNCIA DE OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA	197

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 Assistência realizada	35
Tabela 2 Frequência e percentagens de nacionalidade de acordo com a paridade.....	38
Tabela 3 Cervicometria à data da entrada no serviço de Obstetrícia	39
Tabela 4 Mecanismo do TP.....	40
Tabela 5 Via do parto nas mulheres admitidas com cervicometria ≤ 6 cm	40
Tabela 6 Via do parto nas mulheres admitidas com cervicometria ≥ 6 cm	40
Tabela 7 Mecanismo do parto nas mulheres admitidas com cervicometria ≤ 6 cm.....	40
Tabela 8 Mecanismo do parto nas mulheres admitidas com cervicometria ≥ 6 cm.....	40
Tabela 9 Via do parto nas mulheres admitidas com cervicometria ≥ 5 cm	41
Tabela 10 Mecanismo do parto nas mulheres admitidas com cervicometria ≥ 5 cm.....	41
Tabela 11 Classificação do tempo de gestação dos recém-nascidos	42
Tabela 12 Distribuição dos recém-nascidos de acordo com o grupo de idade gestacional.....	43
Tabela 13 Idade Gestacional de acordo com a paridade.....	43
Tabela 14 Peso dos recém-nascidos por grupos	43
Tabela 15 Score de APGAR atribuído	44
Tabela 16 Planos de Lee identificados no exame vaginal	46
Tabela 17 Índice de Apgar dos RN com parto realizado pela mestranda	48

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Campos Clínicos do 1º Semestre do 1º Ano	14
Figura 2 Campos Clínicos do 2º Semestre do 2º Ano	14
Figura 3 Área de Influência do CHUA	15
Figura 4 Avaliação Inicial SClínico®	20
Figura 5 Profissionais de Enfermagem dos campos clínicos do estágio profissional	21
Figura 6 Consultas de DPN	23
Figura 7 Exames Invasivos no CDTPN CHUA-Faro	23
Figura 8 Representação percentual de partos por via vaginal e cesariana	24
Figura 9 Taxa de mortalidade por cancro da mama no país e Algarve	24
Figura 10 Exemplo de interface do software Rayyan	27
Figura 11 Prova da utilização do software Rayyan	31
Figura 12 Localização geográfica predominante dos estudos	31
Figura 13 Assistência aos TPs no Campo de Bloco de Partos	35
Figura 14 Percentual das participantes de acordo com os grupos etários	36
Figura 15 Nacionalidade das parturientes	36
Figura 16 Casos de partos a termo	37
Figura 17 Casos de partos pré-termo	37
Figura 18 Casos de Aborto, Gravidez Ectópica	37
Figura 19 Casos de filhos vivos	37
Figura 20 Vigilância da gravidez de acordo com a paridade	38
Figura 21 Frequência de rotura de Membranas de acordo com a paridade	38
Figura 22 Frequência de Epidural de acordo com a paridade	38
Figura 23 Tipo de parto	40
Figura 24 Frequência do tipo de parto de acordo com a paridade	41
Figura 25 Frequência dos resultados StreptB	42
Figura 26 Apgar atribuído ao 1º, 5º e 10º Minuto	44
Figura 27 Gráfico da pontuação atribuída no Apgar	44
Figura 28 Tempo de internamento no Bloco de Partos com cervicometria ≥ 3 cm	45
Figura 29 Relação entre vigilância dos BCF, & duração do TP & número de contactos com a parturiente	45
Figura 30 Planos de Lee	46
Figura 31 Frequência da realização de episiotomias	47
Figura 32 Distribuição dos grupos de peso do RN	47
Figura 33 Exemplo de TP [p3]	48
Figura 34 Resultados de recolha de dados em Web of Science	61

1. INTRODUÇÃO

O Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MESMO) é um curso de 2º ciclo oferecido pela Universidade de Évora (UÉ), registado na Direção-Geral do Ensino Superior (i.e., R/A-Ef 1783/2011/AL03), com parecer favorável da Ordem dos Enfermeiros (OE) (i.e., SAI-OE/2017/9022 e SAI-OE/2019/5981), que confere o conhecimento e competências, para solicitação do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO). É assim concordante com o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (CCEE) (i.e., Reg. nº 140/2019 de 6 de fevereiro) e com o Regulamento das Competências do EEESMO (i.e., Reg. nº 391/2019 de 3 de maio). Tais competências abrangem a vigilância de saúde da mulher no ciclo reprodutivo, nos processos de saúde/doença dos períodos pré-concepcional, pré, intra e pós-natal e ao recém-nascido (RN) até ao 28º dia de vida, assim como a Educação Sexual, Planeamento Familiar, Ginecologia, Climatério e Saúde Pública. Consoante as orientações do plano de Estudos da UÉ (i.e., Aviso n.º 15812/2019; DR 7/10/2019) coincidente nos conteúdos com a nova legislação do ano 2021 (i.e., Aviso n.º 3916/2021; Diário da República, 2ª Série, nº 43 de 3 março), faz parte a Unidade Curricular (UC) Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final (ENPRF).

O ENPRF, com 60 créditos ECTS, teve início a 14/09/2020 com término a 25/06/2021. Decorreu em vários campos clínicos, nomeadamente nas Consultas Externas, Internamento de Grávidas, Sala de Partos e Internamento de Puérperas. Os objetivos constavam do Planeamento da UC e dirigiam-se a:

- 1) Cuidar da mulher/companheiro inseridos na família e comunidade;
- 2) Demonstrar uma aquisição de conhecimentos conducente a uma proposta de melhoria de cuidados, considerando as vertentes teórico-práticas e a Prática Baseada na Evidência;
- 3) Defender através de um Relatório apresentado em provas públicas, a sua aquisição de competências ao longo do Estágio de Natureza Profissional (ENP).

Simultaneamente, foi no âmbito da assistência à mulher a vivenciar processos de saúde/doença durante o trabalho de parto (TP) e parto, que se aprofundou a área temática, dirigida à exploração e análise do Partograma. Na verdade, são conhecidos vários modelos de partograma, mas é necessária mais investigação para melhorar o desempenho e aumentar a sua fiabilidade (Lee et al., 2018).

O partograma foi universalmente definido como a “*gold standard*”, considerado a ferramenta ideal para a monitorização do TP, sendo recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (Dalal & Purandare, 2018). No entendimento da OMS, também houve modificação nos tempos de aplicação do partograma, já que o conceito de fase ativa do TP sofreu evolução.

O partograma (também denominado *partograph*) é geralmente um formulário de papel pré-impresso no qual as observações do TP são registadas. O objetivo do partograma é proporcionar uma visão geral pictórica do TP, alertar EEESMO e obstetras para desvios no bem-estar materno ou fetal, e no progresso do parto. Os gráficos contêm frequentemente linhas de alerta e de ação pré-impressas (Lavender et al., 2018). A maioria dos partogramas, tanto em papel como em formato eletrónico, incluem observações sobre a condição materna e fetal, campos para registo da progressão do TP, da dilatação cervical, dos planos de apresentação e das características das contrações presentes. As observações do TP de acordo com a progressão prevista pré-definida, permitem realizar o diagnóstico de TP prolongado ou distocia (Lavender & Bernitz, 2020).

Face à UC ENPRF, onde se percorreram diversos campos de cuidados e se aprofundou a temática do partograma, conforme a sua reconhecida importância no contexto dos cuidados especializados, é objetivo geral do atual documento: documentar as experiências ocorridas nos campos clínicos, ilustrando práticas cuidativas e aplicação de ferramentas de investigação.

Este documento está organizado em secções de acordo com as orientações escolares e utiliza o acordo ortográfico em vigor no país desde o ano 2009, aplicado na Universidade de Évora através da circular nº 4 de 2011 e obrigatório desde 2015. Encontra-se redigido de acordo com a norma APA (APA, 2020), adequada a trabalhos académicos.

2. CONTEXTO CLÍNICO DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

O contexto clínico, ou ambiente clínico de aprendizagem, compreende todo o envolvente, físico, humano e relacional, no qual o estudante realiza a experiência prática. O contexto clínico é fundamental para a aprendizagem, pois permite e ajuda os estudantes na integração entre a teoria e a clínica (Mbakaya et al., 2020). Os recursos, tanto humanos como materiais, são as vias através das quais se torna possível contactar com a realidade dos casos e levar para a prática os conteúdos teóricos (Saukkoriipi et al., 2020).

A realização do ENPRF exigiu a apresentação e submissão de um projeto (Apêndice A), onde se enunciaram as competências a adquirir ao longo do percurso nos campos clínicos, assim como de uma temática, na qual o estudante aprofundasse o conhecimento e que desse o título ao projeto. Além dos objetivos curriculares formais, para a sequência dos campos de estágios, definiram-se objetivos pessoais que se verteram nesse Apêndice. Correspondem esses objetivos a uma visão antecipatória do a) aprofundar o conhecimento na vertente clínica e b) desenvolver conhecimento na investigação, pautando-nos pela relação que a teoria e a prática possuem na evidência. Na verdade, à data do projeto, identificou-se a) necessidade de enfatizar a importância do instrumento no seguimento do TP, 2) carência da caracterização das parturientes, mas simultaneamente, em controvérsia 3) interesse em manter a utilização do partograma. Assim, objetivou-se traçar o perfil das parturientes, ao mesmo tempo que se desenvolve o conhecimento de instrumentos e de análise aplicados à investigação. De facto, uma das preocupações da mestranda que associam a teoria à clínica, foi a pesquisa temática sobre o partograma. Considere-se que os resultados esperados coincidem com o fundamento das competências (OE, 2018).

2.1. Caracterização do Contexto

O ENP ocorreu em diversos campos clínicos, onde foi possível experienciar cuidados de enfermagem especializados a grávidas, puérperas e utentes do foro ginecológico, além de uma incursão na área da Neonatologia. No primeiro semestre, que ocorreu entre 15 de setembro de 2020 a 25 de janeiro de 2021, durante 18 semanas, foram frequentados três campos clínicos como apresenta a figura 1.

1º Semestre – 2º Ano		
Período	Semanas	Campo Clínico
15/09 a 25/10/2020	6	Internamento de Grávidas – CHUA-Faro
26/10 a 6/12/2020	6	Consulta de Diagnóstico Pré-Natal – CHUA-Faro
7/12 a 31/01/2021	6	Bloco de Partos – CHUA-Faro

Figura 1 Campos Clínicos do 1º Semestre do 1º Ano

Dando continuidade ao Plano de Estudos do MESMO, o 2º semestre do 2º ano decorreu entre 8 de fevereiro de 2021 a 25 de junho de 2021, cumprindo-se 18 semanas. Os campos clínicos nos quais se realizaram as experiências clínicas estão enunciados na figura 2.

1º Semestre – 2º Ano		
Período	Semanas	Campo Clínico
8/02 a 20/03/2021	6	Internamento de Puerpério – CHUA-Faro
21/03 a 23/04/2021	4	Bloco de Partos – CHUA-Faro
26/04 a 25/06/2021	8	Bloco de Partos – CHUA-Faro

Figura 2 Campos Clínicos do 2º Semestre do 2º Ano

A caracterização do contexto refere-se à descrição detalhada dos recursos humanos e materiais, que estavam disponíveis para a aprendizagem. Inicia-se de uma forma ampla, concorrendo depois para maior especificação aos Cuidados de Saúde Materna.

2.1.1. Cuidados de Saúde Diferenciados – Centro Hospitalar Universitário do Algarve

O Centro Hospitalar Universitário do Algarve (CHUA), renomeado a 23 de agosto de 2017, ao abrigo do Decreto-Lei nº 101/2017, é composto por três unidades hospitalares – Faro, Portimão e Lagos – às quais se somam os Serviços de Urgência Básica (SUB) do Algarve, o Centro de Medicina Física e de Reabilitação do Sul e ainda o Centro Académico de Investigação e Formação Biomédica – Universidade do Algarve (UALG), fazendo com que este hospital seja uma referência no Serviço Nacional de Saúde (SNS). É uma instituição hospitalar de nível I (i.e., Portaria nº82/2014 de 10 de abril), responsável pela prestação de cuidados diferenciados na região do Algarve, bem como pelo apoio à formação pré, pós-graduada e contínua na área da saúde (i.e., CHUA, 2021). Na qualidade de hospital universitário, está vinculado a objetivos de avanço, aplicação de conhecimento e da evidência científica para a melhoria da saúde (i.e., artigo 4º; Decreto-Lei n.º 61/2018 de 3 de agosto).

A principal missão do CHUA é a consolidação de uma unidade de excelência no sistema de saúde, vocacionada para garantir a equidade e a universalidade do acesso e assistência, com vista à elevada satisfação dos doentes e dos profissionais (i.e., CHUA, 2021).

O CHUA assume a responsabilidade direta pela prestação dos cuidados de saúde diferenciados aos 16 concelhos do Algarve (84 freguesias) conforme figura 3, com uma área de 5412 Km², correspondente a 5,6% do território nacional, servindo 451.005 habitantes, número que pode triplicar sazonalmente (i.e., CHUA, 2021).



Figura 3 Área de Influência do CHUA

Fonte: www.arsalgarve.min-saude.pt/farmaciascontent/farmacias-de-servico-para-2021

A Unidade de Faro serve todo o Sotavento Algarvio (8 municípios), com uma população residente de 253000 habitantes, podendo este valor triplicar, dado o movimento migratório sazonal que ocorre no verão (i.e., CHUA, 2021). O Hospital de Faro encontra-se integrado na rede nacional de referência de materno-infantil, como hospital de apoio perinatal diferenciado, sendo o hospital de referência perinatal de toda a região do Algarve (i.e., Comissão Nacional de Saúde Materna e Neonatal, 2006. Organização Perinatal Nacional. http://static.publico.pt/docs/sociedade/Org_Perinatal_Nacional.pdf). De facto, no documento institucional, o comentário na pág. 18 sublinha textualmente, relativamente ao tópico Concentração dos Partos em Serviços Capacitados que, “no Algarve a situação está bem solucionada com os blocos de partos de Portimão (HAP) e Faro (HAPD)”.

2.1.1.1. Unidade de Faro - Caracterização dos Recursos Materiais da Área de Obstetrícia

A Área de Obstetrícia tem várias dependências, nomeadamente: 1) A Urgência de Obstetrícia e Ginecologia, que engloba a Admissão (Serviço de Urgência (SU) de Ginecologia e Obstetrícia, independente do SU Geral), o Internamento de Grávidas, o

Bloco de Partos (BP) e o Bloco Operatório, 2) o Internamento de Puérperas e 3) A Consulta de Diagnóstico Pré-Natal (CDPN). Localiza-se no 5º piso do edifício principal do hospital, exceto a CDPN que funciona no 2º piso do edifício das consultas externas.

Admissão. A Admissão é constituída por duas salas, sendo que em cada sala existe uma marquesa ginecológica, um ecógrafo para observação das utentes e um monitor de sinais vitais, dando sempre prioridade à privacidade de cada utente.

Ao lado da sala de admissão 2 existe uma sala de cardiocografias, equipada com uma maca e um cadeirão, onde as grávidas realizam as suas cardiocografias.

Posteriormente, com o aparecimento da pandemia de SARS-CoV₂ permite-se apenas uma grávida a realizar o exame, quando anteriormente existiam duas em simultâneo.

Para terminar, existe ainda uma sala de observação (SO), provida de um cardiocógrafa, um cadeirão, uma cama de partos, podendo ser usada em situação de parto eminente, caso as restantes salas de parto estejam ocupadas.

Internamento de Grávidas. É constituído por 15 camas na totalidade, existindo 3 camas por cada enfermaria, perfazendo assim um total de 5 enfermarias. É de realçar que essas mesmas 15 camas partilham o espaço físico com o Serviço de Ginecologia. Por vezes a lotação do Internamento de Grávidas atinge o seu limite, sendo por isso necessário requisitar uma enfermaria de Ginecologia.

Nas enfermarias a unidade de cada utente é constituída por uma cama separada por cortina, um armário e em espaço comum têm um lavatório, uma mesa de apoio, uma televisão e uma campainha. Cada unidade está ainda equipada com uma rampa de oxigénio, vácuo e ar comprimido.

A equipa multidisciplinar tem à sua disposição os seguintes recursos: quatro cardiocógrafos, com acesso à Central de *OmniView* para registo eletrónico das cardiocografias; bombas infusoras; monitores de sinais vitais e termómetros.

Existe ainda no serviço uma sala de trabalho de enfermagem com computadores e Central de *Omniview*, uma casa de banho para as utentes e outra para os profissionais de saúde. Com o aparecimento da pandemia existiu a necessidade e obrigatoriedade de ser reestruturado o serviço, passando a existir uma “Ala Covid”, localizada ao fundo do corredor do serviço de Internamento de Grávidas, após as portas corta-fogo. Nesta ala, existe uma sala de partos para mulheres que testem positivo ao SARS-CoV₂, com sanitários privados, cama de parto e o material necessário para um parto eminente. No

quarto ao lado, aloja-se a sala de reanimação do recém-nascido, onde serão prestados os primeiros cuidados. Se o bebê se apresentar hemodinamicamente estável, permanecerá ao longo de todo o internamento em alojamento conjunto com a puérpera.

Também existe uma enfermaria que poderá ser utilizada em caso de grávidas COVID+, mas que estejam para controlo sintomático.

Salas de Partos. No Serviço de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia existem quatro salas de partos, devidamente equipadas, cada uma com uma cama de partos; um cardiotocógrafo; um armário que contém todo o material auxiliar (seringas, agulhas, fios de sutura, pensos de cateter venoso periférico, tubos de colheita de sangue, ventosas, soros de lavagem, entre outros); uma mesa móvel que contém ferros de parto, uma trouxa de parto e uma bata; uma bancada de reanimação do recém-nascido; um aquecedor; uma banheira; fonte de oxigénio, vácuo e ar comprimido; um monitor de sinais vitais; um candeeiro de teto *pantoff* e um armazém de consumo clínico.

Sala Operatória. Na Sala Operatória existe uma maca operatória; um ventilador; um carro de anestesia (medicação endovenosa; material de apoio para ventilação, entubação, punção venosa periférica e soros); um carro de circulante (batas, trouxas de cesariana, pensos cirúrgicos, entre outros); três mesas móveis; um candeeiro de teto *pantoff*; e dois computadores, onde são realizados os registos na Cirurgia Segura e no BANestestic.

A técnica cirúrgica realizada neste bloco operatório é a cesariana eletiva ou de urgência. Podendo por vezes ser utilizado, quando existe uma retenção de placenta, para uma dequitação manual.

No Serviço de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia existe um carro de urgência devidamente homologado de acordo com a Orientação da Direção-Geral da Saúde nr. 008/2011.

Internamento de Puérperas. A enfermaria de puérperas, constituída por 34 camas, é o local onde é realizado o alojamento conjunto da puérpera e do recém-nascido. Dessas 34 camas existem quatro quartos individuais, reservados para situações específicas como por exemplo, puérperas com recém-nascidos com internamento na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) e/ou com doenças infectocontagiosas, além de patologias do ciclo gravídico-puerperal.

Nas enfermarias a unidade de cada utente é constituída por uma cama separada por cortina, um armário e em espaço comum têm um lavatório, uma mesa de apoio, uma televisão e uma campainha. Cada unidade está ainda equipada com uma rampa de oxigénio, vácuo e ar comprimido.

A equipa multidisciplinar tem ainda como recursos bombas infusoras, monitores de sinais vitais, termómetros e oxímetro.

Existe no espaço físico do internamento um berçário com banheiras, balanças para pesar os recém-nascidos e bancadas para prestação de cuidados e avaliação dos mesmos; sala de tratamento de enfermagem; sala de trabalho de enfermagem com computadores; duas casas de banho para as utentes e outra para os profissionais de saúde; o gabinete da enfermeira-chefe; e o armazém de consumo clínico.

Consulta de Diagnóstico Pré-Natal. No Centro de Diagnóstico e Terapêutica Pré-Natal (CDTPN) existem dois gabinetes, sendo que um desses gabinetes contém um ecógrafo para ecografias obstétricas.

O gabinete da CDPN de Enfermagem contém um monitor de sinais vitais; um armário com material para colheitas de análises e para realização de técnicas invasivas (biópsia das vilosidades coriônicas e amniocentese); uma mesa com um computador e um lavatório.

No espaço existe ainda uma casa de banho para os profissionais de saúde e para as utentes.

Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais. A experiência clínica decorreu em estágio de observação, durante uma semana na UCIN. Esta unidade tem capacidade para 12 incubadoras (5 postos intensivos com ventilador e 7 berços de cuidados intermédios) e ainda 6 berços. A UCIN integra o Serviço de Medicina Intensiva Pediátrica e Neonatal.

2.1.1.2. Unidade de Faro - Caraterização dos Recursos Humanos da Área de Obstetrícia

A Área de Obstetrícia é dirigida por especialistas, no campo da Obstetrícia médica e no campo da Enfermagem, por especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e por especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Existe uma equipa multidisciplinar, que integra médicos, enfermeiros e assistentes operacionais.

A equipa de enfermagem do Serviço de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia é constituída por 28 EEESMO e 15 Enfermeiros de Cuidados Gerais.

O Serviço de Admissão está sempre atribuído a duas EEESMO, onde o método de trabalho é o método de tarefa (Costa, 2004), uma dessas enfermeiras está sempre de prevenção de COVID, pois poderá ter de sair desse posto, para prestar cuidados de enfermagem especializados unicamente às grávidas com teste positivo ao SARS-CoV₂.

O Internamento de Grávidas está sempre distribuído a duas EEESMO, onde o método de trabalho é o método de tarefa.

Nas Salas de Parto estão sempre distribuídas duas Enfermeiras, podendo ocorrer turnos com uma EEESMO e uma enfermeira de cuidados gerais, porém em caso de necessidade as enfermeiras EEESMO distribuídas pela admissão podem ter que prestar cuidados nas salas de parto. A Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MCEESMO), define como dotações seguras: a) no 1º estágio do TP o rácio deverá ser de 1:2, b) no 2º estágio do TP o rácio deverá ser de 1:1. É de salientar ainda, que a MCEESMO menciona que no 3º e no 4º estágio a responsabilidade da assistência é do profissional envolvido no 2º estágio, assemelhando-se ao modelo *one-to-one*. Também a prestação dos cuidados e a gestão dos mesmos, é da exclusiva competência do EEESMO, pelo que só estes asseguram e estão habilitados a exercer funções/atividades específicas do seu exercício profissional no Bloco de Partos (i.e., OE. Parecer 49/2019). Para o Bloco Operatório existem dois postos de trabalho, o de Enfermeiro de Anestesia e o de Enfermeiro Circulante, estando sempre distribuídas as enfermeiras de cuidados gerais do serviço.

Os horários que são praticados no Serviço de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia e Internamento de Puérperas compreendem o turno da manhã (8h00-16h00), da tarde (15h30-00h00) e o da noite (23h30-08h30).

A equipa de enfermagem do Serviço de Internamento de Puerpério é constituída 21 enfermeiras de cuidados gerais, uma enfermeira EESMO e duas enfermeiras EESIP.

O método de trabalho adotado no Internamento de Puerpério é o método individual de trabalho, sendo as puérperas distribuídas pelas enfermeiras de serviço equitativamente. No turno da manhã (8h00-16h00) estão sempre quatro enfermeiras distribuídas; no turno da tarde (15h30-00h00) estão três enfermeiras; no turno da noite (23h30-08h30m) estão sempre duas enfermeiras.

A equipa de enfermagem do Serviço da CDPN é constituída por duas enfermeiras, sendo uma enfermeira EESMO e uma enfermeira de cuidados gerais.

Na CDPN os horários praticados são de segunda a sexta-feira, das 8h00 as 20h00m. O método de trabalho praticado é o método individual de trabalho, onde a enfermeira EESMO realiza as consultas de protocolo I (rastreo combinado do 1º Trimestre), consultas subsequentes de diagnóstico pré-natal (DPN) e a enfermeira de cuidados gerais realiza as colheitas de sangue para análises e avalia os parâmetros vitais, colaborando também na consulta de Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG).

A avaliação inicial da utente em todos os campos clínicos é realizada através dos parâmetros do SClínico® (figura 4), não estando em vigor atualmente modelo de prestação de cuidados de teórica de Enfermagem.

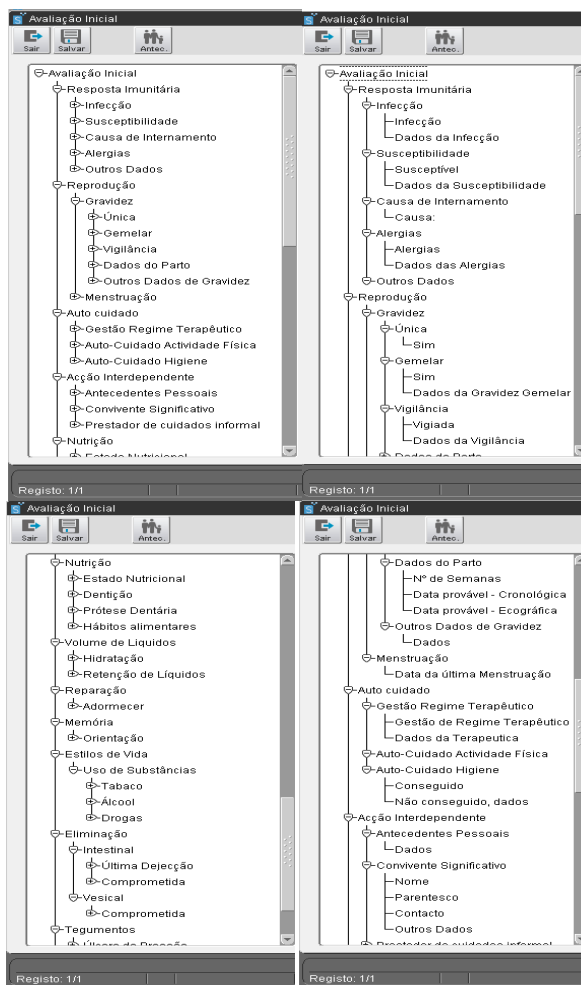


Figura 4 Avaliação Inicial SClínico®

A figura 5 resume os profissionais de enfermagem que exercem nos campos clínicos do Estágio. Com a maior parte houve oportunidade de interagir e de experienciar momentos de aprendizagem, que contribuíram para o crescimento pessoal e profissional da mestrandas.

Categoria	Chefias	Especialistas SMO	Especialistas SIP	Especialistas MC	Enfermeiros de Cuidados gerais
Urgência de Obstetrícia e Ginecologia (Admissão, Internamento de Grávidas, Bloco de Partos e Bloco Operatório)	EEESMO AN	28	0	1	15
Internamento de Puerpério	EEESIP AV	1	2	0	21
Consulta de Diagnóstico Pré-Natal	EEESC FS	1	0	0	1
Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais	EEESIP MJR	0	17	1	26
Total	-	30	19	2	63

Figura 5 Profissionais de Enfermagem dos campos clínicos do estágio profissional

2.1.1.3. Unidade de Faro – Funcionalidade para o(s) utentes

Em Portugal, é reconhecido à mulher grávida e aos seus significativos, o direito a participar na assistência na gravidez (i.e., Lei nº 110/2019 de 9 de setembro). Com o aparecimento da pandemia, foram impedidos os acompanhantes significativos de estarem presentes nas CDPN e nas ecografias obstétricas, excetuando casos pontuais de informação de diagnósticos de malformações, decisões de interrupção legal da gravidez (ILG), entre outras. A Orientação nr. 018/2020 de março de 2020 da Direção-Geral da Saúde (DGS) refere que as unidades de saúde têm o papel de avaliar as condições físicas de que dispõem, para que garantam o distanciamento físico, mas simultaneamente permitam, quando possível, a presença do significativo na vigilância pré-natal e internamento.

Por outro lado, a Lei nº 110/2019 de 9 de setembro, menciona que a presença do parceiro deve ser permitida durante o TP e parto. Incluem-se aqui fórceps, ventosas e cesarianas. Exceto razões clínicas ou a segurança da díade, tal se torna impossível.

Com a crise COVID, houve várias mudanças no que concerne à presença do acompanhante significativo durante o ENP da mestranda: numa primeira fase (meses dezembro e janeiro) não era permitida de todo a presença do acompanhante significativo durante o TP, parto e puerpério imediato. Não raras vezes, o pai só conhecia o bebé, quando a mãe/RN tinham alta para o domicílio; nos meses de março e abril, o acompanhante significativo só poderia entrar no período expulsivo e permanecer junto à puérpera/RN no puerpério imediato (2 horas após o parto); nos meses de maio e junho o

acompanhante significativo poderia permanecer junto à parturiente em todas as fases do TP e parto, com teste negativo ao SARS-CoV₂ realizado nas 72 horas anteriores ao internamento; não poderia haver trocas entre acompanhantes; deveria utilizar máscara cirúrgica; e serem limitadas as entradas e saídas do acompanhante. Todas estas regras foram difíceis para algumas parturientes.

No serviço de Obstetrícia – Internamento do Puerpério pratica-se o alojamento conjunto e existe segurança por sistema de pulseira eletrónica no RN, conforme legislação em vigor (i.e., Despacho n.º 20730/2008 de 7 de agosto). Antes do aparecimento da pandemia, estariam também instalados no Internamento de Puerpério alguns serviços de apoio aos utentes como o “Balcão Nascer Cidadão”, que permitia aos pais registar a criança e pedir o seu primeiro Cartão de Cidadão na unidade de saúde. Com a Crise Covid este balcão esteve suspenso e pretendiam abrir a partir de julho de 2021.

A visita de familiares no Internamento do Puerpério foi suspensa durante o período de estágio da mestranda, permitindo apenas aos acompanhantes significativos deixar a cadeira de transporte do RN na receção no dia da alta.

Os internamentos no Serviço de Puerpério duram em média 48 horas em caso de parto eutócico/distócico (ventosas, fórceps) e 72 horas em caso de parto distócico - cesariana, exceto situações de perda de peso do RN ($\geq 10\%$ peso nascimento), patologias maternas e do RN, e desvios à situação de normalidade do puerpério.

Durante o estágio de observação na UCIN, constatou-se que a entrada era apenas permitida à mãe do RN. O pai só conheceria o RN, caso não tivesse tido a oportunidade no BP.

2.1.1.4. CHUA – Dados estatísticos de consultas de DPN, de natalidade e rastreios

Na denominada “Consulta de Enfermagem – DPN Protocolo I” são enviadas todas as mulheres para realização de rastreio combinado de 1º trimestre, onde são inicialmente avaliadas em consulta de enfermagem, com colheita de história clínica, avaliação de fatores de risco, com identificação de necessidade de seguimento por Medicina Materno-Fetal (MMF) ou DPN de acordo com as normas de referenciação em vigor. É feito ensino sobre o que é o rastreio combinado de 1º trimestre e às grávidas com mais de 35 anos, também se realizam ensinamentos sobre a possibilidade de estudo invasivo, riscos e benefícios.

Através da consulta à supervisora, foi possível recolher informação sobre a CDPN. A utilização deste recurso de saúde cresceu significativamente em 2020, mantendo a tendência dos últimos anos (figura 6). Verificou-se um crescimento de 39% nas primeiras consultas realizadas e um decréscimo de 8% nas consultas seguintes. Tal decréscimo, poderá ser reflexo da utilização de comunicação à distância espaçando consultas.

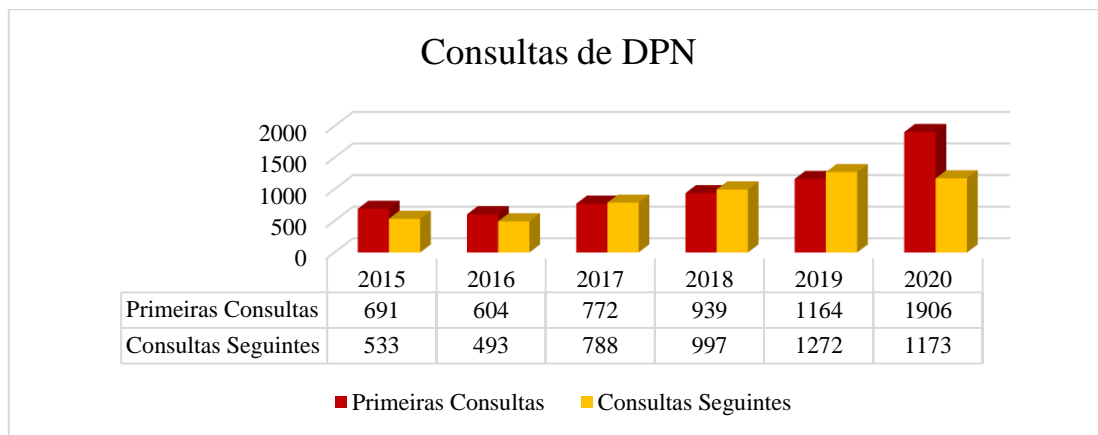


Figura 6 Consultas de DPN

Relativamente aos exames invasivos na CDPN, é notável que desde há algum tempo o número se mantém estável, mesmo com o crescendo das consultas realizadas (figura 7). Esta estabilidade, pode ser interpretada com a introdução da pesquisa de DNA fetal no sangue materno, oferecido no CDTPN a mulheres com resultados de rastreio combinado do 1º trimestre de acordo com os parâmetros de risco elevado (1:200) e risco intermédio (1:1000).

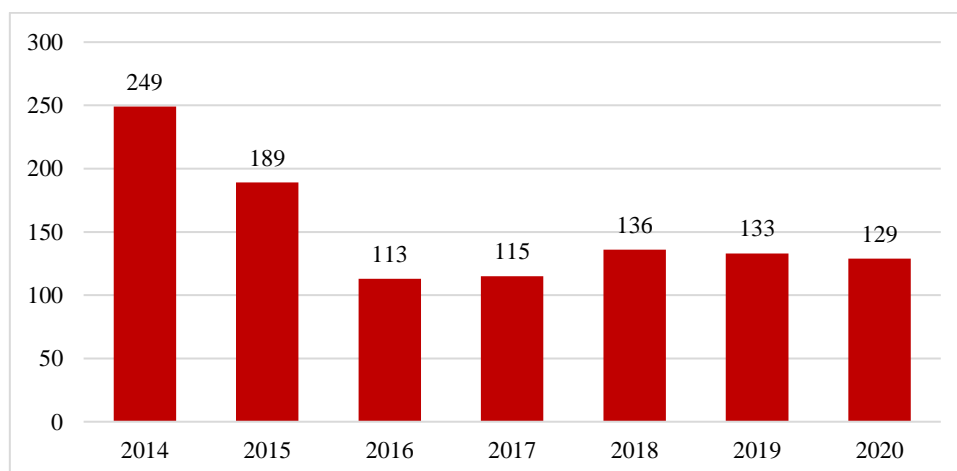


Figura 7 Exames Invasivos no CDTPN CHUA-Faro

No que concerne à natalidade, no ano de 2020, registaram-se na unidade de Faro 3645 nascimentos, dos quais 2631 (72.18%) por via vaginal, conforme dados do site da DGS (Saúde, 2020). Nos últimos cinco anos, ou seja, de 2015 a 2020, a casuística dos partos por via vaginal, têm-se localizado sempre abaixo de 75% (figura 8).

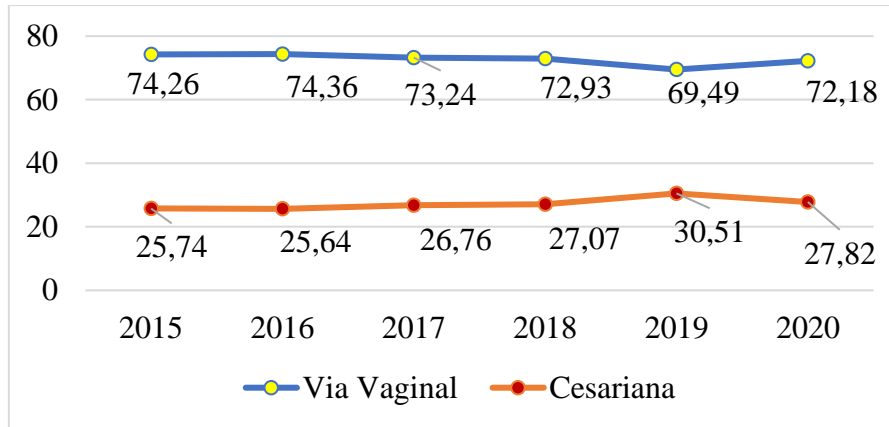


Figura 8 Representação percentual de partos por via vaginal e cesariana

Os rastreios são uma prática na região do Algarve, por exemplo o rastreio do cancro da mama, cuja 7ª volta está agendada e prevista para os vários concelhos. Nesta matéria, estão disponíveis on-line, apenas os resultados referentes ao ano 2014 e que na verdade parecem justificar todo o investimento que a região de saúde algarvia faz nesta matéria. De facto, de acordo com a consulta ao Relatório de 2014 (i.e., http://www.arsalgarve.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/2/2016/12/Relatorio-4_a_volta_FINAL.pdf), a mortalidade por cancro da mama tem-se apresentado sempre mais elevada que a média no país. Assim o revela a figura 9 inscrita nesse relatório de saúde.

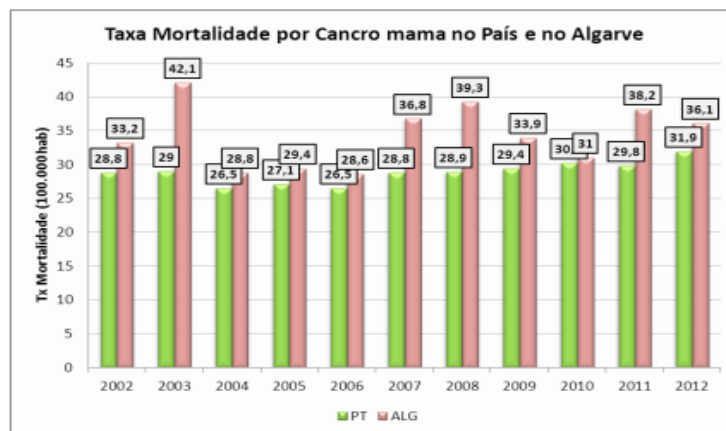


Figura 9 Taxa de mortalidade por cancro da mama no país e Algarve

2.2. Metodologia do Estágio de Natureza Profissional

A secção que se inicia descreve as metodologias que foram aplicadas no atual ano escolar. Dirigiram-se ao desenvolvimento e aquisição de competências.

2.2.1. *Objetivos do Estágio de Natureza Profissional*

De acordo com o plano de estudos, a expectativa centrava-se na capacidade da mestranda:

1. Cuidar da mulher/companheiro inseridos na família e comunidade:
 - a. no âmbito do planeamento familiar e período pré-concepcional;
 - b. no período pré-natal;
 - c. no âmbito da saúde sexual e reprodutiva;
 - d. nos vários estádios do TP em situação de saúde/desvio de saúde;
 - e. no período puerperal em situação de saúde/desvio de saúde;
 - f. durante o período pós-natal;
 - g. a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica;
 - h. demonstrando responsabilidade ético-deontológica e empenho na melhoria da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.
2. Demonstrar uma aquisição de conhecimentos conducente a uma proposta de melhoria de cuidados, considerando as vertentes teórico-práticas e a Prática Baseada na Evidência.
3. Defender através de um Relatório apresentado em provas públicas, a sua aquisição de competências ao longo do ENP.

Durante o ENP, perante os objetivos acima referidos, houve necessidade de desenvolver competências, conforme está previsto no Plano de Estudos. Assim, foi pretensão da mestranda, evidenciar conhecimentos, tanto na vertente clínica, como na abordagem à investigação através dos dados recolhidos. De facto, conforme o *curriculum* escolar da UC ENPRF da Universidade de Évora, as competências a atingir regem-se pela seguinte orientação:

- ✓ **Saiba evidenciar conhecimento nas vertentes de cuidados especializados e de investigação, exibindo:**
1. Capacidade de reflexão crítica sobre as práticas;
 2. Fundamentação de escolhas com base na teorização;

3. Capacidade para utilizar investigação e evidência científica na melhoria da prestação de cuidados;
4. Capacidade de comunicar conclusões, conhecimentos e raciocínios subjacentes, quer a especialistas e a não especialistas, de forma clara.
5. Habilidades para desenvolver aprendizagem ao longo da vida de modo fundamentalmente autónomo em favor da área Saúde Materna e Obstétrica.

Subjacente a estes objetivos e competências curriculares, estão as orientações da Ordem dos Enfermeiros (i.e., Competências Comuns dos Especialistas: Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro; Competências dos Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica: Regulamento n.º 391/2019).

2.2.2. Abordagem Metodológica das Práticas Clínicas no Estágio do Estágio de Natureza Profissional

O Estágio foi realizado sob supervisão clínica de EEESMO e com orientação pedagógica de docente da Universidade de Évora. Ao longo do Estágio aplicaram-se diferentes estratégias de aprendizagem tais como: a) observação de cuidados, b) treino clínico, c) reflexões temáticas, d) pesquisa bibliográfica para revisão temática, e) aprofundamento temático com estudo de caso, além de outras atividades de oportunidade. Ocorreram reuniões de avaliação intermédia e final em cada campo clínico, assim como reuniões semanais com a orientadora docente, conforme está preconizado na educação para EEESMO/Midwives (WHO, 2008, 2014).

2.2.2.1. Estratégias de Observação e de Treino Clínico

A mestranda teve oportunidade de realizar reuniões com as supervisoras clínicas, de forma a desenvolver competências presentes no Regulamento das CCEE e no Regulamento das Competências de EEESMO, refletindo sobre a sua aprendizagem. Em todos os campos de estágio, a mestranda encontrou oportunidades que levaram a uma progressiva autonomia supervisionada, iniciando a construção da sua identidade pessoal e profissional. As estratégias consideradas nesta secção dizem respeito aos cuidados diários no contacto com utentes. Tal foi registado no Apêndice B, detalhando os campos clínicos e anotando-se os casos das utentes.

2.2.2.2. Estratégias de Reflexões Temáticas

A prática reflexiva serve como um moderador da aprendizagem, assumindo-se o conceito de reflexão como uma resposta humana da pessoa à experiência. Aí o aluno recaptura a sua experiência, pensa sobre ela, medita e avalia. Assim, a reflexão tem adquirido um enorme reconhecimento na prática de enfermagem, não só para apoiar os enfermeiros a reconhecerem as suas forças e fraquezas, mas também para superar a lacuna existente entre a teoria e a prática de enfermagem (Peixoto & Peixoto, 2016).

A mestranda, ao longo do ENPRF, elaborou reflexões temáticas semanais, a partir da 2ª semana de cada campo clínico. Tais temáticas, reportavam-se a assuntos que foram suscitando interesse, aqueles onde reconhecia necessidade de mais conhecimento e também a casos particulares ou raros. Nas reflexões, exercitou-se a revisão temática de literatura, fomentando a curiosidade científica, a atualização de conhecimento constante, contribuindo para o desenvolvimento da formação. As reflexões temáticas constam do ENPRF no Apêndice C e focam 30 temas, contextualizados nos vários campos clínicos. Embora fosse uma atividade laboriosa, à qual era necessário responder semanalmente, foi simultaneamente gratificante. Estes exercícios, contribuíram também para o desenvolvimento, dada a discussão nas reuniões com as supervisoras clínicas e a docente orientadora.

2.2.2.3. Estratégias de Pesquisa Bibliográfica para Revisão Temática

A revisão temática recaiu sobre o tema do partograma. Tema aliciante, já que houve oportunidade de o trabalhar e experimentar no quotidiano dos cuidados em BP. Realizaram-se pesquisas em várias bases científicas, nomeadamente a PubMed; SciELO; B-ON. Treinou-se também a utilização de um software, gestor de referências (i.e., EndNote na versão free), o gestor de revisão de artigos (i.e., Rayyan), conforme documenta a figura 10.

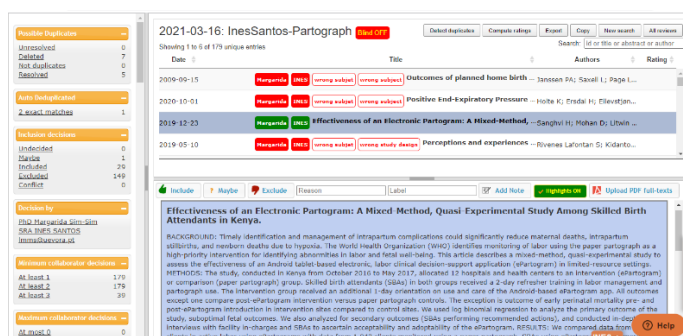


Figura 10 Exemplo de interface do software Rayyan

Acessoriamente houve oportunidade de treinar a língua inglesa, a interpretação de dados qualitativos e quantitativos.

2.2.2.4. Estratégias de Aprofundamento Temático com Estudo de Caso

Os estudos de caso são elementos muito representativos na aprendizagem. O *American College of Nurse-Midwives*, identifica esta metodologia como uma via de grande qualidade e importância especificamente no campo da Saúde Materna (Carr, 2015). Através dos estudos de caso, o raciocínio crítico é exercitado, levando o estudante a ver *in loco*, as matérias que teoricamente sustentam as decisões, além da singularidade do caso que tem em apreciação. O estudo de caso, apesar de ser o nível mais baixo da evidência científica, é simultaneamente o nível de investigação com o qual os estudantes contactam em primeiro lugar, o mais concreto para eles e porventura aquele onde se inicia a sua motivação para a pesquisa.

No ENPRF a mestranda teve oportunidade de realizar um estudo de caso sobre a temática “Trombocitopenia Fetal e Neonatal Aloimune”, conforme o documenta o Apêndice D. É uma situação pouco vulgar, justificando a abordagem através desta metodologia (Carey, 2010). Encontra-se atualmente na fase final de revisão para submissão de periódico. No sentido de evitar auto-plágio, coloca-se no apêndice apenas o resumo do manuscrito.

2.2.2.5. Outros Contributos para o Desenvolvimento

No campo clínico “Internamento de Grávidas” do CHUA, à data de entrada da utente, inicia-se a construção de um processo de enfermagem no SClínico®. É realizado por cada enfermeiro, de acordo com o entendimento e conhecimento próprio, sem normatização do procedimento. Tal pode fragilizar a comunicação entre profissionais e gerar não-conformidades em futuras auditorias. Assim, foi preparada para o efeito, pela mestranda e com supervisão das EEESMO desta unidade, uma formação “Registos de Enfermagem – Unidade de Grávidas”, no sentido de uniformizar os registos (Apêndice E).

No campo clínico “Internamento de Puerpério”, foi possível identificar que a passagem de turno ocupava um tempo alargado, além de informação que se reproduzia várias vezes, relativamente ao estado das puérperas e recém-nascidos. Tendo observado tal, foi iniciativa da mestranda, propor a construção de *template*, para eventual impresso institucional. Assim foi construído um documento, que respeitando as normas ISBAR

(i.e., Norma DGS: 001/2017 de 8 de fevereiro), foi presente à equipa para se pronunciar. O exemplo do *template* encontra-se no Apêndice C – J.A. 17.

Estes exercícios, embora modestos, são momentos de aprendizagem pela reflexão que a mestranda realizou, conjugando conhecimento teórico, de gestão, assim como na otimização do funcionamento da equipa, mas sobretudo no bem-estar da utente. De facto, centrar os cuidados na utente, passa também pela qualidade dos registos (i.e., Estatuto da Ordem dos Enfermeiros; Lei nº 156/2015 de 16 de setembro).

3. CONTRIBUTO PARA A ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

A realização de formação de 2º ciclo, no âmbito da Enfermagem, comporta um nível de desenvolvimento que se deseja elevado, para os mestrandos, contribuindo para acrescentar algo, ou novas perspetivas nos cuidados. Este foi o interesse da mestranda, ao designar como temática de interesse, que dá o título ao seu Relatório o Partograma.

3.1. Concetualização (revisão da literatura)

Considera a OMS, que a utilização competente e conhecedora do partograma, é uma maneira de salvar vidas maternas e fetais, conseguindo-se com a monitorização próxima, a identificação de complicações potencialmente fatais (Dalal & Purandare, 2018). De facto, um instrumento a considerar na formação de parteiras, estimulando a sua utilização na fase de construção do conhecimento/identidade profissional, criando a necessidade de boas práticas ou o sentido de competência, já que mostram os estudos que o treino de profissionais melhora o conhecimento, mas não a sua utilização (Okusanya et al., 2018). As conceções destes autores impulsionaram a mestranda à realização de uma revisão temática e à respetiva aplicação clínica do instrumento.

3.1.1. Metodologia da Revisão

Na sequência dos campos de estágios, definiram-se objetivos, já referidos em secção anterior, nomeadamente aqueles que se reportam à temática do Relatório. Descreve-se seguidamente os passos que se realizaram na revisão temática sobre o Partograma.

Realizou-se mesmo um protocolo de investigação, que será submetido em plataforma de revisões (Apêndice F).

Passo 1: definição da questão norteadora da revisão temática

Questão: O que diz a evidência sobre a usabilidade do Partograma/partograph aplicado por enfermeiras/parteiras como instrumento de assistência à mulher em trabalho de parto.

Passo 2: Definição da estratégia PICO, adequada a PCC

Passo 3: Definição dos critérios de seleção

Passo 4: Definição dos descritores e palavras-chave (Apêndice G)

Passo 5: Definição da Equação Booleana

Passo 6: Pesquisa nas BD: 1) PubMed, 2) Web of Science, 3) Editora Ebsco (CINAHL, MEDLINE Complete, Nursing & Allied Health Collection, MEDLINE with Full Text, MedicLatina) 4) SciELO (Apêndice G)

Passo 7: Armazenamento das referências no gestor EndNote

Passo 8: Migração das referências para o software Rayyan e análise dos artigos (Apêndice H), conforme comprova a figura 11 e os temas emergentes que resultaram da Revisão Temática (Apêndice I)

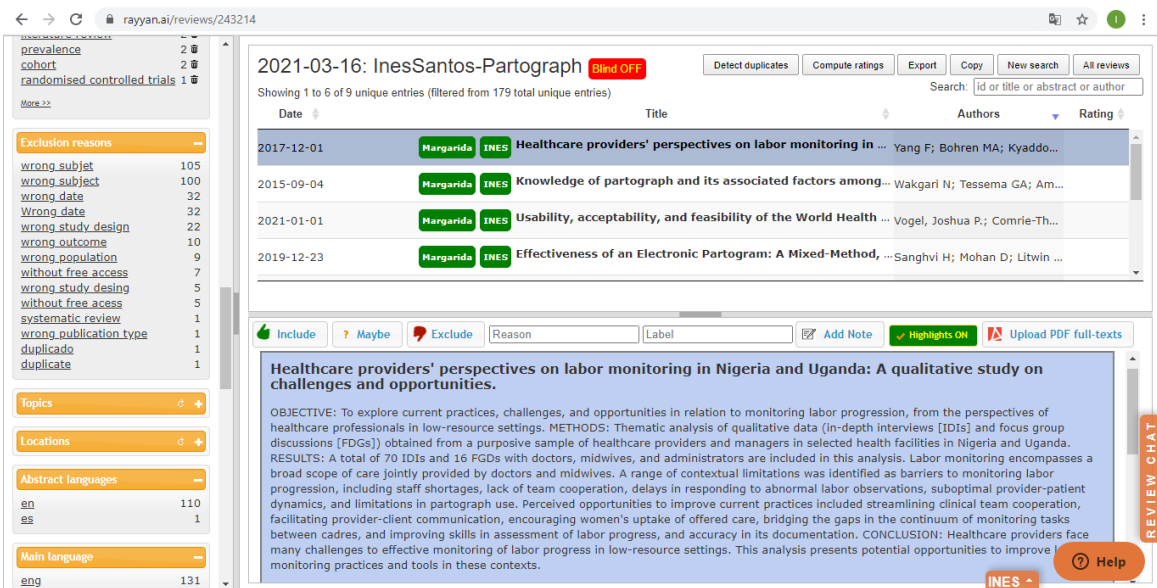


Figura 11 Prova da utilização do software Rayyan

Passo 9: Redação do texto da Revisão Temática

Destacaram-se nos artigos, conforme ilustra a nuvem de localização geográfica na figura 12 os estudos realizados nos USA e Austrália.

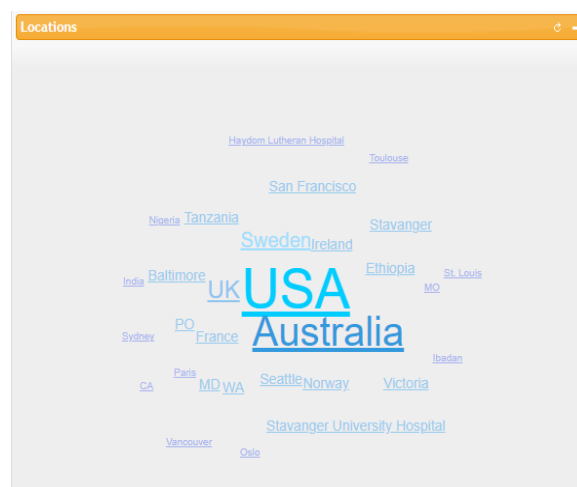


Figura 12 Localização geográfica predominante dos estudos

3.1.2. Análise dos Resultados da Revisão como Contributo para o Desenvolvimento da Temática

O TP estacionário (TPE) é uma causa significativa não apenas de morte materna, mas também de morbidade a curto e longo prazo do recém-nascido. Nos países em desenvolvimento, o TPE continua sendo uma das principais causas de asfixia no parto (Anokye et al., 2019; Anokye et al., 2018; WHO, 2018b).

Quase 1 em cada 1000 RN em países desenvolvidos, em comparação com 5 a 10 em cada 1000 RN em países em desenvolvimento, sofrem asfixia perinatal grave, provocando comprometimento neurológico grave ou até mesmo a morte. Estima-se que o número de casos de problemas de saúde, invalidez ou morte precoce, associados à carga de morbidade por asfixia no nascimento é de 42 milhões (Anokye et al., 2019; Anokye et al., 2018).

A OMS recomenda a monitorização do TP utilizando o partograma de papel, como uma intervenção de alta prioridade na identificação de desvios ao TP e ao bem-estar fetal e materno (Sanghvi et al., 2019). O partograma é uma ferramenta projetada para fornecer uma visão geral pictórica do TP, é uma única folha de papel que inclui observações sobre a condição fetal, materna, condição e progresso do TP. É um método prático, de baixo custo, utilizado em blocos de parto com muitas parturientes, vantajoso nas situações com pessoal limitado para monitorização do TP (Gebreslassie et al., 2019). A versão eletrónica é já utilizada em centros com maiores recursos. As observações incluem parâmetros como a dilatação cervical, frequência cardíaca fetal, contrações uterinas, tensão arterial, temperatura, eliminação urinária, entre outros (Anokye et al., 2018; Cavale, Dheeraj, Appaji, Cavale, et al., 2019; Ningrum et al., 2019). Idealmente, conforme a parturiente progride durante o TP, o bem-estar materno e fetal deve ser avaliado criteriosamente pela equipa médica e pelas EEESMO (Yang et al., 2017).

Nem todas as complicações que decorrem do parto podem ser identificadas pela monitorização do TP, porém a avaliação do bem-estar materno/fetal e do progresso do TP, fornece uma identificação precoce do TPE e desvios ao TP, auxiliando na tomada de decisão de intervenções obstétricas oportunas e apropriadas para prevenirem complicações (Anokye et al., 2018; Ningrum et al., 2019; Yang et al., 2017). A avaliação regular da mulher também pode identificar infeção, sépsis, distúrbios hipertensivos, entre outros (Yang et al., 2017).

As complicações do parto podem surgir em qualquer fase do TP e podem ser fatais para a mãe e para o feto. Uma gestão adequada do TP envolve a monitorização das várias fases, sendo essencial documentar o progresso do TP, uma vez que fornece continuidade do cuidado, base da tomada de decisão, facilita a pesquisa, ajuda na auditoria e revisão de documentação (Anokye et al., 2019).

Apesar dos resultados positivos em relação ao bem-estar materno e fetal com a utilização do partograma, e de este ser simples e facilmente disponível (Wakgari et al., 2015), existe uma subutilização grave e uso incorreto do partograma (Cavale, Dheeraj, Appaji, & Ieee, 2019; Okusanya et al., 2018).

Segundo (Wakgari et al., 2015), colocar o partograma nas mãos do profissional de saúde e dizer-lhe para usá-lo poderá não ser suficiente. Em vez disso, dever-se-á treinar o profissional de saúde a utilizar o partograma, de forma a garantir que este está corretamente preenchido e atualizado consoante as várias fases do TP. O partograma é mais útil em situações onde os profissionais de saúde têm treino adequado nas habilidades obstétricas básicas, como serem capazes de realizar cervicometrias e partos eutócicos.

A OMS preocupada com a assistência aos cerca de 140 milhões de partos anuais, estabeleceu um protocolo sobre os cuidados a serem realizados nas circunstâncias normais de nascimento, enfatizando que os objetivos do cuidado intraparto existem para alcançar uma assistência adequada e segura à mãe e à criança, usando para tal o mínimo de intervenções (WHO, 2018b).

Já em 2000, a OMS propôs um indicador denominado “*Bologna Score*”, para avaliar a qualidade dos cuidados prestados às mulheres durante o parto e nascimento. Ao associar as recomendações da OMS, este score baseia-se na conceção de que o parto é um evento fisiológico do corpo feminino e tem como finalidade indicar como o parto normal é conduzido num determinado serviço de obstetrícia. O “*Bologna Score*” é constituído por cinco parâmetros: 1) Presença de acompanhante durante o parto; 2) Presença de partograma; 3) Ausência de estimulação do trabalho de parto (uso de ocitocina, pressão externa do fundo uterino, episiotomia) ou cesariana de emergência ou uso de instrumental (uso de fórceps e/ou ventosa); 4) Parto em posição não supina; 5) Contato pele-a-pele da mãe com o RN (recomendado 30 minutos na primeira hora após o nascimento). Para cada parâmetro é atribuído uma pontuação: “1” se presente e “0” se ausente. A pontuação máxima “5” corresponde à efetiva condução do parto, e o resultado “0” corresponde a um parto com monitorização deficiente pelos profissionais (Oliveira et al., 2015).

Para a OMS, a qualidade dos cuidados prestados no parto e nascimento é avaliada corretamente quando se utiliza o “*Bologna Score*” associado aos indicadores “percentagem de mulheres induzidas e/ou submetidas à cesariana eletiva” e “percentagem dos partos acompanhados por profissionais de saúde”. Assim, a qualidade dos cuidados prestados no parto é considerada máxima quando se encontra associações de baixas percentagens de cesarianas e/ou induções do parto, assim como altas percentagens de partos acompanhados por profissionais de saúde e um alto “*Bologna Score*” (Oliveira et al., 2015).

A literatura corrobora que nas últimas duas décadas, têm sido realizados esforços consideráveis para encorajar e apoiar as grávidas a terem o parto nas unidades de saúde, onde idealmente recebem cuidados diferenciados por profissionais de saúde qualificados. Um componente essencial destes cuidados é garantir que o TP é adequadamente monitorizado, através de um partograma com base em avaliações clínicas regulares. Embora os designs dos partogramas variem, normalmente contém os mesmos parâmetros (i.e., sinais vitais da parturiente, dilatação cervical, apresentação fetal, contrações uterinas, o uso de medicamentos no TP e bem-estar). O partograma modificado pela OMS também tinha linhas de alerta, que se destinavam a desencadear intervenções durante o TP, se o progresso fosse mais lento do que 1 cm por hora (Vogel et al., 2021). Este modelo entendia a fase ativa como iniciada aos 5 cm de dilatação cervical, um pouco discrepante do entendimento da (ACOG, 2019) que entende o início da fase ativa aos 6 cm.

Em 2018, a OMS (WHO, 2018b) concluiu que a duração do primeiro e do segundo estágio do TP é altamente variável, sendo a dilatação cervical de 1 cm/h no primeiro estágio altamente irrealista para algumas mulheres; a dilatação cervical mais lenta do que 1 cm/h é um pobre preditor de resultados adversos do nascimento, não devendo ser esta a única indicação para uma intervenção obstétrica (Vogel et al., 2021).

Para ajudar os profissionais de saúde a implementarem essas recomendações, a OMS iniciou o desenvolvimento de um partograma “*next generation*” conhecido como *WHO Labour Care Guide* (LCG). O novo design tem como objetivo promover o cuidado centrado na mulher, levando os profissionais de saúde a terem pensamento crítico na tomada de decisões intervencionistas e individualizarem a monitorização do TP (Vogel et al., 2021).

O partograma tanto no modelo clássico da OMS, como no novo modelo LCG sugerem ser instrumentos valiosos protetores tanto da experiência da parturiente, como do cuidado

do profissional a instituir. Porventura, o partograma pode ser também uma via para otimizar a experiência pessoal neste episódio de vida da mulher.

3.2. Resultados empíricos do exercício de aplicação do Partograma

Após o investimento no conhecimento da temática Partograma, foi possível, aplicá-lo na clínica, realizando para tal a observação das utentes através deste instrumento *Gold Standard*. No impresso Partograma dos CHUA onde se realizou o estágio de Bloco de Partos, o instrumento apresenta-se em formato papel, individualmente para cada parturiente. Assim tornou-se possível traçar o perfil das parturientes cuidadas pela mestranda. A População-Alvo foram todas as mulheres grávidas internadas na sala de partos em fase latente ou fase ativa em TP. Os dados estudados foram todos os itens inscritos no Partograma do CHUA-Faro (Anexo A). Acredita-se que os resultados obtidos coincidem com o fundamento das competências (OE, 2018).

A atual secção apresenta os resultados recolhidos ao longo do campo clínico, utilizando o partograma como instrumento de cuidados na área da especialidade. O modelo utilizado é o vigente no Centro Hospitalar Universitário do Algarve. Recorrendo à técnica de análise estatística descritiva com utilização do *IBM® SPSS® Statistics Versão 24*, foram analisados os dados do estudo em causa. A assistência realizada pela mestranda está descrita na tabela 1.

Tabela 1 Assistência realizada

	Frequência	Percentagem
Parto-Realizado	65	52,4
Parto-Colaborado	41	33,1
Puerpério	18	14,5
Total	124	100

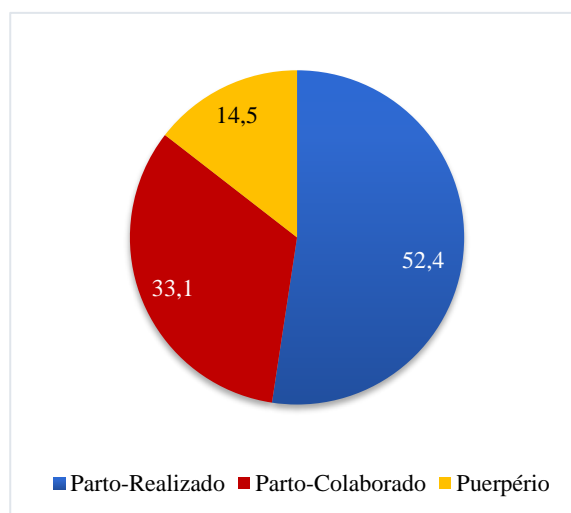
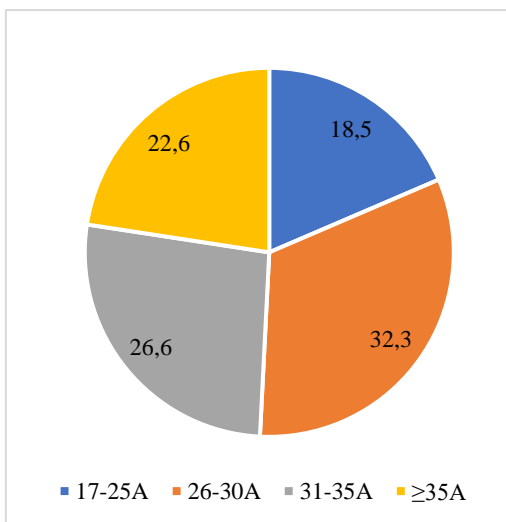


Figura 13 Assistência aos TP no Campo de Bloco de Partos

Caraterísticas sociodemográficas da amostra

Participaram 124 parturientes, com idade entre os 17 e os 44 anos, com media de 30.66 (DP=5.74). Organizando-se a idade em grupos, observa-se que os grupos de idade mais

representados são 26-30 anos (n=40;32.3%) e 31-35 anos (n=33;26.6%). Após os 35 anos, encontram-se 28 mulheres (22.6%) e o grupo mais jovem dos 17-25 anos era composto por 23 (18.5%) participantes conforme figura 14.



Os dados refletem a realidade Portuguesa relativamente ao fenómeno do adiamento da maternidade. Em Portugal a idade média da mãe ao nascimento de um filho, situa-se nos 30.7 anos (PORDATA, 2020), um pouco superior à das atuais parturientes. A média de idades pode porventura estar influenciada, pela proveniência das parturientes, já que o Algarve recebe muitas estrangeiras/migrantes (INE, 2020).

Figura 14 Percentual das participantes de acordo com os grupos etários

A idade superior a 35 anos, é crítica para uma gravidez. É a partir desta idade, que está recomendada a realização de Técnicas Invasivas de Diagnóstico Pré-Natal (Biópsia das Vilosidades Coriônicas e Amniocentese) para a deteção de cromossomopatias. São mulheres que enfrentam mais hospitalizações, têm maior probabilidade de abortamento espontâneo, representando cerca de 40 a 60% no total das alterações cromossômicas (Alves et al., 2017).

Relativamente à nacionalidade das 124 participantes, embora a grande maioria fosse Portuguesa (n=84; 67.7%), constata-se a presença notória de parturientes da Europa de Leste (n=22; 17.7%), seguindo-se o Brasil (n=12; 9.7%). Em menor representação estão as parturientes Asiáticas (n=4; 3.2%), tendo as afro e as mediterrânicas representação residual, conforme figura 15.

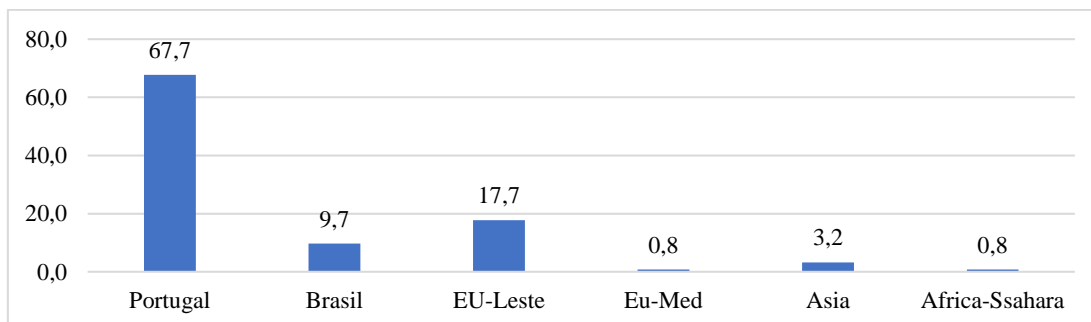


Figura 15 Nacionalidade das parturientes

De facto a taxa bruta de natalidade do Algarve é a mais elevada do país (10.3/000) e a representação percentual dos partos das mulheres estrangeiras em Portugal é de 23.9% (INE, 2020) (i.e., em 4323 partos, são mulheres estrangeiras 1034).

Caraterísticas Obstétricas

A maioria das participantes realizou vigilância da gravidez (n=121; 97.6%), embora em três tal não tivesse ocorrido (2.4%).

Observaram-se as caraterísticas obstétricas das parturientes, conforme se apresenta nas figuras seguintes, para cada item do Índice Obstétrico.

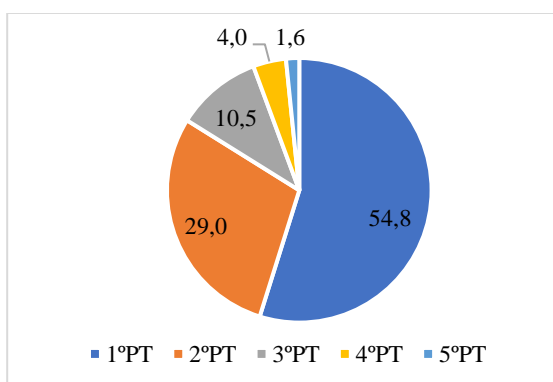


Figura 16 Casos de partos a termo

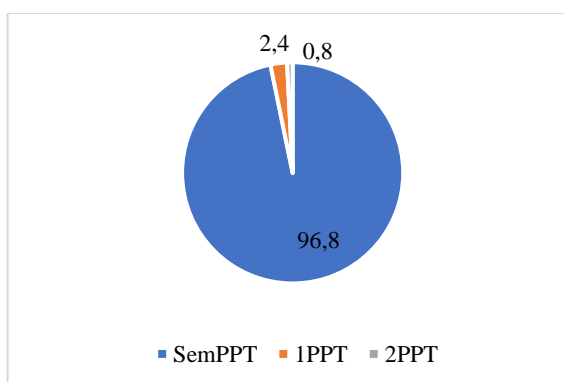


Figura 17 Casos de partos pré-termo

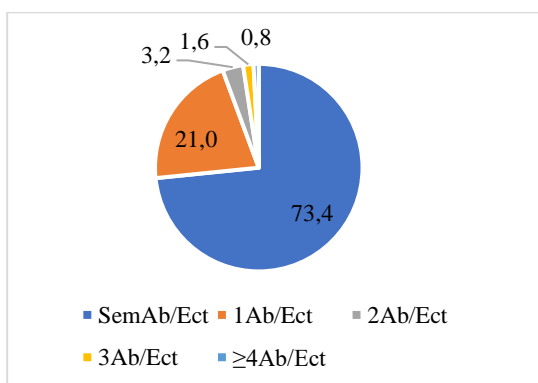


Figura 18 Casos de Aborto, Gravidez Ectópica

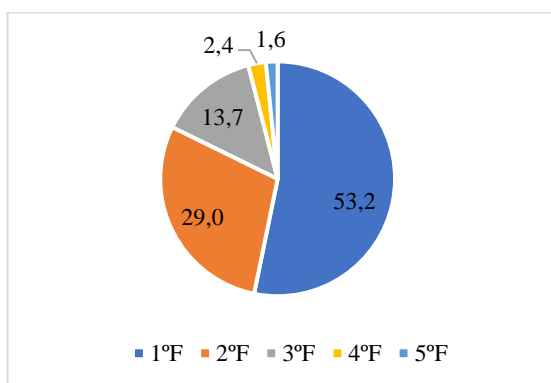


Figura 19 Casos de filhos vivos

Observação paralela de algumas caraterísticas obstétricas em Primíparas e Multíparas

Mais em pormenor, faz-se um paralelo das frequências ou representação percentual, entre primíparas e multíparas nas figuras e tabelas abaixo.

A vigilância da gravidez foi realizada por quase todas as 124 participantes, com 100% de representação nas primíparas, enquanto nas multíparas registaram-se três casos em que tal não ocorreu (figura 20).

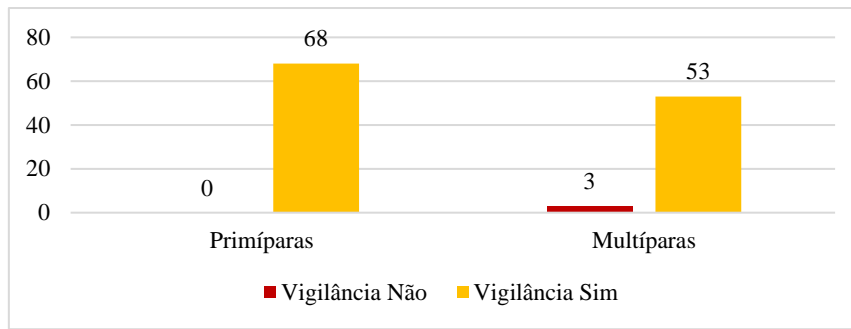


Figura 20 Vigilância da gravidez de acordo com a paridade

Relativamente à rotura de membranas, O alívio da dor através da Epidural foi observado que nas primíparas ocorreu sobretudo solicitado por primíparas (n= 57; sobretudo de forma espontânea (n=38; 83.82% no grupo), conforme figura 22. 55.8% no grupo) conforme figura 21.

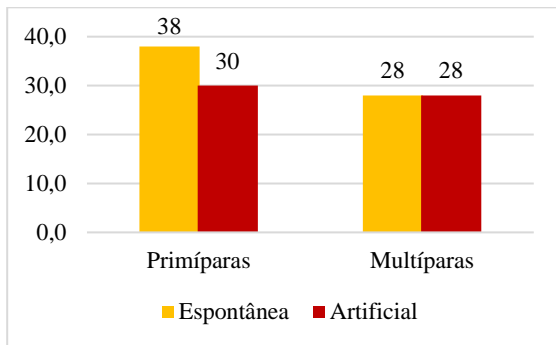


Figura 21 Frequência de rotura de Membranas de acordo com a paridade

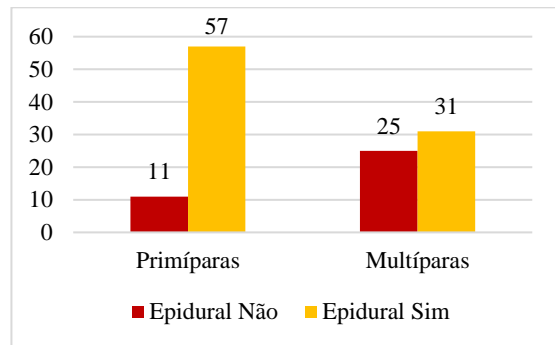


Figura 22 Frequência de Epidural de acordo com a paridade

A tabela 2 apresenta as frequências e percentagens em linha, correspondentes à nacionalidade das participantes conforme a paridade. A Portuguesa é a mais representada. Porém, no grupo de primíparas a representação de parturientes brasileiras é mais elevada (n=11; 16.2%), enquanto nas múltiparas, as restantes nacionalidades são prevalentes.

Tabela 2 Frequência e percentagens de nacionalidade de acordo com a paridade

Paridade		Nacionalidade					Total	
		Portuguesa	Brasil	EU-Leste	EU-Med	Asia		Africa-SSaara
Primípara	Count	44	11	11	0	2	0	68
	% within Paridade	64,7%	16,2%	16,2%	0,0%	2,9%	0,0%	100,0%
Múltipara	Count	40	1	11	1	2	1	56
	% within Paridade	71,4%	1,8%	19,6%	1,8%	3,6%	1,8%	100,0%
Total	Count	84	12	22	1	4	1	124
	% within Paridade	67,7%	9,7%	17,7%	0,8%	3,2%	0,8%	100,0%

A migração é um fenómeno universal, que assenta na busca de melhor condição de vida, seja em termos económicos, sociais ou afetivos. Com o aumento dos fluxos migratórios, Portugal tornou-se um país ainda mais multicultural, caracterizado por múltiplas singularidades sociodemográficas. Uma dessas singularidades, destaca-se com o crescimento contínuo da presença de mulheres imigrantes no país. As mulheres migrantes ocupam hoje uma parcela muita significativa nas estatísticas migratórias nacionais e internacionais, sendo a sua presença em Portugal um contributo inequívoco para a economia do país (Neves et al., 2016). O Algarve tem sido palco de receção de mulheres migrantes, contribuindo para a melhoria da taxa de natalidade na região.

Caraterísticas do TP

Recolheram-se os dados da cervicometria à data da admissão hospitalar em 124 parturientes.

Das 124 participantes, a maior parte (n=99; 81.8%) não se encontrava na fase ativa do TP, à luz do conceito (ACOG, 2019; Hutchison & Mahdy, 2021; Tilden et al., 2019). Assim, das 124 acompanhadas pela mestranda uma parte (n=22; 18.18%) entraram no serviço com uma cervicometria ≥ 6 cm (tabela 3), correspondendo às orientações da OMS (WHO, 2018b).

Tabela 3 Cervicometria à data da entrada no serviço de Obstetrícia

	Frequency	Percent	Valid Percent
2,00	1	,8	,8
3,00	28	22,6	23,1
4,00	51	41,1	42,1
5,00	19	15,3	15,7
6,00	9	7,3	7,4
7,00	5	4,0	4,1
8,00	2	1,6	1,7
9,00	4	3,2	3,3
10,00	2	1,6	1,7
Total	121	97,6	100,0
Missing	3	2,4	
Total	124	100,0	

Na amostra das 124 mulheres, o tempo médio, desde a entrada no BP, até ao nascimento, foi em média de 5.17 h (DP=4.27), ou seja 5h 10m, variando entre 0.28h, ou seja 16,8 minutos e 21h, com mediana 4.22h.

Considerando as mulheres que foram admitidas no Bloco de Partos com primeira avaliação da cervicometria ≥ 4 cm (n=92), conforme conceito de fase ativa, pela OMS, já em desuso (OMS, 2005; WHO, 2018b), ainda em vigor na cultura profissional portuguesa, o tempo decorrido entre a admissão no Bloco de Partos e o 2º Estádio do TP,

foi em média de 4.75 horas (DP=3.86), variando entre 0.28h, ou seja 16.8 minutos e 16.5, com mediana de 3.42h.

A maior parte das 124 mulheres acompanhadas pela mestranda no campo clínico do Bloco de Partos é primípara (n=68; 54.8%), solicitou epidural (n=88; 71%) e teve rotura espontânea de membranas (n=66;53.2%).

Relativamente ao mecanismo de desencadeamento do TP, a maioria foi espontâneo (n=83; 66.9%) embora ocorressem 41 (33.1%) induções, conforme tabela 4. Por outro lado, a maior parte dos partos ocorreu de forma vaginal-eutócica (n=88; 71%), registando-se 14.5% (n=18) de cesarianas, conforme figura 23.

Tabela 4 Mecanismo do TP

	Frequency	Percent
Espontâneo	83	66,9
Indução PO	24	19,4
Indução Misoprostol	17	13,7
Total	124	100,0

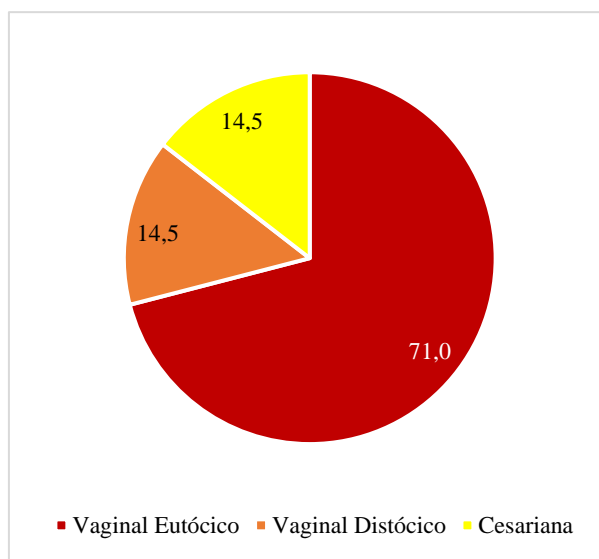


Figura 23 Tipo de parto

Tabela 5 Via do parto nas mulheres admitidas com cervicometria $\leq 6cm$

	Frequency	Percent
Vaginal Eutócico	68	68,7
Vaginal distócico	16	16,1
Cesariana	15	15,2
Total	99	100,0

Tabela 6 Via do parto nas mulheres admitidas com cervicometria $\geq 6cm$

	Frequency	Percent
Vaginal Eutócico	20	90,9
Vaginal distócico	2	9,1
Total	22	100,0

Tabela 7 Mecanismo do parto nas mulheres admitidas com cervicometria $\leq 6cm$

	Frequency	Percent
Espontâneo	60	60,6
Indução PO	24	24,2
Indução Misoprostol	15	15,2
Total	99	100

Tabela 8 Mecanismo do parto nas mulheres admitidas com cervicometria $\geq 6cm$

	Frequency	Percent
Espontâneo	20	90,9
Indução Misoprostol	2	9,1
Total	22	100,0

Nas 99 mulheres cuja admissão ocorreu com dilatação cervical ≤ 6 cm, o parto ocorreu via vaginal de forma eutócica em 68 casos (68.7%), realizando-se 15 cesarianas (15.2%) conforme tabela 5. O parto foi espontâneo em 60 casos (60.6%) e induzido em 39 (39.4%), conforme tabela 7.

Nas 22 mulheres admitidas com dilatação cervical ≥ 6 cm, o parto ocorreu via vaginal de forma eutócica em 20 casos (90.9%), sem ocorrência de cesarianas conforme tabela 6. O mecanismo do parto foi espontâneo em 20 casos (90.9%) e induzido em 2 (9.1%), conforme tabela 8.

Tabela 9 Via do parto nas mulheres admitidas com cervicometria ≥ 5 cm

	Frequency	Percent
Vaginal Eutócico	33	80.5
Vaginal distócico	6	14.6
Cesariana	2	4.9
Total	41	100,0

Tabela 10 Mecanismo do parto nas mulheres admitidas com cervicometria ≥ 5 cm

	Frequency	Percent
Espontâneo	29	70.7
Indução PO	6	14.6
Indução Misoprostol	6	14.6
Total		100,0

Estes resultados, levam a observar a representação percentual das cesarianas, quando a admissão da parturiente é realizada com cervicometria ≥ 5 cm. Assim, nos 41 casos de mulheres admitidas com essa cervicometria, contata-se que a representação percentual das cesarianas é de 4.9%, com mecanismo espontâneo de TP em 29 casos (70.7%).

Observação paralela de algumas características do TP em Primíparas e Multíparas

Relativamente ao tipo de partos, observa-se que as primíparas estão mais representadas no número de cesarianas e partos vaginais distócicos (n=16; 23.5% e n=15; 22.05 no grupo das primíparas, respetivamente), ocorrendo 37 eutócicos (54.4% no grupo das primíparas). Por outro lado, enquanto que no parto eutócico a maior casuística se encontrou nas multíparas (n=51; 91.07% no grupo de multíparas).

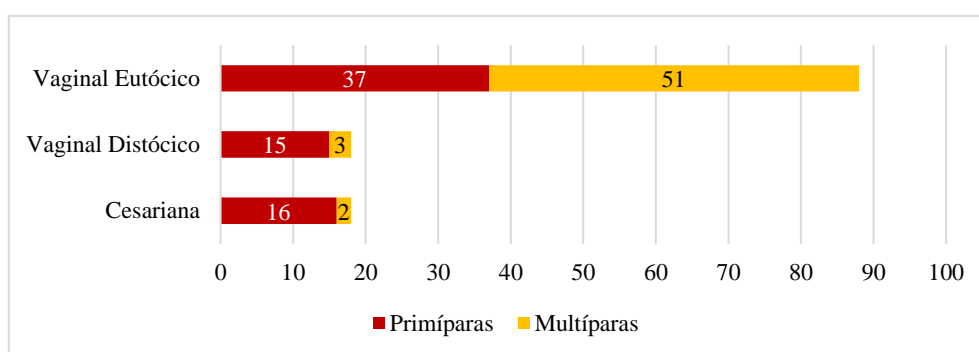


Figura 24 Frequência do tipo de parto de acordo com a paridade

No que respeita ao resultado do *Streptococcus B*, observa-se que é negativo sobretudo nas múltiparas (n=41; 73.2%) embora nas primíparas seja superior a metade (n=43; 63.2%). Considerando os casos positivos, no grupo das múltiparas é menos frequente (n=12; 21.4%) que nas primíparas (n=18; 26.5%), conforme figura 25.

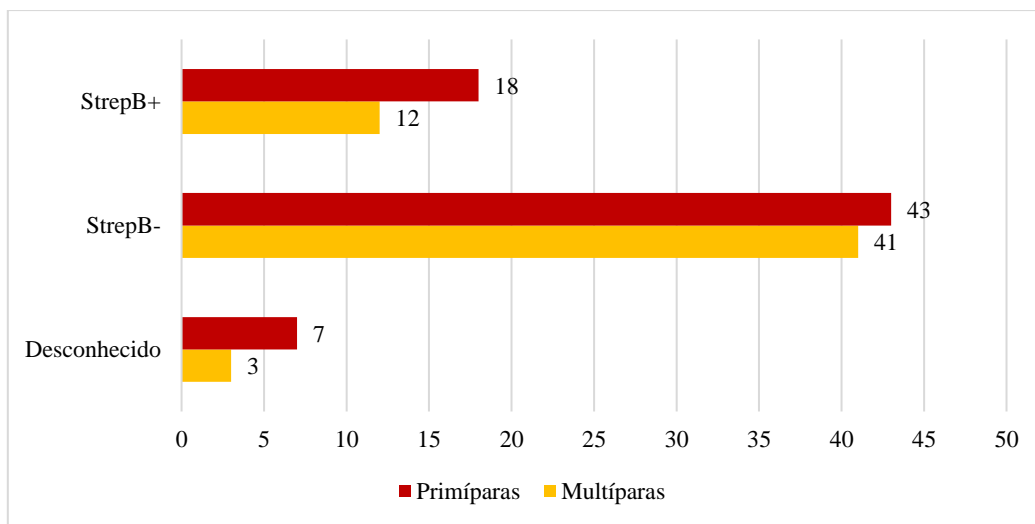


Figura 25 Frequência dos resultados StreptB

Caraterísticas do Recém-nascido

Na experiência clínica, os recém-nascidos das parturientes sob os cuidados da mestranda possuíam as seguintes características, quanto ao tempo de gestação.

Tabela 11 Classificação do tempo de gestação dos recém-nascidos

	Frequency	Percent
Pré-termo	13	10,5
Termo	69	55,6
Pós-termo	42	33,9
Total	124	100,0

A maioria são RN a termo (n=69; 55.6%), seguindo-se os pós-termo (n=42; 33.9%). os pré-termo (n=13; 10.5%). Refira-se ainda que, de acordo com a classificação da OMS (WHO, 2018a), dos pré-termo, dois são extremamente prematuros (i.e., <28S), um é muito prematuro (i.e., 28-32S) e 10 são moderadamente prematuros (i.e., 32-37S).

De forma mais detalhada, a idade gestacional, conforme critério da OMS (WHO, 2018a) está representada na tabela 12, sendo os RN a termo os mais representativos com cerca de metade dos casos.

Tabela 12 Distribuição dos recém-nascidos de acordo com o grupo de idade gestacional

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
<28S-ExtP	2	1,6	1,6	1,6
28-32-Mt°P	1	,8	,8	2,4
32-37-ModP	10	8,1	8,1	10,5
37-40GT	69	55,6	55,6	66,1
>40SGPT	42	33,9	33,9	100,0
Total	124	100,0	100,0	

A análise da idade gestacional mostra que mais de metade, tanto das multíparas, como primíparas tiveram bebês a termo; porém, os pré-termo foram mais notórios nas primíparas, conforme tabela 13.

Tabela 13 Idade Gestacional de acordo com a paridade

Grupos de Idade Gestacional	Representação	Paridade		
		Primípara	Multípara	Total
Pré-termo	Count	10	3	13
	% within Paridade	14,7%	5,4%	10,5%
Termo	Count	37	32	69
	% within Paridade	54,4%	57,1%	55,6%
Pós-termo	Count	21	21	42
	% within Paridade	30,9%	37,5%	33,9%
Total	Count	68	56	124
	% within Paridade	100,0%	100,0%	100,0%

O peso dos RN variou entre .500Kg e 4.065, com media 3.213(DP=.566).

A análise por grupos, mostra 12 casos (9.7%) com baixo peso (i.e., <2.500Kg), peso normal na maioria (n=108; 87.1%; 2.500-3.999Kg) e macrossômicos quatro casos (3.2%), conforme tabela 14.

Tabela 14 Peso dos recém-nascidos por grupos

	Frequency	Percent
<2.500Kg	12	9,7
2.500-3.999Kg	108	87,1
≥4.000Kg	4	3,2
Total	124	100,0

A avaliação do Índice de Apgar, ao 1º, 5º e 10º minutos é apresentada na figura 26, constatando-se que ao 10º minuto as 115 crianças atingiram o valor 10.

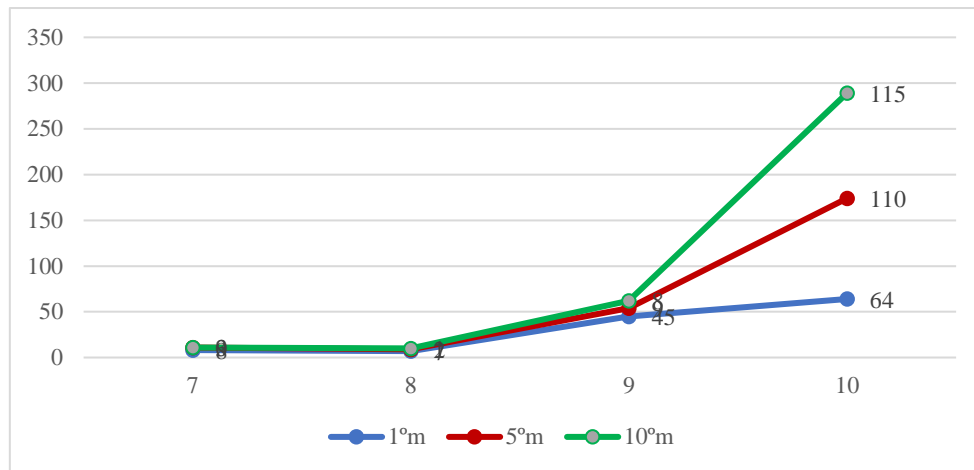


Figura 26 Apgar atribuído ao 1º, 5º e 10º Minuto

Tabela 15 Score de APGAR atribuído

Pontuação	Tempo de observação		
	1ºm	5ºm	10ºm
≥7	8	3	0
8	7	2	1
9	45	9	8
10	64	110	115
	124	124	124

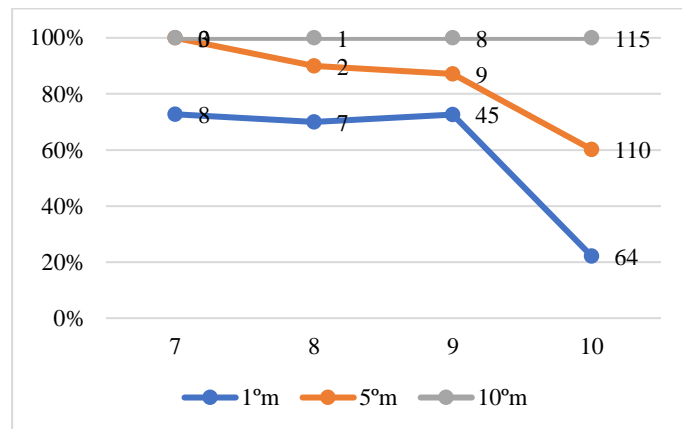


Figura 27 Gráfico da pontuação atribuída no Apgar

Análise do subconjunto dos 65 partos realizados pela Mestranda

A mestranda assistiu o 1º e o 2º estágio do TP em 65 mulheres. Segue-se a apresentação de alguns aspetos mais curiosos relativos à experiência clínica.

Parturientes com *Streptococcus* B+ representavam 23.1% (n=15), era desconhecido em 2 casos e negativo em 48 (73.8%). O Líquido Amniótico (LA) na primeira observação, nas mulheres com bolsa rota (n=28), encontrava-se claro em todos os casos; na segunda observação, o número de bolsa rotas aumentou para 50 e o LA estava claro em 49 casos (75.4%) e tinto de mecónio num caso. Todas apresentavam à admissão no BP contrações regulares.

O tempo de duração do TP das parturientes assistidas variou entre 18.62h e .33 partes da hora (i.e., 19.8 minutos). Contudo estão incluídas no gráfico seguinte, todas as mulheres admitidas no BP, com cervicometria a partir de 3cm (figura 28). Constata-se para

exemplo, que o caso 118 este no BP durante 16.5h, tendo sido admitida com 4cm, o caso 19, admitida com 7cm esteve no BP 3.4h.

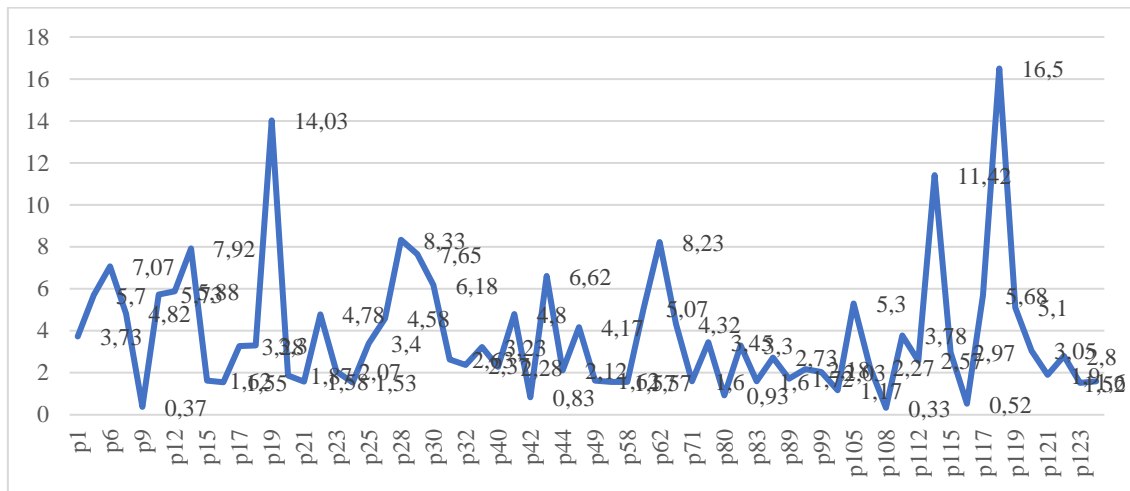


Figura 28 Tempo de internamento no Bloco de Partos com cervicometria $\geq 3\text{cm}$

Considerando as orientações da OMS, que definia o início do TP com cervicometria aos 5cm (WHO, 2018b), representou-se com linha azul a cervicometria à data de entrada no BP, tendo em conta que são também recomendações da OMS a auscultação dos BCF durante a fase ativa do TP e reportando o numero de horas em TP de cada parturiente [linha amarela], estimou-se o numero mínimo de vezes que a mestranda se acercou de cada uma das parturientes [linha vermelha], conforme a figura 29.

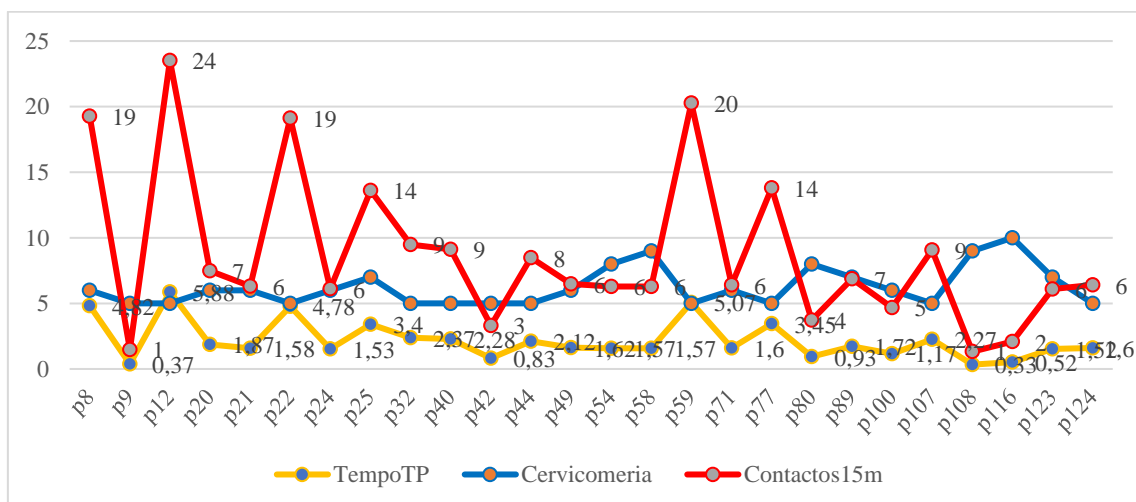


Figura 29 Relação entre vigilância dos BCF, & duração do TP & número de contactos com a parturiente

Para exemplo, a parturiente 22, que entrou com 5 cm de dilatação, e cujo TP demorou 4,78h, teria recebido contacto por iniciativa da mestranda, pelo menos 19 vezes; a

parturiente do caso 100, que entrou com 6cm de dilatação e cujo TP demorou 1,72h, teria recebido contacto da mestranda por pelo menos 5 episódios.

O estágio em BP foi na realidade uma experiência interessante e trabalhosa, na qual a grande meta era aprender, integrar conhecimento, sempre com a supervisão de EEESMO.

A progressão da apresentação foi analisada à luz do modelo de Lee, conforme ocorre no BP onde decorreu o estágio (figura orientadora).

Na primeira avaliação através do toque vaginal, a maioria dos fetos encontrava-se no plano -2; na segunda avaliação, nove fetos tinham já descido para o plano -1 (tabela 16).

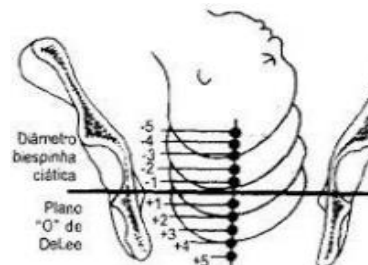


Figura 30 Planos de Lee

A rotura das membranas amnióticas ocorreu antes do 2º estágio em 17 parturientes (26.2%). O tempo de rotura da bolsa, variou entre 0 minutos (imediatamente antes da expulsão em três casos 4.6%), até 25h de rotura, com uma média de 4.97 h (DP=6.01).

Tabela 16 Planos de Lee identificados no exame vaginal

Planos	1ª Avaliação		2ª Avaliação	
	Frequency	Percent	Frequency	Percent
Plano -3	12	18,5	2	3,1
Plano -2	41	63,1	31	47,7
Plano -1	12	18,5	24	36,9
Plano -0	0	0	5	7,7
Plano 1	0	0	1	1,5
Missing	0	0	2	3,1
Total	65	100,0	65	96,9

A Frequência cardíaca Fetal (FCF) variou entre 113 e 157 bpm na primeira avaliação e entre 114 e 160 bpm na segunda observação. Todos os fetos tinham apresentação cefálica. Nos 65 partos a mestranda pôde avaliar a descida fetal no canal de parto dados que de acordo com os planos de Lee, se encontram na tabela 16.

Nos 65 partos realizados pela mestranda, surgiu a necessidade de episiotomia em 22 casos (33.9%), conforme figura 31.

Considerando como 100% os 22 casos de episiotomia, ocorreram, na primeira experiência clínica da mestranda, 3 casos de laceração de grau 1 (peso dos RN: 2.390; 3,230 e 3.650Kg) e 2 casos de laceração de grau 2 (peso dos RN 3.630Kg; 2.780Kg).

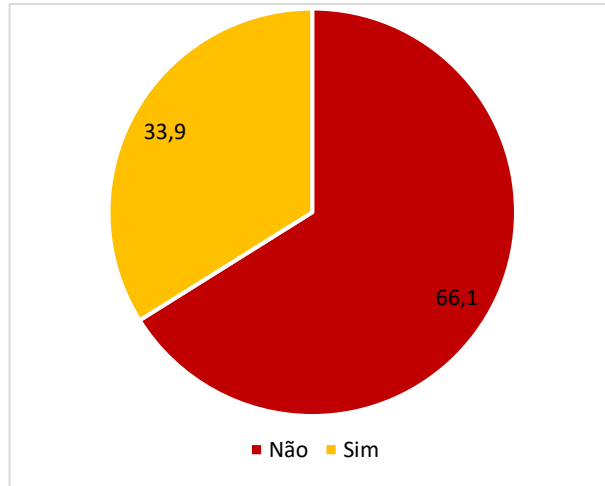


Figura 31 Frequência da realização de episiotomias

Vinte e um RN (33.3%) apresentavam circulares, sendo a grande maioria (n=20; 95.2%) circulares cervicais. Contudo foi necessário fazer a laqueação previa à expulsão do corpo fetal, em oito casos (13.3%). A recolha de sangue para tipagem foi realizada em 8 casos (12.3%) e a criopreservação num caso (1.5%).

O peso dos RN variou entre 2.200 Kg e 4.010Kg, conforme figura 32.

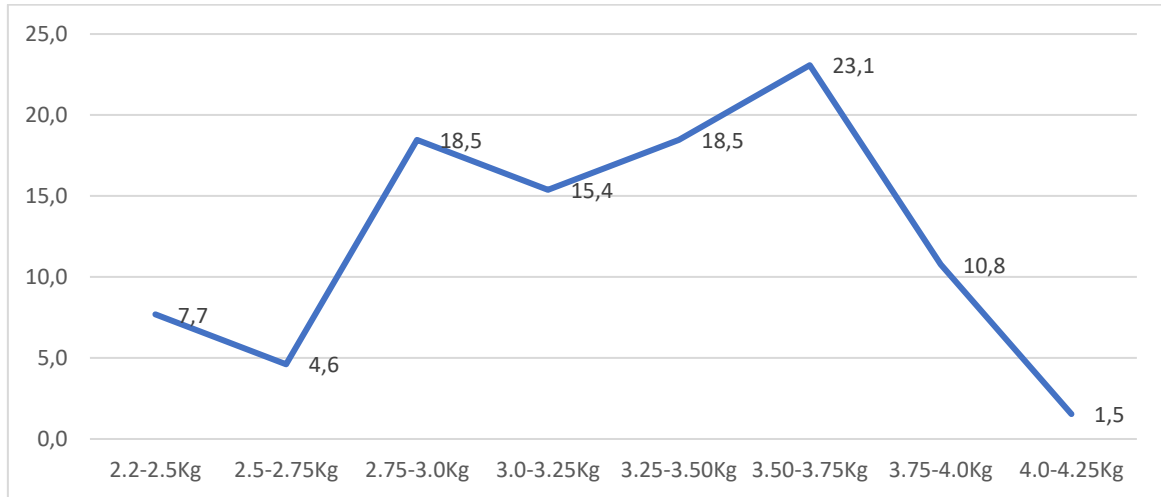


Figura 32 Distribuição dos grupos de peso do RN

Todas as parturientes tiveram dequitação natural, apresentando-se na grande parte das vezes (n=63; 96.9%) a face fetal, ou seja, o desprendimento através do mecanismo de Schultze. A inserção do cordão era frequentemente central (n=32; 49.2%), constatando-se 30 casos (46.2%) lateral e em três casos (4.6%), marginal. Em seis parturientes (9.2%) as membranas fragmentaram-se. As perdas sanguíneas foram em quantidade normal em todas as mulheres.

A maior parte dos RN cujo parto foi realizado pela mestranda, eram do sexo feminino (n=39; 60%). Todos os 65 RN estiveram em contacto pele-a-pele com a sua mãe e o aleitamento materno foi imediato, exceto num caso, curiosamente correspondendo a um TP de 4.32 horas, mas a uma estadia hospitalar prolongada de 57.63 horas, tendo realizado indução com Misoprostol.

Tabela 17 Índice de Apgar dos RN com parto realizado pela mestranda

O Apgar ao 1º, 5º e 10º minutos encontra-se na tabela 17.

Em nenhum caso os RN foram portadores de malformações aparentes.

	1º minuto	5º minuto	10º minuto
≤7	1	0	0
8	3	0	0
9	22	3	1
10	39	62	64
Total	65	65	65

Comentário ao treino da utilização do Partograma

Através da utilização do Partograma, foi possível para a mestranda realizar uma observação mais apurada da evolução do TP, realizando um paralelo entre as práticas de campo clínico e as recomendações da OMS e ACOG. Como se exemplifica abaixo, regista-se o exemplo de caso de parturiente admitida no BP às 17h30m, com cervicometria de 2cm de dilatação e apresentação Plano -2 de Lee. Tal TP foi medicalizado através de via epidural, intra-muscular (IM) e endovenosa (EV), ocorrendo a expulsão fetal cerca de 18h depois.

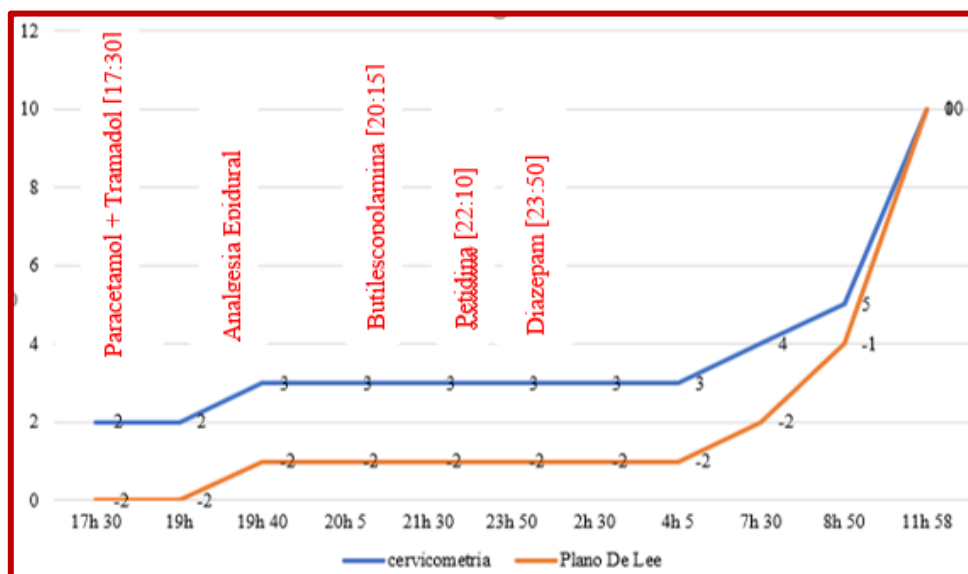


Figura 33 Exemplo de TP [p3]

De facto, a admissão na fase latente do TP justifica-se por motivos de fadiga materna ou elevada dor, coadjuvados com cuidados de enfermagem contínuos, apoio emocional e mesmo a presença de doula (ACOG, 2019). Porém, o mesmo documento ACOG de 2019 e outros, recomendam, que a admissão no Bloco de Partos, ocorra na fase ativa, isto é, aos 5-6cm de dilatação ("Obstetric care consensus no. 1: safe prevention of the primary cesarean delivery," 2014; Zhang et al., 2010; Zhang et al., 2002), no status materno-fetal normal, tranquilo, com resposta da díade fisiologicamente enquadrada (ACOG, 2019). Neste exemplo, a parturiente foi admitida no BP cerca de 46 minutos após ser admitida na instituição hospitalar, não ocorrendo a estadia em sala ante-parto (WHO, 2018b). Segundo a OMS, a recomendação 2 corresponde a: exames vaginais em intervalos de quatro horas, como rotina e identificação do TPE; completa a segunda recomendação: Auscultação Cardio-fetal a cada 15-30 minutos na primeira fase ativa do TP [slide 40; positive birth (WHO, 2018b)].

Concluindo, fica-nos a ideia de que será porventura necessário fazer a adequação da utilização do Partograma às novas correntes. Em documentos mais recentes, a fase latente é definida na cervicometria entre 0 a 5 cm, enquanto a fase ativa é considerada a partir de 6 cm até a dilatação cervical completa (Hutchison et al., 2021). Algumas entidades modificaram os seus conceitos e se em tempo anterior definiam a fase ativa a iniciar-se aos 4 cm, tornaram-se mais flexíveis, entendendo que para muitas mulheres se inicia aos 5-6 cm (ACOG, 2019). A Ordem dos Enfermeiros em Portugal e a OMS, vai ao encontro desta definição da ACOG (i.e., OE, Pronuncia 14/2021; Positive Birth, 2018). Seria porventura útil que os profissionais portugueses também se adequassem a estas orientações, pois como se observa na literatura, parte dos profissionais da clínica, mantém concepções de Friedman considerando a cervicometria 3-4cm como início da fase ativa (Friedman, 1978; Hanley et al., 2016).

4. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE MOBILIZAÇÃO DE COMPETÊNCIAS

O perfil de competências do EEESMO engloba, junto com o perfil das competências comuns, o conjunto de competências clínicas especializadas que visa prover um enquadramento regulador para a certificação das competências e garantir aos cidadãos cuidados especializados, continuados e de qualidade (i.e., Reg. nº 140/2019 de 6 de fevereiro; Reg. nº 391/2019 de 3 de maio).

4.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

No exercício da especialização em Enfermagem, são seguidas orientações para a formação ao nível de 2º ciclo, as quais se baseiam, nas competências comuns dos especialistas (CCE) e que são universais, qualquer que seja a área da especialização. Assim, conforme o Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro, publicado no Diário da República, 2ª série, nº 26, descrevem-se seguidamente as atividades realizadas para atingir este conjunto de competências.

A - Responsabilidade profissional, ética e legal

Competência A1: Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional.

Descritivo: O Enfermeiro Especialista demonstra um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica. A competência assenta num corpo de conhecimento no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do cliente.

Atividades:

- Aplicação dos princípios éticos
- Consulta de protocolos específicos das unidades de saúde
- Guarda de anonimato e confidencialidade nos exercícios académicos

Reflexão: A chegada da mestrandia às unidades/serviços, teve uma fase de integração, ocorrendo a necessidade de conhecer os hábitos/rotinas/procedimentos, tanto de interação técnica, terapêutica ou social. Neste sentido, foi útil a consulta de protocolos, já que podem diferir. Foram momentos de tentativa de entrosamento, procurando apreender o

máximo possível e simultaneamente associar a teoria à clínica. Foi útil olhar os protocolos de campo clínico e também voltar a consultar aqueles que eram conhecidos da teoria (i.e., protocolos de atuação da maternidade Dr. Alfredo da Costa).

Na clínica houve a preocupação pela individualidade da utente e pela sua segurança. De facto, ser enfermeira-estudante, oferece já um substrato que alerta para evitar o erro. Na área da especialização, foi possível desenvolver mais esta postura, tendo presente as recomendações da OMS, nomeadamente no que respeita às quatro pausas fundamentais, conforme o Guia de Implementação na Verificação para partos seguros (OMS, 2017).

A atenção para evitar acidentes, a autovigilância e o apoio da figura dos supervisores, foram elementos-chave, pois não ocorreram situações de *near-miss* (Santos et al., 2018; WHO, 2011). Tal deu qualidade aos cuidados oferecidos e confiança à mestranda, preservando os princípios éticos, de entre os quais se destacaria a beneficência, a não-maleficência, a igualdade de tratamento e a autonomia, sublinhe-se a autonomia corporal, no corpo de dois em um (Newnham & Kirkham, 2019).

A confidencialidade é um dos princípios básicos da profissão, tanto no campo clínico, como nos exercícios escritos que robustecem o conhecimento dos estudantes. Tal é constante nos vários espaços geográficos e contextos de aprendizagem das parteiras (Farajkhoda et al., 2017). Foi preocupação da mestranda, apresentar-se sempre como estudante, garantindo a possibilidade de escolha da utente/família, caso tivesse preferência por outro profissional. Além disso, os exercícios académicos, nomeadamente o treino de registo em Partograma foi sempre anonimizado. Também para a realização do estudo de caso, foi solicitado a permissão da utente, que se manifestou concordata.

Competência A2: Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Descritivo: O Enfermeiro Especialista demonstra uma prática que respeita os direitos humanos, analisa e interpreta as situações específicas de cuidados especializados, gerindo situações potencialmente comprometedoras para os clientes.

Atividades:

- Fomentar praticas de segurança, privacidade e dignidade
- Proteção dos direitos humanos

Reflexão: As responsabilidades profissionais do EEESMO, estão claramente definidas pela Ordem, através do Regulamento nº 391/2019. Durante a experiência clínica, respeitaram-se os direitos humanos, já que são o fundamento da convivência/assistência,

entre o beneficiário e os cuidados. Houve, porém, oportunidades, particularmente claras de reconhecer situações que preservam os direitos humanos da mulher/utente/parturiente. De facto, o ambiente clínico ofereceu o contacto com mulheres de várias etnias (i.e., Índia, China, Coreia, Bangladesh, Nepal, entre outras). Grande parte destas mulheres não falava Português e tinham como interlocutor o cônjuge, que se exprimia com alguma dificuldade em Português ou Inglês. Porém em algumas circunstâncias teria sido necessário a presença de um profissional tradutor. Esta foi uma lacuna, já que o hospital não tem essa figura, embora exista conexão com o SNS via telefónica (i.e., Direção Geral da Saúde – Circular Informativa nr. 15/DQS/DMD de 22 de abril de 2010). Só foi possível utilizar este recurso nas CDPN, no internamento, tal não ocorreu. De facto, a situação pandémica restringiu o acesso do cônjuge e as ligações ao SNS, estavam dificultadas. Para resolver situações, comunicar cuidados, prevenir problemas pós-parto, foram necessárias estratégias de tradução em telemóvel, língua gestual, apoio de figuras e esquemas, mas sobretudo, um interesse genuíno da mestranda em querer assistir a mulher, no direito humano que lhe é devido e na assunção da responsabilidade profissional em construção. São particularmente vulneráveis estas mulheres emigrantes, porventura mais vulneráveis se em situação de clandestinidade, considerando a mestranda que mais investimento é necessário nos serviços de saúde para diminuir riscos no ciclo gravídico-puerperal.

B - Melhoria Contínua da Qualidade

Competência B1: Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.

Competências B2: Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua.

Descritivo: O Enfermeiro Especialista colabora na conceção e operacionalização de projetos institucionais na área da qualidade e participa na disseminação necessária à sua apropriação, até ao nível operacional.

Descritivo: O Enfermeiro Especialista reconhece que a melhoria da qualidade envolve a avaliação das práticas e, em função dos seus resultados, a eventual revisão das mesmas e a implementação de programas de melhoria contínua.

Atividades:

- Colaboração em projetos institucionais
- Mobilização para a qualidade

Reflexão: O enquadramento clínico do ENP, deu oportunidades de desenvolvimento já que a instituição Hospital de Faro, no âmbito do CHUA, encontra-se em fase de adequação de instrumentos entre os diferentes polos. Assim, houve oportunidade de colaborar na formação em serviço, relativamente aos registos de enfermagem no SClínico®. A meta é construir um processo de enfermagem unitário, com recolha de dados/variáveis em modelo institucional. A uniformização dos modelos de registos é uma prática. Tal é perceptível nas recomendações da OMS (Lavender & Bernitz, 2020; World Health Organization. Maternal Health and Safe Motherhood, 1994), nomeadamente no exemplo do partograma que tende agora a entrar num outro modelo, o *Labor Care Guide*, ainda não traduzido para a língua Portuguesa (Vogel et al., 2021).

Para a mestranda, a oportunidade de desenvolver conjuntamente com os profissionais-especialistas o documento “Registos de Enfermagem – Unidade de Gravidas” (Apêndice-E), foi um ganho concreto. A apresentação presencial do documento-Projeto foi adiada, por razões de Pandemias, pois não existia permissão para a realização de auditorias. Espera-se, porém, que num futuro breve, a apresentação ocorra e assim formalmente iniciar-se um processo conjunto para todos os profissionais. De facto, eventuais auditorias que venham a acontecer, podem ter melhores resultados e evitar não-conformidades, garantindo assim a continuidade e qualidade dos cuidados.

Competência B3: Garante um ambiente terapêutico e seguro.

Descritivo: O Enfermeiro Especialista considera a gestão do ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes, atua proactivamente promovendo a envolvimento adequada ao bem-estar e gerindo o risco.

Atividades:

- Participação na gestão de risco
- Promoção de ambiente seguro

Reflexão: No enquadramento dos cuidados especializados, houve durante o ENP, inúmeras oportunidades de colocar em ação as competências comuns do especialista, para a promoção do ambiente terapêutico e seguro. De facto, no ambiente institucional, a situação pandémica acarretava preocupação em vários sentidos: 1) na relação intra-equipa, 2) na relação inter-equipas, 3) na relação equipa-utente, 4) na relação utente-família, além da apreensão, procurando simultaneamente defender a própria família. A mestranda, neste enquadramento, preparou-se enquanto profissional e estudante.

Realizou formação promovida pela instituição, através do Grupo Coordenador Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (GCLPPCIRA). Para a mestranda, alguns momentos foram mais difíceis de gerir, nomeadamente quando em termos profissionais, a aproximação física à parturiente necessitava ser controlada por risco de contágio com SARS-CoV₂. Note-se que a variedade de etnias e de proveniências geográficas das utentes é grande no CHUA-Faro, considerando-se imperioso evitar a transmissão do vírus. As situações mais difíceis, foram: a) a não colaboração das parturientes em período expulsivo, facto que ao mesmo tempo se pode compreender, pois estar nesta fase do TP com uma máscara, diminui a ventilação e acarreta ansiedade, b) as mulheres que entravam em período expulsivo na admissão, sem haver assim oportunidade de realizar o teste covid de imediato.

Contudo, a Pandemia foi um fenómeno que envolveu a população e no geral, utentes/parturientes e profissionais eram, salvo as situações referidas, cumpridores das normas da DGS (Orientação nº 018/2020 Direção-Geral da Saúde; Orientação nº 026/2020 Direção-Geral da Saúde; Norma nº 004/2020 Direção-Geral da Saúde).

C - Gestão dos Cuidados

Competência C1 - Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde (C1).

Descritivo: O Enfermeiro Especialista realiza a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas.

Atividades:

- Colaboração nas decisões da equipa de saúde.
- Melhoria da informação para a tomada de decisão no processo de cuidar.
- Reconhecimento quando deve “negociar com” ou “referenciar para” outros
- Utilização de uma variedade de técnicas diretas ou indiretas tais como a instrução ou a demonstração prática das tarefas a delegar.

Reflexão: As tomadas de decisão representam, nas competências comuns do especialista, resoluções imediatas, dado que a vida dos intervenientes no processo de nascimento pode estar em causa. Trabalhar em equipa é um desafio, dadas as relações de comunicação necessárias, as fronteiras de autonomia, mas também a cooperação interprofissional. Tal foi possível constatar ao longo do Estágio e sob a orientação supervisionada das

Especialistas residentes nos campos clínicos (Deodato, 2010). Se nas competências específicas Saúde Materna e Obstétrica (SMO), a assistência na gravidez de baixo risco é assumida pela OE, é necessário ter em conta que durante o TP, a normalidade da situação se pode modificar. Assim, exige-se ao EEESMO o reconhecimento da situação e a colaboração de outros profissionais, para intervenção de acordo com a área de conhecimento.

As condições de gestão de cuidados seguros são definidas para a especialidade ESMO, através do Parecer nº 43/2019. Além disso, a OMS, define momentos de pausa (WHO, 2011); (OMS, 2017; Vogel et al., 2021), que embora não definidos formalmente nos serviços onde o estágio ocorreu, faziam parte da atitude de revisão-reflexão dos profissionais, sendo naturalmente um modelo para a mestranda. De facto, houve oportunidade de realizar estágios onde a gestão de cuidados, revelou aquilo que o *International Council of Nurses* (ICN) define como “Ambientes Favoráveis à Prática”. Tal, foi de particular importância na gestão de cuidados, nos tempos de Pandemia.

Competência C2 - Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.

Descritivo: O Enfermeiro Especialista, na gestão dos cuidados, adequa os recursos às necessidades de cuidados, identificando o estilo de liderança mais adequado à garantia da qualidade dos cuidados.

Atividades:

- Fomentação de um ambiente positivo e favorável à prática.
- Implementação de métodos de organização do trabalho adequados.
- Negociação dos recursos adequados à prestação de cuidados de qualidade.
- Utilização dos recursos de forma eficiente para promover a qualidade.

Reflexão: Na experiência clínica a observação da mestranda, levou à reflexão sobre esta competência. A gestão pessoal dos cuidados e a gestão da equipa são fundamentais para a garantia da continuidade e qualidade dos cuidados. Para otimizar esta gestão, são definidos modelos de cuidados, considerando-se que na Saúde Materna o modelo *One-to-One* (Page, 2003) é porventura o mais adequado. O modelo é utilizado em países como o Reino Unido e Canadá, e a sua filosofia é oferecer cuidados dirigidos à singularidade de cada mulher (Page, 2003). Este modelo explora e assenta na essência cuidativa da parteira. De facto, estudos antropológicos evidenciam uma relação concreta e simbólica

com a mulher-que-assiste-a-outra-mulher (Rosenberg & Trevathan, 2005). Mostram os estudos que a relação *One-to-One*, diminui o número de recursos farmacológicos no alívio da dor (i.e., epidural), de episiotomias e lacerações perineais, ao mesmo tempo que confere segurança nos cuidados (Page et al., 1999).

Nas unidades de cuidados onde decorreu o Estágio, houve oportunidade de observar modelos de gestão de cuidados, nomeadamente modelo individual, funcional, em equipa e de responsável (Costa, 2004). No modelo individual, a responsabilidade dos cuidados recai sobre um profissional de enfermagem, que representa a coordenação dos cuidados a oferecer ao utente. No modelo em equipa, os profissionais estão organizados em grupos, e cada grupo ocupa-se de um determinado número de utentes; cada equipa tem a liderança de um profissional que supervisiona os cuidados na relação enfermeiro-utente. O método funcional constitui-se pela parcelarização em tarefas dos cuidados assistenciais, no qual cada enfermeiro é responsável por concretizar uma parte das tarefas. No método por enfermeiro responsável, o profissional tem definido um número determinado de utentes que estão sob a sua responsabilidade; ou seja, neste método, todo o percurso de cuidados, da admissão até à alta, é acompanhado por um enfermeiro formalmente designado. Este último é porventura o método mais semelhante, com aquele designado na literatura anglo-saxónica como *One-to-One* (Page, 2003; Page et al., 1999). As nomenclaturas dos modelos são diferentes e em revisão de literatura, sublinham dois modelos principais: a) Modelo de Prática Baseada na Evidência e b) Modelo de Cuidado Centrado no Paciente (Gerolin & Cunha, 2013).

Nas experiências clínicas onde ocorreu o Estágio, houve oportunidade de observar que na maior parte das vezes os métodos de trabalho seriam: o funcional e por responsável.

A OMS recomenda o modelo *One-to-One* na prática de assistência para as Nurses/midwives (WHO, 2020). É um caminho ainda a percorrer no nosso país, necessitando toda uma adaptação contextual nos cuidados de saúde, por exemplo definindo as equipas, flexibilizando horários, definindo espaços institucionais personalizados para o nascimento.

D- Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

Competência D1 - Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.

Descritivo: O Enfermeiro Especialista demonstra a capacidade de autoconhecimento, que é central na prática de enfermagem, reconhecendo que interfere no estabelecimento de

relações terapêuticas e multiprofissionais. Releva a dimensão de Si e da relação com o Outro, em contexto singular, profissional e organizacional.

Atividades:

- Atuação eficaz sob pressão.
- Gerenciamento de sentimentos e emoções em ordem a uma resposta eficiente.
- Otimização do autoconhecimento para facilitar a identificação de fatores que podem interferir no relacionamento com a pessoa cliente e ou a equipa multidisciplinar.
- Otimização da congruência entre auto e heteropercepção.
- Reconhecimento dos seus recursos e limites pessoais e profissionais.

Reflexão: O ENPR revelou exigências de desenvolvimento para a mestranda. Entrar numa nova área de conhecimento, em espaços e equipas desconhecidas, em tempo acumulado com o exercer profissional, foi um enorme desafio, mas também uma opção gratificante. Em alguns momentos do Estágio, a necessidade de autoconhecimento foi sentida de maneira imperiosa.

No âmbito dos cuidados de saúde, nomeadamente de SMO, deparamo-nos com dilemas, momentos emotivos e resoluções difíceis. Foi necessário, agir, mostrar proatividade perante os supervisores, mas também manifestar maturidade, ainda que algumas situações estivessem quase no limite da emoção.

Os cuidados em SMO, rodeiam-se em geral de sentimentos positivos, pela colaboração do EEESMO nos momentos felizes da família. O EEESMO tem a felicidade de partilhar com a mulher/família, os episódios mais significativos da afirmação de género, da confirmação da feminilidade e de outros que envolvem a conjugalidade, a expressão social do que é ser uma família. Além destes momentos positivos há outros de dúvida ou de receio. No ENPR foi possível, com a orientação dos supervisores, responder satisfatoriamente a esta competência, no sentido dos ganhos para a construção da identidade profissional. São de facto os supervisores clínicos, os modelos de cuidados, onde se enraíza a construção do agir próprio da atual mestranda e futura EEESMO. Com o apoio dos seus saberes e o investimento (exemplificado na competência seguinte), se lançaram as bases para o profissionalismo.

Competência D2 - Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.

Descritivo: O Enfermeiro Especialista alicerça os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação.

Atividades:

- Identificação de necessidades formativas.
 - Atuação como formador oportuno em contexto de trabalho
 - Investigação e colaboração em estudos de investigação.
 - Interpretação, organização e divulgação dos resultados provenientes da evidência que contribuam para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem.
 - Contribuição para o conhecimento novo e para o desenvolvimento da prática clínica especializada.
- Rentabilização das oportunidades de aprendizagem, tomando a iniciativa na análise de situações clínicas.

Reflexão: O ENP decorrente do MESMO, trouxe um papel verdadeiramente ativo do estudante, que porventura, fomentou o diagnóstico de necessidades formativas e de oportunidades de formação em contexto de trabalho. Veja-se a elaboração da formação “Registos de Enfermagem - Unidade de Grávidas”, que decorreu com a intenção de uniformizar os cuidados (Apêndice E). A importância da utilização de registos compreensíveis para todos os profissionais constitui uma mais valia na continuidade e qualidade dos cuidados especializados. De facto, alguns estudos chamam a atenção para a importância dos registos, já que são indicadores fundamentais para a avaliação da saúde materno-infantil (Day et al., 2020). Não basta ter impressos. É necessário que sejam construídos de forma inteligível, baseando-se no conhecimento do profissional, centrando-se simultaneamente nas necessidades da utente/cliente. Alguns impressos são simples, mas organizadores do pensamento e da sequência dos cuidados. Neste sentido, houve a oportunidade de construir a folha de passagem de turno do serviço de internamento de puerpério, respeitando a metodologia Identificação, Situação, Antecedentes, Avaliação, Recomendações (ISBAR), conforme orientação da Direção-Geral da Saúde (DGS) (i.e., Norma nr. 001/2017 de 08/02/2017). Tomando-se as orientações fundamentais do documento da DGS, desenvolveu-se o instrumento (Apêndice C J.A. 17 - Comunicação na Passagem de Turno), que estando em fase de teste,

seguirá o percurso de validação institucional. Para a construção destes documentos, foi necessária atualização científica e consulta em bases de dados.

As terceira e quarta atividades referidas na Competência D2 enquadram o espírito da atual formação académica. Foi necessário investir e desenvolver saberes e prática na abordagem sistematizada da literatura científica. O acesso institucional a Bases de Dados através da Universidade de Évora, disponibilizou fontes de conhecimento. Foi possível realizar pesquisa sistematizada, através de termos MeSH ou DeCS, de utilizar equações de pesquisa, combinando descritores com operadores booleanos. Tal tornou-se uma prática que a mestranda treinou, sobretudo através dos jornais de aprendizagem. Também o uso de gestores de referências (i.e., EndNote Web) ou gestores de bibliografia (i.e., Rayyan), se tornaram ferramentas valiosas para o desenvolvimento.

Por fim, na atual competência, considere-se o investimento da mestranda num instrumento de utilização única nesta área de conhecimento: o Partograma. É de facto o *Gold Standard* na assistência à parturiente (Lee et al., 2018; WHO, 1994). Houve oportunidade de rentabilizar a aprendizagem, analisando as situações clínicas, através dos itens/indicadores/variáveis inscritas no Partograma.

4.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

As Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (CEEESMO), estão definidas no Diário da República, 2ª Serie, nº 85, de 3 de maio de 2019, concretamente no Regulamento nº 391/2019 e constituem o conteúdo o fundamental da profissão. Ou seja, são a essência da área de especialização. Os conteúdos a que se reportam, espelham o agir quotidiano da profissão, nos vários campos clínicos, quer o especialista exerça nos CSP ou nos CSH.

Nas competências seguidamente descritas, todos os cuidados respeitaram os princípios ético-deontológicos, assim como a integridade e veracidade dos registos clínicos manuais ou computadorizados.

Competência 1 - Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período preconcepcional.

Descritivo: Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional, estabelecendo e implementando

programas de intervenção e de educação para a saúde de forma a promover famílias saudáveis, gravidezes planeadas e vivências positivas da sexualidade e parentalidade.

Exemplo de atividades/Reflexão: Planear a família é um desafio de futuro e se numa fase primordial se estabelece a relação de conjugalidade com fins não reprodutivos, é necessário regular a fertilidade. A fertilidade é um fenómeno humano, sabendo-se que cerca de 85% das mulheres, sem proteção no coito, têm a capacidade de conceber nos próximos 12 meses (Walker & Tobler, 2021). Num estudo português, há algumas décadas, observou-se que os parceiros sexuais, ausentavam-se da regulação da fertilidade (Vicente, 1993). De facto, a regulação da fertilidade com métodos convencionais é um tema atual, necessitando de aconselhamento individualizado (Kakaiya et al., 2017).

A taxa de natalidade em Portugal em 2021 é de 7,733 nascimentos por 1000 pessoas, um declínio de 0,45% em relação a 2020 (i.e., Portugal *Birth Rate* 1950-2021). O Índice Sintético de Fecundidade (ISF) está abaixo da reposição de gerações (i.e., 2.1 filhos por mulheres em idade reprodutiva) desde os anos 80. Assim, a contraceção é um elemento significativo e valorizado pelo casal e pela população feminina, que conta com o apoio dos serviços de saúde. De facto, existe mesmo um Consenso sobre Contraceção de 2020 (i.e., Sociedade Portuguesa da Contraceção, Sociedade Portuguesa de Ginecologia, Sociedade Portuguesa de Medicina da Reprodução), que reafirma e atualiza a informação para os profissionais de saúde, tendo o objetivo de melhoria na prestação de cuidados em saúde reprodutiva.

Durante o período de aprendizagem clínico nas Consultas Externas Hospitalares (CEH), mais propriamente na Consulta de IVG, houve oportunidade de: 1) Fornecimento de informação sobre métodos contraceptivos adequados em adolescentes e adultos; 2) Facultar métodos contraceptivos e supervisionar a sua utilização; 3) Identificação de problemas relacionados com a vivência da sexualidade, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação.

Enquanto futura EEESMO, foi possível assegurar a transmissão da informação às mulheres, ou seja, habilitar para a decisão informada. Concretizaram-se informações sobre o método contraceptivo que melhor se adequasse a cada mulher e ao seu estilo de vida. Nesta consulta foi possível contactar com diversos métodos. No casal, é de facto a mulher, o elemento que se preocupa com a contraceção (Wigginton et al., 2018) e existem vários estudos que reconhecem mesmo uma responsabilidade desproporcional relacionada com o género (Kimport, 2018). Como mestranda SMO, em favor do atingir de competências, procura-se quebrar esta desproporção e chamar a presença do parceiro

sexual, já que são atos de comum acordo do casal. A Pandemia, trouxe, porém, prejuízo para este aspeto cuidativa da EEESMO, facto que no exercício crítico, que é a atual reflexão, deve ser manifestado.

A opção de não realizar jornal de aprendizagem, levou a mestrada a procurar saber mais, nomeadamente, através de uma síntese temática sobre “atitudes das parteiras face à contraceção”. Com descritores, que na Web of Science formavam a seguinte expressão booleana: ((((((ALL=(nursing students OR midwifery students)) AND ALL=(contraception OR birth control)) AND ALL=(qualitative research)))) AND ALL=(skills OR competencies). Identificaram-se 7 artigos (figura 34).

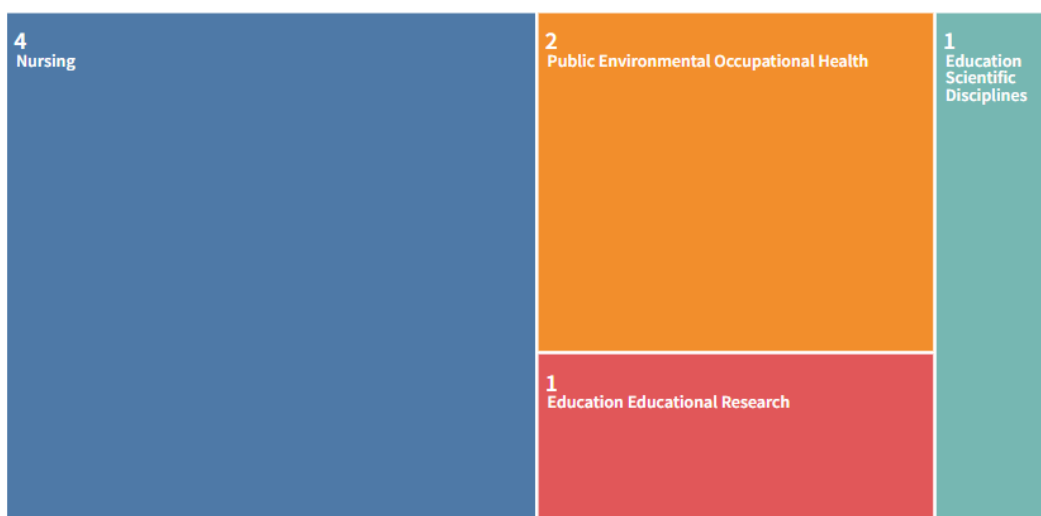


Figura 34 Resultados de recolha de dados em Web of Science

Ressaltou da leitura que no ensino da utente, a) estão ainda muito presentes estratégias inconsistentes de ensino/aconselhamento, além de b) falta de tempo para dedicar mais atenção ao assunto, c) necessidade de mais treino dos profissionais (Kelly et al., 2012). Por outro lado, verificam-se ainda em alguns contextos geográficos a) atitudes sancionatórias dos estudantes enfermeiros, relativamente às manifestações de intimidade sexual (i.e., sexo pré-marital, duplo padrão sexual com culpabilização feminina), b) levando para a clínica pré-conceitos pessoais. Em controvérsia, estes profissionais manifestam empatia e compaixão por mulheres em situação de gravidez indesejada (Klingberg-Allvin et al., 2007). De facto, na experiência clínica a que se refere este relatório, reconhece-se a necessidade de, também no campo da contraceção, desenvolver o pensamento reflexivo face à desigualdade de género na responsabilidade contracetiva, como uma forma de melhorar a prestação dos especialistas SMO.

Competência 2 – Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal.

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

Exemplo de atividades/Reflexão: Excetuando os casos de violência ou ignorância pela idade ou condição mental, a gravidez é nos tempos de hoje uma opção, determinada no tempo ótimo para o casal. Assim, o seguimento da mulher na fase pré-natal, constitui uma segurança para a díade, um ganho para os serviços de saúde e para os indicadores populacionais de morbimortalidade.

O plano da DGS, mais concretamente o Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco, orienta a atuação do EEESMO. Por outro lado, a regulamentação sobre a Gravidez não Desejada (GND), trouxe também benefícios à saúde, diminuindo os casos de morbimortalidade por aborto clandestino.

A regulação da natalidade, tem por vezes quebras, surgindo uma GND. Segundo a legislação nº 16/2007, a IVG pode ser realizada nas primeiras 10 semanas de gravidez, calculadas a partir da data da última menstruação. As mulheres/casais que desejam realizar IVG, recorrem habitualmente aos Cuidados de Saúde Primários (CSP) ou à CEH, facto que proporcionou várias experiências clínicas no Estágio e que seguidamente se contextualizam e exemplificam, no sentido de demonstrar a aquisição de competências.

Assim, nestas duas perspetivas, seja a Consulta de IVG ou a Consulta Pré-Natal, descreve-se o processo de aquisição de competências da mestranda.

Unidade de Competência Referida a IVG

Os Agrupamentos de Centros de Saúde do Algarve (ACSA) e os dois hospitais da região (Hospital de Faro e o Hospital de Portimão) constituindo o CHUA, estão organizados para acolher e acompanhar as mulheres que desejam interromper voluntariamente a gravidez (i.e., Lei nº 16/2007 de 17 de abril). As equipas são compostas por médico e enfermeiro, dispondo ainda de aconselhamento psicológico e assistência social, conforme a necessidade ou a pedido da mulher (i.e., Administração Regional de Saúde do Algarve, 2021).

Durante o período de aprendizagem clínico nas Consultas Externas – Consulta de IVG, existiu a oportunidade de: 1) Promoção da decisão esclarecida no âmbito da interrupção voluntária da gravidez, garantindo a informação e orientação para os recursos disponíveis

na comunidade; 2) Identificação e monitorização do trabalho de abortamento; 3) Conceção, planeamento, implementação e avaliação de intervenções, com a finalidade de potenciar a saúde da mulher durante o abortamento e após o aborto; 4) Identificação de complicações pós -aborto, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação; 5) Informação e orientação à mulher sobre sexualidade no período pós-aborto. Nas Consultas de IVG monitorizou-se ainda a gravidez, numa perspetiva multidisciplinar, através da datação, segundo o controlo ecográfico. Os procedimentos seguintes centraram-se em a) monitorização do processo de abortamento, b) informação acerca dos sinais e sintomas de alarme que se deveriam dirigir ao SU, c) preenchimento de formulário com dados sociodemográficos, relação de conjugalidade, passado obstétrico-ginecológico e contraceptivo, concretizando-se dados estatísticos para o processo solicitado pela DGS.

Nesta consulta foi possível contactar com a metodologia de IVG, nomeadamente com o protocolo medicamentoso. Este protocolo, é o recomendado pela OMS e foi objeto de particular interesse da mestrada. De facto, no Jornal de Aprendizagem 5, é evidente a reflexão sobre a temática (Apêndice C- J.A. 9).

Unidade de Competência Referida a Consulta de Diagnóstico Pré-Natal

O Diagnóstico Pré-natal constitui um ganho importante para a saúde materno-infantil, a nível bio-psico-social. Consiste num conjunto de observações ou procedimentos que determinarão anomalias fetais por razão congénita. Está legislado em Portugal (i.e., despacho nº 541 I/ 97 de 6 de agosto).

Nas Consultas Externas – Consulta de DPN, enquanto se desenrolou o estágio de natureza profissional, foi possível desenvolver competências, tais como: 1) Monitorização da gravidez; 2) Informação e orientação sobre estilos de vida saudáveis na gravidez; 3) Promoção do plano de parto, assim como aconselhamento e apoio à mulher na decisão; 4) Informação e orientação da grávida sobre os sinais e sintomas de risco; 5) Identificação e monitorização da saúde materno-fetal pelos meios clínicos e técnicos apropriados; 6) Prescrição de exames auxiliares de diagnósticos necessários à deteção de gravidez de risco (i.e., teste Combur); 7) Informação e orientação sobre medidas de suporte para alívio dos desconfortos da gravidez. Sublinhe-se que por razões de Pandemia, os conviventes significativos estavam ausentes, exceto em situação de elevada gravidade.

Para atingir esta competência, a mestrandia investiu com empenho, realizando o aprofundamento e reflexão sobre várias temáticas: 1) Rastreio Combinado do 1º

Trimestre (Apêndice C – J.A. 6); 2) Técnicas Invasivas de Diagnóstico Pré-Natal (Apêndice C – J. A. 7); 3) Técnica de Diagnóstico Pré-Natal Não Invasiva (Apêndice C – J.A. 8); 4) Comunicação de Más Notícias em Obstetrícia (Apêndice C – J.A. 9).

O estudo reflexivo sobre estas matérias proporcionou maior clareza e associação de conhecimento teórico-clínico, tal como é previsto ocorrer na formação europeia (i.e., *Essential Competencies for Midwifery Practice 2018. Final version published January 2019*).

Competência 3 – Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o TP.

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

Exemplo de atividades/Reflexão: Para monitorizar com segurança o TP e parto em qualquer fase, é essencial uma compreensão clara do que constitui o início e o progresso normal do TP (WHO, 2018b). No entanto, o consenso em torno das definições do início e duração das diferentes fases do TP “normal” tem sido controverso.

A tradicional “*Friedman labour curve*” descreve a fase de TP latente desde os 0 até aos 4 cm, altura em que a inclinação da curva aumenta, com alteração cervical mais rápida na fase de TP ativa, que vai desde os 4 até aos 10 cm. Friedman também descreve uma desaceleração do TP quando a parturiente atinge os 9 a 10 cm (Friedman, 1981). Por outro lado, a curva do TP moderna identifica uma transição da fase latente para a fase ativa quando se atinge os 6 cm de dilatação cervical. Antes dos 6 cm, a fase latente do TP é mais longa e progride mais lentamente do que o descrito por Friedman. No entanto, a fase ativa do TP da curva moderna progride mais rapidamente em múltiparas. Na curva moderna, não existe fase de desaceleração perto dos 10 cm de dilatação cervical (Rhoades & Cahill, 2017). Definir as fases do TP é algo difícil, já que os autores não coincidem. Contudo, investigação recente, entende a Fase Latente, a fase que se inicia com as contrações identificadas pela mulher, terminando, nas novas conceções com cervicometria de 6 cm, em vez de 4 centímetros (ACOG, 2019; Hutchison & Mahdy, 2021; Tilden et al., 2019). Vários autores confirmam esta conceção, de início da fase ativa aos 6 cm até a dilatação cervical completa (Hutchison & Mahdy, 2021). A Ordem dos Enfermeiros corrobora as recomendações da ACOG, sublinhando os 6 cm como marco que define o início da Fase Ativa (i.e., OE. Pronuncia n° 14/2021 de 29/3/2021). A OMS, emitiu em 2018, no documento “*Positive Birth*”, o conceito de Fase Ativa que se

carateriza por contrações regulares, dolorosas e com dilatação cervical iniciada aos 5 cm. Na mesma recomendação sobre nascimentos e partos, a OMS, solicitou a eliminação da referência à dilatação cervical de um centímetro por hora durante o TP e enfatizou que uma taxa de dilatação cervical mais lenta por si só, não deve servir de indicação para acelerar o parto ou o nascimento (WHO, 2018b). De facto, revisões sobre a matéria não apoiam o uso da dilatação cervical ao longo do tempo (a um limite de 1 cm/h durante o primeiro estágio ativo) para identificar mulheres com risco de resultados adversos no parto (Bonet et al., 2019).

Para atingir esta competência, a mestranda desenrolou atividades, nomeadamente treinando o partograma, através do registo de todas as parturientes que cuidou ou colaborou nos cuidados. O modelo de Partograma utilizado é o atualmente vigente no CHUA - Faro. Veja-se o exemplo real (Apêndice J), adaptado e anonimizado para este Relatório. As competências foram ainda aprofundadas através de a) acolhimento e admissão de parturientes, b) individualização dos cuidados especializados de acordo com as fases do TP (i.e., parturientes que apresentaram Plano de Parto), c) referenciação das situações além da área de competência (i.e., TPE, desacelerações de recuperação tardia, entre outras), d) avaliação das características do períneo e tomada de decisão face à elasticidade dos tecidos (i.e., episiotomia sim/não), e) promoção da adaptação do RN à vida extrauterina (i.e., expressão das secreções nasofaríngeas e determinação do Índice de APGAR), f) promoção do contacto pele-a-pele e amamentação no período de *Greenberg*.

Além disso, realizou reflexões acerca de diversas temáticas, que constaram nos jornais de aprendizagem, nomeadamente:

- 1) Distocia de Ombros (Apêndice C – J.A. 11);
- 2) Patologias do Cordão Umbilical (Apêndice C – J.A. 12);
- 3) Episiotomia e Episiorrafia (Apêndice C – J.A. 13);
- 4) Contato pele-a-pele precoce e Amamentação na primeira hora pós-parto (Apêndice C – J.A. 14);
- 5) Acompanhante Significativo do TP e Parto (Apêndice C – J.A. 15);
- 6) Rutura Artificial das Membranas Amnióticas (Apêndice C - J.A. 21);
- 7) Analgesia Epidural Obstétrica (Apêndice C – J.A. 22);
- 8) Rutura Uterina em Mulheres com Cesariana Anterior em TP (Apêndice C – J.A. 23);
- 9) Plano de Parto (Apêndice C – J.A. 24);
- 10) Parto Distócico – Fórceps e Ventosa (Apêndice C – J.A. 25);

- 11) Cesariana (Apêndice C – J.A. 26);
- 12) Covid-19 em Sala de Parto (Apêndice C – J.A. 27);
- 13) Métodos Não-Farmacológicos no Controlo da Dor (Apêndice C – J.A. 28);
- 14) Cardiotocografia (Apêndice C – J.A. 29);
- 15) Partograma (Apêndice C – J.A. 30).

Foi observado que algumas mulheres são admitidas na Sala de Partos em fase latente, confirmando-se a falta de estruturas, referida pela OMS tais como salas de espera de maternidade para mulheres em fase latente (WHO, 2018b). Tais acomodações, poderiam permitir a deambulação, a troca de expectativas entre as parturientes, porventura diminuindo o stress do parto.

No enquadramento da Pandemia, houve oportunidade de um maior empenho no relacionamento entre a mestranda e a mulher em TP. A experiência clínica percorreu diferentes fases, nomeadamente no que se refere às precauções quanto à permissão da estadia do acompanhante da mulher em TP. Nos cuidados que a mestranda prestou, os circuitos foram respeitados, as precauções contra a infeção cumpridas, entendendo com particular interesse o acompanhamento da mulher. De facto, foi possível observar e tentar reduzir, a perda de expectativas que algumas parturientes tinham, quanto à presença do pai/companheiro, num dos momentos mais significativos para o casal. Soluções práticas, tais como permissão para videochamadas, fotografias pedidas pela parturiente após o parto, gravação do primeiro choro do bebé, são exemplos de tentativas de melhor viver o nascimento de um filho nos tempos de Pandemia.

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

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

Exemplo de Atividades/Reflexão: O Puerpério (vulgo pós-parto) designa-se pelo “período de seis semanas após o parto, no qual ocorre uma regressão das alterações anatómicas e fisiológicas inerentes à gravidez” (Graça, 2005; WHO, 2015). Divide-se em três períodos: puerpério imediato (primeiras duas horas), puerpério precoce (até ao final da primeira semana) e puerpério tardio (até ao final da sexta semana). Há autores que o enunciam como o quarto trimestre, o que reflete a ideia de continuidade do processo de

nascimento/maternidade considerando o bem-estar da díade, como uma unidade em desenvolvimento (Bobak et al., 1999).

No Serviço de Obstetrícia – Internamento de Puerpério foi possível desenvolver atividades, que permitiram a aquisição da competência, tais como: a) realização do exame-físico geral da puérpera e do recém-nascido; b) capacitação da mulher para os cuidados ao RN; c) informação sobre os sinais e sintomas de alarme do recém-nascido; d) promoção da amamentação e orientação para a boa pega; e) promoção da adaptação ao pós-parto; f) referenciação dos desvios de adaptação à parentalidade e das situações que estão para além da área de atuação; g) identificação das complicações pós-parto; h) prestação de cuidados especializados a puérperas com patologias associadas; i) participação no Planeamento Familiar, incluindo a colocação de implantes contraceptivos. Sobre esta última matéria, a mestranda teve oportunidades, facto que concorre para a formalização do parecer da Ordem dos Enfermeiros em contexto de atuação multidisciplinar (i.e., OE. Parecer nº13/2021 de 29 de junho de 2021).

Para a aquisição desta competência, a mestranda desenrolou diversos jornais de aprendizagem, onde refletiu sobre as diversas temáticas inerentes ao período puerperal, tais como:

- 1) Cuidados de Enfermagem no Puerpério (Apêndice C – J.A. 16);
- 2) Comunicação na Passagem de Turno (Apêndice C – J.A. 17);
- 3) Contraceção no Puerpério-Implante Contraceptivo (Apêndice C – J.A. 18);
- 4) NIDCAP (Apêndice C – J.A. 19);
- 5) Hospital Amigo dos Bebés (Apêndice C – J.A. 20).

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

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

Exemplo de Atividades/Reflexão: O climatério é uma etapa da vida da mulher em que ocorre o processo de transição entre o período reprodutivo e a incapacidade de conceber, ao longo da qual ocorre um declínio progressivo da função ovárica. Termina este período um ano depois da menopausa (Consenso Nacional sobre Menopausa, 2016; Vieira, Araújo, Souza, Costa, Benedetti & Marquete, 2018). De acordo com (Freire et al., 2016) na fase de climatério, a mulher passa por um ciclo transicional, instável e delicado. O

climatério não é uma situação patológica, mas sim uma fase natural da vida, sendo que algumas passam por essa fase sem queixas ou com necessidade de intervenção medicamentosa e outras apresentam sintomatologia que varia na sua diversidade e intensidade (Vieira et al., 2018).

No Serviço de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia – Admissão, foi possível contatar com diversas mulheres no período de climatério, que recorriam a este serviço principalmente por metrorragias. Seguiam posteriormente para exames de diagnósticos como a citologia cervical e observação com espécuro.

Foi assim possível adquirir esta competência, com o desenvolvimento de atividades tais como: a) identificação de alterações físicas, sexuais e psicológicas; b) colaboração multidisciplinar em mulheres com complicações associadas ao climatério; c) avaliação dos parâmetros vitais.

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

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

Exemplo de Atividades/Reflexão: No Serviço de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia – Admissão, a mestranda contatou com mulheres com doença ginecológica, tais como: metrorragias, doença inflamatória pélvica (DIP), gravidez extrauterina/ectópica; entre outros.

No ENP, atingiu-se esta competência, desenvolvendo atividades tais como observação física e ginecológica das mulheres. Identificaram-se casos de perdas sanguinolentas do trato vaginal, treinando-se a utilização do espécuro e respetiva recolha de espécimes. Dedicou atenção às análises clínicas e características das secreções no caso das mulheres com DIP. Os cuidados a mulheres com Bartolinites foram também uma matéria de conhecimento e prática clínica. Estas oportunidades de assistência ocorreram sempre em mulheres adultas.

Como não se realizou jornal de aprendizagem sobre as temáticas, houve um interesse genuíno por parte da mestranda em realizar uma revisão temática acerca dos diagnósticos mais frequentes das mulheres que recorriam a este serviço. Esta revisão, foi apenas orientada por palavras-chave, nas bases de dados reunidas na B-ON, sem a sistematização que é exigida a outros tipos de revisão de literatura (Apêndice K).

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

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

Exemplo de Atividades/Reflexão: As atividades orientadas para a comunidade foram algo modificadas dadas as impossibilidades impostas pela Pandemia. Desta forma, foi na Consulta que aconteceram práticas com vertente de educação para a saúde. A informação sobre contraceção foi o tema mais abordado junto de mulheres em processo de IVG e nas puérperas. De facto, o número de consultas diminuiu substancialmente. Mesmo na IVG, os protocolos eram abreviados, incidindo sobretudo na informação, recorrendo-se ao contacto telefónico quando necessário. Outras atividades foram realizadas, utilizando-se a criatividade do enfermeiro, para melhor entendimento da mensagem que se desejava para a mulher, recorrendo a linguagem gestual e tradução telefónica.

Ainda nesta competência e porque se trata de cuidados culturalmente sensíveis e congruentes com as necessidades da população, a reflexão recai agora sobre situações menos frequentes, mas não raras na sociedade. Assim, houve oportunidade assistir três casos críticos de violação sexual sobre duas mulheres adultas e uma menor. Instituíram-se cuidados tais como 1) recolha de sangue para análise, 2) administração de medicação (antibioterapia, antirretrovirais, contraceção de emergência). Além disso colaborou-se na recolha de espécimes da cavidade oral, da região anal e do canal vaginal, para identificação do DNA do agressor. São na verdade recolhas intrusivas, que acarretam sentimentos de vulnerabilidade e vergonha. Os espécimes recolhidos, são encaminhados para os serviços de ação legal, com registo de profissional da Polícia Judiciária. A redação da nota é particularmente cuidadosa, já que estão implicados um suposto crime e uma ofensa à integridade física e emocional da vítima. No âmbito dos cuidados de enfermagem a violência sexual, a violência doméstica ou qualquer forma de vitimização, são situações difíceis de abordar, pois contrariam o espírito de beneficência do enfermeiro. Estas mulheres vítimas, vivem histórias de mágoa e terror que deixam marcas para o futuro (Cristina et al., 2019).

De facto, os recursos de ensino e aprendizagem acima descritos, não apresentaram ambiente hostil, nem falta de recursos. O envolvente que rodeou a mestranda, foi de desenvolvimento, apostando num relacionamento favorável e positivo dentro da equipa, no investimento dos supervisores sobre a estudante e também na colocação de desafios

que pudessem otimizar e levar para um nível mais elevado a aprendizagem. Tal concorreu para os requisitos de um processo fidedigno de ensino-aprendizagem, conforme se encontra patente em estudo recente (Mbakaya et al., 2020)

A disponibilidade e investimento dos supervisores foi fator de desenvolvimento para a mestranda. Houve oportunidade de apresentar os objetivos de aprendizagem no início dos campos clínicos, relativamente aos quais os supervisores foram recetivos. No decorrer das semanas, ocorreram discussões sobre as situações clínicas das utentes assistidas, através do quadro e sintomatologia das grávidas ou parturientes ou puérperas. A relação teoria-prática foi desta forma desenvolvida. De facto, a metodologia aplicada é concordante com estudos anteriores, que mostram as vantagens para aquisição de melhores habilidades e competências do estudante. Conforme é reconhecido, a supervisão da prática clínica demonstra possuir influência positiva, nas perceções dos alunos sobre o seu sucesso na aprendizagem clínica.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para a aquisição do grau de mestre na área de Saúde Materna e Obstétrica é necessário o desenvolvimento de competências pessoais e profissionais, que permitam o início da construção da identidade profissional. Assim, para o demonstrar, o presente documento apresentou detalhadamente o contexto, as atividades clínicas, a exploração da temática “Partograma”, expondo simultaneamente a reflexão crítica da mestranda e os ganhos de desenvolvimento.

O contexto onde o Estágio se realizou, foi descrito, sublinhando a comunidade profissional que acolheu a estudante, que proporcionou experiências. De facto, as várias abordagens de cada supervisor contribuíram para mais-valias na construção da identidade profissional, assim como para a aquisição de aprendizagens significativas. Procurou-se descrever o contexto, enquadrando-o também nas orientações para o exercício da área da Saúde Materna, valorizando projetos e inovações nos cuidados. Foi de facto gratificante ter tido oportunidade de contactar com peritos, de ter ingressado na sua área, tendo simultaneamente a noção da grandiosidade da Arte-Obstétrica.

As atividades clínicas realizadas, sustentadas pela associação teoria-prática, permitiram conhecer situações, discutir cuidados. Com cada mulher/família, foi possível conhecer uma história, um caso, sobre o qual se refletiu. Por outro lado, o estímulo dos orientadores levou à redação dos jornais de aprendizagem, com estudo aprofundado de situações mais incomuns. Investiu-se substancialmente na busca de evidência clínica, na consulta de bases de dados, tentando-se a apropriação de mais conhecimento.

No que diz respeito à temática do Partograma, sublinhe-se aqui a oportunidade de investir num instrumento que a OMS entende de aplicação universal. Foi um privilégio ter tido a oportunidade de estagiar em unidade de saúde onde este instrumento integra os cuidados à parturiente. Em papel ou no formato eletrónico, o Partograma é uma ferramenta essencial e indispensável no acompanhamento da mulher ao longo do seu TP. Com o investimento neste tema, descobriram-se orientações internacionais, sobre as quais se raciocinou maduramente. O Partograma permite identificar o TPE e os desvios ao bem-estar materno-fetal, diminuindo assim a morbimortalidade materno-fetal. Também podemos afirmar que o estudo do Partograma no nosso país ainda é bastante escasso, sendo assim um bom campo de investimento.

Houve algumas limitações ao desenvolvimento das competências da mestranda que foi possível contornar, mas se devem ao aparecimento da pandemia do SARS-CoV2,

nomeadamente o impedimento de realizar formação em serviço e sessões de educação, que poderiam ser benéficas para o desenvolvimento de competências. Houve uma vontade por parte da mestranda em atender a mulher em todas as suas vivências, ultrapassando desta forma todos os obstáculos que foi encontrando ao longo do desenvolvimento do estágio de natureza profissional.

Também não poderia deixar de referir a sobrecarga horária que se encontrou ao longo destes dois anos. Tentou-se sempre corresponder, ensaiando o melhor possível a excelência que se deseja, neste papel de mestranda, mas também no exercício clínico e na vida familiar. Fica-nos o desafio para investigar de forma mais profunda e completa, a usabilidade do partograma, porventura já em formato eletrónico, porventura já no novo modelo da OMS (LCG). Ganhos importantes podem ser obtidos investindo nas parcerias que simultaneamente levam à formação da equipa multidisciplinar e a aproximação à academia.

Por toda a experiência académica abriu-se assim uma nova perspetiva pessoal e profissional que nos satisfaz, nos gratifica e lança desafios para o futuro: ser enfermeira especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACOG. (2003). ACOG Practice Bulletin Number 49, December 2003: Dystocia and augmentation of labor. *Obstet Gynecol*, 102(6), 1445-1454. <https://doi.org/10.1016/j.obstetgynecol.2003.10.011>.
- ACOG. (2019). ACOG Committee Opinion No. 766: Approaches to Limit Intervention During Labor and Birth. *Obstet Gynecol*, 133(2), e164-e173. <https://doi.org/10.1097/aog.0000000000003074>.
- Alves, N., Feitosa, K., Mendes, M., & Caminha, M. (2017). Complicações na gestação em mulheres com idade maior ou igual a 35 anos. *Revista Gaúcha Enfermagem*, 38(4), 8.
- Anokye, R., Acheampong, E., Anokye, J., Budu-Ainooson, A., Amekudzie, E., Owusu, I., Mprah, W. K. (2019). Use and completion of partograph during labour is associated with a reduced incidence of birth asphyxia: a retrospective study at a peri-urban setting in Ghana. *Journal of health, population, and nutrition*, 38(1), 12.
- Anokye, R., Acheampong, E., Budu-Ainooson, A., Obeng, E. I., & Akwasi, A. G. (2018). Prevalence of postpartum depression and interventions utilized for its management. *Annals of general psychiatry*, 17, 18-18. <https://doi.org/10.1186/s12991-018-0188-0>.
- APA. (2020). *Publication Manual of the American Psychological Association: the official guide to APA style* (7th ed.). American Psychological Association.
- Bobak, I., Lowdermilk, D., & Jensen, M. (1999). *Enfermagem na maternidade* (Lusociência, Ed. 4ª ed. ed.).
- Bonet, M., Oladapo, O., Souza, J., & Gulmezoglu, A. (2019). Diagnostic accuracy of the partograph alert and action lines to predict adverse birth outcomes: a systematic review. *BJOG an International Journal of Obstetrics and Gynaecology*. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/1471-0528.15884>.
- Carey, J. C. (2010). The importance of case reports in advancing scientific knowledge of rare diseases. *Adv Exp Med Biol*, 686, 77-86. https://doi.org/10.1007/978-90-481-9485-8_5.
- Carr, K. C. (2015). Using the unfolding case study in midwifery education. *J Midwifery Womens Health*, 60(3), 283-290. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12293>.

- Cavale, V., Dheeraj, B. N., Appaji, A. M., Cavale, V., & Appaji, A. M. G. P. I. (2019, 2019). Manual to Digital Transition of Partogram in Labour - Existing Gaps and Solution. 2019 11TH INTERNATIONAL CONFERENCE ON COMMUNICATION SYSTEMS & NETWORKS (COMSNETS).
- Cavale, V., Dheeraj, B. N., Appaji, A. M., & Ieee. (2019). Manual to Digital Transition of Partogram in Labour - Existing Gaps and Solution. In *2019 11th International Conference on Communication Systems & Networks* (pp. 817-822).
- Costa, J. (2004). *Métodos de Prestação de Cuidados*. Escola Superior de Enfermagem de Viseu. <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:FclE8SMITPAJ:https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7863989.pdf+&cd=3&hl=pt-PT&ct=clnk&gl=pt>.
- Cristina, I., Risso, C., & Sim-Sim, M. (2019). Assistência de Enfermagem... Mulheres Vítimas de Violência Doméstica. *RIASE - Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 5, 1998-2014.
- Dalal, A. R., & Purandare, A. C. (2018). The Partograph in Childbirth: An Absolute Essentiality or a Mere Exercise? *Journal of Obstetrics and Gynecology of India*, 68(1), 3-14. <https://doi.org/10.1007/s13224-017-1051-y>.
- Day, L. T., Gore-Langton, G. R., Rahman, A. E., Basnet, O., Shabani, J., Tahsina, T., Lawn, J. E. (2020). Labour and delivery ward register data availability, quality, and utility - Every Newborn - birth indicators research tracking in hospitals (EN-BIRTH) study baseline analysis in three countries. *BMC Health Serv Res*, 20(1), 737. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-5028-7>.
- Deodato, S. (2010). SUPERVISÃO DE CUIDADOS: UMA ESTRATÉGIA CURRICULAR EM ENFERMAGEM. *Percursos*, 18.
- Farajkhoda, T., Bokaie, M., Abbasi, M., NajafiHedeshi, S., Alavi, Z., & Rahimdel, M. (2017). The Effect of New Model PREPARED on Obtaining Informed Consent Skill in Midwifery Students of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, 22(4), 267-270. <https://doi.org/10.4103/1735-9066.212983>.
- Freire, A., Araújo, K., Vila, A., & Araújo, M. (2016). Assistência de enfermagem à mulher no climatério e sua sexualidade: Relato de experiência na atenção básica. *Revista Eletrônica de Trabalhos Acadêmicos*, 1, 1-12.
- Friedman, E. (1981). The labor curve. *Clin Perinatol*, 8, 15-25.

- Friedman, E. A. (1978). *Labor: clinical evaluation and management*. Appleton-Century-Crofts.
- Gebreslassie, G., Weldegeorges, D., Assefa, N., Gebrehiwot, B., Gebremeskel, S., Tafere, B., Welesamuel, T. (2019). Utilization of the partograph and its associated factors among obstetric care providers in the Eastern zone of Tigray, Northern Ethiopia, 2017: a cross-sectional study. *PanAfrican Medical Journal*. <https://doi.org/10.9745/GHSP-D-19-00195>.
- Gerolin, F., & Cunha, I. (2013). Modelos Assistenciais na Enfermagem - Revisão de Literatura *Enfermagem em Foco*, 4, 33-36.
- Graça, L. (2005). *Medicina Materno-fetal* (Lidel, Ed. 3ª ed. ed.).
- Hanley, G. E., Munro, S., Greyson, D., Gross, M. M., Hundley, V., Spiby, H., & Janssen, P. A. (2016). Diagnosing onset of labor: a systematic review of definitions in the research literature. *BMC pregnancy and childbirth*, 16, 71-71. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0857-4>.
- Hutchison, J., & Mahdy, H. (2021). Stages of Labor. In *StatPearls*. StatPearls Publishing Copyright © 2021, StatPearls Publishing LLC.
- Hutchison, J., Mahdy, H., & Hutchison, J. (2021). Stages of Labor. In *StatPearls*. StatPearls Publishing Copyright © 2021, StatPearls Publishing LLC.
- INE. (2020). *Taxa bruta de natalidade (%) por Local de residência (NUTS - 2013) e Tipologia de áreas urbanas; Anual*.
- Kakaiya, R., Lopez, L. L., & Nelson, A. L. (2017). Women's perceptions of contraceptive efficacy and safety. *Contraception and reproductive medicine*, 2, 19-19. <https://doi.org/10.1186/s40834-017-0046-5>.
- Kelly, P. J., Witt, J., McEvers, K., Enriquez, M., Abshier, P., Vasquez, M., & McGee, E. (2012). Clinician perceptions of providing natural family planning methods in Title X funded clinics. *J Midwifery Womens Health*, 57(1), 35-42. <https://doi.org/10.1111/j.1542-2011.2011.00107.x>.
- Kimport, K. (2018). More Than a Physical Burden: Women's Mental and Emotional Work in Preventing Pregnancy. *Journal of sex research*, 55(9), 1096-1105. <https://doi.org/10.1080/00224499.2017.1311834>.
- Klingberg-Allvin, M., Van Tam, V., Nga, N. T., Ransjo-Arvidson, A. B., & Johansson, A. (2007). Ethics of justice and ethics of care. Values and attitudes among midwifery students on adolescent sexuality and abortion in Vietnam and their

- implications for midwifery education: a survey by questionnaire and interview. *Int J Nurs Stud*, 44(1), 37-46. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2005.11.018>.
- Lavender, T., & Bernitz, S. (2020). Use of the partograph - Current thinking. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 67, 33-43. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2020.03.010>.
- Lavender, T., Cuthbert, A., & Smith, R. (2018). Effect of partograph use on outcomes for women in spontaneous labour at term and their babies (review). In (pp. 87): Cochrane Library.
- Lee, N. J., Neal, J., Lowe, N. K., & Kildea, S. V. (2018). Comparing Different Partograph Designs for Use in Standard Labor Care: A Pilot Randomized Trial. *Matern Child Health J*, 22(3), 355-363. <https://doi.org/10.1007/s10995-017-2366-0>.
- Mbakaya, B. C., Kalembo, F. W., Zgambo, M., Konyani, A., Lungu, F., Tveit, B., Bvumbwe, T. (2020). Nursing and midwifery students' experiences and perception of their clinical learning environment in Malawi: a mixed-method study. *BMC Nursing*, 19(1), 87. <https://doi.org/10.1186/s12912-020-00480-4>.
- Neves, S., Nogueira, C., Topa, J., & Silva, E. (2016). Mulheres imigrantes em Portugal: Uma análise de género. 33(4), 723-733. <https://doi.org/10.1590/1982-02752016000400015>.
- Newnham, E., & Kirkham, M. (2019). Beyond autonomy: Care ethics for midwifery and the humanization of birth. *Nurs Ethics*, 26(7-8), 2147-2157. <https://doi.org/10.1177/0969733018819119>.
- Ningrum, W., Wijayanegara, H., & Soepardan, S. (2019). Evaluation of Digital Partograph Application Case Study On Normal Labor by Community Midwife. *Journal of Physics: Conference Series*, 1179, 012031. <https://doi.org/10.1088/1742-6596/1179/1/012031>.
- Obstetric care consensus no. 1: safe prevention of the primary cesarean delivery. (2014). *Obstet Gynecol*, 123(3), 693-711. <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000444441.04111.1d>.
- OE. (2018). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. In Lisboa.
- Okusanya, B., Oh, O., Ba, O.-A., Osanyin, G., & Okojie, O. (2018). Effect of Training on the Knowledge and Use of the Partograph for Low Risk Pregnancies among Health Workers in a Tertiary Hospital in Lagos State, Nigeria.

- Oliveira, F., Leal, G., Wolff, L., & Gonçalves, L. (2015). O uso do Escore de Bologna na avaliação da assistência a partos normais em maternidades. *Rev Gaúcha Enferm*, 36, 177-184. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2015.esp.56940>.
- OMS. (2005). *Parto prolongado e paragem na progressão do Trabalho de Parto* (2ª ed ed.). Organização Mundial de Saúde. Fundação Calouste Gulbenkian.
- OMS. (2017). *Guia de Implementação da Lista de Verificação da OMS para Partos Seguros*. Organização Mundial de Saúde.
- Page, L. (2003). One-to-one midwifery: restoring the "with woman" relationship in midwifery. *J Midwifery Womens Health*, 48(2), 119-125. [https://doi.org/10.1016/s1526-9523\(02\)00425-7](https://doi.org/10.1016/s1526-9523(02)00425-7).
- Page, L., McCourt, C., Beake, S., Vail, A., & Hewison, J. (1999). Clinical interventions and outcomes of One-to-One midwifery practice. *J Public Health Med*, 21(3), 243-248. <https://doi.org/10.1093/pubmed/21.3.243>.
- Peixoto, N., & Peixoto, T. (2016). Reflective practice among nursing students in clinical teaching [Article]. *La práctica reflexiva en estudiantes de enfermería en la enseñanza clínica.*, 4(11), 121-131. <https://doi.org/10.12707/RIV16030>.
- PORDATA. (2020). *Idade média da mãe ao nascimento do primeiro filho*. <https://www.pordata.pt/Portugal/Idade+m%c3%a9dia+da+m%c3%a3e+ao+nascimento+do+primeiro+filho-805>.
- Rhoades, J., & Cahill, A. (2017). Defining and Managing Normal and Abnormal First Stage of Labor. *Obst Gynecol Clin North Am*, 44, 535-545. <https://doi.org/10.1016/j.ogc.2017.07.001>.
- Rosenberg, K., & Trevathan, W. (2005). Bipedalism and Human Birth: The Obstetrical Dilemma Revisited. *Evolutionary Anthropology: Issues, News, and Reviews*, 4, 161-168. <https://doi.org/10.1002/evan.1360040506>.
- Sanghvi, H., Diwakar, M., Litwin, L., Bazant, E., Gomez, P., MacDowell, T., Muia, R. (2019). Effectiveness of an Electronic Partogram: A Mixed-Method, Quasi-Experimental Study Among Skilled Birth Attendants in Kenya. In (Vol. 7, pp. 521-539). *Glob Health Sci Prate*.
- Santos, I. D. d. L., Medeiros, F. F., Ferrari, R. A. P., Serafim, D., Maciel, S. M., & Cardelli, A. A. M. (2018). Maternal near-miss in labor and delivery in the light of technologies in health. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 52.

- Saukkoriipi, M., Tuomikoski, A.-M., Sivonen, P., Kärsämänoja, T., Laitinen, A., Tähtinen, T., . . . Mikkonen, K. (2020). Clustering clinical learning environment and mentoring perceptions of nursing and midwifery students: A cross-sectional study. [*Journal of Advanced Nursing*, 76(9), 2336-2347. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/jan.14452>.
- Saúde, S. N. d. (2020). *Partos e Cesarianas nos Cuidados de Saúde Hospitalares*. <https://transparencia.sns.gov.pt/explore/dataset/partos-e-cesarianas/table/?disjunctive.regiao&disjunctive.instituicao&sort=tempo>.
- Tilden, E. L., Phillippi, J. C., Ahlberg, M., King, T. L., Dissanayake, M., Lee, C. S., Caughey, A. B. (2019). Describing latent phase duration and associated characteristics among 1281 low-risk women in spontaneous labor. *Birth*, 46(4), 592-601. <https://doi.org/10.1111/birt.12428>.
- Vicente, A. (1993). Men and family planning in Portugal. *Entre Nous Cph Den*(24), 11.
- Vieira, T., Araujo, C., Souza, E., Costa, M., Teston, E., Benedetti, G., & Marquete, V. (2018). Vivenciando o Climatério: Percepções e Vivências de mulheres atendidas na atenção básica. *Enferm. Foco*, 9, 40-45. <https://doi.org/https://doi.org/10.21675/2357-707X.2018.v9.n2.1084>.
- Vogel, J. P., Comrie-Thomson, L., Pingray, V., Gadama, L., Galadanci, H., Goudar, S., Oladapo, O. T. (2021). Usability, acceptability, and feasibility of the World Health Organization Labour Care Guide: A mixed-methods, multicountry evaluation. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 48(1), 66-75. <https://doi.org/10.1111/birt.12511>.
- Wakgari, N., Tessema, G., & Amano, A. (2015). Knowledge of partograph and its associated factors among obstetric care providers in North Shoa Zone, Central Ethiopia: a cross sectional study. *BMC Research Notes*.
- Walker, M. H., & Tobler, K. J. (2021). Female Infertility. In *StatPearls*. StatPearls Publishing Copyright © 2021, StatPearls Publishing LLC.
- WHO. (1994). Maternal Health and Safe Motherhood Programme. Preventing prolonged labour : a practical guide : the partograph. In. Geneva: World Health Organization.
- WHO. (2008). *Education material for teachers of midwifery : midwifery education modules*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44145>.

- WHO. (2011). *Evaluating the quality of care for severe pregnancy complications. The WHO near-miss approach for maternal health*. World Health Organization.
- WHO. (2014). *Midwifery educator core competencies: building capacities of midwifery educators*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/311691>.
- WHO. (2015). *Postnatal care for mothers and newborns. Highlights from the World Health Organization 2013 Guidelines*. World Health Organization.
- WHO. (2018a). *Nacimientos prematuros*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>.
- WHO. (2018b). *WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience: web annex; evidence base* CC BY-NC-SA 3.0 IGO). <https://apps.who.int/iris/handle/10665/260215>.
- WHO. (2020). *NURSES AND MIDWIVES: A Vital Resource for Health*. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/287356/Nurses-midwives-Vital-Resource-Health-Compendium.pdf.
- Wigginton, B., Harris, M. L., Loxton, D., & Lucke, J. (2018). Who takes responsibility for contraception, according to young Australian women? *Sex Reprod Healthc*, *15*, 2-9. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2017.11.001>.
- World Health Organization. Maternal Health and Safe Motherhood, P. (1994). The Partograph : the application of the WHO partograph in the management of labour, report of a WHO multicentre study, 1990-1991. In. Geneva: World Health Organization.
- Yang, F., Bohren, M., Kyaddondo, D., Titiloye, M., Olutayo, A., Oladapo, O., Fawole, B. (2017). Healthcare providers' perspectives on labor monitoring in Nigeria and Uganda: A qualitative study on challenges and opportunities. *Int J Gynecol Obstet*, *139*, 17-26. <https://doi.org/10.1002/ijgo.12379>.
- Zhang, J., Troendle, J., Reddy, U. M., Laughon, S. K., Branch, D. W., Burkman, R., Veldhuisen, P. (2010). Contemporary cesarean delivery practice in the United States. *Am J Obstet Gynecol*, *203*(4), 326.e321-326.e310. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2010.06.058>.
- Zhang, J., Troendle, J. F., & Yancey, M. K. (2002). Reassessing the labor curve in nulliparous women. *Am J Obstet Gynecol*, *187*(4), 824-828. <https://doi.org/10.1067/mob.2002.127142>.

ANEXOS

Anexo I: Partograma da Instituição CHUA – Faro

Data ___ / ___ / ___ Patologia materna: _____
 Hora: ___ n ___ m Patologia da gravidez: _____
 IO ____ Patologia fetal: _____
 IG ____ Sem ____ dias
 Gravidez vigiada: Sim Não Grupo de Sangue: ___ Rh ___ Rotura BA: Não Sim
 Cesariana anterior: Data ___ / ___ / ___ Strep. B: Pos. Neg. Desc. Data ___ / ___ / ___ Hora ___ h ___ m
 Motivo: _____

PARTOGRAMA

Hora																
▲ -5	10															
P -4	9															
L -3	8															
A -2	7															
N -1	6															
O 0	5															
S 1	4															
D 2	3															
E 3	2															
L 4	1															
E 4	1															
APAGAMENTO																
VARIEDADE																
CONTRAÇÕES																
ROTURA BA																
LA (C/H/M/TM)																
CTG (T1/T2/T3)																
FCF (bpm)																
Assinatura/Mec.																
Hora	Hora	Hora	Hora	Hora	Hora	Hora	Hora	Hora	Hora	Hora	Hora	Hora	Hora	Hora	Hora	Hora
PO (ml/h)																
SOROS																
TA (mmHg)																
FC (bpm)																
TEMPERATURA																
BM teste (mg/dl)																
CATETER EPIDURAL (ml/h)																
ELIMINAÇÃO VESICAL																
Assinatura/Mec.																

Diagrama anatómico do parto que mostra o feto na posição pélvica. O plano "O" de DeLee é representado por uma linha horizontal que passa pelo nível dos ombros do feto. O plano de Deslocação é representado por uma linha curva que segue a curvatura da pelve. As setas indicam a direção da descida do feto.

Acompanhante: _____

Pretende epidural: Sim Não

Cateter epidural colocado por: _____

Hora: _____

Legenda

C - Claro
 H - Hemático
 M - mecónio
 TM-Tinto mecónio

↑ RABA
 ↓ REBA

APÊNDICES

11. ÁREA DISCIPLINAR E PALAVRAS-CHAVE DO TRABALHO	
Domínio Científico e Tecnológico (Área FOS): <u>Ciências da Saúde</u> <small>Consulte a lista de Áreas FOS em: http://www.dgeec.mec.pt/np4/28</small>	
Palavras-chave (5 palavras, separadas por ';'): <u>Parto; Mulheres; Enfermagem; Vigilância; Obstetria</u>	
12. DOMÍNIO A INVESTIGAR/TEMA	
Assistência à mulher no ciclo gravídico-puerperal	
13. RESUMO, PLANO E CRONOGRAMA [Se necessário submeter como anexo a este impresso]	
No documento em anexo.	
14. DOCUMENTOS ANEXOS	15. DECLARAÇÃO DO ESTUDANTE
<input checked="" type="checkbox"/> Plano do Trabalho <input checked="" type="checkbox"/> Cronograma <input checked="" type="checkbox"/> Declaração de Orientador(es) <input type="checkbox"/> Declaração da Unidade Orgânica de acolhimento <small>(Deve incluir o(s) Orientador(es), o Projeto ou Equipa de Investigação em que diretamente se enquadra a preparação da Tese) - Apenas para alunos de 3.º Ciclo)</small> <input type="checkbox"/> Outros: _____	<p>Nos termos do Regulamento Académico da Universidade de Évora (RAUÉ) em vigor, entrego o projeto de Tese/ Dissertação/Estágio/Trabalho Projeto (conforme indicado no quadro 6 deste impresso) do qual, após aprovado pelo Conselho Científico, será efetuado o respetivo registo nos Serviços Académicos na Universidade de Évora.</p> <p>Declaro que caso efetue alguma alteração a este projeto a ser aprovado (título, orientador, língua, etc.) procederei nos termos do referido regulamento, à entrega do projeto de alteração no prazo máximo de 10 dias antes da entrega da T/D/E/TP.</p>

13. RESUMO, PLANO E CRONOGRAMA

O Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MESMO) é um curso de 2º ciclo oferecido pela Universidade de Évora (UÉ), registado na Direção-Geral do Ensino Superior (R/A -Ef 1783/2011/AL03), com parecer favorável da Ordem dos Enfermeiros (OE) (SAI -OE/2017/9022 e SAI -OE/2019/5981), confere o conhecimento e competências, para solicitação do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO). É assim concordante com o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Reg. nº 140/2019 de 6 de fevereiro) e com o Regulamento das Competências do EEESMO (Reg. nº 391/2019 de 3 de maio). Tais competências abrangem a vigilância de saúde da mulher no ciclo reprodutivo, os processos de saúde/doença nos períodos pré-concepcional, pré, intra e pós-natal e ao recém-nascido até ao 28º dia de vida, assim como a Educação Sexual, Planeamento Familiar, Ginecologia, Climatério e Saúde Pública. Consonante com estas orientações, do plano de Estudos da UÉ (Aviso n.º 15812/2019; DR 7/10/2019), faz parte a UC Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final (ENPRF), que exige a apresentação de um projeto, onde se enuncie as competências a adquirir ao longo do percurso nos campos de experiência clínica, assim como de uma temática na qual o estudante aprofundará o conhecimento e que dá o título ao projeto. O ENPRF, com 60 créditos ECTS, tem início em 14/9/2020, termina em 25/6/2021 e decorrerá em Sala de Partos, Internamento de Grávidas e de Puérperas, além dos Cuidados de Saúde Primários. Os objetivos constam do Planeamento da UC e dirigem-se a: 1) Cuidar da mulher/companheiro inseridos na família e comunidade; 2) Demonstrar uma aquisição de conhecimentos conducente a uma proposta de melhoria de cuidados, considerando as vertentes de teórico-práticas e a Prática Baseada na Evidência e 3) Defender através de um Relatório apresentado em provas públicas, a sua aquisição de competências ao longo do Estágio de Natureza Profissional. Assim se constroem as atividades abaixo apresentadas em quadro. Simultaneamente, será no âmbito da assistência à mulher a vivenciar processos de saúde/doença durante o trabalho de parto e parto, que se aprofundará a área temática, que se dirige à exploração e análise do Partograma. Na verdade, são conhecidos vários modelos de partograma mas é necessário mais investigação para melhorar o desempenho e aumentar a sua fiabilidade (Lee, Neal, Lowe & Kildea 2018).

O partograma foi estabelecido como a “*gold standard*” da ferramenta de monitorização do trabalho de parto universalmente e tem sido recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para utilização no trabalho de parto ativo (Dalal & Purandare, 2018). O partograma (por vezes conhecido como *partograph*) é geralmente um formulário de papel pré-impresso no qual as observações do trabalho de parto são registadas. O objetivo do partograma é proporcionar uma visão geral pictórica do trabalho de parto, alertar enfermeiras especialistas e obstetras para desvios no bem-estar materno ou fetal, e no progresso do parto. Os gráficos contêm frequentemente linhas de alerta e de ação pré-impressas (Lavender, Cuthbert & Smyth, 2018). A maioria dos partogramas, tanto em papel como em formato eletrónico, incluem tanto observações sobre a condição materna e fetal, como também observações acerca da progressão do trabalho de parto, apresentadas pela dilatação cervical, plano de apresentação e das características das contrações presentes. As observações do trabalho de parto de acordo com a progressão prevista pré-definida, permitem realizar o diagnóstico de trabalho de parto prolongado ou distócia do parto (Lavender & Bernitz, 2020). A tradicional “*Friedman labor curve*” descreve a fase de trabalho de parto latente desde os 0 até aos 4 cm, altura em que a inclinação da curva aumenta, com alteração cervical mais rápida na fase de trabalho de parto ativa, que vai desde os 4 até aos 10 cm. Friedman também descreve uma desaceleração do trabalho de parto quando a parturiente atinge os 9 a 10 cm (Friedman, 1981). Por outro lado, a curva do trabalho de parto moderna identifica uma transição da fase latente para a fase ativa quando se atinge os 6 cm de dilatação cervical. Antes dos 6 cm, a fase latente do trabalho de parto é mais longa e progride mais lentamente do que o descrito por Friedman. No entanto, a fase ativa do trabalho de parto da curva moderna progride mais rapidamente em múltiparas. Na curva moderna, não existe fase de desaceleração perto dos 10 cm de dilatação cervical (Rhoades & Cahill, 2017). Na nova recomendação sobre nascimentos e partos, emitida no dia 15 de fevereiro de 2018, a Organização Mundial de Saúde pediu a eliminação da referência à dilatação cervical de um centímetro por hora durante o trabalho de parto e enfatizou que uma taxa de dilatação cervical mais lenta por si só, não deve servir de indicação para acelerar o parto ou o nascimento (WHO, 2018). De facto revisões sobre a matéria não apoiam o uso da dilatação cervical ao longo do tempo (a um limite de 1 cm / h durante o primeiro estágio ativo) para identificar mulheres com risco de resultados adversos no parto (Bonet, Oladapo, Soiuza & Gülmezoglu, 2019). No impresso Partograma da instituição onde se realizam os estágios de Bloco de Partos, o instrumento apresenta-se em formato papel e individualmente para cada parturiente. Espero com este projeto poder tirar conclusões, traçando assim o perfil das parturientes a quem irei prestar cuidados. Na sequência dos campos de estágios, definiu-se como objetivos gerais: a) aprofundar o conhecimento na vertente clínica e b) desenvolver conhecimento na investigação, pautando-nos pela relação que a teoria e a prática possuem na evidência. É importante a investigação na temática, 1) dada a carência de informação local, 2) dado a validação do serviço de proveniência da mestranda e o interesse em 3) traçar perfil das parturientes. De acordo com os objetivos específicos (i.e., aprofundar o conhecimento na

vertente clínica e b) desenvolver conhecimento na investigação), seguem-se as atividades planeadas. Considere-se que os resultados esperados coincidem com o fundamento das competências (OE, 2018). As unidades de competência definidas pela Ordem dos Enfermeiros, correspondem assim aos *outcomes* ou resultados esperados para o desenvolvimento e aquisição de grau académico.

PLANO DE ATIVIDADES – PREPARAÇÃO DO PROJETO

Campo	Objetivos	Atividades	Resultados Esperados	Processo de avaliação
Vertente Clínica: Comp. Instrumentais e Relacionais nas Consultas Externas – Diagnóstico Pré-Natal	Objetivo 1. Cuidar a mulher/casal no período pré-natal	Orientação e assistência a mulheres em fase de diagnóstico pré-natal	H.2.1. Promove a saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento.	Registos validados por perceptor: Boletim da Grávida SCLINICO Protocolos próprios Registos validados por professor: Jornal de aprendizagem Estudo de Caso Registos curriculares: Exames pré-natais (Diretiva 89/594/CEE)
		Orientação e assistência a mulheres em fase de decisão para IVG	H.2.2. Diagnostica precocemente e previne complicações na saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento.	
		Orientação e assistência a mulheres em fase de decisão para ILG	H.2.3. Providencia cuidados à mulher e facilita a sua adaptação, durante o período pré-natal e em situação de abortamento.	
Vertente clínica: Comp. Instrumentais e Relacionais no período pré-natal – Internamento de Grávidas	Objetivo 2. Cuidar a mulher/casal no período pré-natal	Prestação de cuidados de enfermagem a grávidas patológicas	H.2.1. Promove a saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento.	Registos validados por perceptor: Partograma SCLINICO Protocolos próprios Registos validados por professor: Jornal de aprendizagem Registos curriculares: Exames pré-natais (Diretiva 89/594/CEE)
		Prestação de cuidados de enfermagem a grávidas de termo	H.2.2. Diagnostica precocemente e previne complicações na saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento.	
		Prestação de cuidados de enfermagem a grávidas com feto morto ou em processo de ILG	H.2.3. Providencia cuidados à mulher e facilita a sua adaptação, durante o período pré-natal e em situação de abortamento.	
Vertente clínica: Comp. Instrumentais e Relacionais no trabalho de parto – Bloco de Partos	Objetivo 3. Cuidar a mulher/casal durante o trabalho de parto	Prestação de cuidados de enfermagem a grávidas durante o trabalho de parto	H.3.1. Promove a saúde da mulher durante o trabalho de parto e otimiza a adaptação do recém-nascido à vida extrauterina	Registos validados por perceptor: Partograma SCLINICO Protocolos próprios Registos validados por professor: Jornal de Aprendizagem Registos curriculares: Número/tipo de partos (Diretiva 89/594/CEE) Revisão temática relacionada com partograma Recolha e análise de dados indicadores da evolução do Trabalho de Parto através de Partograma institucional conforme recomendação OMS 1997; WHO 2018 e DGS 2018
			H.3.2. Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e do recém-nascido	
			H.3.3. Providencia cuidados à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez e/ou trabalho de parto	
	Objetivo 4. Cuidar a mulher/casal durante o período pós-natal	Prestação de cuidados de enfermagem a puérperas no período pós-natal imediato (até 2 horas de recobro)	H.4.1. Promove a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal	Registos validados por perceptor: Partograma SCLINICO Aleitamento Materno Protocolos próprios Registos validados por professor: Jornal de Aprendizagem
			H.4.2. Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e recém-nascido durante o período pós-natal	
			H.4.3. Providencia cuidados nas situações que possam afetar negativamente a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal	
Vertente clínica: Comp. Instrumentais e Relacionais no período pós-natal – Serviço de Obstetrícia	Objetivo 5. Cuidar a mulher/casal durante o	Prestação de cuidados de enfermagem a puérperas durante o internamento no Serviço de Obstetrícia	H.4.1. Promove a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal	Registos validados por perceptor: SCLINICO Aleitamento Materno Protocolos próprios Registos validados por professor:
			H.4.2. Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e recém-nascido durante o período pós-natal	

	período pós-natal		H.4.3. Providencia cuidados nas situações que possam afetar negativamente a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal	Jornal de Aprendizagem
Visão Global do Exercício Profissional: comuns do Enfermeiro	Objetivo 6. Gestão de cuidados Liderança Qualidade dos Cuidados em Saúde Materna e Obstetria	Prestação de cuidados de enfermagem nos diversos campos clínicos de estágio	Artigo 6º 1 - b) Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua; Artigo 7º 1 - b) Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados	Plano de Parto como Instrumento Local Atualização do website local Plano de Formação “Registos de Enfermagem”

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

Tarefas	Ano 2020				Ano 2021												
	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	
Reuniões para elaboração do projeto																	
Revisão de Bibliografia																	
Elaboração do Projeto																	
Submissão do Projeto																	
Vertente Clínica Internamento de Grávidas – Hospital de Faro																	
Vertente Clínica Consultas Externas DPN – Hospital de Faro																	
Vertente Clínica Bloco de Partos – Hospital de Faro e Hospital de Beja																	
Recolha e análise de dados dos partogramas																	
Vertente Clínica Puerpério – Hospital de Faro																	
Entrega do Relatório Final																	
Discussão do Relatório Final																	

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bonet, M., Oladapo, O. T., Souza, J. P., & Gülmezoglu, A. M. (2019). Diagnostic accuracy of the partograph alert and action lines to predict adverse birth outcomes: a systematic review. *Bjog*, 126(13), 1524-1533. DOI: <https://doi.org/10.1111/1471-0528.15884>;
- Dalal, A. R.; Purandare, A. C. (2018). The Partograph in Childbirth: Na Absolute Essentially or a Mere Exercise?. *The Journal of Obstetrics and Gynecology of India*. 68 (1), pp. 3-14. DOI: 10.1007/s13224-017-1051-y;
- Direcção Geral de Saúde. (2018). Parto: Novas recomendações da OMS. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/noticias/2018/02/20/parto-novas-recomendacoes-da-oms/>. Acedido a 28/09/2020;
- Friedman, E. A. (1981). The labor curve. *Clin Perinatol*, 8(1), 15-25;
- Lavender, T.; Cuthbert, A.; Smyth, R. M. D. (2018). Effect of partograph use on outcomes for women in spontaneous labour at term and their babies (review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. DOI: 10.1002/14651858.CD005461.pub5;
- Lavender, T.; Bernitz, S. (2020). Use of the partograph – Current thinking. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, pp. 33-43. DOI: 10.1016/j.bpobgyn.2020.03.010;
- Lee, N. J., Neal, J., Lowe, N. K., & Kildea, S. V. (2018). Comparing Different Partograph Designs for Use in Standard Labor Care: A Pilot Randomized Trial. *Matern Child Health J*, 22(3), 355-363. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10995-017-2366-0>
- Ordem dos Enfermeiros (1988). Decreto Lei nº 161/96 de 4 de setembro - Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>. Acedido a 25/09/2020;
- Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento nº 140/2019 – Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019;
- Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento nº 391/2019 – Regulamento das Competências específicas do enfermeiro especialista em Saúde Materna e Obstétrica. *Diário da República*, 2.ª série — N.º 85 — 3 de maio de 2019;
- Rhoades, J. S.; Cahill, A. G. (2017). Defining and Managing Normal and Abnormal First Stage of Labor. *Obst Gynecol Clin North Am*. 44 (4), pp. 535-545. DOI: 10.1016/j.ogc.2017.07.001;
- WHO. (1997). *Care in Normal Birth: A Practical Guide*. Report of a Technical Working Group. Publication no. WHOIFRWMSM196.24. Geneva: Author, 1996. To order, write: Documentation Centre, Family and Reproductive Health, World Health Organization, CH-1211 Geneva 27, Switzerland;
- WHO. (2018). *Who recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience*. Disponível em: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>. Acedido a 28/09/2020.

Apêndice B: Registo de Experiências Clínicas da Mestranda



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SÃO JOÃO DE DEUS

Registo de Experiências Clínicas do/a Mestrando/a

Mestrando/a: Inês Isabel Marujo Carvalho Santos

Orientadora Pedagógica: Margarida Sim-Sim (PhD)

Évora

2021

Índice

1.	NOTA INTRODUTÓRIA.....	91
2.	REGISTOS.....	91
3.	CONSULTAS DE GRÁVIDAS	92
4.	CONSULTAS DE IVG.....	98
5.	VIGILÂNCIA E CUIDADOS A PARTURIENTES NORMAIS	99
6.	REALIZAÇÃO DE PARTOS.....	104
7.	PARTICIPAÇÃO EM PARTOS.....	107
8.	VIGILÂNCIA A GRAVIDAS DE RISCO DURANTE O PARTO.....	107
9.	VIGILÂNCIA, CUIDADOS A PUÉRPERAS DE RISCO NO PÓS-PARTO.....	110
10.	VIGILÂNCIA E CUIDADOS A RECÉM-NASCIDOS SAUDÁVEIS.....	112
11.	VIGILÂNCIA E CUIDADOS A RECÉM-NASCIDOS NECESSITADOS DE CUIDADOS ESPECIAIS (PRÉ-TERMO, PÓS-TERMO, DE BAIXO PESO, DOENTES).....	113
12.	CUIDADOS EM SITUAÇÃO DE PATOLOGIA OBSTÉTRICA	115
13.	CUIDADOS EM SITUAÇÃO DE PATOLOGIA GINECOLÓGICA	119
14.	PRÁTICA SIMULADA	119
15.	SITUAÇÕES RELEVANTES PARA A APRENDIZAGEM REALIZADAS DURANTE O PERÍODO DO ESTAGIO	120
16.	CAMPOS CLÍNICOS.....	120

1. Nota Introdutória

A formação ao nível de mestrado, de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica (EEESMO), equivalente à educação de *Midwifery Students*, é composta por uma fração curricular realizada em meio real, através de estágios ou praticas clínicas. Neste ambiente, mestrando/a tem oportunidade de aprendizagens sob supervisão. É o ambiente onde desenvolverá relacionamentos terapêuticos e habilidades técnico-instrumentais, posteriormente sujeitas a avaliação (RCN, 2017)¹. Em Portugal a mais recente transposição da Diretiva europeia n°2013/25/EU, está em vigor. As instituições de Ensino Superior através da lei portuguesa (i.e., Diário da República, 1.ª série, N.º 84, 2 de maio de 2014), concretizam as experiências que o estudante deve cumprir. Essas experiências, ocorrendo ao longo de um ano, são registadas, comprovando a exposição aos momentos de aprendizagem. O atual documento é um instrumento para registo das experiências clínicas.

2. Registos

O estudante regista as suas experiências nos campos clínicos. O/A supervisor/a clínico/a atesta a veracidade, rubricando. Os registos são realizados de acordo com os itens referidos no Diário da República, 1.ª série, N.º 84, 2 de maio de 2014, cujos mínimos passam a enunciar-se:

Tipo	Quantificação (mínimos)
Consultas de grávidas com exames pré-natais	100
Vigilância e cuidados dispensados a parturientes	40
Realização de partos	40
• <i>Na impossibilidade de 40 partos, o mínimo são.....</i>30
○ <i>Na condição de participar em.....</i>20
Participação ativa em partos pélvicos	Não quantificado
• <i>Na impossibilidade do anterior, realizar em simulação</i>	
Prática de episiotomia e iniciação à sutura	Não quantificado
• <i>Na impossibilidade do anterior, realizar em simulação</i>	
Prática de perineorrafia por rasgadura	Não quantificado
• <i>Na impossibilidade do anterior, realizar em simulação</i>	
Vigilância, cuidados a grávidas de risco, durante e pos parto	40
Vigilância, cuidados, exame, de parturientes e RN normais	100
Observações e cuidados a RN:	Não quantificado
• Pré-termo	
• Pós-termo	
• Baixo peso	
• Doentes	
Cuidados a mulheres com patologia ginecologia	Não quantificado
Cuidados a mulheres com patologia obstetrícia	Não quantificado

O estudante acrescentará as linhas necessárias aos quadros. A Ficha Síntese das Experiências Clínicas será fornecida pela Regente do Estágio.

¹ RCN (2017). Helping students get the best from their practice placements A Royal College of Nursing toolkit. London: Royal College of Nursing

3. Consultas de Grávidas

Nº	Local	Data	Idade	Índice Obstétrico	Idade Gestacional	Exame efetuado	Supervisor
1	Consulta de DPN – CHUA FARO	27/10/2020	32 anos	1021	34s+2d	TA, peso, Temp., CTG, Colheita de SB, Ensinos sobre sinais de alarme + mala da maternidade	EEESMO A.B.
2	Consulta de DPN – CHUA FARO	27/10/2020	20 anos	0010	20s+2d	TA, peso, Temp., Avaliação de BCF, Ensinos sobre alimentação adequada devido a aumento de peso excessivo	EEESMO A.B.
3	Consulta de DPN – CHUA FARO	27/10/2020	25 anos	0000	26s+1d	TA, peso, Temp., Avaliação de BCF, ensinos sobre alimentação adequada	EEESMO A.B.
4	Consulta de DPN – CHUA FARO	27/10/2020	37 anos	1011	32s+5d	TA, peso, Temp., Avaliação de BCF, Ensinos sobre sinais de alarme e mala de maternidade	EEESMO A.B.
5	Consulta de DPN – CHUA FARO	27/10/2020	23 anos	0000	25s+4dias	TA, peso, Temp., Avaliação de BCF, Ensinos sobre desconfortos na gravidez	EEESMO A.B.
6	Consulta de DPN – CHUA FARO	27/10/2020	42 anos	0010	22s+4d	TA, peso, Temp., Avaliação de BCF, Ensinos sobre alívio da ansiedade	EEESMO A.B.
7	Consulta de DPN – CHUA FARO	27/10/2020	43 anos	0121	19s+5d	TA, peso, Temp., Avaliação de BCF, Aconselhamento genético familiar Filho anterior com Síndrome de Chitayat	EEESMO A.B.
8	Consulta de DPN – CHUA FARO	27/10/2020	35 anos	0000	13s+4 d	TA, peso, Temp., colheita de avaliação inicial, colheita de sangue para rastreio bioquímico	EEESMO A.B.
9	Consulta de DPN – CHUA FARO	27/10/2020	32 anos	2002	11s+4d	TA, peso, Temp., colheita de avaliação inicial, colheita de sangue para rastreio bioquímico	EEESMO A.B.
10	Consulta de DPN – CHUA FARO	27/10/2020	35 anos	1001	37s+3d	TA, peso, Temp., CTG, ensinos sobre sinais de alarme	EEESMO A.B.
11	Consulta de DPN – CHUA FARO	28/10/2020	31 anos	1021	39s	TA, peso, Temp., CTG, ensinos sobre sinais de alarme	EEESMO A.B.
12	Consulta de DPN – CHUA FARO	28/10/2020	32 anos	1001	34s+6d	TA, peso, Temp., CTG, ensinos sobre mala de maternidade	EEESMO A.B.
13	Consulta de DPN – CHUA FARO	28/10/2020	37 anos	1001	37s+5d	TA, peso, Temp., CTG, ensinos sobre alimentação adequada, avaliação da glicemia capilar	EEESMO A.B.
14	Consulta de DPN – CHUA FARO	28/10/2020	21 anos	1011	32s+5d	TA, peso, Temp., Avaliação de BCF, ensinos sobre sinais de alarme	EEESMO A.B.
15	Consulta de DPN – CHUA FARO	28/10/2020	31 anos	1001	37s+2d	TA, peso, Temp., CTG, ensinos sobre sinais de alarme e sobre alimentação adequada	EEESMO A.B.
16	Consulta de DPN – CHUA FARO	28/10/2020	37 anos	2012	26s+6d	TA, peso, Temp., combur, Avaliação de BCF	EEESMO A.B.
17	Consulta de DPN – CHUA FARO	28/10/2020	31 anos	2002	32s+3dias	TA, peso, Temp., Avaliação de BCF, ensinos sobre mala de maternidade	EEESMO A.B.

18	Consulta de DPN – CHUA FARO	28/10/2020	30 anos	0010	37s+5d	TA, peso, Temp., CTG, ensinios sobre sinais de alarme	EEESMO A.B.
19	Consulta de DPN – CHUA FARO	28/10/2020	28 anos	0000	11s+6d	TA, peso, Temp., colheita de avaliação inicial, colheita de sangue para rastreio bioquímico	EEESMO A.B.
20	Consulta de DPN – CHUA FARO	28/10/2020	27 anos	0000	39s+1d	TA, peso, Temp., CTG, ensinios sobre sinais de alarme	EEESMO A.B.
21	Consulta de DPN – CHUA FARO	28/10/2020	28 anos	0000	38s	TA, peso, Temp., CTG, ensinios sobre os sinais de alarme	EEESMO A.B.
22	Consulta de DPN – CHUA FARO	28/10/2020	31 anos	1001	39s	TA, peso, Temp., CTG, ensinios sobre os sinais de alarme	EEESMO A.B.
23	Consulta de DPN – CHUA FARO	29/10/2020	31 anos	1001	37s	TA, peso, Temp., CTG, ensinios sobre os sinais de alarme	EEESMO A.B.
24	Consulta de DPN – CHUA FARO	29/10/2020	21 anos	0010	33s+2dias	TA, peso, Temp., Coombs Indireto positivo, Colheita de sangue para hemograma, bioquímica e urocultura, Avaliação de BCF	EEESMO A.B.
25	Consulta de DPN – CHUA FARO	29/10/2020	35 anos	1001	23s+1d	TA, peso, Temp., Rastreio bioquímico aumentado para T21, BVC negativa	EEESMO, A.B.
26	Consulta de DPN – CHUA FARO	29/10/2020	33 anos	1001	35s+4d	TA, peso, Temp., Colheita de Streptococcus B, Seguida por Isotretóina, CTG	EEESMO A.B.
27	Consulta de DPN – CHUA FARO	29/10/2020	27 anos	0000	24s+1d	TA, peso, Temp., Colheita de DNA fetal porque descobriu que tava grávida as 20 semanas, Avaliação de BCF	EEESMO A.B.
28	Consulta de DPN – CHUA FARO	29/10/2020	35 anos	1011	13s+6d	TA, peso, Temp., colheita de avaliação inicial, colheita de sangue para rastreio bioquímico	EEESMO A.B.
29	Consulta de DPN – CHUA FARO	2/11/2020	34 anos	0000	13s+1d	TA, peso, Temp., por translucência da nuca aumentada fez BVC	EEESMO A.B.
30	Consulta de DPN – CHUA FARO	2/11/2020	39 anos	0020	12s+5d	TA, peso, Temp., colheita de avaliação inicial, colheita de sangue para rastreio bioquímico, ensinios sobre as técnicas invasivas	EEESMO A.B.
31	Consulta de DPN – CHUA FARO	2/11/2020	28 anos	0000	10s+4d	TA, peso, Temp., colheita de avaliação inicial, colheita de sangue para rastreio bioquímico	EEESMO A.B.
32	Consulta de DPN – CHUA FARO	2/11/2020	23 anos	0000	10s+4d	TA, peso, Temp., colheita de avaliação inicial, colheita de sangue para rastreio bioquímico	EEESMO A.B.
33	Consulta de DPN – CHUA FARO	2/11/2020	35 anos	1011	9s+6d	TA, peso, Temp., colheita de avaliação inicial, colheita de sangue para rastreio bioquímico, ensinios sobre técnicas invasivas	EEESMO A.B.
34	Consulta de DPN – CHUA FARO	3/11/2020	36 anos	3013	13s+5d	TA, peso, Temp., colheita de DNA fetal por rastreio combinado do 1º trimestre aumentado	EEESMO A.B.
35	Consulta de DPN – CHUA FARO	3/11/2020	37 anos	0000	18s+6d	TA, peso, Temp., rastreio combinado do 1º trimestre aumentado, informar o resultado do DNA Fetal negativo	EEESMO A.B.

36	Consulta de DPN – CHUA FARO	3/11/2020	37 anos	2002	20s+6d	TA, peso, Temp., ensinios sobre alimentação adequada e desconfortos na gravidez, Avaliação de BCF	EEESMO A.B.
37	Consulta de DPN – CHUA FARO	3/11/2020	33 anos	1001	11s+5d	TA, peso, Temp., colheita de avaliação inicial, colheita de sangue para rastreio bioquímico	EEESMO A.B.
38	Consulta de DPN – CHUA FARO	3/11/2020	39 anos	2012	14s+4d	TA, peso, Temp., rastreio combinado do 1º trimestre risco intermédio, colheita de DNA fetal, ensinios sobre técnicas invasivas	EEESMO A.B.
39	Consulta de DPN – CHUA FARO	3/11/2020	28 anos	0000	12s+6d	TA, peso, Temp., colheita de avaliação inicial, colheita de sangue para rastreio bioquímico	EEESMO A.B.
40	Consulta de DPN – CHUA FARO	4/11/2020	37 anos	1011	12s+5d	TA, peso, Temp., colheita de avaliação inicial, colheita de sangue para rastreio bioquímico, ensinios sobre técnicas invasivas	EEESMO A.B.
41	Consulta de DPN – CHUA FARO	4/11/2020	34 anos	0000	31s+2d	TA, peso, Temp., ensinios sobre mala de maternidade, Avaliação de BCF	EEESMO A.B.
42	Consulta de DPN – CHUA FARO	4/11/2020	38 anos	0000	24s+4d	TA, peso, Temp., Síndrome de Duchenne, Amniocentese negativa, Avaliação de BCF	EEESMO A.B.
43	Consulta de DPN – CHUA FARO	4/11/2020	28 anos	0000	30s+5d	TA, peso, Temp., ensinios sobre mala de maternidade e sinais de alarme, Avaliação de BCF	EEESMO A.B.
44	Consulta de DPN – CHUA FARO	4/11/2020	25 anos	1001	23s+2d	TA, peso, Temp., combur, Imunização anti-kell, Avaliação de BCF	EEESMO A.B.
45	Consulta de DPN – CHUA FARO	4/11/2020	41 anos	0010	9s+4d	TA, peso, Temp., colheita de avaliação inicial, colheita de sangue para rastreio bioquímico, ensinios sobre técnicas invasivas	EEESMO A.B.
46	Consulta de DPN – CHUA FARO	5/11/2020	35 anos	0000	26s+3d	TA, peso, Temp., Avaliação de BCF, ensinios sobre desconfortos na gravidez	EEESMO A.B.
47	Consulta de DPN – CHUA FARO	5/11/2020	41 anos	3003	19s+3d	TA, peso, Temp., DNA fetal inconclusivo, colaboração na amniocentese	EEESMO A.B.
48	Consulta de DPN – CHUA FARO	5/11/2020	41 anos	1001	16s	TA, peso, Temp., colheita de DNA fetal	EEESMO A.B.
49	Consulta de DPN – CHUA FARO	5/11/2020	36 anos	0100	30s	TA, peso, Temp., Avaliação de BCF	EEESMO A.B.
50	Consulta de DPN – CHUA FARO	5/11/2020	25 anos	0000	36s+4d	TA, peso, Temp., CTG, atraso nas velometrias uterinas	EEESMO A.B.
51	Consulta de DPN – CHUA FARO	5/11/2020	44 anos	3023	28s	TA, peso, Temp., Amniocentese negativa	EEESMO A.B.
52	Consulta de DPN – CHUA FARO	5/11/2020	29 anos	0000	11s+1d	TA, peso, Temp., colheita de avaliação inicial, colheita de sangue para rastreio bioquímico	EEESMO A.B.
53	Consulta de DPN – CHUA FARO	5/11/2020	38 anos	1001	12s+4d	TA, peso, Temp., colheita de avaliação inicial, colheita de sangue para rastreio bioquímico, ensinios sobre técnicas invasivas	EEESMO A.B.

54	Consulta de DPN – CHUA FARO	5/11/2020	20 anos	1001	11s+4d	TA, peso, Temp., colheita de avaliação inicial, colheita de sangue para rastreio bioquímico	EEESMO A.B.
55	Consulta de DPN – CHUA FARO	5/11/2020	35 anos	1001	11s+6d	TA, peso, Temp., colheita de avaliação inicial, colheita de sangue para rastreio bioquímico, ensinios sobre técnicas invasivas	EEESMO A.B.
56	Consulta de DPN – CHUA FARO	6/11/2020	29 anos	0000	38s	TA, peso, Temp., suspeita de RCF, CTG, ensinios sobre sinais de alarme	EEESMO A.B.
57	Consulta de DPN – CHUA FARO	6/11/2020	41 anos	0020	11s+2d	TA, peso, Temp., colheita de avaliação inicial, colheita de sangue para rastreio bioquímico, ensinios sobre técnicas invasivas	EEESMO A.B.
58	Consulta de DPN – CHUA FARO	6/11/2020	41 anos	1001	12s+2d	TA, peso, Temp., colheita de avaliação inicial, colheita de sangue para rastreio bioquímico, ensinios sobre técnicas invasivas	EEESMO A.B.
59	Consulta de DPN – CHUA FARO	6/11/2020	36 anos	0000	37s	TA, peso, Temp., CTG, ensinios sobre sinais de alarme	EEESMO A.B.
60	Consulta de DPN – CHUA FARO	6/11/2020	27 anos	2002	22s+6d	TA, peso, Temp., Avaliação de BCF, ensinios sobre análises de 2º Trimestre (PTGO inclusive)	EEESMO A.B.
61	Consulta de DPN – CHUA FARO	6/11/2020	44 anos	2012	11s+2d	TA, peso, Temp., colheita de avaliação inicial, colheita de sangue para rastreio bioquímico, ensinios sobre técnicas invasivas	EEESMO A.B.
62	Consulta de DPN – CHUA FARO	6/11/2020	40 anos	3003	11s	TA, peso, Temp., colheita de avaliação inicial, colheita de sangue para rastreio bioquímico, ensinios sobre técnicas invasivas	EEESMO A.B.
63	Consulta de DPN – CHUA FARO	6/11/2020	33 anos	1001	37s	TA, peso, Temp., CTG, colheita de streptococcus B	EEESMO A.B.
64	Consulta de DPN – CHUA FARO	6/11/2020	32 anos	0010	20s+3d	TA, peso, Temp., Ecocardiograma fetal revela cardiopatia fetal, ILG	EEESMO A.B.
65	Consulta de DPN – CHUA FARO	9/11/2020	30 anos	0010	9s+4d	TA, peso, Temp., colheita de avaliação inicial, colheita de sangue para rastreio bioquímico	EEESMO A.B.
66	Consulta de DPN – CHUA FARO	9/11/2020	32 anos	1001	10s+2d	TA, peso, Temp., colheita de avaliação inicial, colheita de sangue para rastreio bioquímico	EEESMO A.B.
67	Consulta de DPN – CHUA FARO	9/11/2020	29 anos	0000	10s+6d	TA, peso, Temp., colheita de avaliação inicial, colheita de sangue para rastreio bioquímico	EEESMO A.B.
68	Consulta de DPN – CHUA FARO	9/11/2020	40 anos	2002	11s+6d	TA, peso, Temp., colheita de avaliação inicial, colheita de sangue para rastreio bioquímico, ensinios sobre técnicas invasivas	EEESMO A.B.
69	Consulta de DPN – CHUA FARO	9/11/2020	36 anos	1001	10s+3d	TA, peso, Temp., colheita de avaliação inicial, colheita de sangue para rastreio bioquímico, ensinios sobre técnicas invasivas	EEESMO A.B.

70	Consulta de DPN – CHUA FARO	9/11/2020	35 anos	0020	10s+1d	TA, peso, Temp., colheita de avaliação inicial, colheita de sangue para rastreio bioquímico, ensinios sobre técnicas invasivas	EEESMO A.B.
71	Consulta de DPN – CHUA FARO	9/11/2020	26 anos	0000	28s	TA, peso, Temp., combur, Avaliação de BCF, ensinios sobre hidratação adequada	EEESMO A.B.
72	Consulta de DPN – CHUA FARO	9/11/2020	38 anos	1001	10s+5d	TA, peso, Temp., colheita de avaliação inicial, colheita de sangue para rastreio bioquímico, ensinios sobre técnicas invasivas	EEESMO A.B.
73	Consulta de DPN – CHUA FARO	10/11/2020	29 anos	0000	32s	TA, peso, Temp., colheita de análises 3º trimestre + urocultura, Avaliação de BCF	EEESMO A.B.
74	Consulta de DPN – CHUA FARO	10/11/2020	23 anos	1011	20s	TA, peso, Temp., colheita de avaliação inicial, Infecção Citomegalovírus, Avaliação de BCF	EEESMO A.B.
75	Consulta de DPN – CHUA FARO	10/11/2020	34 anos	0000	12s+6d	TA, peso, Temp., colheita de avaliação inicial, colheita de sangue para rastreio bioquímico, ensinios sobre técnicas invasivas	EEESMO A.B.
76	Consulta de DPN – CHUA FARO	10/11/2020	41 anos	2002	10s	TA, peso, Temp., colheita de avaliação inicial, colheita de sangue para rastreio bioquímico, ensinios sobre técnicas invasivas	EEESMO A.B.
77	Consulta de DPN – CHUA FARO	11/11/2020	32 anos	1000	9s+5d	TA, peso, Temp., colheita de avaliação inicial, colheita de sangue para rastreio bioquímico	EEESMO A.B.
78	Consulta de DPN – CHUA FARO	11/11/2020	22 anos	0010	25s	TA, peso, Temp., Artéria umbilical única, avaliação de BCF	EEESMO A.B.
79	Consulta de DPN – CHUA FARO	11/11/2020	40 anos	1031	33s	TA, peso, Temp., ensinios sobre mala de maternidade e sinais de alarme, Avaliação de BCF	EEESMO A.B.
80	Consulta de DPN – CHUA FARO	11/11/2020	28 anos	0010	35s+3d	TA, peso, Temp., colheita de SB, ensinios sobre mala de maternidade e sinais de alarme, CTG	EEESMO A.B.
81	Consulta de DPN – CHUA FARO	11/11/2020	31 anos	0000	36s+3d	TA, peso, Temp., CTG. ensinios sobre mala de maternidade e sinais de alarme	EEESMO A.B.
82	Consulta de DPN – CHUA FARO	12/11/2020	42 anos	3003	20s+3d	Presença na transmissão do resultado da amniocentese pela equipa médica	EEESMO A.B.
83	Consulta de DPN – CHUA FARO	12/11/2020	40 anos	2002	9s+6d	TA, peso, Temp., colheita de avaliação inicial, colheita de sangue para rastreio bioquímico, ensinios sobre técnicas invasivas	EEESMO A.B.
84	Consulta de DPN – CHUA FARO	12/11/2020	33 anos	2001	35s+4d	TA, peso, Temp., CTG, colheita de SB, ensinios sobre sinais de alarme	EEESMO A.B.
85	Consulta de DPN – CHUA FARO	12/11/2020	23 anos	0000	36s+2d	TA, peso, Temp., CTG, colheita de SB, ensinios sobre sinais de alarme	EEESMO A.B.
86	Consulta de DPN – CHUA FARO	13/11/2020	44 anos	2002	6s+5d	Gravidez não evolutiva segundo ecografia, ensinios sobre protocolo de expulsão fetal e sinais de alarme	EEESMO A.B.

87	Consulta de DPN – CHUA FARO	13/11/2020	35 anos	0000	9s+4d	TA, peso, Temp., colheita de avaliação inicial, colheita de sangue para rastreio bioquímico, ensinios sobre técnicas invasivas	EEESMO A.B.
88	Consulta de DPN – CHUA FARO	13/11/2020	27 anos	0000	9s+6d	TA, peso, Temp., colheita de avaliação inicial, colheita de sangue para rastreio bioquímico	EEESMO A.B.
89	Consulta de DPN – CHUA FARO	13/11/2020	34 anos	0000	10s	TA, peso, Temp., colheita de avaliação inicial, colheita de sangue para rastreio bioquímico, ensinios sobre técnicas invasivas	EEESMO A.B.
90	Consulta de DPN – CHUA FARO	16/11/2020	39 anos	0000	13s+2d	TA, peso, Temp., colheita de DNA fetal	EEESMO A.B.
91	Consulta de DPN – CHUA FARO	16/11/2020	34 anos	1001	11s	TA, peso, Temp., colheita de avaliação inicial, colheita de sangue para rastreio bioquímico, ensinios sobre técnicas invasivas	EEESMO A.B.
92	Consulta de DPN – CHUA FARO	16/11/2020	23 anos	1001	12s+6d	TA, peso, Temp., colheita de avaliação inicial, colheita de sangue para rastreio bioquímico	EEESMO A.B.
93	Consulta de DPN – CHUA FARO	16/11/2020	29 anos	0000	13s+6d	TA, peso, Temp., colheita de avaliação inicial, colheita de sangue para rastreio bioquímico	EEESMO A.B.
94	Consulta de DPN – CHUA FARO	16/11/2020	30 anos	1030	9s+4d	TA, peso, Temp., colheita de avaliação inicial, colheita de sangue para rastreio bioquímico	EEESMO A.B.
95	Consulta de DPN – CHUA FARO	17/11/2020	38 anos	1001	34s+1d	TA, peso, Temp., CTG, ensinios sobre mala de maternidade e sinais de alarme	EEESMO A.B.
96	Consulta de DPN – CHUA FARO	17/11/2020	14 anos	0000	24s	TA, peso, Temp., sarcoglicaropatia, colheita de sangue para cariótipo do casal	EEESMO A.B.
97	Consulta de DPN – CHUA FARO	17/11/2020	36 anos	0100	12s+6d	TA, peso, Temp., colheita de avaliação inicial, colheita de sangue para rastreio bioquímico, ensinios sobre técnicas invasivas	EEESMO A.B.
98	Consulta de DPN – CHUA FARO	17/11/2020	35 anos	0000	9s+4d	TA, peso, Temp., colheita de avaliação inicial, colheita de sangue para rastreio bioquímico, ensinios sobre técnicas invasivas	EEESMO A.B.
99	Consulta de DPN – CHUA FARO	17/11/2020	41 anos	0050	9s+5d	TA, peso, Temp., colheita de avaliação inicial, colheita de sangue para rastreio bioquímico, ensinios sobre técnicas invasivas	EEESMO A.B.
100	Consulta de DPN – CHUA FARO	17/11/2020	37 anos	0000	35s+4d	TA, peso, Temp., CTG, colheita de SB, combur, ensinios sobre sinais de alarme	EEESMO A.B.
101	Consulta de DPN – CHUA FARO	17/11/2020	37 anos	1001	32s+3d	TA, peso, Temp., combur, avaliação de BCF, ensinios sobre sinais de alarme	EEESMO A.B.
102	Consulta de DPN – CHUA FARO	18/11/2020	46 anos	2022	9s+3d	TA, peso, Temp., colheita de avaliação inicial, colheita de sangue para rastreio bioquímico, ensinios sobre técnicas invasivas	EEESMO A.B.

103	Consulta de DPN – CHUA FARO	18/11/2020	37 anos	0000	16s+6d	TA, peso, Temp., gravidez gemelar MC/MA	EEESMO A.B.
104	Consulta de DPN – CHUA FARO	18/11/2020	29 anos	0000	8s+3d	TA, peso, Temp., colheita de avaliação inicial, colheita de sangue para rastreio bioquímico	EEESMO A.B.
105	Consulta de DPN – CHUA FARO	19/11/2020	28 anos	0100	9s+2d	TA, peso, Temp., colheita de avaliação inicial, colheita de sangue para rastreio bioquímico	EEESMO A.B.
106	Consulta de DPN – CHUA FARO	19/11/2020	40 anos	1001	35s+5d	TA, peso, Temp., CTG, colheita de SB, ensinos sobre sinais de alarme, mala de maternidade e contagem de MF	EEESMO A.B.
107	Consulta de DPN – CHUA FARO	19/11/2020	33 anos	1001	38s+2d	TA, peso, Temp., CTG, ensinos sobre sinais de alarme	EEESMO A.B.
108	Consulta de DPN – CHUA FARO	23/11/2020	32 anos	0000	12s+6d	TA, peso, Temp., colheita de DNA fetal por rastreio combinado do 1º trimestre com risco intermédio para T21	EEESMO A.B.
109	Consulta de DPN – CHUA FARO	23/11/2020	30 anos	1001	14s+5d	TA, peso, Temp., colheita de DNA fetal por rastreio combinado do 1º trimestre com risco intermédio para T21	EEESMO A.B.
110	Consulta de DPN-CHUA Faro	23/11/2020	36 anos	0000	9s+5d	TA, peso, Temp., colheita de avaliação inicial, colheita de sangue para rastreio bioquímico, IGM CMV positivo	EEESMO A.B.
111	Consulta de DPN-CHUA Faro	23/11/2020	40 anos	0000	13s+2d	TA, peso, Temp., colaboração na BVC	EEESMO A.B.
112	Consulta de DPN-CHUA Faro	26/11/2020	28 anos	0000	14s	TA, peso, Temp., colheita de avaliação inicial, colheita de DNA fetal	EEESMO A.B.
113	Consulta de DPN-CHUA Faro	26/11/2020	39 anos	1001	16s+5d	TA, peso, Temp., colheita de avaliação inicial, colheita de DNA fetal	EEESMO A.B.
114	Consulta de DPN-CHUA Faro	26/11/2020	38 anos	1001	31s+3d	TA, peso, Temp., Combur, avaliação de BCF	EEESMO A.B.

4. Consultas de IVG

Nº	Local	Data	Idade	Índice Obstétrico	Idade Gestacional	Cuidados	Supervisor
1	Consulta de IVG – CHUA FARO	30/10/2020	23	0010 (IVG 2018)	6s	Colheita de dados para estatística do SNS, colaboração na datação ecográfica, ensinos sobre o protocolo de IVG, ensinos sobre o planeamento familiar	EEESMO A.B.
2	Consulta de IVG – CHUA FARO	30/10/2020	27	0000	6s+4d	Colheita de dados para estatística do SNS, colaboração na datação ecográfica, ensinos sobre o protocolo de IVG, ensinos sobre o planeamento familiar	EEESMO A.B.
3	Consulta de IVG – CHUA FARO	30/10/2020	37	1001	7s+4d	Colheita de dados para estatística do SNS, colaboração na datação ecográfica, ensinos sobre o protocolo de IVG, ensinos sobre o planeamento familiar	EEESMO A.B.
4	Consulta de IVG – CHUA FARO	30/10/2020	34	1001	7s+3d	Colheita de dados para estatística do SNS, colaboração na datação ecográfica, ensinos sobre o protocolo de IVG, ensinos sobre o planeamento familiar	EEESMO A.B.

5	Consulta de IVG – CHUA	30/10/2020	31	2002	8s	Colheita de dados para estatística do SNS, colaboração na datação ecográfica, ensinos sobre o protocolo de IVG, ensinos sobre o planeamento familiar, colheita de tipagem	EEESMO A.B.
6	Consulta de IVG – CHUA	30/10/2020	36	3003	8s+5d	Colheita de dados para estatística do SNS, colaboração na datação ecográfica, ensinos sobre o protocolo de IVG, ensinos sobre o planeamento familiar	EEESMO A.B.

5. Vigilância e cuidados a parturientes saudáveis

Nº	Local	Data	Idade	Índice Obstétrico	Idade Gestacional	1º estadio	Monit CTG	Dor	Cervicometria	Observações	Supervisor
1	Internamento de Grávidas – CHUA FARO	15/09/2020	23 anos	0000	40s+4 d	N	Sim	0	Colo fechado		EEESMO D.F.
2	Internamento de Grávidas – CHUA FARO	15/09/2020	26 anos	1001	41s	N	Sim	0	Colo fechado	CST eletiva dia 16/09 por falha de Ind.TP.	EEESMO D.F.
3	Internamento de Grávidas – CHUA FARO	15/09/2020	27 anos	0000	39s+5d	N	Sim	0	Colo fechado	RPM 11/9 Indução amanhã	EEESMO D.F.
4	Internamento de Grávidas – CHUA FARO	15/09/2020	23 anos	0000	41s+1d	N	Sim	0	Colo fechado	SB positivo Indução de TP com mistoprostol	EEESMO D.F.
5	Internamento de Grávidas – CHUA FARO	15/09/2020	27 anos	0000	40s+1d	N	Sim	0	Colo fechado	Indução de TP com misoprostol	EEESMO D.F.
6	Internamento de Grávidas – CHUA FARO	17/09/2020	35 anos	3003	41s	S	Sim	0	Permeável a polpa do dedo	Indução de TP com PO	EEESMO D.F.
7	Internamento de Grávidas – CHUA FARO	17/09/2020	30 anos	0000	41s+1d	N	Sim	0	Colo fechado	Indução de TP com misoprostol	EEESMO D.F.
8	Internamento de Grávidas – CHUA FARO	17/09/2020	28 anos	0000	39s+6d	S	Sim	2	2 dedos; 70% apagamento	Aceleração de TP com PO	EEESMO D.F.
9	Internamento de Grávidas – CHUA FARO	17/09/2020	29 anos	0000	41s+1d	S	Sim	3	2 dedos; 80% apagamento	Aceleração de TP com PO	EEESMO D.F.
10	Internamento de Grávidas – CHUA FARO	17/09/2020	28 anos	10001	40s+3d	S	Sim	2	1 dedo franco; 30% apagamento; intermédio; plano -3 de LEE	Indução com misoprostol	EEESMO D.F.
11	Internamento de Grávidas – CHUA FARO	22/09/2020	24 anos	0010	41s	S	Sim	2	Colo posterior permeável a polpa do dedo; 60% apagamento; plano -1 de Lee	Indução com misoprostol	EEESMO D.F.

12	Internamento de Grávidas – CHUA FARO	22/09/2020	37 anos	1021	40s	N	Sim	0	Colo fechado	Indução com misoprostol	EEESMO D.F.
13	Internamento de Grávidas – CHUA FARO	24/09/2020	25 anos	0010	41s	S	Sim	1	Colo permeável a 1 dedo	Indução com PO	EEESMO D.F.
14	Internamento de Grávidas – CHUA FARO	24/09/2020	24 anos	2002	39s+2d	S	Sim	2	Colo 2 cm; 50% apagamento	Indução PO	EEESMO D.F.
15	Internamento de Grávidas – CHUA FARO	30/09/2020	33 anos	0000	41s	N	Sim	0	Colo fechado	FIV Indução com misoprostol	EEESMO D.F.
16	Internamento de Grávidas – CHUA FARO	30/09/2020	20 anos	0000	41s	N	Sim	0	Colo fechado	Indução de TP com misoprostol	EEESMO D.F.
17	Internamento de Grávidas – CHUA FARO	06/10/2020	23 anos	2002	41s	N	Sim	0	Colo fechado	Indução de TP com misoprostol	EEESMO F.M.
18	Internamento de Grávidas – CHUA FARO	06/10/2020	28 anos	1001	39s+2d	S	Sim	1	Colo 2 cm; 60% apagamento; plano -2 de Lee	Início de TP	EEESMO F.M.
19	Internamento de Grávidas – CHUA FARO	06/10/2020	27 anos	0000	38s+6d	N	Sim	0	Colo fechado	REBA 5/10 Indução de TP com misoprostol	EEESMO F.M.
20	Internamento de Grávidas – CHUA FARO	06/10/2020	30 anos	0000	37s+6d	S	Sim	1	Colo permeável a polpa do dedo	Apresentação Pélvica Início de TP Fica em jejum para CST	EEESMO F.M.
21	Internamento de Grávidas – CHUA FARO	07/10/2020	23 anos	2002	41s+1d	N	Sim	0	Colo 1 dedo franco; plano -2 de Lee	Indução de TP com PO	EEESMO F.M.
22	Internamento de Grávidas – CHUA FARO	07/10/2020	27 anos	0000	39s	S	Sim	1	Colo 2 dedos francos; plano -2 de Lee	Indução de TP com PO	EEESMO F.M.
23	Internamento de Grávidas – CHUA FARO	07/10/2020	31 anos	0010	40s+2d	S	Sim	2	Colo 2 dedos francos	REBA dia 7/10 Indução de TP com PO	EEESMO F.M.
24	Internamento de Grávidas – CHUA FARO	12/10/2020	29 anos	1001	37s+6d	N	Sim	0	Colo fechado	REBA 11/10 Indução de TP com misoprostol	EEESMO F.M.
25	Internamento de Grávidas – CHUA FARO	12/10/2020	28 anos	0010	41s	N	Sim	0	Colo fechado	Indução de TP com misoprostol	EEESMO F.M.
26	Internamento de Grávidas – CHUA FARO	14/10/2020	29 anos	0010	40s+3d	S	Sim	0	Colo posterior, 1 dedo, 50% apagamento	REBA 14/10	EEESMO F.M.
27	Bloco de Partos – CHUA FARO	7/12/2020	21 anos	0000	40s+1d	S	Sim	2	S	Parto realizado pela mestrandia	EEESMO F.M.

28	Bloco de Partos – CHUA FARO	7/12/2020	30 anos	10001	40s+3d	S	Sim	0	S	Acompanhamento do TP Parto por Ventosa	EEESMO F.M.
29	Bloco de Partos – CHUA FARO	8/12/2020	31 anos	0000	39s+3d	S	Sim	0	S	Acompanhamento do TP	EEESMO F.M.
30	Bloco de Partos – CHUA FARO	10/12/2020	24 anos	0000	41s+1d	S	Sim	0	S	Acompanhamento do TP	EEESMO F.M.
31	Bloco de Partos – CHUA FARO	10/12/2020	41 anos	1001	40s+1d	S	Sim	0	S	Parto realizado pela mestrandia	EEESMO F.M.
32	Bloco de Partos – CHUA FARO	10/12/2020	38 anos	4024	40s+6d	S	Sim	6	S	Acompanhamento do TP	EEESMO F.M.
33	Bloco de Partos – CHUA FARO	11/12/2020	31 anos	2002	41s+1d	S	Sim	0	S	Parto realizado pela mestrandia	EEESMO F.M.
34	Bloco de Partos – CHUA FARO	11/12/2020	40 anos	1102	39s+4d	S	Sim	7	S	Parto realizado pela mestrandia	EEESMO F.M.
35	Bloco de Partos – CHUA FARO	11/12/2020	29 anos	1061	39s+2d	S	Sim	0	S	Parto realizado pela mestrandia	EEESMO F.M.
36	Bloco de Partos – CHUA FARO	11/12/2020	37 anos	0010	39s+5d	S	Sim	0	S	Acompanhamento do TP; colaboração no Parto por Ventosa	EEESMO F.M.
37	Bloco de Partos – CHUA FARO	11/12/2020	28 anos	0000	37s+4d	S	Sim	0	S	Parto realizado pela mestrandia	EEESMO F.M.
38	Bloco de Partos – CHUA FARO	15/12/2020	36 anos	0000	40s+4d	S	Sim	0	S	Acompanhamento do TP; colaboração no parto por ventosa	EEESMO D.F.
39	Bloco de Partos – CHUA FARO	16/12/2020	26 anos	1001	39s+1d	S	Sim	0	S	Parto realizado pela mestrandia	EEESMO D.F.
40	Bloco de Partos – CHUA FARO	19/12/2020	37 anos	3003	41s	S	Sim	7	S	Parto realizado pela mestrandia	EEESMO D.F.
41	Bloco de Partos – CHUA FARO	19/12/2020	31 anos	1001	41s	S	Sim	0	S	Parto realizado pela mestrandia	EEESMO F.M.
42	Bloco de Partos – CHUA FARO	20/12/2020	27 anos	1001	39s+4d	S	Sim	0	S	Parto realizado pela mestrandia	EEESMO F.M.
43	Bloco de Partos – CHUA FARO	04/01/2021	17 anos	0000	39s+4d	S	Sim	0	S	Parto realizado pela mestrandia	EEESMO D.F.
44	Bloco de Partos – CHUA FARO	04/01/2021	24 anos	0000	40s	S	Sim	0	S	Parto realizado pela mestrandia	EEESMO D.F.

45	Bloco de Partos – CHUA FARO	04/01/2021	36 anos	1001	37s+5d	S	Sim	0	S	Parto realizado pela mestrandia	EEESMO D.F.
46	Bloco de Partos – CHUA FARO	05/01/2021	41 anos	2022	40s+5 d	S	Sim	0	S	Parto realizado pela mestrandia	EEESMO F.M.
47	Bloco de Partos – CHUA FARO	06/01/2021	30 anos	0010	39s+2d	S	Sim	0	S	Parto realizado pela mestrandia	EEESMO F.M.
48	Bloco de Partos – CHUA FARO	16/01/2021	35 anos	4034	39s+5d	S	Sim	0	S	Parto realizado pela mestrandia	EEESMO F.M.
49	Bloco de Partos – CHUA FARO	16/01/2021	31 anos	0010	38s+4d	S	Sim	0	S	Acompanhamento do TP; Colaboração no parto por ventosa	EEESMO F.M.
50	Bloco de Partos – CHUA FARO	19/01/2021	28 anos	0000	41s+1d	S	Sim	0	S	Acompanhamento do TP; colaboração no parto por ventosa	EEESMO D.F.
51	Bloco de Partos – CHUA FARO	21/01/2021	26 anos	0000	38s+2d	S	Sim	0	S	Parto realizado pela mestrandia	EEESMO F.M.
52	Bloco de Partos – CHUA FARO	15/03/2021	26 anos	0000	39s+2d	S	Sim	0	S	Parto realizado pela mestrandia	EEESMO F.M.
53	Bloco de Partos – CHUA FARO	17/03/2021	29 anos	1001	40s+2d	S	Sim	0	S	Parto realizado pela mestrandia	EEESMO F.M.
54	Bloco de Partos – CHUA FARO	17/03/2021	29 anos	1001	41s	S	Sim	0	S	Parto realizado pela mestrandia	EEESMO F.M.
55	Bloco de Partos – CHUA FARO	17/03/2021	35 anos	0000	40s	S	Sim	0	S	Acompanhamento do TP	EEESMO F.M.
56	Bloco de Partos – CHUA FARO	17/03/2021	31 anos	0000	40s+2d	S	Sim	0	S	Acompanhamento do TP	EEESMO F.M.
57	Bloco de Partos – CHUA FARO	19/03/2021	38 anos	2002	37s+6d	S	Sim	0	S	Acompanhamento do TP	EEESMO D.F.
58	Bloco de Partos – CHUA FARO	19/03/2021	30 anos	0000	40s	S	Sim	0	S	Acompanhamento do TP; colaboração no parto por ventosa	EEESMO D.F.
59	Bloco de Partos – CHUA FARO	20/03/2021	33 anos	1001	39s+6d	S	Sim	0	S	Parto realizado pela mestrandia	EEESMO F.M.
60	Bloco de Partos – CHUA FARO	24/03/2021	23 anos	1001	38s+6d	S	Sim	0	S	Acompanhamento do TP	EEESMO F.M.
61	Bloco de Partos – CHUA FARO	26/03/2021	38 anos	2002	38s+2d	S	Sim	0	S	Parto realizado pela mestrandia	EEESMO F.M.

62	Bloco de Partos – CHUA FARO	27/03/2021	33 anos	0000	37s	S	Sim	0	S	Acompanhamento do TP / colaboração no parto por ventosa	EEESMO F.M.
63	Bloco de Partos – CHUA FARO	29/03/2021	33 anos	0000	41s	S	Sim	0	S	Acompanhamento do TP	EEESMO F.M.
64	Bloco de Partos – CHUA FARO	29/03/2021	32 anos	1011	38s	S	Sim	0	S	Acompanhamento do TP/ colaboração no parto por ventosa	EEESMO F.M.
65	Bloco de Partos – CHUA FARO	02/04/2021	39 anos	2012	39s	S	Sim	0	S	Parto realizado pela mestrandia	EEESMO D.F.
66	Bloco de Partos – CHUA FARO	04/04/2021	25 anos	0010	40s+4d	S	Sim	0	S	Parto realizado pela mestrandia	EEESMO F.M.
67	Bloco de Partos – CHUA FARO	05/04/2021	31 anos	0000	38s	S	Sim	0	S	Parto realizado pela mestrandia	EEESMO F.M.
68	Bloco de Partos – CHUA FARO	06/04/2021	40 anos	0020	41s	S	Sim	0	S	Acompanhamento do TP; preparação pré-operatória para cesariana	EEESMO F.M.
69	Bloco de Partos – CHUA FARO	06/04/2021	30 anos	1001	41s	S	Sim	0	S	Acompanhamento do TP	EEESMO F.M.
70	Bloco de Partos – CHUA FARO	14/04/2021	34 anos	0000	40s+4d	S	Sim	0	S	Acompanhamento do TP	EEESMO F.M.
71	Bloco de Partos – CHUA FARO	14/04/2021	27 anos	0000	40s	S	Sim	0	S	Acompanhamento do TP	EEESMO F.M.
72	Bloco de Partos – CHUA FARO	14/04/2021	27 anos	1021	39s	S	Sim	0	S	Parto realizado pela mestrandia	EEESMO F.M.
73	Bloco de Partos – CHUA FARO	16/04/2021	22 anos	2002	40s+5d	S	Sim	0	S	Parto realizado pela mestrandia	EEESMO F.M.
74	Bloco de Partos – CHUA FARO	19/04/2021	34 anos	0000	39s	S	Sim	0	S	Parto realizado pela mestrandia	EEESMO F.M.
75	Bloco de Partos – CHUA FARO	19/04/2021	36 anos	0000	39s+5d	S	Sim	0	S	Acompanhamento do TP; colaboração no parto por ventosa	EEESMO F.M.
76	Bloco de Partos – CHUA FARO	19/04/2021	34 anos	2012	40s	S	Sim	0	S	Parto realizado pela mestrandia	EEESMO F.M.
77	Bloco de Partos – CHUA FARO	19/04/2021	34 anos	0000	40s+2d	S	Sim	0	S	Parto realizado pela mestrandia	EEESMO F.M.

78	Bloco de Partos – CHUA FARO	22/04/2021	31 anos	0000	41s	S	Sim	0	S	Parto realizado pela mestrandia	EEESMO F.M.
79	Bloco de Partos – CHUA FARO	22/04/2021	34 anos	0000	40s+2d	S	Sim	0	S	Parto realizado pela mestrandia	EEESMO F.M.
80	Bloco de Partos – CHUA FARO	25/04/2021	33 anos	0000	40s+6d	S	Sim	0	S	Parto realizado pela mestrandia	EEESMO F.M.
81	Bloco de Partos – CHUA FARO	29/04/2021	44 anos	1001	39s	S	Sim	0	S	Parto realizado pela mestrandia	EEESMO F.M.
82	Bloco de Partos – CHUA FARO	06/05/2021	37 anos	2012	41s	S	Sim	0	S	Parto realizado pela mestrandia	EEESMO F.M.
83	Bloco de Partos – CHUA FARO	06/05/2021	35 anos	0010	40s+6d	S	Sim	0	S	Parto realizado pela mestrandia	EEESMO F.M.

6. Realização de Partos

Nº	Local	Data	Idade	Índice Obstétrico	Idade Gestacional	Tipo de parto	Episiotomia Episiorrafia Perineorrafia	Acompanha 4º Estádio	Supervisor
1	CHUA-Faro	7/12/2020	21	0000	40+1	Eutócico	Episiotomia Episiorrafia Laceração Grau II mucosa vaginal	Sim	EEESMO F.M.
2	CHUA-Faro	8/12/2020	28	0000	39+5	Eutócico	Laceração Grau I mucosa vaginal	Sim	EEESMO F.M.
3	CHUA-Faro	8/12/2020	31	0000	39+3	Eutócico	Episiotomia Episiorrafia Laceração Grau I mucosa vaginal	Não	EEESMO F.M.
4	CHUA-Faro	10/12/2020	41	1001	40+1	Eutócico	Laceração Grau II Fúrcula	Não	EEESMO F.M.
5	CHUA-Faro	11/12/2020	31	2002	41+1	Eutócico	Laceração Grau I Fúrcula	Sim	EEESMO F.M.
6	CHUA-Faro	11/12/2020	40	1102	39+4	Eutócico	Laceração Grau II Mediana	Sim	EEESMO F.M.
7	CHUA-Faro	11/12/2020	29	1061	39+2	Eutócico	Não	Sim	EEESMO F.M.
8	CHUA-Faro	11/12/2020	28	0000	37+4	Eutócico	Laceração Grau II Fúrcula	Não	EEESMO F.M.
9	CHUA-Faro	15/12/2020	23	0000	39+1	Eutócico	Episiotomia Episiorrafia	Sim	EEESMO D.F.
10	CHUA-Faro	15/12/2020	44	1011	39+4	Eutócico	Episiotomia Episiorrafia Laceração Grau I Mediana	Sim	EEESMO D.F.
11	CHUA-Faro	16/12/2020	26	1001	39+1	Eutócico	Laceração Grau I Fúrcula	Sim	EEESMO D.F.
12	CHUA-Faro	16/12/2020	20	0010	36+6	Eutócico	Episiotomia Episiorrafia Laceração Grau II Fúrcula	Sim	EEESMO D.F.

13	CHUA-Faro	16/12/2020	29	1001	39	Eutócico	Não	Sim	EEESMO D.F.
14	CHUA-Faro	16/12/2020	21	0000	40+6	Eutócico	Laceração Grau I Mucosa Vaginal	Não	EEESMO D.F.
15	CHUA-Faro	19/12/2020	37	3003	41	Eutócico	Não	Sim	EEESMO D.F.
16	CHUA-Faro	19/12/2020	31	1001	41	Eutócico	Não	Sim	EEESMO F.M.
17	CHUA-Faro	20/12/2020	27	1001	39+4	Eutócico	Laceração Grau I Mediana	Sim	EEESMO F.M.
18	CHUA-Faro	4/01/2021	17	0000	39+4	Eutócico	Episiotomia Episiorrafia	Sim	EEESMO D.F.
19	CHUA-Faro	4/01/2021	24	0000	40	Eutócico	Laceração Grau II Mediana	Sim	EEESMO D.F.
20	CHUA-Faro	4/01/2021	36	1001	37+5	Eutócico	Episiotomia Episiorrafia	Sim	EEESMO D.F.
21	CHUA-Faro	5/01/2021	41	2022	40+5	Eutócico	Não	Sim	EEESMO F.M.
22	CHUA-Faro	5/01/2021	31	0000	39	Eutócico	Episiotomia Episiorrafia	Sim	EEESMO F.M.
23	CHUA-Faro	6/01/2021	25	0000	39+6	Eutócico	Laceração Grau I mucosa vaginal	Sim	EEESMO F.M.
24	CHUA-Faro	6/01/2021	30	0010	39+2	Eutócico	Episiotomia Episiorrafia Laceração Grau I mucosa vaginal	Sim	EEESMO F.M.
25	CHUA-Faro	11/01/2021	25	1001	40+6	Eutócico	Laceração Grau I mucosa vaginal	Sim	EEESMO D.F.
26	CHUA-Faro	12/01/2021	32	1011	39+1	Eutócico	Episiotomia Episiorrrafia	Sim	EEESMO D.F.
27	CHUA-Faro	16/01/2021	35	4034	39+5	Eutócico	Não	Sim	EEESMO F.M.
28	CHUA-Faro	21/01/2021	37	3013	37+6	Eutócico	Laceração Grau I Mucosa Vaginal	Sim	EEESMO F.M.
29	CHUA-Faro	21/01/2021	26	0000	38+2	Eutócico	Episiotomia Episiorrafia	Não	EEESMO F.M.
30	CHUA-Faro	15/03/2021	32	1001	37	Eutócico	Não	Sim	EEESMO F.M.
31	CHUA-Faro	15/03/2021	26	0000	39+2	Eutócico	Laceração Grau I mucosa vaginal	Sim	EEESMO F.M.
32	CHUA-Faro	15/03/2021	24	0010	40	Eutócico	Laceração Grau I mucosa vaginal	Não	EEESMO F.M.
33	CHUA-Faro	17/03/2021	29	1001	40+2	Eutócico	Não	Sim	EEESMO F.M.
34	CHUA-Faro	17/03/2021	29	1001	41	Eutócico	Não	Sim	EEESMO F.M.
35	CHUA-Faro	19/03/2021	35	2002	40+1	Eutócico	Não	Não	EEESMO F.M.
36	CHUA-Faro	20/03/2021	33	1001	39+6	Eutócico	Não	Sim	EEESMO F.M.
37	CHUA-Faro	20/03/2021	23	0000	40+3	Eutócico	Laceração Grau I mucosa vaginal	Sim	EEESMO F.M.
38	CHUA-Faro	23/03/2021	25	0000	40+6	Eutócico	Episiotomia Episiorrafia	Sim	EEESMO F.M.
39	CHUA-Faro	24/03/2021	28	0000	39	Eutócico	Episiotomia Episiorrafia	Sim	EEESMO F.M.
40	CHUA-Faro	26/03/2021	38	3002	38+2	Eutócico	Laceração Grau II mediana	Não	EEESMO F.M.
41	CHUA-Faro	2/04/2021	39	2012	39	Eutócico	Laceração Grau I mediana	Sim	EEESMO D.F.

42	CHUA-Faro	4/04/2021	25	0010	40+4	Eutócico	Episiotomia Episiorrafia	Não	EEESMO F.M.
43	CHUA-Faro	5/04/2021	31	0000	38	Eutócico	Episiotomia Episiorrafia	Sim	EEESMO F.M.
44	CHUA-Faro	6/04/2021	27	0010	37	Eutócico	Laceração Grau I mucosa vaginal	Não	EEESMO F.M.
45	CHUA-Faro	8/04/2021	36	0000	39+1	Eutócico	Episiotomia Episiorrafia	Sim	EEESMO F.M.
46	CHUA-Faro	14/04/2021	25	0000	40+2	Eutócico	Episiotomia Episiorrafia	Sim	EEESMO F.M.
47	CHUA-Faro	15/04/2021	27	1021	39	Eutócico	Episiotomia Episiorrafia	Sim	EEESMO F.M.
48	CHUA-Faro	16/04/2021	22	2002	40+5	Eutócico	Laceração Grau I mucosa vaginal	Não	EEESMO F.M.
49	CHUA-Faro	16/04/2021	32	1001	40+5	Eutócico	Não	Não	EEESMO F.M.
50	CHUA-Faro	19/04/2021	33	0000	39	Eutócico	Laceração Grau I mucosa vaginal	Sim	EEESMO F.M.
51	CHUA-Faro	19/04/2021	34	2012	40	Eutócico	Não	Sim	EEESMO F.M.
52	CHUA-Faro	21/04/2021	37	1001	40	Eutócico	Laceração Grau I Fúrcula	Sim	EEESMO D.F.
53	CHUA-Faro	21/04/2021	30	1001	40+1	Eutócico	Laceração Grau I Fúrcula	Sim	EEESMO F.M.
54	CHUA-Faro	22/04/2021	31	0000	41	Eutócico	Laceração Grau II mediana	Não	EEESMO F.M.
55	CHUA-Faro	25/04/2021	33	0000	40+6	Eutócico	Episiotomia Episiorrafia	Sim	EEESMO F.M.
56	CHUA-Faro	28/04/2021	28	3002	37	Eutócico	Não	Não	EEESMO D.F.
57	CHUA-Faro	29/04/2021	44	1001	39	Eutócico	Episiotomia Episiorrafia	Sim	EEESMO F.M.
58	CHUA-Faro	30/04/2021	31	1011	37+2	Eutócico	Laceração Grau I mediana	Sim	EEESMO D.F.
59	CHUA-Faro	06/05/2021	23	0000	39+3	Eutócico	Episiotomia Episiorrafia	Sim	EEESMO F.M.
60	CHUA-Faro	06/05/2021	35	0000	40+6	Eutócico	Laceração Grau II Mediana	Sim	EEESMO F.M.
61	CHUA-Faro	07/05/2021	39	3003	39	Eutócico	Não	Sim	EEESMO F.M.
62	CHUA-Faro	07/05/2021	26	0000	40+5	Eutócico	Episiotomia Episiorrafia	Sim	EEESMO F.M.
63	CHUA-Faro	13/05/2021	26	0020	37+6	Eutócico	Não	Sim	EEESMO F.M.
64	CHUA-Faro	14/05/2021	26	2002	38+2	Eutócico	Não	Sim	EEESMO F.M.
65	CHUA-Faro	14/05/2021	31	1001	39+6	Eutócico	Laceração Grau I Mediana	Sim	EEESMO F.M.

7. Participação em Partos

Nº	Local	Data	Idade	Índice Obstétrico	Idade Gestacional	Tipo de parto	Episiotomia Episiorrafia Perineorrafia	Acompanha Estádio 4º	Supervisor
1	CHUA - Faro	7/12/2020	30	1001	40s+3d	Ventosa	Não	Sim	EEESMO F.M.
2	CHUA - Faro	10/12/2020	24	0000	41s+1d	Ventosa	Não	Sim	EEESMO F.M.
3	CHUA - Faro	11/12/2020	37	0010	39s+5d	Ventosa	Não	Sim	EEESMO F.M.
4	CHUA - Faro	15/12/2020	36	0000	40s+4d	Cesariana	Não	Sim	EEESMO D.F.
5	CHUA - Faro	4/01/2021	28	0010	40s+4d	Ventosa	Não	Não	EEESMO F.M.
6	CHUA-Faro	14/01/2021	33	0101	26s+6d	Cesariana	Não	Sim	EEESMO F.M.
7	CHUA - Faro	16/01/2021	32	0000	36s+1d	Cesariana	Não	Sim	EEESMO F.M.
8	CHUA - Faro	16/01/2021	31	0010	38s+4d	Cesariana	Não	Sim	EEESMO F.M.
9	CHUA - Faro	19/01/2021	28	0000	41s+1d	Fórceps	Não	Não	EEESMO D.F.
10	CHUA - Faro	21/01/2021	26	0000	38s+2d	Ventosa	Não	Não	EEESMO F.M.
11	CHUA - Faro	16/03/2021	25	0000	39s+4d	Cesariana	Não	Sim	EEESMO D.F.
12	CHUA - Faro	19/03/2021	33	0000	40s+1d	Cesariana	Não	Não	EEESMO D.F.
13	CHUA - Faro	19/03/2021	30	0000	40s	Cesariana	Não	Sim	EEESMO D.F.
14	CHUA - Faro	21/03/2021	38	0000	40s+2d	Ventosa	Não	Não	EEESMO F.M.
15	CHUA - Faro	24/03/2021	36	0000	36s	Ventosa	Não	Sim	EEESMO F.M.
16	CHUA-Faro	27/03/2021	34	0000	37s	Ventosa	Não	Sim	EEESMO F.M.
17	CHUA-Faro	29/03/2021	33	1011	38s	Ventosa	Não	Sim	EEESMO F.M.
18	CHUA-Faro	06/04/2021	26	1001	39s	Cesariana	Não	Sim	EEESMO F.M.
19	CHUA-Faro	06/04/2021	40	0020	41s	Cesariana	Não	Sim	EEESMO F.M.
20	CHUA-Faro	14/04/2021	29	0110	32s+4d	Cesariana	Não	Sim	EEESMO F.M.
21	CHUA-Faro	15/04/2021	26	0010	39s+2d	Ventosa	Não	Sim	EEESMO F.M.
22	CHUA-Faro	16/04/2021	41	2002	36s+1d	Cesariana	Não	Sim	EEESMO F.M.
23	CHUA-Faro	19/04/2021	36	0000	39s+5d	Ventosa	Não	Sim	EEESMO F.M.
24	CHUA-Faro	21/04/2021	20	0000	39s+5d	Cesariana	Não	Sim	EEESMO D.F.

8. Vigilância a Gravidas de Risco durante o parto

Nº	Local	Data	Idade	Índice Obstétrico	Idade Gestacional	Situação de risco/Patologia	Supervisor
1	Bloco de Partos - CHUA FARO	15/12/2020	44 anos	1011	39s+4d	Hipertensão Arterial medicada/ Idade Materna/ Parto realizado pela mestrandia	EEESMO D.F.
2	Bloco de Partos - CHUA FARO	16/12/2020	20 anos	0010	36s+6d	Condilomas na Vulva/ Prematuridade / Parto realizado pela mestrandia	EEESMO D.F.

3	Bloco de Partos – CHUA FARO	16/12/2020	21 anos	0000	40s+6d	Obesidade/Parto realizado pela mestranda	EEESMO D.F.
4	Bloco de Partos – CHUA FARO	04/01/2021	28 anos	0010	40s+4d	Diabetes Gestacional controlada com dieta/ Acompanhamento do TP/ Colaboração no parto por ventosa	EEESMO D.F.
5	Bloco de Partos – CHUA FARO	05/01/2021	31 anos	0000	39s	Diabetes Gestacional controlada com dieta/ Hipertensão Arterial Gestacional medicada/ Parto realizado pela mestranda	EEESMO F.M.
6	Bloco de Partos – CHUA FARO	06/01/2021	25 anos	1001	40s+6d	VDRL positivo no 1º Trimestre e negativo no 3º Trimestre realizado tratamento com penicilina/ Parto realizado pela mestranda	EEESMO D.F.
7	Bloco de Partos – CHUA FARO	12/01/2021	32 anos	1011	39s+1d	Diabetes Gestacional controlada com dieta / Parto realizado pela mestranda	EEESMO D.F.
8	Bloco de Partos – CHUA FARO	14/01/2021	33 anos	0101	26s+6d	Gravidez gemelar – parto diferido 1º gémeo a 23/12/ Corioamniotite/ Extrema prematuridade/ acompanhamento do TP pela mestranda	EEESMO F.M.
9	Bloco de Partos – CHUA FARO	19/01/2021	22 anos	0212	34s+4d	Asmática/ RPM / Acompanhamento do TP/ colaboração no parto por ventosa	EEESMO D.F.
10	Bloco de Partos – CHUA FARO	21/01/2021	37 anos	3013	37s+6d	Asma não medicada/ Hipertensão Arterial Gestacional medicada/ Parto realizado pela mestranda	EEESMO F.M.
11	Bloco de Partos – CHUA FARO	15/03/2021	33 anos	1001	37s	Anemia (Talassémia)/ Parto realizado pela mestranda	EEESMO F.M.
12	Bloco de Partos – CHUA FARO	15/03/2021	24 anos	0010	40s	Diabetes gestacional não vigiada / Parto realizado pela mestranda	EEESMO F.M.
13	Bloco de Partos – CHUA FARO	16/03/2021	25 anos	0000	39s+4d	Diabetes gestacional controlada com dieta / Acompanhamento do TP e preparação para cesariana emergente por desaceleração	EEESMO D.F.
14	Bloco de Partos – CHUA FARO	17/03/2021	30 anos	0000	39s+2d	Bypass gástrico/ Hipertensão arterial crónica medicada / RCF tardio/ Acompanhamento do TP	EEESMO F.M.
15	Bloco de Partos – CHUA FARO	19/03/2021	35 anos	2002	40s+1d	Anemia/ Parto realizado pela mestranda	EEESMO D.F.
16	Bloco de Partos – CHUA FARO	19/03/2021	33 anos	0000	40s+1d	Diabetes gestacional controlada com dieta / Preparação para cesariana / Acompanhamento do TP	EEESMO D.F.
17	Bloco de Partos – CHUA FARO	19/03/2021	26 anos	0010	39s+1d	Hipertensão Arterial Gestacional medicada / Suspeita de Macrossomia Fetal / Acompanhamento do TP	EEESMO D.F.
18	Bloco de Partos – CHUA FARO	20/03/2021	23 anos	0000	40s+3d	Obesidade / Parto realizado pela mestranda	EEESMO F.M.

19	Bloco de Partos – CHUA FARO	21/03/2021	38 anos	0000	40s+2d	Obesidade/ Hipertensão Arterial Prévia não medicada/ Doença Bipolar/ Hipotireoidismo/ Acompanhamento do TP/ colaboração no parto por ventosa	EEESMO F.M.
20	Bloco de Partos – CHUA FARO	23/03/2021	25 anos	0010	40s+6d	Taquicardia sinusal / Parto realizado pela mestranda	EEESMO F.M.
21	Bloco de Partos – CHUA FARO	24/03/2021	36 anos	0000	36s	Prematuridade / Asma medicada / Acompanhamento do TP	EEESMO F.M.
22	Bloco de Partos – CHUA FARO	24/03/2021	28 anos	0010	41s+2d	Suspeita de Macrosomia Fetal/ Preparação pré- operatória para cesariana / Acompanhamento do TP	EEESMO F.M.
23	Bloco de Partos – CHUA FARO	24/03/2021	27 anos	0000	39s	Hidramnios / Diabetes gestacional controlada com dieta/ Acompanhamento do TP	EEESMO F.M.
24	Bloco de Partos – CHUA FARO	24/03/2021	23 anos	1011	39s+1d	CMV IGG 1º T / Acompanhamento do TP	EEESMO F.M.
25	Bloco de Partos – CHUA FARO	24/03/2021	40 anos	0030	23s+5d	Extrema Prematuridade / Hipertensão Arterial Crónica / FIV gemelar/ Acompanhamento do TP	EEESMO F.M.
26	Bloco de Partos – CHUA FARO	27/03/2021	41 anos	0000	36s+2d	Prematuridade/ Diabetes gestacional sob insulino- terapia / Preparação pré-operatória para cesariana /acompanhamento do TP	EEESMO F.M.
27	Bloco de Partos – CHUA FARO	02/04/2021	24 anos	0010	39s	Colestase gravídica / Acompanhamento do TP	EEESMO D.F.
28	Bloco de Partos – CHUA FARO	06/04/2021	27 anos	0010	37s	RCF / Parto realizado pela mestranda	EEESMO F.M.
29	Bloco de Partos – CHUA FARO	06/04/2021	26 anos	1001	39s	Septo vaginal / Acompanhamento do TP / Preparação pré- operatória para cesariana	EEESMO F.M.
30	Bloco de Partos – CHUA FARO	08/04/2021	36 anos	0000	39s+1d	RCF / dilatação trato urinário fetal / Parto realizado pela mestranda	EEESMO F.M.
31	Bloco de Partos – CHUA FARO	14/04/2021	25 anos	0000	40s+2d	Diabetes gestacional controlada com dieta / Parto realizado pela mestranda	EEESMO F.M.
32	Bloco de Partos – CHUA FARO	16/04/2021	41 anos	2002	36s+1d	Prematuridade / Idade Materna / Hipertensão Arterial Crónica / Obesidade / Pré-eclampsia / Acompanhamento do TP	EEESMO F.M.
33	Bloco de Partos – CHUA FARO	16/04/2021	32 anos	1001	40s+5d	Trombocitopénia / Parto realizado pela mestranda	EEESMO F.M.
34	Bloco de Partos – CHUA FARO	21/04/2021	28 anos	0000	39s+1d	Diabetes gestacional controlada com metformina / Parto realizado pela mestranda	EEESMO D.F.
35	Bloco de Partos – CHUA FARO	21/04/2021	37 anos	1001	40s	Hipertensão Arterial Crónica/ Parto realizado pela mestranda	EEESMO D.F.
36	Bloco de Partos – CHUA FARO	21/04/2021	20 anos	0000	39s+5d	Paralisia de Bell / Pré-eclâmpsia / Acompanhamento do TP/ Preparação pré-operatória para cesariana	EEESMO D.F.

37	Bloco de Partos – CHUA FARO	21/04/2021	30 anos	1001	40s+1d	Oligoamnios / Parto realizado pela mestranda	EEESMO F.M.
38	Bloco de Partos – CHUA FARO	28/04/2021	28 anos	3002	37s	Gravidez mal vigiada/ Antecedentes de Morte Fetal/ Parto realizado pela mestranda	EEESMO D.F.
39	Bloco de Partos – CHUA FARO	30/04/2021	31 anos	1011	37s+2d	Colestase gravídica/ Parto realizado pela mestranda	EEESMO D.F.
40	Bloco de Partos – CHUA FARO	06/05/2021	33 anos	1011	39s+3d	Asma / Hipertensão Arterial / Parto realizado pela mestranda	EEESMO F.M.
41	Bloco de Partos – CHUA FARO	07/05/2021	26 anos	0000	40s+5d	Anemia Hemolítica hereditária / Parto realizado pela mestranda	EEESMO F.M.
42	Bloco de Partos – CHUA FARO	13/05/2021	26 anos	0020	37s+6d	Esferocitose hereditária / RCF / Parto realizado pela mestranda	EEESMO F.M.

9. Vigilância, cuidados a puérperas de risco no pós-parto

Nº	Local	Data	Idade	Índice Obstétrico	Idade Gestacional	Tipo de parto	Situação no Pós-parto	Supervisor
1	Internamento de Puerpério – CHUA Faro	01/02/2021	39 anos	1001	38s+2d	Eutócico	Parto a 27/01 / Atonia Uterina a 29/01 / Fez Carboximaltose férrica / RN na UCIN por bradicardias	EEESMO C.A.
2	Internamento de Puerpério – CHUA Faro	01/02/2021	31 anos	2002	39s	Eutócico	Diabetes Gestacional controlada com dieta / Hipertermia não maligna / Depressão medicada com sertralina / 1º Filho com “Síndrome do Pescoço Caído”	EEESMO C.A.
3	Internamento de Puerpério – CHUA Faro	01/02/2021	18 anos	1001	25s+6d	Cesariana	Pré-eclampsia grave: em perfusão sulfato de magnésio / Trombocitopénia / Edemas palpebrais	EEESMO C.A.
4	Internamento de Puerpério – CHUA Faro	02/02/2021	22 anos	1001	38s+3d	Eutócico	Episiorrafia com edema na região perianal / Febril no pós-parto	EEESMO C.A.
5	Internamento de Puerpério – CHUA Faro	02/02/2021	36 anos	1001	39s+4d	Cesariana	Escoliose/Endometriose / Atonia Uterina: fez carboximaltose férrica	EEESMO C.A.
6	Internamento de Puerpério – CHUA Faro	02/02/2021	36 anos	2002	38s+6d	Cesariana	Obesidade / Diabetes Gestacional não vigiada	EEESMO C.A.
7	Internamento de Puerpério – CHUA Faro	02/02/2021	32 anos	2002	38s+3d	Cesariana	Diabetes Gestacional controlada com metformina / Trombocitopénia Idiopática	EEESMO C.A.
8	Internamento de Puerpério – CHUA Faro	02/02/2021	38 anos	2002	39s+3d	Eutócico	Hepatite B com carga viral reduzida	EEESMO C.A.
9	Internamento de Puerpério – CHUA Faro	03/02/2021	32 anos	1001	35s+3d	Eutócico	Talassémia Minor / Laceração grau I suturada com edema generalizado	EEESMO C.A.

10	Internamento de Puerpério – CHUA Faro	08/02/2021	35 anos	2002	39s+3d	Fórceps	Diabetes gestacional controlada com dieta / Pré-eclampsia	EEESMO C.A.
11	Internamento de Puerpério – CHUA Faro	08/02/2021	39 anos	1001	32s	Cesariana	RN na UCIN / Reforçar ensinios amamentação; extração com bomba	EEESMO C.A.
12	Internamento de Puerpério – CHUA Faro	15/02/2021	28 anos	1001	38s+4d	Cesariana	Pré-eclampsia	EEESMO C.A.
13	Internamento de Puerpério – CHUA Faro	15/02/2021	31 anos	1001	40s	Eutócico	Diabetes gestacional controlada com dieta / Implantes mamários	EEESMO C.A.
14	Internamento de Puerpério – CHUA Faro	15/02/2021	33 anos	4004	39s+6d	Eutócico	REBA superior a 24 horas	EEESMO C.A.
15	Internamento de Puerpério – CHUA Faro	15/02/2021	29 anos	1001	38s	Cesariana	Pré-eclampsia Oligoamnios	EEESMO C.A.
16	Internamento de Puerpério – CHUA Faro	16/02/2021	31 anos	1001	40s+5d	Ventosa	Deiscência da sutura resuturada Cumpriu AB	EEESMO C.A.
17	Internamento de Puerpério – CHUA Faro	18/02/2021	38 anos	4004	39s+1d	Cesariana	AP: 3 CST anteriores	EEESMO C.A.
18	Internamento de Puerpério – CHUA Faro	18/02/2021	36 anos	2002	39s+1d	Eutócico	Diabetes Gestacional controlada com dieta Punção da Dura: Cefaleias	EEESMO C.A.
19	Internamento de Puerpério – CHUA Faro	22/02/2021	36 anos	1001	38s+3d	Cesariana	REBA 70h	EEESMO C.A.
20	Internamento de Puerpério – CHUA Faro	22/02/2021	39 anos	2002	38s+6d	Ventosa	REBA 22h Laceração Grau I com edema	EEESMO C.A.
21	Internamento de Puerpério – CHUA Faro	22/02/2021	25 anos	2002	39s+3d	Eutócico	Imunização anti-Kell Hipertensão arterial gestacional	EEESMO C.A.
22	Internamento de Puerpério – CHUA Faro	22/02/2021	22 anos	2002	37s+5d	Pélvico	Gravidez mal vigiada	EEESMO C.A.
23	Internamento de Puerpério – CHUA Faro	22/02/2021	26 anos	1001	38s+3d	Cesariana	Atonia Uterina / REBA superior a 24h	EEESMO C.A.
26	Internamento de Puerpério – CHUA Faro	24/02/2021	38 anos	2002	38s+1d	Cesariana	Marido refere que a puérpera tem ideações suicidas / Contactada CPCJ e assistente social / Observada por Psiquiatria	EEESMO C.A.
27	Internamento de Puerpério – CHUA Faro	24/02/2021	25 anos	1001	38s+6d	Fórceps	Diabetes Gestacional controlada com metformina Hipertensão Arterial Gestacional Atonia Uterina fez transfusão sanguínea	EEESMO C.A.

10. Vigilância e cuidados a recém-nascidos saudáveis

Nº	Local	Data	Idade	Idade Gestacional	Observações	Supervisor
1	Internamento de Puerpério – CHUA Faro	01/02/2021	2 dias	38s+1d	Observação do RN, cor, mucosas, coto umbilical, peso, verificar a pega	EEESMO C.A.
2	Internamento de Puerpério – CHUA Faro	02/02/2021	2 dias	39s+4d	Observação do RN, cor, mucosas, coto umbilical, peso, verificar a pega	EEESMO C.A.
3	Internamento de Puerpério – CHUA Faro	03/02/2021	2 dias	38s	Observação do RN, cor, mucosas, coto umbilical, peso, verificar a pega	EEESMO C.A.
4	Internamento de Puerpério – CHUA Faro	08/02/2021	3 dias	39s+2d	Observação do RN, cor, mucosas, coto umbilical, peso, teste de diagnóstico precoce, ensinos sobre preparação de LA e quantidades (mãe não quer amamentar)	EEESMO C.A.
5	Internamento de Puerpério – CHUA Faro	08/02/2021	2 dias	38s+4d	Observação do RN, cor, mucosas, coto umbilical, peso, verificar a pega	EEESMO C.A.
6	Internamento de Puerpério – CHUA Faro	08/02/2021	3 dias	39s+6d	Observação do RN, cor, mucosas, coto umbilical, peso, teste de diagnóstico precoce, ensinos sobre preparação de LA e quantidades (mãe não quer amamentar)	EEESMO C.A.
7	Internamento de Puerpério – CHUA Faro	15/02/2021	10 horas	38s	Observação do RN, cor, mucosas, coto umbilical, verificar a pega, realizar ensinos a puérpera (não está bem-adaptado a mama)	EEESMO C.A.
8	Internamento de Puerpério – CHUA Faro	15/02/2021	1 dia	39s+6d	Observação do RN, cor, mucosas, coto umbilical, verificar a pega, ensino banho	EEESMO C.A.
9	Internamento de Puerpério – CHUA Faro	16/02/2021	6 horas	40s+1d	Observação do RN, cor, mucosas, coto umbilical, verificar a pega, ensino banho	EEESMO C.A.
10	Internamento de Puerpério – CHUA Faro	16/02/2021	1 dia	39s+5d	Observação do RN, cor, mucosas, coto umbilical, verificar a pega, ensino banho, despiste de cardiopatias congénitas	EEESMO C.A.
11	Internamento de Puerpério – CHUA Faro	18/02/2021	1 dia	39s+1d	Observação do RN, cor, mucosas, coto umbilical, verificar a pega, ensino banho	EEESMO C.A.
12	Internamento de Puerpério – CHUA Faro	22/02/2021	1 dia	38s+3d	Observação do RN, cor, mucosas, coto umbilical, verificar a pega, ensino banho	EEESMO C.A.
13	Internamento de Puerpério – CHUA Faro	22/02/2021	4 horas	38s+6d	Observação do RN, cor, mucosas, coto umbilical, verificar a pega, ensino banho	EEESMO C.A.
14	Internamento de Puerpério – CHUA Faro	24/02/2021	2 dias	39s	Observação do RN, cor, mucosas, coto umbilical, verificar a pega, peso	EEESMO C.A.
15	Internamento de Puerpério – CHUA Faro	24/02/2021	2 dias	38s+5d	Observação do RN, cor, mucosas, coto umbilical, verificar a pega, peso	EEESMO C.A.
16	Internamento de Puerpério – CHUA Faro	24/02/2021	2 dias	39s+6d	Observação do RN, cor, mucosas, coto umbilical, verificar a pega, peso	EEESMO C.A.
17	Internamento de Puerpério – CHUA Faro	24/02/2021	2 dias	40s+1d	Observação do RN, cor, mucosas, coto umbilical, verificar a pega, peso	EEESMO C.A.

11. Vigilância e cuidados a recém-nascidos necessitados de cuidados especiais (pré-termo, pós-termo, de baixo peso, doentes)

Nº	Local	Data	Idade	Idade Gestacional	Situação clínica	Observações	Supervisor
1	Internamento de Puerpério – CHUA Faro	01/02/2021	5 dias	39s	Irmão com Síndrome do “Pescoço Caído” Bilirrubina elevada: Fez Fototerapia LM + LA	Observação do RN, cor, mucosas, coto umbilical, verificar a pega	EEESMO C.A.
2	Internamento de Puerpério – CHUA Faro	02/02/2021	11 dias	38s+3d	Mãe: diabetes gestacional controlada com metformina Fez pesquisa de glicémia capilar: normoglicémico Caso Social: CPCJ	Observação do RN, cor, mucosas, coto umbilical, verificar a pega	EEESMO C.A.
3	Internamento de Puerpério – CHUA Faro	02/02/2021	5 dias	39s	Rectorragias: suspeita de APLV	Observação do RN, cor, mucosas, coto umbilical, observar as dejeções, verificar a quantidade de LA	EEESMO C.A.
4	Internamento de Puerpério – CHUA Faro	02/02/2021	1 dia	37s+1d	Baixo peso nascimento: 1985g	Observação do RN, cor, mucosas, coto umbilical, pesquisa de glicémia capilar, verificar a pega, ensino banho	EEESMO C.A.
5	Internamento de Puerpério – CHUA Faro	02/02/2021	7 horas	39s+3d	Mãe com Hepatite B	Observação do RN, cor, mucosas, coto umbilical, administração de imunoglobulina, ensino banho	EEESMO C.A.
6	Internamento de Puerpério – CHUA Faro	03/02/2021	3 dias	39s+4d	Mãe: Atonia Uterina Análises RN: Leucocitose Mãe recusou vacina ao RN	Observação do RN, cor, mucosas, coto umbilical, teste de diagnóstico precoce	EEESMO C.A.
7	Internamento de Puerpério – CHUA Faro	03/02/2021	2 dias	35s+3d	Peso nascimento: 2530g	Observação do RN, cor, mucosas, coto umbilical, peso diário, pesquisa de glicémia capilar	EEESMO C.A.
8	Internamento de Puerpério – CHUA Faro	03/02/2021	6 dias	39s	Rectorragias: suspeita de APLV LA: DSE Fototerapia: Peso diário	Observação do RN, cor, mucosas, coto umbilical, observar as dejeções, verificar a quantidade de LA	EEESMO C.A.
9	Internamento de Puerpério – CHUA Faro	03/02/2021	1 dia	38s+1d	Hematoma Temporal RN	Observação do RN, cor, mucosas, coto umbilical, verificar a pega, ensino banho	EEESMO C.A.
10	Internamento de Puerpério – CHUA Faro	03/02/2021	2 dias	37s	Baixo peso nascimento: 1985g	Observação do RN, cor, mucosas, coto umbilical, pesquisa de glicémia capilar, verificar a pega, despiste de cardiopatias congénitas (SaTO2)	EEESMO C.A.

11	Internamento de Puerpério – CHUA Faro	08/02/2021	1 dia	39s+2d	GIG: 4160 gramas	Observação do RN, cor, mucosas, coto umbilical, pesquisa de glicémia capilar, verificar a pega, despiste de cardiopatias congénitas, ensino banho	EEESMO C.A.
12	Internamento de Puerpério – CHUA Faro	15/02/2021	2 dias	38s+5d	Exsudado ocular BL: colheu zaragatoas	Observação do RN, cor, mucosas, coto umbilical, verificar a pega	EEESMO C.A.
13	Internamento de Puerpério – CHUA Faro	15/02/2021	7 horas	40s	Mãe com diabetes gestacional controlado com dieta	Hipoglicémia na Noite, Observação do RN, cor, mucosas, coto umbilical, verificar a pega, pesquisa de glicémia capilar, ensino banho	EEESMO C.A.
14	Internamento de Puerpério – CHUA Faro	15/02/2021	8 horas	39s+6d	Mãe com diabetes gestacional não controlada	Observação do RN, cor, mucosas, coto umbilical, verificar a pega, pesquisa de glicémia capilar, ensino banho	EEESMO C.A.
15	Internamento de Puerpério – CHUA Faro	16/02/2021	5 dias	40s+5d	Mãe Atonia Uterina Ictérico a realizar fototerapia	Observação do RN, cor, mucosas, coto umbilical, verificar a pega, peso diário	EEESMO C.A.
16	Internamento de Puerpério – CHUA Faro	18/02/2021	2 dias	39s+1d	Baixo peso ao nascimento: 2540 gramas	Observação do RN, cor, mucosas, coto umbilical, verificar a pega, peso diário	EEESMO C.A.
17	Internamento de Puerpério – CHUA Faro	18/02/2021	1 dia	38s+3d	Hipoglicémia na N, tremores	Observação do RN, cor, mucosas, coto umbilical, verificar a pega, pesquisa glicémia capilar, ensino banho	EEESMO C.A.
18	Internamento de Puerpério – CHUA Faro	22/02/2021	3 dias	39s	Sopro Cardíaco: ecografia	Observação do RN, cor, mucosas, coto umbilical, verificar a pega, teste de diagnóstico precoce, peso	EEESMO C.A.
19	Internamento de Puerpério – CHUA Faro	22/02/2021	10 horas	39s+3d	Imunização anti-Kell	Observação do RN, cor, mucosas, coto umbilical, verificar a pega, ensino banho, colheita de análises ao RN	EEESMO C.A.
19	Internamento de Puerpério – CHUA Faro	22/02/2021	2 dias	37s+5d	Gravidez mal vigiada, Pélvico, RCIU	Observação do RN, cor, mucosas, coto umbilical, verificar a pega, peso diário	EEESMO C.A.
20	Internamento de Puerpério – CHUA Faro	22/02/2021	6 dias	38s+3d	REBA superior a 24 horas; PCR positiva a cumprir antibioterapia	Observação do RN, cor, mucosas, coto umbilical, verificar a pega, manter CVP permeável, administração de AB	EEESMO C.A.
21	Internamento de Puerpério – CHUA Faro	24/02/2021	4 dias	38s+1d	Marido refere que a puérpera tem ideias suicidas / Contactada CPCJ e assistente social / Observada por Psiquiatria	Observação do RN, cor, mucosas, coto umbilical, ensinamentos sobre preparação leite artificial, avaliar a vinculação da díade mãe-bebé	EEESMO C.A.
22	Internamento de Puerpério – CHUA Faro	24/02/2021	7 horas	38s+1d	Atonia Uterina, Mãe com diabetes gestacional controlada com metformina	Observação do RN, cor, mucosas, coto umbilical, verificar a pega, pesquisa glicémia capilar	EEESMO C.A.

12. Cuidados em situação de patologia obstétrica

Nº	Local	Data	Idade	Situação/Cuidados	Supervisor
1	Internamento de Grávidas – CHUA FARO	15/09/2020	26 anos	IO: 0000/ IG: 33s+5d/ APPT Colo com 11mm com <i>funeling</i> / Cumpriu MPF + sob progesterona/ Realiza CTG	EEESMO D.F.
2	Internamento de Grávidas – CHUA FARO	15/09/2020	29 anos	IO: 0010/ IG: 24s+6d/ Colo com 37mm/ REBA 13/09 + Cumpriu MPF	EEESMO D.F.
3	Internamento de Grávidas – CHUA FARO	15/09/2020	35 anos	IO: 1011/ IG: 32s+5d/ Hemorragia 3º Trimestre/ Placenta Prévia/ Repouso Relativo/ Realiza CTG	EEESMO D.F.
4	Internamento de Grávidas – CHUA FARO	15/09/2020	30 anos	IO: 2012/ IG: 33s+1d/ Colo com 20 mm com <i>funeling</i> / Cumpriu MPF/ Hemorragia 3º T/ Realiza CTG	EEESMO D.F.
5	Internamento de Grávidas – CHUA FARO	15/09/2020	23 anos	IO: 2002/ IG: 34s+6d/ RPM a 11/9: cumpriu antibioterapia/ Realiza CTG	EEESMO D.F.
6	Internamento de Grávidas – CHUA FARO	15/09/2020	26 anos	IO: 0000/ IG: 31s+6d/ Colestase gravídica: Ácido UDC + anti-histamínico/ Realiza CTG	EEESMO D.F.
7	Internamento de Grávidas – CHUA FARO	17/09/2020	26 anos	IO: 0000/ IG: 32s+1d/ Colestase gravídica: Ácido UDC (Aumentada a dose) + anti-histamínico/ Agravamento do prurido/ Realiza CTG	EEESMO D.F.
8	Internamento de Grávidas – CHUA FARO	17/09/2020	22 anos	IO: 0000/ IG: 39s+6d/ Diabetes Gestacional controlada com dieta/ Indução de TP com misoprostol/ Realização de CTG	EEESMO D.F.
9	Internamento de Grávidas – CHUA FARO	17/09/2020	26 anos	IO: 0000/ IG: 34s/ APPT colo com 11 mm com <i>funeling</i> / Cumpriu MPF + tocólise/ Realiza CTG	EEESMO D.F.
10	Internamento de Grávidas – CHUA FARO	17/09/2020	29 anos	IO: 0010/ IG: 25s+1d/ Suspeita de REBA 13/9/ Cumpriu MPF + colo com 37 mm/ Cumpriu antibioterapia/ Amniosure 16/9: negativo/ Avaliação de BCF	EEESMO D.F.
11	Internamento de Grávidas – CHUA FARO	17/09/2020	35 anos	IO: 1011/ IG: 33s/ Hemorragia 3º Trimestre/ Placenta Prévia/ Repouso Relativo/ Realiza CTG	EEESMO D.F.
12	Internamento de Grávidas – CHUA FARO	17/09/2020	34 anos	IO: 1001/ IG: 39s+2d/ Diabetes Gestacional sob metformina/ Cervicometria: 3 cm; 80% apagamento; intermédio; plano -2 de Lee/ Realiza CTG	EEESMO D.F.
13	Internamento de Grávidas – CHUA FARO	17/09/2020	29 anos	IO: 1021/ IG: 8S/ Fratura de tornozelo	EEESMO D.F.
14	Internamento de Grávidas – CHUA FARO	17/09/2020	21 anos	ILG 22 semanas por acrania	EEESMO D.F.
15	Internamento de Grávidas – CHUA FARO	22/09/2020	29 anos	IO: 0010/ IG: 25s+6d/ Suspeita REBA 13/9/ Cumpriu MPF + AB/ Colo com 37 mm/ Avaliação de BCF	EEESMO D.F.
16	Internamento de Grávidas – CHUA FARO	22/09/2020	35 anos	IO: 1011/ IG: 33s+5d/ Metrorragia 3ºT/ Placenta Prévia/ Repouso/ Realiza CTG	EEESMO D.F.
17	Internamento de Grávidas – CHUA FARO	22/09/2020	21 anos	IO: 1001/ IG: 34s+3d/ Diabetes gestacional controlada com dieta/ APPT colo com 17,2 mm com tunelização/ Cumpriu MPF/ Realiza CTG	EEESMO D.F.
18	Internamento de Grávidas – CHUA FARO	22/09/2020	26 anos	IO: 0000/ IG: 33s+1d/ APPT colo com 15,9 mm/ Cumpriu MPF + sob progesterona/ Realiza CTG	EEESMO D.F.

19	Internamento de Grávidas – CHUA FARO	23/09/2020	37 anos	IO: 0000/ IG: 30s+6d/ Gemelar Bicoriónica -ICSI/ Diabetes gestacional controlada com dieta/ APPT colo com 13,2 mm/ A cumprir MPF + tocólise (atosiban)/ Realiza CTG	EEESMO D.F.
20	Internamento de Grávidas – CHUA FARO	23/09/2020	29 anos	IO: 0010/ IG: 26s/ Suspeita REBA 13/9/ Cumprui MPF + AB/ Avaliação de BCF	EEESMO D.F.
21	Internamento de Grávidas – CHUA FARO	23/09/2020	35 anos	IO: 1011/ IG: 33s+6d/ Metrorragia 3ªT/ Placenta Prévia/ Cumprui MPF/ Ficou em jejum para CST a 24/9/ Realiza CTG	EEESMO D.F.
22	Internamento de Grávidas – CHUA FARO	23/09/2020	21 anos	IO: 1001/ IG: 34s+4d/ Diabetes gestacional controlada com dieta/ APPT colo com 17,2 mm com tunelização/ Cumprui MPF/ Realiza CTG	EEESMO D.F.
23	Internamento de Grávidas – CHUA FARO	23/09/2020	26 anos	IO: 0010/ IG: 40s+3 dias/ Início de TP/ HTA gestacional sob metildopa 250 mg/ Cervicometria: 1 dedo franco; 80% apagamento; intermédio; plano -3/ Realiza CTG	EEESMO D.F.
24	Internamento de Grávidas – CHUA FARO	23/09/2020	26 anos	IO: 0010/ IG: 39 s/ HIV positivo: cargas indetetáveis (8/09)/ Má adesão à terapêutica/ Medicação habitual: Truvada + raltegravir/ Cervicometria: 2 dedos; 50% apagamento; apresentação cefálica alta/ Realiza CTG	EEESMO D.F.
25	Internamento de Grávidas – CHUA FARO	23/09/2020	26 anos	IO: 0000/ IG: 33s+1d/ APPT colo com 15,9 mm/ Cumprui MPF + sob progesterona/ Realiza CTG	EEESMO D.F.:
26	Internamento de Grávidas – CHUA FARO	24/09/2020	37 anos	IO: 0000/ IG: 31s/ Gemelar Bicoriónica – ICSI/ Diabetes gestacional controlada com dieta/ APPT colo com 13,2 mm/ Realiza CTG	EEESMO D.F.
27	Internamento de Grávidas – CHUA FARO	24/09/2020	29 anos	IO: 0010/ IG: 26s+1d/ Suspeita REBA 13/09/ Cumprui MPF + AB/ Avaliação de BCF	EEESMO D.F.
28	Internamento de Grávidas – CHUA FARO	24/09/2020	35 anos	IO: 1011/ IG: 34s/ Metrorragia 3ª T/ Placenta Prévia/ Cumprui MPF / CST hoje: Preparação Pré-operatória/ Realiza CTG	EEESMO D.F.
29	Internamento de Grávidas – CHUA FARO	24/09/2020	21 anos	IO: 1001/ IG: 34s+5d/ Diabetes gestacional controlada com dieta/ APPT colo com 17,2 com tunelização/ Cumprui MPF/ Realiza CTG	EEESMO D.F.
30	Internamento de Grávidas – CHUA FARO	24/09/2020	26 anos	IO: 0000/ IG: 33s+3d/ APPT colo com 15,9 mm/ Cumprui MPF + sob progesterona/ Realiza CTG	EEESMO D.F.
31	Internamento de Grávidas – CHUA FARO	24/09/2020	36 anos	IO: 1011/ IG: 39s+2d/ Perda hemática vestigial/ Realiza CTG	EEESMO D.F.:
32	Internamento de Grávidas – CHUA FARO	29/09/2020	21 anos	IO: 0000/ IG: 17s+2d/ Cetoacidose diabética/ Gravidez não vigiada/ Candidíase vulvo-vaginal exuberante/ Perfusão de insulino-terapia + pesquisa de glicémia capilar de 1/1hora/ Avaliação de BCF	EEESMO D.F.
33	Internamento de Grávidas – CHUA FARO	29/09/2020	32 anos	IO: 0000/ IG: 40s+1d/ Diabetes gestacional controlada com dieta/ Indução de TP com misoprostol/ Realiza CTG	EEESMO D.F.
34	Internamento de Grávidas – CHUA FARO	29/09/2020	37 anos	IO: 0000/ IG: 31s+5d/ Gemelar Bicoriónica – ICSI/ Diabetes gestacional controlada com dieta/ APPT colo com 13,2 mm/ Cumprui MPF/ Realiza CTG	EEESMO D.F.
35	Internamento de Grávidas – CHUA FARO	29/09/2020	34 anos	IO: 0000/ IG: 38s+5d/ HTA gestacional: avaliação de tensão arterial/ Indução de TP com misoprostol/ Realiza CTG	EEESMO D.F.
36	Internamento de Grávidas – CHUA FARO	30/09/2020	26 anos	IO: 0000/ IG: 39s+3d/ Diabetes gestacional sob metformina/ Anemia/ Indução de TP com misoprostol/ Realiza CTG	EEESMO D.F.

37	Internamento de Grávidas – CHUA FARO	30/09/2020	21 anos	IO: 0000/ IG: 17s+3d/ Cetoacidose diabética/ Gravidez não vigiada/ Candidíase vulvo-vaginal exuberante/ Avaliação de BCF	EEESMO D.F.
38	Internamento de Grávidas – CHUA FARO	30/09/2020	23 anos	IO: 0030/ IG: 25s+1d/ Suspeita pielonefrite esquerda sob AB/ Avaliação de BCF	EEESMO D.F.
39	Internamento de Grávidas – CHUA FARO	30/09/2020	25 anos	IO: 0000/ IG: 32s+6d/ Gravidez Gemelar Bicoriónica espontânea/ Pré-eclampsia: avaliação de Tensão Arterial/ A cumprir MPF/ Realiza CTG	EEESMO D.F.
40	Internamento de Grávidas – CHUA FARO	30/09/2020	21 anos	IO: 0000/ IG: 40s/ Diabetes gestacional controlada com dieta/ Indução de TP com PO/ Realiza CTG	EEESMO D.F.
41	Internamento de Grávidas – CHUA FARO	30/09/2020	32 anos	IO: 0000/ IG: 40s+2d/ Diabetes gestacional controlada com dieta/ Indução de TP com misoprostol/ Realiza CTG	EEESMO D.F.
42	Internamento de Grávidas – CHUA FARO	30/09/2020	37 anos	IO: 0000/ IG: 31s+6d/ Gemelar Bicoriónica – ICSI/ APPT colo com 13,2 mm/ Cumpriu MPF/ Realiza CTG	EEESMO D.F.
43	Internamento de Grávidas – CHUA FARO	30/09/2020	44 anos	IO: 1011/ IG: 25s/ REBA 29/9/ A cumprir MPF/ Corioamniotite sob AB/ Apresentação pélvica/ Placenta prévia/ Gravidez não vigiada/ Consumo de álcool e cocaína/ Avaliação de BCF	EEESMO D.F.
44	Internamento de Grávidas – CHUA FARO	30/09/2020	24 anos	IO: 0020/ IG: 27s/ Aborto tardio em janeiro de 2020; MFIU por hidrocefalia/ Anemia/ Feto morto/ Inicia protocolo de expulsão	EEESMO D.F.
45	Internamento de Grávidas – CHUA FARO	06/10/2020	22 anos	IO: 1001/ IG: 35s/ Suspeita de Oligoamnios + RCF/ Cumpriu MPF/ Realiza CTG	EEESMO F.M.
46	Internamento de Grávidas – CHUA FARO	06/10/2020	30 anos	IO: 0000/ IG: 39s/ Diabetes gestacional sob metformina/ Indução de TP com misoprostol/ Realiza CTG	EEESMO F.M.
47	Internamento de Grávidas – CHUA FARO	06/10/2020	21 anos	IO: 0000/ IG: 18s+2d/ Cetoacidose diabética/ Gravidez não vigiada/ Avaliação de BCF	EEESMO F.M.
48	Internamento de Grávidas – CHUA FARO	06/10/2020	23 anos	IO: 0030/ IG: 26s/ Suspeita de pielonefrite esquerda sob AB/ Avaliação de BCF	EEESMO F.M.
49	Internamento de Grávidas – CHUA FARO	06/10/2020	25 anos	IO: 0000/ IG: 33s+5d/ Gravidez Gemelar Bicoriónica espontânea/ Pré-eclampsia/ Cumpriu MPF/ Realiza CTG	EEESMO F.M.
50	Internamento de Grávidas – CHUA FARO	06/10/2020	39 anos	IO: 0000/ IG: 40s/ Oligoamnios/ HTA gestacional/ Indução com misoprostol/ Realiza CTG	EEESMO F.M.
51	Internamento de Grávidas – CHUA FARO	07/10/2020	22 anos	IO: 1001/ IG: 35s+1d/ Suspeita de oligoamnios + RCF/ Cumpriu MPF/ Realiza CTG	EEESMO F.M.
52	Internamento de Grávidas – CHUA FARO	07/10/2020	30 anos	IO: 0000/ IG: 39s+1d/ Diabetes gestacional sob meformina/ Indução de TP com misoprostol/ Realiza CTG	EEESMO F.M.
53	Internamento de Grávidas – CHUA FARO	07/10/2020	21 anos	IO: 0000/ IG: 18s+3d/ Cetoacidose diabética/ Gravidez não vigiada/ Candidíase vulvo-vaginal melhorada/ Avaliação de BCF	EEESMO F.M.
54	Internamento de Grávidas – CHUA FARO	07/10/2020	18 anos	IO: 0000/ IG: 31s/ APPT colo com 18 mm/ Hemorragia 3º T: placenta não prévia/ Feto com suspeita de coartação da aorta/ Realiza CTG	EEESMO F.M.

55	Internamento de Grávidas – CHUA FARO	07/10/2020	35 anos	IO: 0010 (Aborto 1º T: más formações fetais)/ IG: 40s+4d/ Seguida em MMF por risco pré-eclampsia e RCF/ Indução de TP com misoprostol/ Cervicometria: colo fechado/ Realiza CTG	EEESMO F.M.
56	Internamento de Grávidas – CHUA FARO	07/10/2020	25 anos	IO: 0000/ IG: 33s+6d/ Gravidez Gemelar Bicoriónica espontânea/ Pré-eclampsia/ Realiza CTG	EEESMO F.M.
57	Internamento de Grávidas – CHUA FARO	07/10/2020	30 anos	IO: 1001/ IG: 40s/ Diabetes gestacional com insulino terapia e meformina/ Indução de TP com PO/ Realiza CTG	EEESMO F.M.
58	Internamento de Grávidas – CHUA FARO	07/10/2020	39 anos	IO: 0000/ IG: 40s+1d/ Oligoamnios/ HTA gestacional/ Indução de TP com misoprostol/ Realiza CTG	EEESMO F.M.
59	Internamento de Grávidas – CHUA FARO	07/10/2020	36 anos	IO: 4004/ IG: 28s/ ILG 28 semanas com o diagnóstico de anencefalia: expulsão fetal a 1/10/ Quadro de instabilidade hemodinâmica/ Histerectomia subtotal emergente	EEESMO F.M.
60	Internamento de Grávidas – CHUA FARO	12/10/2020	22 anos	IO: 1001/ IG: 35s+6d/ Suspeita de oligoamnios/ Anemia/ Cumpriu MPF/ Anemia/ Realiza CTG	EEESMO F.M.
61	Internamento de Grávidas – CHUA FARO	12/10/2020	21 anos	IO: 0000/ IG: 19s+1d/ Cetoacidose diabética/ Gravidez não vigiada/ Candidíase vulvo-vaginal exuberante resolvido/ Avaliação de BCF	EEESMO F.M.
62	Internamento de Grávidas – CHUA FARO	12/10/2020	31 anos	IO: 0000/ IG: 39s+1d/ Diabetes gestacional controlada com dieta/ CST eletiva por apresentação pélvica/ Preparação pré-operatória/ Realiza CTG	EEESMO F.M.
63	Internamento de Grávidas – CHUA FARO	12/10/2020	28 anos	IO: 0000/ IG: 32s+1d/ APPT colo com 8mm/ Cumpriu MPF + sob progesterona/ Realiza CTG	EEESMO F.M.
64	Internamento de Grávidas – CHUA FARO	12/10/2020	21 anos	IO: 0000/ IG: 40s+4d/ Oligoamnios/ Indução de TP com misoprostol/ Realiza CTG	EEESMO F.M.
65	Internamento de Grávidas – CHUA FARO	12/10/2020	34 anos	IO: 1011/ IG: 28s/ Pielonefrite direita sob AB/ Avaliação de BCF	EEESMO F.M.
66	Internamento de Grávidas – CHUA FARO	12/10/2020	32 anos	IO: 0020/ IG: 40s/ Hidramnios/ Indução de TP com misoprostol/ Realiza CTG	EEESMO F.M.
67	Internamento de Grávidas – CHUA FARO	12/10/2020	36 anos	IO: 4104/ IG: 28s/ ILG por anencefalia/ Expulsão fetal: 1/10/ Laceração uterina/ Histerectomia subtotal emergente	EEESMO F.M.
68	Internamento de Grávidas – CHUA FARO	14/10/2020	22 anos	IO: 1001/ IG: 36s+1d/ Suspeita de Oligoamnios/ Cumpriu MPF/ Anemia/ Realiza CTG	EEESMO F.M.
69	Internamento de Grávidas – CHUA FARO	14/10/2020	28 anos	IO: 0000/ IG: 32s+3d/ APPT colo com 8mm/ Cumpriu MPF + sob progesterona/ Realiza CTG	EEESMO F.M.
70	Internamento de Grávidas – CHUA FARO	14/10/2020	43 anos	IO: 1001/ IG: 39s+1d/ Diabetes gestacional controlada com dieta/ Indução de TP com misoprostol/ Realiza CTG	EEESMO F.M.
71	Internamento de Grávidas – CHUA FARO	14/10/2020	26 anos	IO: 0000/ IG: 34s+6d/ Gravidez Gemelar Bicoriónica espontânea/ Pré-Eclampsia/ Cumpriu MPF/ Realiza CTG	EEESMO F.M.
72	Internamento de Grávidas – CHUA FARO	14/10/2020	27 anos	IO: 0000/ IG: 37s+6d/ Suspeita de RCF/ Gravidez mal vigiada: descobriu as 30s/ Fumadora de haxixe/ Realiza CTG	EEESMO F.M.
73	Internamento de Grávidas – CHUA FARO	14/10/2020	41 anos	IO: 1001/ IG: 40s/ Diabetes gestacional controlada com dieta/ Indução de TP com misoprostol/ Realiza CTG	EEESMO F.M.

74	Internamento de Grávidas – CHUA FARO	14/10/2020	32 anos	IO: 0020/ IG: 40s+2d/ Hidramnios/ Indução de TP com misoprostol/ Realiza CTG	EEESMO F.M.
75	Internamento de Grávidas – CHUA FARO	14/10/2020	30 anos	IO: 0020/ IG: 29s+3d/ APPT colo com 4 mm/ Diabetes gestacional controlada com dieta/ MPF + Tocólise	EEESMO F.M.
76	Internamento de Grávidas – CHUA FARO	14/10/2020	36 anos	IO: 4104/ IG: 28s/ ILG por anencefalia/ Expulsão fetal: 1/10/ Laceração uterina/ Histerectomia subtotal emergente	EEESMO F.M.
77	Internamento de Grávidas – CHUA FARO	14/10/2020	31 anos	IO: 2012/ IG: 29s+5d/ Trombocitopenia neonatal aloimune na segunda gravidez/ Avaliação de BCF	EEESMO F.M.

13. Cuidados em situação de patologia ginecológica

Nº	Local	Data	Idade	Situação/Cuidados	Supervisor
1	Urg. Obst. E Ginec. - CHUA FARO	7/12/2020	51 anos	Bartolinite/ Drenagem/ Administração de antibioterapia	EEESMO F.M.
2	Urg. Obst. E Ginec. - CHUA FARO	14/01/2021	9 anos	Suspeita de violação sexual/ Colaboração na colheita de espécimens/ Administração de anti-retrovirais, antibioterapia	EEESMO F.M.
3	Urg. Obst. E Ginec. - CHUA FARO	17/03/2021	47 anos	Abcesso mamário/ Colaboração na observação	EEESMO F.M.
4	Urg. Obst. E Ginec. - CHUA FARO	16/04/2021	87 anos	Metrorragias/ Colaboração na observação	EEESMO F.M.

14. Prática simulada

Nº	Local	Horas	Situação de Simulação	Docente
1	Admissão na maternidade	2h	Recolha de dados; Manobras de Leopold Exame vaginal	Margarida Sim-Sim (PhD) Luz Barros (PhD)
2	Vigilância do TP e Parto	2h	Contractilidade uterina; CTG; Técnica do parto, dequitação;	Margarida Sim-Sim (PhD) Luz Barros (PhD)
3	Reanimação do RN	2h	Reanimação do RN	Margarida Sim-Sim (PhD) Luz Barros (PhD)
4	Reconstrução Perineal	2h	Episiorrafia & Perineorrafia	Margarida Sim-Sim (PhD) Luz Barros (PhD)
5	Urgências Obstétricas	2h	Distocia de ombros; Hemorragia pós-parto	Margarida Sim-Sim (PhD) Luz Barros (PhD)

15. Situações relevantes para a aprendizagem realizadas durante o período do estágio

Nº	Local	Data	Situação de aprendizagem	Docente
1	Internamento de Grávidas – CHUA Faro	15/09 a 25/10/2020	Elaboração de Formação “Registos em Enfermagem – Unidade de Grávidas”	EEESMO D.F., F.M. e PhD Margarida Sim-Sim
2	Consulta de DPN – CHUA Faro	05/11/2020	Colaboração na amniocentese	EEESMO A.B. e PhD Margarida Sim-Sim
3	Consulta de DPN – CHUA Faro	23/11/2020	Colaboração na biópsia das vilosidades coriónicas	EEESMO A.B. e PhD Margarida Sim-Sim
4	Internamento de Puerpério – CHUA Faro	22/02/2021	Colocação de Implante Hormonal	EEESMO C.A. e PhD Margarida Sim-Sim
5	Internamento de Puerpério – CHUA Faro	22/02/2021	Colocação de Implante Hormonal	EEESMO C.A. e PhD Margarida Sim-Sim
6	Internamento de Puerpério – CHUA Faro	08/02 a 20/03/21	Elaboração de Folha de Passagem de Turno	EEESMO C.A. e PhD Margarida Sim-Sim

16. Campos Clínicos

Campo Clínico	Unidade de Saúde	Serviço	Nº de semanas & Horas	Supervisor	Docente
Consulta de DPN	CHUA – Faro	Consultas Externas	6 semanas	EEESMO A.B.	PhD Margarida Sim-Sim
Gravidas	CHUA – Faro	Urgência de Obstetrícia e Ginecologia – Internamento de Grávidas	6 semanas	EEESMO D.F. e F.M.	PhD Margarida Sim-Sim
Bloco de Partos	CHUA - Faro	Urgência de Obstetrícia e Ginecologia	18 semanas	EEESMO D.F. e F.M.	PhD Margarida Sim-Sim
Puérperas	CHUA - Faro	Internamento de Puerpério	6 semanas	EEESMO C.A.	PhD Margarida Sim-Sim
Neonatologia	CHUA - Faro	Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais	1 semana	EEESIP E.S.	PhD Margarida Sim-Sim

Apêndice C: Jornais de Aprendizagem

Jornal	Data	Local	Campo	Tema
1	21-27 set 2020	CHUA	Internamento grávidas	Ameaça de Parto Pré-termo
2	28 set - 4 out 2020	CHUA	Internamento grávidas	Indução do TP
3	5-11 out 2020	CHUA	Internamento grávidas	Morte Perinatal
4	12-18 out 2020	CHUA	Internamento grávidas	Gravidez Gemelar
5	19-25 out 2020	CHUA	Internamento grávidas	Diabetes Gestacional
6	2-8 nov 2020	CHUA	Consulta Externa	Rastreio Combinado do 1º Trimestre
7	9 – 15 nov 2020	CHUA	Consulta Externa	Técnicas Invasivas de Diagnóstico Pré-Natal
8	16-22 nov 2020	CHUA	Consulta Externa	Técnica de Diagnóstico Pré-Natal Não Invasiva
9	23-29 nov 2020	CHUA	Consulta Externa	Interrupção Voluntária da Gravidez
10	30nov – 6Dez 2020	CHUA	Consulta Externa	Comunicação de Más Notícias em Obstetrícia
11	14-20 dez 2020	CHUA	Bloco de Partos	Distocia de ombros
12	4 – 10 jan 2021	CHUA	Bloco de Partos	Patologias do Cordão Umbilical
13	11-17 jan 2021	CHUA	Bloco de Partos	Episiotomia e Episiorrafia
14	18-24 jan 2021	CHUA	Bloco de Partos	Contato pele-a-pele precoce e Amamentação na primeira hora pós-parto
15	25-31 jan 2021	CHUA	Bloco de Partos	Acompanhante Significativo do TP e Parto
16	8-14 fev 2021	CHUA	Puerpério	Cuidados de Enfermagem no Puerpério
17	15-21 fev 2021	CHUA	Puerpério	Comunicação na Passagem de Turno
18	22-28 fev 2021	CHUA	Puerpério	Contraceção no Puerpério - Implante Contraceutivo
19	1-7 mar 2021	CHUA	Cuid Neonatais	NIDCAP
20	8-14 mar 2021	CHUA	Puerpério	Hospital Amigo dos Bebés (IHAB)
21	22-28 mar 2021	CHUA	Bloco de Partos	Rutura Artificial das Membranas Amnióticas (Amniotomia)
22	29 mar – 4 abr 2021	CHUA	Bloco de Partos	Analgesia Epidural Obstétrica
23	5-11 abr 2021	CHUA	Bloco de Partos	Rutura Uterina em Mulheres em TP com Cesariana Anterior
24	12- 18 abr 2021	CHUA	Bloco de Partos	Plano de Parto
25	19-25 abr 2021	CHUA	Bloco de Partos	Parto Distócico – Fórceps e Ventosa
26	26 abr – 2 mai 2021	CHUA	Bloco de Partos	Cesariana
27	3 – 9 mai 2021	CHUA	Bloco de Partos	Covid-19 em Sala de Parto
28	10-16 mai 2021	CHUA	Bloco de Partos	Métodos Não-Farmacológicos do Controlo da Dor

29	17-23 mai 2021	CHUA	Bloco de Partos	Cardiotocografia
30	24-30 mai 2021	CHUA	Bloco de Partos	Partograma

Jornal de Aprendizagem

Instrumento de registo semanal para Estudantes da UEESESJD

Nome: Inês Isabel Marujo Carvalho Santos

Data: 21 /set /2020 a 27/set/2020

Campo clínico: Internamento de Grávidas

Local: CHUA-Faro

Editorial

Tema: Ameaça de Parto Pré-termo

A Organização Mundial de Saúde (2018) define a prematuridade como o nascimento de um bebé antes das 37 semanas. Estes enquadram-se em três categorias relativamente ao tempo de gestação: extremamente prematuros (<28 semanas), muito prematuros (28 a <32 semanas) ou prematuros moderados (32 a <37 semanas).

A administração de corticoterapia pré-natal a grávidas em risco de parto pré-termo (PPT) espontâneo ou induzido não só diminui o risco de morte neonatal (31%), síndrome de dificuldade respiratória (44%) e de hemorragia intraventricular (46%), como diminui a incidência de enterocolite necrosante, de necessidade de suporte ventilatório, de admissão em Unidade de Cuidados Intensivos Neonatal e de infecções sistémicas neonatais nas primeiras 48 horas pós-parto. Está recomendada entre as 24 e as 33 semanas e 6 dias, independentemente da integridade das membranas amnióticas ou do número de fetos, em todas as situações em que existe risco de PPT nos 7 dias seguintes (Areia, Almeida, Braga, Pereira, Macedo & Nogueira-Silva, 2018).

A primeira dificuldade é o reconhecimento do início do TP, pelo que até ao momento não existe protocolo, baseado em evidências (Bittar & Zugaib, 2009).

O *American College of Obstetricians and Gynecologists* enfatiza a importância da persistência das contracções, ou seja, pelo menos 4 contracções em 20 minutos ou 8 contracções em 60 minutos; dilatação cervical de pelo menos 1 cm e presença de esvaziamento cervical (Bittar & Zugaib, 2009).

Para se realizar a tocólise alguns autores consideram as 15 semanas o ideal, momento em que as perdas decorrentes de alterações genéticas se tornam menos frequentes, outros adoptam as 20 ou as 22 semanas (Bittar & Zugaib, 2009).

Atividades Semanais

Esta semana prestei cuidados de enfermagem pré-natais a grávidas de risco, nomeadamente ameaça de parto pré-termo.

Tive a possibilidade de preparar terapêutica tocolítica (atosiban endovenoso) e maturação pulmonar (protocolo de dexametasona intramuscular).

Realizei diversas cardiocotografias e auscultações de batimentos cardio-fetais com Doppler, conseguindo assim avaliar o bem-estar materno-fetal e informando a equipa médica e de enfermagem sobre desvios.

Também realizei cervicometrias a várias grávidas de termo, onde foi possível avaliar a dilatação, posição, consistência e plano. Através destas avaliações consegui perceber quando a grávida estaria em TP e o momento para encaminhá-la até a sala de partos.

Em todas as grávidas a quem prestei cuidados, foi possível estabelecer uma relação terapêutica e conseguir através desta observar a vinculação in útero da díade mãe-bebé, o trato pelo nome do bebé, a preocupação com o bem-estar do bebé, assim como cumpriam as recomendações dadas por toda a equipa multidisciplinar.

Aquisição de Competências

ATIVIDADES (OE, 2019)	COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS (OE, 2019)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliação Materna: <ul style="list-style-type: none"> - Peso; - Edemas (maléolos, mãos, face); - Estado emocional; - Anamnese (avaliação inicial). ▪ Avaliação Fetal: <ul style="list-style-type: none"> - Batimentos Cardíacos Fetais (Auscultação Fetal); - Movimentos Fetais; - Posição e situação fetal (Manobras de Leopold para avaliação da estática fetal); - Avaliação do risco pré-natal. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Informar dos sinais de alerta; ▪ Métodos de alívio da dor durante o TP; ▪ Vinculação e comunicação intra-uterina; ▪ Esclarecer personalizadas as dúvidas identificadas inerentes aos processos vivenciais de gravidez e TP; ▪ Oferecer a mulher durante a gravidez assistência que integre respeito do seu exercício à sua integridade física, à autodeterminação e privacidade; ▪ Registo Informático de todos os focos em sistema SClínico. 	<p>2.1. Promove a saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento;</p> <p>2.2. Diagnostica precocemente e previne complicações na saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento;</p> <p>2.3. Providencia cuidados à mulher e facilita a sua adaptação, durante o período pré-natal e em situação de abortamento.</p>

Fontes de Pesquisa

- Areia, A. L.; Almeida, M. F.; Braga, A. J. C. B.; Pereira, N. B.; Macedo, C. V.; Nogueira-Silva, C. (2018). Corticoterapia para maturação pulmonar fetal. *Acta Obstétrica e Ginecológica Portuguesa*. Vol. 12 n. 4. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1646-58302018000400011;
- Bittar, R. E.; Zugaib, M. (2009). Tratamento do TP Prematuro. *Revista Brasileira Ginecologia e Obstetrícia*; 31 (8); pp. 415-22. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032009000800008&script=sci_arttext;
- Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento nº 140/2019 – Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019;
- Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento nº 391/2019 – Regulamento das Competências específicas do enfermeiro especialista em Saúde Materna e Obstétrica. *Diário da República*, 2.a série — N.o 85 — 3 de maio de 2019;
- Organização Mundial de Saúde (2018). Parto Prematuro. Disponível em: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>. Acedido em: 23/09/2020.

Jornal de Aprendizagem

Instrumento de registo semanal para Estudantes da UEESESJD

Nome: Inês Isabel Marujo Carvalho Santos

Data: 28 /set /2020 a 4/out/2020

Campo clínico: Internamento de Grávidas

Local: CHUA-Faro

Editorial

Tema: Indução do TP

Segundo a Direcção Geral da Saúde (2015), a necessidade de maturação cervical ou de indução do TP deve ser avaliada caso a caso, tendo em conta o estado de saúde materna e fetal, os riscos que o prolongamento da gravidez acarretam para ambos, a idade gestacional, a avaliação do colo e da pelve materna, a estimativa do peso e a apresentação fetais.

O grau de maturação do colo uterino tem sido reconhecido como o fator de maior influência no sucesso da indução do TP (ACOG, 2009).

O Índice de Bishop é um método clínico de avaliação do grau de maturação do colo uterino e inclui cinco parâmetros: o grau de dilatação do colo uterino, a extinção, a posição e consistência do colo, e o nível de descida do feto no canal pélvico (RCOG, 2008).

De acordo com Souza et al. (2013), os métodos utilizados na indução do parto podem ser divididos em estímulos naturais (acupunctura, estímulo manual ou oral do mamilo, relação sexual por ação direta das prostaglandinas do sémen e/ou libertação endógena de oxitocina pelo orgasmo e estimulação dos mamilos, enemas e soluções homeopáticas), estímulos exógenos directos ou mecânicos (descolamento digital das membranas ovulares, amniotomia, introdução de cateter extra-amniótico e laminária), estímulos exógenos indirectos ou farmacológicos (oxitocina, prostaglandinas, dinoprostona e hialuronidase).

Tanto a maturação cervical como a indução do TP, apenas devem ser realizadas em unidades de saúde que disponham de condições para a monitorização cardiotocográfica contínua e a para a realização de uma cesariana emergente (DGS, 2015).

Atividades Semanais

Esta semana prestei cuidados de enfermagem pré-natais a grávidas de termo que entraram no internamento de grávidas para indução de TP.

Acompanhei como em todos os turnos em que realizo o turno da manhã a visita médica, onde é avaliada a cervicometria e calculado o Índice de Bishop. Atendendo aos antecedentes pessoais e à avaliação da cervicometria, opta-se por três tipos de métodos de indução de TP (aplicação de misoprostol vaginal ou oral, perfusão de oxitocina e colocação de sonda de foley) ou cesariana electiva.

Preparei diversas perfusões oxitocicas, onde vamos controlando a dosagem, após avaliação do traçado cardiotocográfico, da cervicometria e das queixas da grávida.

Também prestei cuidados de enfermagem a grávidas com patologias de base, nomeadamente uma grávida com cetoacidose diabética, com uma gravidez não vigiada e valores analíticos que revelavam desidratação severa e hipopotassémia, na qual foram realizadas avaliações de glicemia capilar de hora a hora, com perfusão de insulina endovenosa, reposição de cloreto de potássio e de soro fisiológico.

Aquisição de Competências

ATIVIDADES (OE, 2019)	COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS (OE, 2019)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliação Materna: <ul style="list-style-type: none"> - Peso; - Edemas (maléolos, mãos, face); - Estado emocional; - Relação entre o aumento de peso e a alimentação; - Avaliação da capacidade de integrar um novo elemento na família; - Anamnese (avaliação inicial). ▪ Avaliação Fetal: <ul style="list-style-type: none"> - Batimentos Cardíacos Fetais (Auscultação Fetal); - Movimentos Fetais; - Posição e situação fetal (Manobras de Leopold para avaliação da estática fetal); - Avaliação do risco pré-natal. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Conhecer o plano de parto; ▪ Informar dos sinais de alerta; ▪ Indicações para indução do TP; ▪ Métodos de alívio da dor durante o TP; ▪ Vinculação e comunicação intra-uterina; ▪ Esclarecer personalizadas as dúvidas identificadas inerentes aos processos vivenciais de gravidez e TP; ▪ Oferecer a mulher durante a gravidez assistência que integre respeito do seu exercício à sua integridade física, à autodeterminação e privacidade; ▪ Registo Informático de todos os focos em sistema SClínico. 	<p>2.1. Promove a saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento;</p> <p>2.2. Diagnostica precocemente e previne complicações na saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento;</p> <p>2.3. Providencia cuidados à mulher e facilita a sua adaptação, durante o período pré-natal e em situação de abortamento.</p>

Fontes de Pesquisa

- Direção Geral da Saúde (2015). Orientação 002/2015 sobre Indução do TP. Disponível em: <https://www.saudereprodutiva.dgs.pt/normas-e-orientacoes/gravidez/orientacao-n22015-de-19012015-inducao-do-trabalho-de-parto.aspx>. Acedido a 30/09/2020;
- Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento n° 140/2019 – Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019;
- Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento n° 391/2019 – Regulamento das Competências específicas do enfermeiro especialista em Saúde Materna e Obstétrica. Diário da República, 2.a série — N.º 85 — 3 de maio de 2019;
- *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG)* (2008). National Collaborating Centre for Women's and children's health: Induction of labour. Clinical guideline: no. 70. London (UK). Pp. 104
- *The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG)* (2009). Induction of labour: Practice Bulletin no. 107. Washington, DC.

Jornal de Aprendizagem

Instrumento de registo semanal para Estudantes da UEESESJD

Nome: Inês Isabel Marujo Carvalho Santos

Data: 5 /out /2020 a 11/out/2020

Campo clínico: Internamento de Grávidas

Local: CHUA-Faro

Editorial

Tema: Morte Perinatal

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o período perinatal começa às 22 semanas completas (154 dias) de gravidez e termina sete dias completos após o nascimento; e o período neonatal começa com o nascimento e termina após 28 dias completos após o nascimento.

Consideram-se perdas perinatais os abortos espontâneos e induzidos, a gravidez ectópica, a morte de um gémeo durante a gestação, o feto morto intraútero ou intraparto, a morte de um prematuro ou de um recém-nascido e dos filhos cedidos em adoção (López, 2011; Álvarez, Claramunt, Carrascoa y Silvente, 2014).

A Perda Perinatal é geralmente considerada como a forma mais dolorosa de luto, porque é inesperada, muitas vezes súbita e às vezes inexplicável (Chan, Lou, Cao, Li, Liu & Wu, 2009).

Muitas vezes, as pessoas descartam a perda perinatal como não sendo um verdadeiro luto, e o seu efeito traumático tem sido negligenciado por investigadores científicos (Chan et al., 2009). Morbilidade psiquiátrica, como depressão, transtornos de ansiedade e outros sintomas somáticos têm sido intimamente associados a essa perda. Além disso, os sentimentos de desamparo são comuns, e os pais enlutados precisam de cuidados e apoio, através de cuidados personalizados (Chan et al., 2009).

A literatura reflete as dificuldades que apresentam os profissionais de saúde de todo o mundo, para acompanharem os pais nestas situações, devido a um défice de recursos humanos pessoais (habilidades comunicacionais), ferramentas para abordar a própria gestão emocional, para reconhecerem e assistirem a dimensão subjetiva da perda perinatal para os pais, assim como a falta de formação específica sobre o luto perinatal (Chan et al., 2009).

Atividades Semanais

Esta semana prestei cuidados de enfermagem a duas grávidas com o diagnóstico de gravidez de feto morto de 27 semanas e interrupção legal da gravidez por acrania com 28 semanas de idade gestacional. Acompanhei o processo de interrupção, em que no segundo caso houve feticídio com cloreto de potássio e toma de mifepristona, seguido de protocolo de misoprostol para interrupção da gravidez.

Já tinha tido algumas experiências a nível profissional como enfermeira na área da ginecologia, mas nunca é fácil apoiar o casal neste processo, nem profissionalmente, nem pessoalmente.

Também foi notório nas cervicometrias que tive a oportunidade de avaliar, o progresso do conhecimento da evolução do TP, em determinar a dilatação do colo, apagamento, nível de apresentação do plano de Lee e avaliação da bacia obstétrica.

A nível de medicação que poderá auxiliar na evolução do TP, consegui observar que a butilescopolamina e o tramadol têm influência a nível da consistência do colo, podendo fazer com que um colo passe de “grosso” para “mole”.

Aquisição de Competências

ATIVIDADES (OE, 2019)	COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS (OE, 2019)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliação Materna: <ul style="list-style-type: none"> - Peso; - Edemas (maléolos, mãos, face); - Estado emocional; - Relação entre o aumento de peso e a alimentação; - Avaliação da capacidade de integrar um novo elemento na família; - Anamnese (avaliação inicial). ▪ Avaliação Fetal: <ul style="list-style-type: none"> - Batimentos Cardíacos Fetais (Auscultação Fetal); - Movimentos Fetais; - Posição e situação fetal (Manobras de Leopold para avaliação da estática fetal); - Avaliação do risco pré-natal. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Conhecer o plano de parto; ▪ Informar dos sinais de alerta; ▪ Indicações para indução do TP; ▪ Métodos de alívio da dor durante o TP; ▪ Vinculação e comunicação intra-uterina; ▪ Esclarecer personalizadas as dúvidas identificadas inerentes aos processos vivenciais de gravidez e TP; ▪ Oferecer a mulher durante a gravidez assistência que integre respeito do seu exercício à sua integridade física, à autodeterminação e privacidade; ▪ Registo Informático de todos os focos em sistema SClinico. 	<p>2.1. Promove a saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento;</p> <p>2.2. Diagnostica precocemente e previne complicações na saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento;</p> <p>2.3. Providencia cuidados à mulher e facilita a sua adaptação, durante o período pré-natal e em situação de abortamento.</p>

Fontes de Pesquisa

- Chan, M. F.; Lou, F. I.; Cao, F.; Li, P.; Liu, L.; Wu, L. H. (2009). Investigating factors associated with nurses' attitudes towards perinatal bereavement care: a study in Shandong and Hong Kong. *Journal of Clinical Nursing*, 18, p. 2344–2354. Doi:10.1111/jocn.12898. Acedido a 07/09/2020;
- López, S. R. A.; Hueso, C. M.; Rodriguez, S. G.; Gala, B. F.; Amezcua, M.; Pérez, R. M. H. (2010). La Investigación Acción Participativa: Un enfoque para personalizar los cuidados. *Revista Rol de Enfermería*, 33 (3), p. 178-185. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/43353169_La_investigacion_accion_participativa_Un_enfoque_para_la_personalizacion_de_cuidados_Personalizing_nursing_care_An_action_research_approach. Acedido a 07/09/2020;
- Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento nº 140/2019 – Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019;
- Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento nº 391/2019 – Regulamento das Competências específicas do enfermeiro especialista em Saúde Materna e Obstétrica. Diário da República, 2.a série — N.o 85 — 3 de maio de 2019;
- Organização Mundial da Saúde (2006). *Neonatal and perinatal mortality: country, regional and global estimates*. Geneva: World Health Organization. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43444/9241563206_eng.pdf;jsessionid=82AEBC2F2091B E9E86D2311B006E6F8E?sequence=1. Acedido a 07/09/2020.

Nome: Inês Isabel Marujo Carvalho Santos

Data: 12/out /2020 a 18/out/2020

Campo clínico: Internamento de Grávidas

Local: CHUA-Faro

Editorial

Tema: Gravidez Gemelar

A incidência da gestação múltipla tem vindo a aumentar em todo o mundo, representando atualmente cerca de 3% - 4% das gestações. (Machado, Teixeira, Ferreira, Rodrigues & Henriques, 2017).

O número de gravidezes gemelares tem vindo a aumentar, principalmente em mulheres mais velhas. As causas para este aumento são várias, incluindo o recurso à reprodução medicamente assistida, a idade materna e a etnia (Fernandes & Ramalho, 2019).

A gravidez bifetal representa a maioria dos casos de gravidez múltipla (98%). Enquanto a gestação monozigótica monocoriónica (MC) tem uma incidência relativamente constante (3-5:1000), a dizigótica (forçosamente bicoriónica - BC), mais frequente, é influenciada por múltiplos fatores, incluindo hereditariedade, raça/etnia e idade materna (Machado et al., 2017).

A maior morbimortalidade materna e fetal/neonatal na gravidez múltipla relativamente à unifetal está relacionada não apenas com o número de fetos, mas também com o tipo de corionicidade. Vários estudos têm demonstrado taxas de morbidade e mortalidade mais elevadas nos gémeos monocoriónicos comparativamente com os bicoriónicos (Machado et al., 2017).

Esta taxa de mortalidade mais elevada, pode ser justificada pela ocorrência de anastomoses vasculares entre os fetos e também devido à inserção anómala do cordão umbilical e pela partilha muitas vezes desigual da placenta, que são fatores responsáveis pela síndrome de transfusão feto-fetal, restrição de crescimento intrauterina e crescimento fetal discordante, com potenciais consequências nefastas para ambos os fetos (Machado et al., 2017).

Atividades Semanais

Esta semana prestei cuidados de enfermagem a quatro grávidas com gravidezes gemelares, sendo que três delas eram gravidezes gemelares bicoriónica/biamniótica (2 placentas/2 bolsas de água) e uma era monocoriónica/ biamniótica, sendo que a última teria indicação exclusiva para cesariana eletiva, pois os fetos partilhavam a mesma placenta.

Foi bastante curioso realizar as diversas cardiocografias a estas grávidas, pois através das manobras de Leopold tive a oportunidade de saber onde estaria o dorso de cada um dos gémeos, assim como ter o cuidado de avaliar as frequências cardíacas fetais, para que pudesse perceber que seriam diferentes, e não estaria assim a “apanhar” o mesmo gémeo.

Também tive a oportunidade no contato com estas grávidas de promover a vinculação materna/bebés, assim como entre eles, promovendo o alojamento conjunto entre ambos (ex.: dormirem no mesmo

berço), visto que a evidência científica demonstra uma enorme vantagem no mesmo, como por exemplo, uma melhor adaptação à vida extrauterina.

Aquisição de Competências	
ATIVIDADES (OE, 2019)	COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS (OE, 2019)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliação Materna: <ul style="list-style-type: none"> - Peso; - Edemas (maléolos, mãos, face); - Estado emocional; - Relação entre o aumento de peso e a alimentação; - Avaliação da capacidade de integrar um novo elemento na família; - Anamnese (avaliação inicial). ▪ Avaliação Fetal: <ul style="list-style-type: none"> - Batimentos Cardíacos Fetais (Auscultação Fetal); - Movimentos Fetais; - Posição e situação fetal (Manobras de Leopold para avaliação da estática fetal); - Avaliação do risco pré-natal. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Conhecer o plano de parto; ▪ Informar dos sinais de alerta; ▪ Indicações para indução do TP; ▪ Métodos de alívio da dor durante o TP; ▪ Vinculação e comunicação intra-uterina; ▪ Esclarecer personalizadas as dúvidas identificadas inerentes aos processos vivenciais de gravidez e TP; ▪ Oferecer a mulher durante a gravidez assistência que integre respeito do seu exercício à sua integridade física, à autodeterminação e privacidade; ▪ Registo Informático de todos os focos em sistema SClínico. 	<p>2.1. Promove a saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento;</p> <p>2.2. Diagnostica precocemente e previne complicações na saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento;</p> <p>2.3. Providencia cuidados à mulher e facilita a sua adaptação, durante o período pré-natal e em situação de abortamento.</p>

Fontes de Pesquisa
<ul style="list-style-type: none"> • Fernandes, A. J. da S.; Ramalho, C. (2019). Indução do parto em gravidezes gemelares vs gravidezes únicas: revisão sistemática. Acta Obstétrica e Ginecológica Portuguesa: vol. 13 no.3. Coimbra. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1646-58302019000300004; • Machado, M.; Teixeira, E. L.; Ferreira, L. G.; Rodrigues, F.; Henriques, R.; Afonso, E. (2017). Impacto da corionicidade nas complicações perinatais da gestação gemelar. Acta Médica Portuguesa: 30 (1-), pp. 12-16. Disponível em: https://actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/7133; • Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento nº 140/2019 – Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019; • Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento nº 391/2019 – Regulamento das Competências específicas do enfermeiro especialista em Saúde Materna e Obstétrica. Diário da República, 2.a série — N.o 85 — 3 de maio de 2019.

Jornal de Aprendizagem

Instrumento de registo semanal para Estudantes da UEESESJD

Nome: Inês Isabel Marujo Carvalho Santos

Data: 19/out /2020 a 25/out/2020

Campo clínico: Internamento de Grávidas

Local: CHUA-Faro

Editorial

Tema: Diabetes Gestacional

Diabetes Gestacional define-se como qualquer grau de intolerância aos hidratos de carbono diagnosticado ou detectado pela primeira vez no decurso da gravidez. Assim, esta definição aplica-se também aos casos em que a intolerância aos hidratos de carbono antecedeu a gravidez de forma não reconhecida e engloba as situações em que a intolerância persiste após o parto (Sociedade Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo, Sociedade Portuguesa de Diabetologia, Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno-Fetal & Secção de Neonatologia da Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2011).

Na primeira visita pré-natal todas as grávidas deverão realizar uma glicémia plasmática em jejum, em que um valor da glicémia em jejum superior ou igual a 92 mg/dl mas inferior a 126 mg/dl é consistente com o diagnóstico de Diabetes Gestacional (Sociedade Portuguesa de Endocrinologia et al., 2011).

As grávidas que tenham valores de glicémia plasmática em jejum igual ou superior a 126 mg/dl ou com um valor de glicémia plasmática ocasional superior a 200 mg/dl, deverão ser tratadas e seguidas como as que têm Diabetes Prévia Gestacional. Caso o valor da glicémia em jejum seja inferior a 92 mg/dl, a grávida deve ser reavaliada entre as 24 e 28 semanas de gestação com uma Prova de Tolerância Oral à Glicose com 75 g de glicose (Sociedade Portuguesa de Endocrinologia et al., 2011).

Segundo os mesmos autores, existe uma relação linear entre os valores da glicémia materna e as morbidades materna, fetal e neonatal. O prognóstico perinatal está relacionado com o início, a duração e a gravidade da intolerância à glicose, embora na diabetes gestacional controlada as complicações são pouco frequentes, porém pode existir síndrome de dificuldade respiratória, parto traumático devido à macrossomia, icterícia, cianose e hipoglicémia.

Atividades Semanais

Prestei cuidados de enfermagem a grávidas com diabetes gestacional controladas com dieta, com antidiabéticos orais e insulínodépendentes.

A maioria das grávidas a quem prestei cuidados, são autónomas na pesquisa de glicemia capilar e independentes na administração da terapêutica. Também têm cuidados no que respeita à alimentação que praticam.

Relativamente à transferência de serviço (Internamento de Grávidas-Bloco de Partos) carece de elevada responsabilidade, pois a grávida terá que estar em TP em fase ativa, para não haver uma paragem da progressão do TP, como por exemplo se a analgesia epidural for efetuada em fase latente do TP.

Realizei ensinamentos às grávidas para alívio da dor, como o banho de água quente durante meia hora, a bola de pilates, a musicoterapia e técnicas de respiração.

Aquisição de Competências

ATIVIDADES (OE, 2019)	COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS (OE, 2019)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliação Materna: <ul style="list-style-type: none"> - Peso; - Edemas (maléolos, mãos, face); - Estado emocional; - Relação entre o aumento de peso e a alimentação; - Avaliação da capacidade de integrar um novo elemento na família; - Anamnese (avaliação inicial). ▪ Avaliação Fetal: <ul style="list-style-type: none"> - Batimentos Cardíacos Fetais (Auscultação Fetal); - Movimentos Fetais; - Posição e situação fetal (Manobras de Leopold para avaliação da estática fetal); - Avaliação do risco pré-natal. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Conhecer o plano de parto; ▪ Informar dos sinais de alerta; ▪ Indicações para indução do TP; ▪ Métodos de alívio da dor durante o TP; ▪ Vinculação e comunicação intra-uterina; ▪ Esclarecer personalizadas as dúvidas identificadas inerentes aos processos vivenciais de gravidez e TP; ▪ Oferecer a mulher durante a gravidez assistência que integre respeito do seu exercício à sua integridade física, à autodeterminação e privacidade; ▪ Registo Informático de todos os focos em sistema SClínico. 	<p>2.1. Promove a saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento;</p> <p>2.2. Diagnostica precocemente e previne complicações na saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento;</p> <p>2.3. Providencia cuidados à mulher e facilita a sua adaptação, durante o período pré-natal e em situação de abortamento.</p>

Fontes de Pesquisa

- Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento nº 140/2019 – Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019;
- Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento nº 391/2019 – Regulamento das Competências específicas do enfermeiro especialista em Saúde Materna e Obstétrica. Diário da República, 2.ª série — N.º 85 — 3 de maio de 2019;
- Sociedade Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo, Sociedade Portuguesa de Diabetologia, Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno-Fetal & Secção de Neonatologia da Sociedade Portuguesa de Pediatria (2011). Relatório de Consenso Diabetes e Gravidez. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/relatorio-de-consenso-sobre-diabetes-e-gravidez-pdf.aspx>. Acedido a: 16/10/2020.

Jornal de Aprendizagem

Instrumento de registo semanal para Estudantes da UEESESJD

Nome: Inês Isabel Marujo Carvalho Santos

Data: 2/nov /2020 a 8/nov/2020

Campo clínico: Consultas Externas – Diagnóstico Pré-Natal

Local: CHUA-Faro

Editorial

Tema: Rastreio Combinado do 1º Trimestre

O Diagnóstico Pré-Natal é um “Conjunto de procedimentos com o intuito de determinar se um embrião ou feto é portador ou não de uma anomalia congénita” (Direcção Geral da Saúde, 1997).

No rastreio combinado do 1º trimestre realiza-se um rastreio combinado precoce, com **colheita de sangue** (exame bioquímico) entre as 9 semanas + 1 dia até às 11 semanas e **realização de ecografia**, idealmente na 12ª semana de gravidez (no máximo até 13 semanas e 6 dias) (CHMA, 2015).

O exame bioquímico permite o doseamento de duas substâncias presentes no sangue materno, a PAPP-A (Proteína Plasmática Associada à Gravidez) e a β -HCG livre (Subunidade β livre da Hormona Gonadotrófica Coriónica), ambas com grande sensibilidade e especificidade para o despiste das trissomias 21, 13 e 18 (Germano de Sousa, 2020).

No exame ecográfico realizado no 1º trimestre devem ser avaliados os seguintes itens: comprimento crânio-caudal; frequência cardíaca; medida da translucência da nuca (valor absoluto e percentil para a idade gestacional); quantificação do risco de trissomia 21 (baseado na medida da translucência da nuca e na idade materna), usando para este fim uma base de dados informatizada (ASTRAYA); anatomia do feto, polo cefálico, coluna vertebral, estômago, parede abdominal e membros; corionicidade e anexos (observação e descrição) (DGS, 2011).

O rastreio combinado do 1º Trimestre permite uma detecção de 97% dos casos, para percentagens de falsos positivos de 3%, sendo um elemento da máxima importância a ter em conta pelo casal, na decisão de fazer, ou não, uma biopsia das vilosidades coriónicas ou amniocentese (Germano de Sousa, 2020).

Atividades Semanais

Esta semana prestei cuidados de enfermagem a grávidas para realização de rastreio combinado do 1º trimestre, em que foi notório alguma ansiedade por parte das mulheres na explicação de como decorre o processo. Tentei dar informação baseada na evidência e esclarecer as mulheres para que pudessem tomar uma decisão fundamentada.

Também prestei cuidados a mulheres que iriam iniciar o estudo devido a vários abortos de repetição em que foi necessário colher cariótipo delas e dos companheiros, assim como várias análises de sangue para estudo de coagulação. São situações que me tocam particularmente visto que existe um desejo bastante patente de serem mães.

A consulta de diagnóstico pré-natal exige um estudo diário pois existem várias síndromes que desconhecia e é desafiador, visto que é possível através de uma gravidez vigiada dar o melhor acompanhamento pré-natal.

Aquisição de Competências

ATIVIDADES (OE, 2019)	COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS (OE, 2019)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliação Materna: <ul style="list-style-type: none"> - Peso; - Tensão Arterial e Frequência Cardíaca; - Edemas (maléolos, mãos, face); - Estado emocional; - Relação entre o aumento de peso e a alimentação; - Avaliação da capacidade de integrar um novo elemento na família; - Anamnese (avaliação inicial). <ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliação Fetal: <ul style="list-style-type: none"> - Batimentos Cardíacos Fetais (Auscultação Fetal); - Movimentos Fetais; - Posição e situação fetal (Manobras de Leopold para avaliação da estática fetal); - Avaliação do risco pré-natal. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Conhecer o plano de parto; ▪ Informar dos sinais de alerta; ▪ Vinculação e comunicação intra-uterina; ▪ Esclarecer personalizadas as dúvidas identificadas inerentes aos processos vivenciais de gravidez e TP; ▪ Oferecer a mulher durante a gravidez assistência que integre respeito do seu exercício à sua integridade física, à autodeterminação e privacidade; ▪ Registo Informático de todos os focos em sistema SClínico. 	<p>2.1. Promove a saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento;</p> <p>2.2. Diagnostica precocemente e previne complicações na saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento;</p> <p>2.3. Providencia cuidados à mulher e facilita a sua adaptação, durante o período pré-natal e em situação de abortamento.</p>

Fontes de Pesquisa

- Centro Hospitalar Médio Ave (2015). Folheto “Diagnóstico Pré-Natal: Informação ao Utente”. Disponível em: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/04/INF.OBGL_005.v1_FolhetoDiagn%C3%B3sticoPr%C3%A9Natal.pdf. Acedido a 5/11/2020;
- Direcção Geral da Saúde (1997). Despacho n.º 5411/ 97 de 6 de Agosto. Disponível em: <https://www.saudereprodutiva.dgs.pt/legislacao/diagnostico-pre-natal/despacho-541197-2-serie-de-8-de-julho-dr-n-180-ii-serie-de-6-de-agosto-.aspx>. Acedido a 05/11/2020;
- Direcção Geral da Saúde (2011). Norma da Direcção Geral da Saúde n.º 023/2011 “Exames Ecográficos na Gravidez de Baixo Risco”. Disponível em: <https://www.saudereprodutiva.dgs.pt/gestao-de-noticias/norma-n-0232011-exames-ecograficos-na-gravidez.aspx>. Acedido a 05/11/2020;
- Germano de Sousa (2020). Perguntas e Respostas sobre Rastreio Pré-Natal. Disponível em: <https://www.germanodesousa.com/areas-clinicas/perguntas-respostas-rastreio-pre-natal/>, Acedido a 05/11/2020;
- Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento n.º 140/2019 – Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019;
- Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento n.º 391/2019 – Regulamento das Competências específicas do enfermeiro especialista em Saúde Materna e Obstétrica. Diário da República, 2.a série — N.º 85 — 3 de maio de 2019.

Jornal de Aprendizagem

Instrumento de registo semanal para Estudantes da UEESESJD

Nome: Inês Isabel Marujo Carvalho Santos

Data: 9/nov /2020 a 15/nov/2020

Campo clínico: Consultas Externas – Diagnóstico Pré-Natal

Local: CHUA-Faro

Editorial

Tema: Técnicas Invasivas de Diagnóstico Pré-Natal

As Técnicas Invasivas de Diagnóstico Pré-Natal (BVC e Amniocentese) são utilizadas quando se obtém um rastreio combinado do 1º trimestre positivo, idade materna superior a 35 anos e por desejo da mãe, alterações morfológicas (caso da amniocentese), anomalia cromossómica em gravidez anterior, anomalia cromossómica de um dos progenitores, restrição de crescimento fetal e diagnóstico de infeção fetal (Henriques, 2009).

A Biópsia das Vilosidades Coriônicas (BVC) é uma técnica invasiva de diagnóstico pré-natal em que se obtém uma pequena amostra de tecido placentar (vilosidades coriônicas). Realiza-se entre as **11 e as 14 semanas de gravidez**, sendo realizada em ambulatório sem necessidade de internamento (Torgal, 2015). O principal risco associado à BVC é o de perda fetal (aborto) que ocorre em cerca de 1% dos procedimentos, sendo similar ao risco de aborto pós amniocentese. O risco de infeção descrito é de 1/500. O risco de rotura prematura de membranas pode estar ligeiramente aumentado. Em cerca de 1% dos casos o resultado da BVC pode ser inconclusivo, devido a uma amostra insuficiente ou por contaminação materna (Torgal, 215).

A Amniocentese é um exame invasivo, que consiste na colheita de líquido amniótico (1 ml por cada semana de gravidez), por introdução de uma agulha através da parede abdominal materna. O trajeto e os movimentos da agulha são orientados por ecografia, de modo a evitar o contato com o feto. Este líquido é enviado para o Instituto Ricardo Jorge (Lisboa), onde as células lá contidas se multiplicam e são analisados os cromossomas (o que dá a identidade individual), formando o cariótipo (CHMA, 2020). É realizada preferencialmente entre as **16 e as 18 semanas de gravidez**, de modo a minimizar complicações.

Atividades Semanais

Esta semana prestei cuidados de enfermagem a grávidas que foram submetidas a técnicas invasivas de diagnóstico pré-natal, nomeadamente a BVC e a amniocentese.

São técnicas que acarretam uma grande ansiedade por parte das mulheres, e que devido à situação em que nos encontramos não é possível acompanhante significativo, o que torna a nossa presença ainda mais fundamental pois encontram em nós o seu “ponto de abrigo”.

Infelizmente uma das grávidas a quem prestei cuidados, a PCR da amniocentese veio positivo para Trissomia 21, sendo que foi um momento muito marcante durante o meu percurso profissional e pessoal,

pois tive a oportunidade de estar presente na comunicação da notícia e acompanhar todo o processo de tomada de decisão do casal. Devo enaltecer todo o apoio que a equipa da DPN prestou a ambos, pois foram incansáveis na explicação da patologia, assim como no processo de ILG, respeitando a decisão do casal.

Aquisição de Competências

ATIVIDADES (OE, 2019)	COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS (OE, 2019)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliação Materna: <ul style="list-style-type: none"> - Peso; - Tensão Arterial e Frequência Cardíaca; - Edemas (maléolos, mãos, face); - Estado emocional; - Relação entre o aumento de peso e a alimentação; - Avaliação da capacidade de integrar um novo elemento na família; - Anamnese (avaliação inicial). <ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliação Fetal: <ul style="list-style-type: none"> - Batimentos Cardíacos Fetais (Auscultação Fetal); - Movimentos Fetais; - Posição e situação fetal (Manobras de Leopold para avaliação da estática fetal); - Avaliação do risco pré-natal. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Conhecer o plano de parto; ▪ Informar dos sinais de alerta; ▪ Vinculação e comunicação intra-uterina; ▪ Esclarecer pessoalmente as dúvidas identificadas inerentes aos processos vivenciais de gravidez e TP; ▪ Oferecer a mulher durante a gravidez assistência que integre respeito do seu exercício à sua integridade física, à autodeterminação e privacidade; ▪ Registo Informático de todos os focos em sistema SClínico. 	<p>2.1. Promove a saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento;</p> <p>2.2. Diagnostica precocemente e previne complicações na saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento;</p> <p>2.3. Providencia cuidados à mulher e facilita a sua adaptação, durante o período pré-natal e em situação de abortamento.</p>

Fontes de Pesquisa

- Centro Hospitalar Médio Ave (2020). Folha Informativa “Amniocentese”. Disponível em: <http://www.chma.pt/portal/images/docs/guias/1/INF.OBGI.002.v1.pdf>. Acedido a 12/11/2020;
- Henriques, S. (2009). Rastreio pré-natal de cromossomopatias e defeitos do tubo neural. Como atuar?. Disponível em: <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:kpQGttLwqBcJ:https://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/download/10628/10364+&cd=9&hl=pt-PT&ct=clnk&gl=pt>. Acedido a 12/11/2020;
- Torgal, M. (2015). Diagnóstico Pré-Natal: A Biópsia das Vilosidades Coriónicas. Disponível em: https://www.jcs.pt/pt/temas_de_saude/artigos/23. Acedido a 12/11/2020;
- Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento n.º 140/2019 – Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019;
- Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento n.º 391/2019 – Regulamento das Competências específicas do enfermeiro especialista em Saúde Materna e Obstétrica. Diário da República, 2.a série — N.º 85 — 3 de maio de 2019.

Jornal de Aprendizagem

Instrumento de registo semanal para Estudantes da UEESESJD

Nome: Inês Isabel Marujo Carvalho Santos

Data: 16/nov /2020 a 22/nov/2020

Campo clínico: Consultas Externas – Diagnóstico Pré-Natal

Local: CHUA-Faro

Editorial

Tema: Técnica de Diagnóstico Pré-Natal Não Invasiva

Em 1997, foi identificada pela primeira vez a presença de ácidos dextroribonucleicos (DNA) circulantes de “origem fetal” no plasma materno (Lo, Corbetta, Chamberlain, Sargent, Redman & Wainscoat (1997) cit in Macedo (2018)). Demonstrou-se pouco depois que este DNA era específico da gravidez e que era eliminado da circulação após o parto (Lo, Zhang, Leung, Lau, Chang & Hjelm (1999) cit in Vaz-de-Macedo (2018)).

O DNA fetal (cffDNA) pode ser detectado no plasma materno a partir das 4 semanas de gravidez e a sua fracção aumenta durante a gravidez, representando uma média de 10% no total de ADN livre em circulação às 12-14 semanas (Lun, Chiu, Chan, Leung, Lau & Lo (2008) cit in Vaz-de-Macedo (2018)). Estes resultados permitiram um rastreio de aneuploidias fetais no sangue materno, baseando-se na comparação entre a quantidade real em circulação e a quantidade expectável de cffDNA com sequências específicas para um determinado cromossoma (Vaz-de-Macedo, 2018).

O Teste Pré-Natal Não Invasivo (TPNI) pode ser encarado como um teste de rastreio alternativo ou complementar ao rastreio combinado de aneuploidias do primeiro trimestre. Nas mais recentes meta-análises confirmou-se um alto desempenho para o rastreio da Trissomia 21, com uma sensibilidade de 99,3-99,7%. Porém para a Trissomia 18, Trissomia 13 e monossomia X as sensibilidades são mais baixas, sendo respectivamente, 97,4-98,2%, 90,6-99,9% e 92,9-95,8% (Taylor-Philips et al. (2016), Mackie et al. (2017), Gil et al. (2017) cit in Vaz-de-Macedo (2018)).

Embora o TPNI como teste de rastreio tenha um excelente desempenho, a existência de resultados falsos-positivos e falsos-negativos impede a sua utilização como teste de diagnóstico. É importante ter em consideração a natureza do cffDNA, que é na realidade de origem trofoblástica, bem como o facto de esta avaliação ser efectuada numa amostra de sangue materno (Faas et al. (2012) cit in Vaz-de-Macedo (2018)).

Perante um resultado de rastreio por TPNI com risco aumentado para uma dada aneuploidia e face a um desejo expresso de interrupção legal de gravidez, é imperativo a confirmação por um teste invasivo. Infelizmente, existem casos na literatura em que o procedimento de interrupção de gravidez foi iniciado sem teste confirmativo da presença de aneuploidia (ACOG (2015), Salomon et al. (2014), Dondord et al. (2015) cit in Vaz-de-Macedo (2018)).

Atividades Semanais

Esta semana prestei cuidados de enfermagem a grávidas com rastreio combinado do 1º Trimestre com risco intermédio (200:1000) e elevado (>1000) de terem um bebé com Trissomia 21, 13 e 18.

Fiquei bastante satisfeita de saber que o Hospital de Faro já tem a possibilidade de oferecer o DNA fetal a estas grávidas, sendo que se torna um rastreio bastante importante no caso da Trissomia 21, que pode passar “despercebido” na ecografia do 1º Trimestre.

Estes TPNI carecem de bastante poder económico no exterior, variando de valores entre os 400 e os 700 euros, sendo que não estão acessíveis a toda a população.

A D^a. M. S. com 41 anos, uma gesta 4 para 3 tinha feito um rastreio combinado do 1º trimestre em que o risco estaria intermédio, sendo que o valor só estaria alterado pelo rastreio bioquímico e pela idade materna, pois o rastreio ecográfico estaria sem alterações. Foi colhido o DNA fetal, que veio inconclusivo para trissomia 21, avançando o casal para amniocentese. O resultado da amniocentese veio positivo para trissomia 21, optando o casal por ILG.

Na minha opinião a possibilidade de poder oferecer um acompanhamento pré-natal diferenciado e permitir ao casal tomar decisões baseadas em diagnósticos é um passo muito importante, pois é decisivo para a vida dos mesmos.

Aquisição de Competências

ATIVIDADES (OE, 2019)	COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS (OE, 2019)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliação Materna: <ul style="list-style-type: none"> - Peso; - Tensão Arterial e Frequência Cardíaca; - Edemas (maléolos, mãos, face); - Estado emocional; - Relação entre o aumento de peso e a alimentação; - Avaliação da capacidade de integrar um novo elemento na família; - Anamnese (avaliação inicial). ▪ Avaliação Fetal: <ul style="list-style-type: none"> - Batimentos Cardíacos Fetais (Auscultação Fetal); - Movimentos Fetais; - Posição e situação fetal (Manobras de Leopold para avaliação da estática fetal); - Avaliação do risco pré-natal. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Conhecer o plano de parto; ▪ Informar dos sinais de alerta; ▪ Vinculação e comunicação intra-uterina; ▪ Esclarecer personalizadas as dúvidas identificadas inerentes aos processos vivenciais de gravidez e TP; ▪ Oferecer a mulher durante a gravidez assistência que integre respeito do seu exercício à sua integridade física, à autodeterminação e privacidade; ▪ Registo Informático de todos os focos em sistema SClínico. 	<p style="margin-top: 20px;">2.1. Promove a saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento;</p> <p style="margin-top: 20px;">2.2. Diagnostica precocemente e previne complicações na saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento;</p> <p style="margin-top: 20px;">2.3. Providencia cuidados à mulher e facilita a sua adaptação, durante o período pré-natal e em situação de abortamento.</p>

Fontes de Pesquisa

- ACOG. Committee Opinion No. 640: Cell-Free DNA Screening For Fetal Aneuploidy. *Obstet Gynecol* 2015;126:e31-37;
- Dondorp W, de Wert G, Bombard Y, Bianchi DW, Bergmann C, Borry P, et al, European Society of Human Genetics, American Society of Human Genetics. Non-invasive prenatal testing for aneuploidy and beyond: challenges of responsible innovation in prenatal screening. *Eur J Hum Genet* 2015;23:1438-1450;
- Faas BH, de Ligt J, Janssen I, Eggink AJ, Wijnberger LD, van Vugt JM, Vissers L, Geurts van Kessel A. Non-invasive prenatal diagnosis of fetal aneuploidies using massively parallel sequencing-by-ligation and evidence that cell-free fetal DNA in the maternal plasma originates from cytotrophoblastic cells. *Expert Opin Biol Ther* 2012;12 Suppl 1:S19-26. DOI: 10.1517/14712598.2012.670632;
- Gil MM, Accurti V, Santacruz B, Plana MN, Nicolaides KH. Analysis of cell-free DNA in maternal blood in screening for fetal aneuploidies: updated meta-analysis. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2017. DOI: 10.1002/uog.14791;
- Lo YM, Corbetta N, Chamberlain PF, Rai V, Sargent IL, Redman CW, Wainscoat JS. Presence of fetal DNA in maternal plasma and serum. *Lancet* 1997;350:485-487. DOI: 10.1016/S0140-6736(97)02174-0;
- Lo YM, Zhang J, Leung TN, Lau TK, Chang AM, Hjelm NM. Rapid clearance of fetal DNA from maternal plasma. *Am J Hum Genet* 1999;64:218-224. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1377720/>;
- Lun FM, Chiu RW, Chan KC, Leung TY, Lau TK, Lo YM. Microfluidics digital PCR reveals a higher than expected fraction of fetal DNA in maternal plasma. *Clin Chem* 2008;54:1664-1672.
- Mackie FL, Hemming K, Allen S, Morris RK, Kilby MD. The accuracy of cell-free fetal DNA-based non-invasive prenatal testing in singleton pregnancies: a systematic review and bivariate meta-analysis. *BJOG* 2017;124:32-46. DOI: 10.1111/1471-0528.14050;
- Taylor-Phillips S, Freeman K, Geppert J, Agbebiyi A, Uthman OA, Madan J, et al. Accuracy of non-invasive prenatal testing using cell-free DNA for detection of Down, Edwards and Patau syndromes: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open* 2016. DOI: 10.1136/bmjopen-2015-010002;
- Salomon LJ, Alfirevic Z, Audibert F, Kagan KO, Paladini D, Yeo G, Raine-Fenning N, for the ISUOG Clinical Standards Committee. ISUOG consensus statement on the impact of non-invasive prenatal testing (NIPT) on prenatal ultrasound practice. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2014;44:122-123. Disponível em: <https://www.isuog.org/resource/isuog-consensus-statement-on-the-impact-of-non-invasive-prenatal-testing--nipt--on-prenatal-ultrasound-practical-pdf.html>;
- Vaz-de-Macedo, C. (2018). Testes pré-natais não invasivos para rastreio de aneuploidias: o estado da arte. *Acta Obstétrica e Ginecológica Portuguesa*, vol. 12 no.1. Coimbra. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1646-58302018000100006,
- Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento n.º 140/2019 – Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019;
- Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento n.º 391/2019 – Regulamento das Competências específicas do enfermeiro especialista em Saúde Materna e Obstétrica. *Diário da República*, 2.ª série — N.º 85 — 3 de maio de 2019.

Jornal de Aprendizagem

Instrumento de registo semanal para Estudantes da UEESESJD

Nome: Inês Isabel Marujo Carvalho Santos

Data: 23/nov /2020 a 29/nov/2020

Campo clínico: Consultas Externas – Diagnóstico Pré-Natal

Local: CHUA-Faro

Editorial

Tema: Interrupção Voluntária da Gravidez

Apenas em 2007, foi incluída na lei a possibilidade de se realizarem interrupções de gravidez a pedido da mulher através de um Referendo Nacional. Atualmente, através da Lei nº 16/2007, a interrupção da gravidez pode atualmente ser realizada em estabelecimentos de saúde oficiais ou oficialmente reconhecidos desde que (APF, 2020):

- a) Constitua o único meio de remover perigo de morte ou de grave e irreversível lesão para o corpo ou para a saúde física ou psíquica da mulher grávida;
- b) Se mostre indicado para evitar perigo de morte ou de grave e duradoura lesão para o corpo ou para a saúde física ou psíquica da mulher grávida, e seja realizada nas primeiras 12 semanas de gravidez;
- c) Haja motivos seguros para prever que o nascituro venha a sofrer, de forma incurável, de grave doença ou malformação congénita, e for realizada nas primeiras 24 semanas de gravidez, excepcionando-se as situações de fetos inviáveis, caso em que a interrupção poderá ser praticada a todo o tempo;
- d) A gravidez tenha resultado de um crime contra a liberdade e autodeterminação sexual e a interrupção for realizada nas primeiras 16 semanas de gravidez;
- e) Por opção da mulher, nas primeiras 10 semanas de gravidez.

Os métodos medicamentosos de interrupção da gravidez têm provado ser seguros e eficazes. O procedimento mais praticado em todo o mundo e recomendado pela **Organização Mundial da Saúde** utiliza a associação de mifepristone e misoprostol. O mifepristone liga-se aos receptores da progesterona inibindo a sua acção, com interferência no prosseguimento da gravidez. O misoprostol, análogo sintético da prostaglandina, administrado 36/48 horas mais tarde, potencia as contracções uterinas e contribui para expulsar o produto de concepção (DGS, 2007).

Atividades Semanais

Esta semana prestei cuidados de enfermagem na Consulta de Interrupção Voluntária da Gravidez.

Tive a oportunidade de presenciar a primeira consulta onde é datada a gravidez através de uma ecografia e são realizadas algumas questões a nível de estatística às mulheres (índice obstétrico, escolaridade, profissão, se já tinha estado nalguma consulta de planeamento familiar no ano anterior, se é a primeira

IVG, etc), assim como são oferecidos o apoio de psicologia e os três dias de reflexão legislados pela lei portuguesa.

Algumas mulheres vêm decididas e não querem o apoio por parte da psicologia, porém outras vêm indecisas e só manifestam o desejo de interromperem por carências económicas.

A situação de crise económica que atravessamos no nosso país, e mencionando a zona do estágio o Algarve, que muitas vezes carece de trabalho sazonal tem feito muitas famílias ficarem sem poder económico e sem qualquer meio de sustento.

Nesta consulta também é patente a preocupação da equipa médica e da equipa de enfermagem de conhecer e informar a mulher acerca dos métodos de planeamento familiar disponíveis e ajudando na sua disponibilização.

Aquisição de Competências

ATIVIDADES (OE, 2019)	COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS (OE, 2019)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliação Materna: <ul style="list-style-type: none"> - Peso; - Tensão Arterial e Frequência Cardíaca; - Edemas (maléolos, mãos, face); - Estado emocional; - Relação entre o aumento de peso e a alimentação; - Avaliação da capacidade de integrar um novo elemento na família; - Anamnese (avaliação inicial). <ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliação Fetal: <ul style="list-style-type: none"> - Batimentos Cardíacos Fetais (Auscultação Fetal); - Movimentos Fetais; - Posição e situação fetal (Manobras de Leopold para avaliação da estática fetal); - Avaliação do risco pré-natal. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Conhecer o plano de parto; ▪ Informar dos sinais de alerta; ▪ Vinculação e comunicação intra-uterina; ▪ Esclarecer personalizadas as dúvidas identificadas inerentes aos processos vivenciais de gravidez e TP; ▪ Oferecer a mulher durante a gravidez assistência que integre respeito do seu exercício à sua integridade física, à autodeterminação e privacidade; ▪ Registo Informático de todos os focos em sistema SClínico. 	<p>2.1. Promove a saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento;</p> <p>2.2. Diagnostica precocemente e previne complicações na saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento;</p> <p>2.3. Providencia cuidados à mulher e facilita a sua adaptação, durante o período pré-natal e em situação de abortamento.</p>

Fontes de Pesquisa

- Associação de Planeamento Familiar (2020). Aborto e Interrupção da Gravidez – o Que é?. Disponível em: <http://www.apf.pt/aborto-e-interruptao-da-gravidez>. Acedido a 26/11/2020;
- Direção Geral de Saúde (2007). Circular Normativa nº 9/SR – Interrupção Medicamentosa da Gravidez. Disponível em: https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:nS_rXDFTXAJ:https://www.spdc.pt/files/legix/11268_3.pdf+&cd=3&hl=pt-PT&ct=clnk&gl=pt. Acedido a 26/11/2020;
- Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento nº 140/2019 – Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019;
- Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento nº 391/2019 – Regulamento das Competências específicas do enfermeiro especialista em Saúde Materna e Obstétrica. Diário da República, 2.a série — N.o 85 — 3 de maio de 2019.

Jornal de Aprendizagem

Instrumento de registo semanal para Estudantes da UEESESJD

Nome: Inês Isabel Marujo Carvalho Santos

Data: 30/nov /2020 a 06/dez/2020

Campo clínico: Consultas Externas – Diagnóstico Pré-Natal

Local: CHUA-Faro

Editorial

Tema: Comunicação de Más Notícias em Obstetrícia

O diagnóstico de malformação fetal traz aos pais e a todos os que cercam aquela família uma mistura de sensações: angústia, decepção, medo e culpa, são frequentemente relatados pelas grávidas e vão de encontro com a esperança de um milagre ou de um diagnóstico equivocado (Detraux, Vries, Eynde, Courtois & Desmet, 1998).

Os profissionais de saúde que transmitem a notícia experienciam sensações semelhantes. Ensaios psicológicos mostraram que a pessoa que transmite a má notícia frequentemente experimenta fortes emoções, como ansiedade, carga de responsabilidade pela notícia e o medo de uma avaliação negativa (Detraux et al., 1998).

A forma como a má notícia é transmitida pode afetar a compreensão da informação pelo paciente, o contentamento com o cuidado médico, o nível de esperança e a adaptação psicológica subsequente (Baile, Buckman, Lenzi, Glober, Beale & Kudelka, 2000).

Abordando esta temática é imprescindível falar no protocolo **SPIKES** criado por Buckamn, este é bastante difundido em serviços de oncologia e atualmente tem ganho espaço nos serviços de medicina materno-fetal, revelando-se benéfico na comunicação de anomalias fetais (Greiner & Conklin, 2015).

O protocolo SPIKES é baseado em habilidades e na boa prática médica para abordar más notícias e descreve seis passos a serem seguidos para minimizar a ansiedade do mensageiro e atender de maneira integral o paciente/família (Lino, Augusto, Oliveira, Feitosa & Caprara, 2011). Resumidamente, os 6 passos são: 1. **Setting up**: refere-se à preparação do médico e do espaço físico para o evento; 2. **Perception**: verifica até que ponto o paciente tem perceção sobre o seu estado; 3. **Invitation**: procura entender quanto o paciente tem consciência do seu estado; 4. **Knowledge**: transmissão da informação propriamente dita; 5. **Emotions**: é reservado para responder empaticamente à reação demonstrada pelo paciente; 6. **Strategy and Summary**: procura diminuir a ansiedade do paciente ao discutir o plano terapêutico e o que pode vir a acontecer.

Atividades Semanais

Na Consulta de Diagnóstico Pré-Natal diariamente se constata com diagnósticos de malformações fetais, gravidezes não evolutivas e com rastreios que podem indiciar malformações fetais.

Durante o meu estágio foi patente o cuidado com que esta informação era transmitida às grávidas e aos seus companheiros, sendo sempre respondidas todas as dúvidas, assim como fornecendo sempre o acesso a toda a equipa multidisciplinar (obstetrícia, pediatria, genética, etc).

Considero muito importante a informação ser transmitida de forma clara e não sendo “floreada”, para que se possa tomar decisões baseadas em conhecimento, pois são decisões para uma vida inteira.

Termino este estágio com um sentimento bastante positivo do serviço, que considero de excelência e no qual tive o privilégio de estagiar.

Aquisição de Competências

ATIVIDADES (OE, 2019)	COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS (OE, 2019)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliação Materna: <ul style="list-style-type: none"> - Peso; - Tensão Arterial e Frequência Cardíaca; - Edemas (maléolos, mãos, face); - Estado emocional; - Relação entre o aumento de peso e a alimentação; - Avaliação da capacidade de integrar um novo elemento na família; - Anamnese (avaliação inicial). ▪ Avaliação Fetal: <ul style="list-style-type: none"> - Batimentos Cardíacos Fetais (Auscultação Fetal); - Movimentos Fetais; - Posição e situação fetal (Manobras de Leopold para avaliação da estática fetal); - Avaliação do risco pré-natal. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Conhecer o plano de parto; ▪ Informar dos sinais de alerta; ▪ Vinculação e comunicação intra-uterina; ▪ Esclarecer personalizadas as dúvidas identificadas inerentes aos processos vivenciais de gravidez e TP; ▪ Oferecer a mulher durante a gravidez assistência que integre respeito do seu exercício à sua integridade física, à autodeterminação e privacidade; ▪ Registo Informático de todos os focos em sistema SClínico. 	<p>2.1. Promove a saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento;</p> <p>2.2. Diagnostica precocemente e previne complicações na saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento;</p> <p>2.3. Providencia cuidados à mulher e facilita a sua adaptação, durante o período pré-natal e em situação de abortamento.</p>

Fontes de Pesquisa

- Detraux, J.; Vries, F.; Eynde, S.; Courtois, A.; Desmet, A. (1998). *Psychological impact of the announcement of a fetal abnormality on pregnant women and on professionals*. ANNALS of The New York Academy of Sciences. 847: pp. 210-9. DOI: 10.1111/j.1749-6632.1998.tb08942.x;
- Baile, W.; Buckman, R.; Lenzi, R.; Guber, G.; Beale, E.; Kudelka, A. (2000). *SPIKES – a six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer*. The Oncologist. DOI: 10.1634/theoncologist.5-4-302;
 - Greiner, A.; Conklin, J. (2015). Breaking bad news to a pregnant woman with a fetal abnormality on ultrasound. *Obstetrical and Gynecological Survey*. 70 (1): pp. 39-44. DOI: 10.1097/OGX.000000000000149;
 - Lino, C.; Augusto, K.; Oliveira, R.; Feitosa, L.; Caprara, A. (2011). Uso do protocolo Spikes no ensino de habilidades em transmissão de más notícias. *Revista Brasileira de Educação Médica*. Vol. 35 no. 1. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022011000100008. Acedido a 03/12/2020;
 - Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento n° 140/2019 – Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019;
 - Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento n° 391/2019 – Regulamento das Competências específicas do enfermeiro especialista em Saúde Materna e Obstétrica. *Diário da República*, 2.ª série — N.º 85 — 3 de maio de 2019.

Jornal de Aprendizagem

Instrumento de registo semanal para Estudantes da UEESESJD

Nome: Inês Isabel Marujo Carvalho Santos

Data: 14/dez/2020 a 20/dez/2020

Campo clínico: Bloco de Partos

Local: CHUA-Faro

Editorial

Tema: Distocia de Ombros

A distocia de ombros é uma emergência obstétrica que tem assumido grande importância nos últimos anos, devido à sua imprevisibilidade e às implicações médicas e legais que acarreta (Marques & Reynolds, 2011).

Segundo a ACOG (2002), a distocia de ombros define-se pelo uso adicional de manobras obstétricas para exteriorização dos ombros para além da habitual tração inferior na cabeça fetal, aquando do nascimento. Esta situação acontece quando o ombro anterior ou o posterior, não consegue ultrapassar o plano promonto-púbico materno.

Os principais fatores de risco que têm sido associados a esta emergência obstétrica são a macrosomia fetal, a diabetes gestacional, o parto instrumentado e gravidez anterior complicada por distocia de ombros. No entanto, a maioria dos casos ocorre na ausência destes fatores de risco pelo que a distocia de ombros deve ser assumida como imprevisível (Marques & Reynolds, 2011).

A distocia de ombros manifesta-se classicamente pelo Sinal de Tartaruga que se caracteriza pela retração da cabeça fetal sobre o períneo materno, em direção à pelve, logo após a sua exteriorização na altura do nascimento. Este sinal está associado à ausência da rotação interna do diâmetro biacromial (Marques & Reynolds, 2011).

A existência de um protocolo de atuação é extremamente importante pois a resolução desta emergência obstétrica envolve a interação de toda a equipa. Na abordagem da distocia de ombros inicialmente deve ser realizada a Manobra de McRoberts, associada ou não à pressão suprapúbica e extensão da episiotomia. Não havendo resolução da situação estas manobras devem ser abandonadas, recorrendo-se ao relaxamento uterino com fármacos anestésicos para proceder às manobras de rotação interna ou à extração do ombro posterior.

Os casos de insucesso com estas manobras correspondem às formas mais graves de distocia de ombros e apresentam um prognóstico fetal extremamente reservado (Marques & Reynolds, 2011).

Atividades Semanais

Nesta semana tive a oportunidade de estar presente na avaliação de trabalhos de parto, o qual foi notório o desenvolvimento da cervicometria e sinto que melhorei na avaliação da dilatação e na consistência do colo.

Num dos partos em que tive a oportunidade de assistir a mulher ocorreu uma distocia de ombros, pelo que senti um grande peso de responsabilidade e tentei realizar a extração do polo fetal com a minha Enfermeira Supervisora, realizando com a restante equipa a Manobra de McRoberts e a Manobra de Rubin I.

Apreendi que é muito importante tentar manter a calma e pedir logo a ajuda que faz parte do protocolo de atuação da emergência obstétrica. Depois se não for possível realizar a extração, conforme a ajuda chegar dever-se-á ceder o lugar para que seja possível nova tentativa de extração.

Aquisição de Competências

ATIVIDADES (OE, 2019)	COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS (OE, 2019)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliação Materna: <ul style="list-style-type: none"> - Tensão Arterial e Frequência Cardíaca; - Temperatura Timpânica; - Avaliação da glicémia capilar (diabetes prévia, diabetes gestacional); - Estado emocional; - Anamnese (avaliação inicial). <ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliação Fetal: <ul style="list-style-type: none"> - Batimentos Cardíacos Fetais (Auscultação Fetal); - Movimentos Fetais; - Posição e situação fetal (Manobras de Leopold para avaliação da estática fetal). <ul style="list-style-type: none"> ▪ Conhecer o plano de parto; ▪ Esclarecer personalizadas as dúvidas identificadas inerentes ao TP; ▪ Apoiar a parturiente e o médico anestesista na técnica de colocação do cateter epidural; ▪ Avaliação do TP utilizando como ferramenta o partograma, através da cervicometria; ▪ Identificação de desvios ao TP, referenciando os mesmos à equipa médica; ▪ Promoção do aleitamento materno no Período de Greenberg; ▪ Prestação de cuidados à puérpera e ao recém-nascido no puerpério imediato; ▪ Registo Informático de todos os focos em sistema SCLínico; ▪ Registo do parto no Boletim de Saúde da Grávida. 	<p style="margin-left: 40px;">3.1. Promove a saúde da mulher durante o TP e otimiza a adaptação do recém-nascido à vida extrauterina</p> <p style="margin-left: 40px;">3.2. Diagnostica precocemente e previne complicações para saúde da mulher e do recém-nascido</p> <p style="margin-left: 40px;">3.3. Providencia cuidados à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez e/ou com o TP</p> <p style="margin-left: 40px;">4.1. Promove a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal</p> <p style="margin-left: 40px;">4.2. Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e recém-nascido durante o período pós-natal</p>

Fontes de Pesquisa

- ACOG (2002). Practice Bulletin Shoulder Dystocia Number 40 November. International Journal of Gynecology & Obstetrics: 87-92. DOI: 10.1016/s0020-7292(02)90001-9;
- Marques, J.B.; Reynolds, A. (2011). Distocia de Ombros – Uma Emergência Obstétrica. Acta Médica Portuguesa (24): 613-620. Disponível em: https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:0_SEZyURjmgJ:https://actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/download/480/188+&cd=1&hl=pt-PT&ct=clnk&gl=pt;
- Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento nº 140/2019 – Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019;
- Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento nº 391/2019 – Regulamento das Competências específicas do enfermeiro especialista em Saúde Materna e Obstétrica. Diário da República, 2.a série — N.º 85 — 3 de maio de 2019.

Jornal de Aprendizagem

Instrumento de registo semanal para Estudantes da UEESESJD

Nome: Inês Isabel Marujo Carvalho Santos

Data: 4/jan/2021 a 10/jan/2021

Campo clínico: Bloco de Partos

Local: CHUA-Faro

Editorial

Tema: Patologias do Cordão Umbilical

Nas Patologias do Cordão Umbilical é possível encontrar a inserção anormal do cordão, vasa prévia, trombose, cordões hiper-espiralados, nós verdadeiros, estenose e prolapso dos vasos umbilicais (Baergen, 2013).

Muitas das complicações intraparto e desfechos perinatais adversos têm sido associados a tais patologias do cordão umbilical, incluindo as restrições de crescimento intra-uterino, nados mortos, traçado cardíaco fetal não tranquilizador, índice de Apgar baixo e líquido meconial, dependendo da duração e grau de oclusão. Para além disso, as complicações neonatais tardias também têm sido associadas a anormalidades do cordão umbilical, incluindo hipertensão e comprometimento neurológico (Baergen, 2013).

Neste Jornal de Aprendizagem irei focar a inserção velamentosa do cordão umbilical pois foi uma das patologias com as quais me deparei esta semana e que considero muito relevante para o editorial.

A Inserção Velamentosa do Cordão Umbilical (IVC) ocorre quando os vasos umbilicais, sem o suporte do cordão umbilical ou da Geleia de Wharton, atravessam as membranas fetais entre o âmnio e o córion antes da sua inserção na placenta (Paiva, Parola, Rezende & Sá Filho, 2013).

A inserção do cordão umbilical ocorre aproximadamente em 99% das gestações únicas, diretamente no tecido placentário ou na sua margem, na borda placentária. A IVC ocorre em 1% dos casos (Paiva et al, 2013)

A Vasa Prévia, uma complicação grave e rara da IVC, decorre da passagem dos vasos desprotegidos entre o segmento inferior do útero e a região da apresentação fetal, expondo grande parte dos vasos fetais aos riscos de compressão e rutura, especialmente durante o TP (Paiva et al, 2013).

Atividades Semanais

Nesta semana num dos partos a quem prestei assistência a parturiente, quando estava a realizar a dequitação do cordão umbilical partiu-se e ficou numa das pinças.

Foi possível realizar a dequitação pois esta já se encontrava na vagina da parturiente e aparentemente com membranas completas. Após a extração da placenta e da análise da mesma, foi possível verificar que se tratava de uma inserção velamentosa do cordão que não tinha sido diagnosticada no pré-natal.

Também me deparei com outro TP considerado “arrastado”, porém após o parto foi possível verificar que o comprimento do cordão umbilical seria demasiado curto.

Considero de extrema importância termos conhecimentos acerca destas patologias para que possamos prestar cuidados diferenciados e baseados em evidência científica às parturientes, de forma a poder detetar desvios do TP e referenciar os desvios que vamos encontrando.

Aquisição de Competências

ATIVIDADES (OE, 2019)	COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS (OE, 2019)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliação Materna: <ul style="list-style-type: none"> - Tensão Arterial e Frequência Cardíaca; - Temperatura Timpânica; - Avaliação da glicémia capilar (diabetes prévia, diabetes gestacional); - Estado emocional; - Anamnese (avaliação inicial). ▪ Avaliação Fetal: <ul style="list-style-type: none"> - Batimentos Cardíacos Fetais (Auscultação Fetal); - Movimentos Fetais; - Posição e situação fetal (Manobras de Leopold para avaliação da estática fetal). ▪ Conhecer o plano de parto; ▪ Esclarecer pessoalmente as dúvidas identificadas inerentes ao TP; ▪ Apoiar a parturiente e o médico anestesiologista na técnica de colocação do cateter epidural; ▪ Avaliação do TP utilizando como ferramenta o partograma, através da cervicometria; ▪ Identificação de desvios ao TP, referenciando os mesmos à equipa médica; ▪ Executar a técnica do TP e a dequitação; ▪ Promoção do aleitamento materno no Período de Greenberg; ▪ Prestação de cuidados à puérpera e ao recém-nascido no puerpério imediato; ▪ Registo Informático de todos os focos em sistema SClínico; ▪ Registo do parto no Boletim de Saúde da Grávida. 	<p>3.1. Promove a saúde da mulher durante o TP e otimiza a adaptação do recém-nascido à vida extrauterina</p> <p>3.2. Diagnostica precocemente e previne complicações para saúde da mulher e do recém-nascido</p> <p>3.3. Providencia cuidados à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez e/ou com o TP</p> <p>4.1. Promove a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal</p> <p>4.2. Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e recém-nascido durante o período pós-natal</p>

Fontes de Pesquisa

- Baergen, R. N. (2013). Umbilical Cord Pathology. Surgical Pathology 6: pp. 61-85. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.path.2012.11.003>;
- Paiva, S. P. C.; Parola, A. R.; Rezende, L. G. P.; Sá Filho, N. J. (2013). Inserção Velamentosa do Cordão Umbilical: diagnóstico intraparto. Revista Médica de Minas Gerais. Volume 23. Disponível em: <http://rmmg.org/artigo/detalhes/228>;
- Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento nº 140/2019 – Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019;
- Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento nº 391/2019 – Regulamento das Competências específicas do enfermeiro especialista em Saúde Materna e Obstétrica. Diário da República, 2.ª série — N.º 85 — 3 de maio de 2019.

Jornal de Aprendizagem

Instrumento de registo semanal para Estudantes da UEESESJD

Nome: Inês Isabel Marujo Carvalho Santos

Data: 11/jan/2021 a 17/jan/2021

Campo clínico: Bloco de Partos

Local: CHUA-Faro

Editorial

Tema: Episiotomia e Episiorrafia

A Episiotomia define-se como uma incisão cirúrgica no períneo com o objetivo de aumentar a abertura vaginal durante o parto. É equiparada a uma laceração de grau 2, pelo que pode causar danos significativos para a mulher, por afetar músculos, vasos sanguíneos e nervos. Para além de ser um procedimento invasivo, de aceleração do parto, é descrito pelas mulheres como sendo desconfortável, e muitas sentem-se efetivamente violadas, violentadas e mutiladas com esta prática. Algumas mulheres sentem dores nas relações sexuais após este procedimento e outras desenvolvem infeções (Borges & Pereira, 2003).

É comum recorrer-se à episiotomia tendo como justificação, a prevenção de lacerações ou a ameaça de lacerações de terceiro ou quarto grau no canal de parto (que são raras). Porém, as lacerações espontâneas (as que decorrem do parto, sem qualquer intervenção) cicatrizam melhor e têm uma menor taxa de infeções associadas, comparativamente à episiotomia (Borges & Pereira, 2003).

Em 15 de fevereiro de 2018, a Organização Mundial de Saúde emitiu novas recomendações relativamente à episiotomia desencorajando a realização deste procedimento (WHO, 2018).

Porém, em Portugal, a taxa de episiotomias ultrapassa os 70% constatando-se que assume o caráter de prática rotineira nos hospitais portugueses, diversamente do recomendado pela Organização Mundial de Saúde (Associação Gravidez e Parto, 2015).

Atividades Semanais

Durante os partos a quem prestei assistência às parturientes foi sempre patente o cuidado das Perceptoras em avaliar o períneo, nomeadamente a coloração e os tecidos com a fase em que o polo fetal se encontrava a coroar. Não foi de todo taxativa a aplicação ou não de episiotomia, não por se tratar de uma primípara ou de uma múltípara, mas sim com toda uma avaliação que deve ser patente a toda a Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica.

Julgo que consegui apreender e avaliar o períneo na tomada de decisão de executar uma episiotomia ou não.

A episiorrafia é uma das técnicas em que é necessária destreza e avaliação correta dos tecidos (músculo, mucosa e pele) para que os planos fiquem alinhados e não ocorram nenhuma complicação para a puérpera.

Julgo que houve uma evolução desde o primeiro dia no que diz respeito à rafia, porém é uma área em que terei de praticar e reforçar os meus esforços para uma constante melhoria.

Aquisição de Competências

ATIVIDADES - (OE, 2019)	COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS (OE, 2019)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliação Materna: <ul style="list-style-type: none"> - Tensão Arterial e Frequência Cardíaca; - Temperatura Timpânica; - Avaliação da glicémia capilar (diabetes prévia, diabetes gestacional); - Estado emocional; - Anamnese (avaliação inicial). ▪ Avaliação Fetal: <ul style="list-style-type: none"> - Batimentos Cardíacos Fetais (Auscultação Fetal); - Movimentos Fetais; - Posição e situação fetal (Manobras de Leopold para avaliação da estática fetal). ▪ Conhecer o plano de parto; ▪ Esclarecer personalizadas as dúvidas identificadas inerentes ao TP; ▪ Apoiar a parturiente e o médico anestesista na técnica de colocação do cateter epidural; ▪ Avaliação do TP utilizando como ferramenta o partograma, através da cervicometria; ▪ Identificação de desvios ao TP, referenciando os mesmos à equipa médica; ▪ Executar a técnica do TP e a dequitação; ▪ Promoção do aleitamento materno no Período de Greenberg; ▪ Prestação de cuidados à puérpera e ao recém-nascido no puerpério imediato; ▪ Registo Informático de todos os focos em sistema SClínico; ▪ Registo do parto no Boletim de Saúde da Grávida. 	<p>3.1. Promove a saúde da mulher durante o TP e otimiza a adaptação do recém-nascido à vida extrauterina</p> <p>3.2. Diagnostica precocemente e previne complicações para saúde da mulher e do recém-nascido</p> <p>3.3. Providencia cuidados à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez e/ou com o TP</p> <p>4.1. Promove a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal</p> <p>4.2. Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e recém-nascido durante o período pós-natal</p>

Fontes de Pesquisa

- Associação Gravidez e Parto (2015). Experiências de Parto em Portugal – Inquérito às mulheres sobre as suas experiências de parto. Disponível em: http://www.associacaogravidezparto.pt/wp-content/uploads/2016/08/Experi%C3%AAncias_Partos_Portugal_2012-2015.pdf;
- Borges, B. B.; Serrano, F.; Pereira, F. (2003). Episiotomia: Uso generalizado versus uso seletivo. Acta Médica Portuguesa (16), pp. 447-454. Disponível em: <https://actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/download/1214/866>.
- Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento nº 140/2019 – Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019;
- Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento nº 391/2019 – Regulamento das Competências específicas do enfermeiro especialista em Saúde Materna e Obstétrica. Diário da República, 2.ª série — N.º 85 — 3 de maio de 2019;
- WHO (2018). WHO recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

Jornal de Aprendizagem 14: Contato pele-a-pele precoce e Amamentação na primeira hora pós-parto

Jornal de Aprendizagem

Instrumento de registo semanal para Estudantes da UEESESJD

Nome: Inês Isabel Marujo Carvalho Santos

Data: 18/jan/2021 a 24/jan/2021

Campo clínico: Bloco de Partos

Local: CHUA-Faro

Editorial

Tema: Contato pele-a-pele precoce e Amamentação na primeira hora pós-parto

O contato pele-a-pele precoce define-se por ser a colocação do bebé despido sobre o peito ou abdómen da mãe (ou do pai) em decúbito ventral (Gabriel, Martín, Escobar, Villalba, Blanco & Pol, 2010).

A promoção do contato pele-a-pele entre mãe-filho tem sido objeto de trabalhos científicos, que atestam os benefícios fisiológicos e psicossociais, tanto para a saúde da mãe quanto para a do recém-nascido (Matos, Souza, Santos, Velho, Seibert & Martins, 2010).

Logo, após o nascimento, os recém-nascidos sem complicações devem ser mantidos em contato pele-a-pele com as suas mães durante a primeira hora após o nascimento para prevenir a hipotermia e promover a amamentação (WHO, 2018).

Matos et al. (2010) referem ainda que o contato pele-a-pele acalma o bebé e a mãe, que entram em sintonia única proporcionada por esse momento; auxilia na estabilização sanguínea, dos batimentos cardíacos e respiração do recém-nascido; reduz o choro e o stress do recém-nascido com menor perda de energia e mantém o mesmo aquecido.

A amamentação destaca-se como benefício deste contato imediato ao tornar a sucção eficiente e eficaz, aumentando a prevalência e duração da lactação, além de influenciar positivamente a relação mãe-filho. Esta maior ligação entre mãe-bebé possibilita uma melhor compreensão das necessidades do bebé, o que facilita o desempenho do papel de mãe e auxilia na adaptação à vida extrauterina (Matos et al., 2010).

Atividades Semanais

Durante os partos a quem prestei assistência às parturientes tive sempre em conta o desejo das mulheres de quererem realizar ou não o contato pele-a-pele precoce, informando dos benefícios que este tem. Quando este desejo era patente à puérpera, foi sempre respeitado e incentivado pela equipa multidisciplinar.

O recém-nascido também foi colocado à mama na primeira hora de vida e foram realizados ensinamentos sobre a amamentação, nomeadamente na correção da pega, reforços positivos quando a pega estaria a ser feita corretamente e quando não era possível estabelecer a amamentação (HIV positivo), foram feitos os ensinamentos relativos ao aleitamento com recurso ao biberão.

Aquisição de Competências

ATIVIDADES - (OE, 2019)	COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS (OE, 2019)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliação Materna: <ul style="list-style-type: none"> - Tensão Arterial e Frequência Cardíaca; - Temperatura Timpânica; - Avaliação da glicemia capilar (diabetes prévia, diabetes gestacional); - Estado emocional; - Anamnese (avaliação inicial). ▪ Avaliação Fetal: <ul style="list-style-type: none"> - Batimentos Cardíacos Fetais (Auscultação Fetal); - Movimentos Fetais; - Posição e situação fetal (Manobras de Leopold para avaliação da estática fetal). <ul style="list-style-type: none"> ▪ Conhecer o plano de parto; ▪ Esclarecer personalizadas as dúvidas identificadas inerentes ao TP; ▪ Apoiar a parturiente e o médico anestesista na técnica de colocação do cateter epidural; ▪ Avaliação do TP utilizando como ferramenta o partograma, através da cervicometria; ▪ Identificação de desvios ao TP, referenciando os mesmos à equipa médica; ▪ Executar a técnica do TP e a dequitação; ▪ Promoção do aleitamento materno no Período de Greenberg; ▪ Prestação de cuidados à puérpera e ao recém-nascido no puerpério imediato; ▪ Registo Informático de todos os focos em sistema SClínico; ▪ Registo do parto no Boletim de Saúde da Grávida. 	<p>3.1. Promove a saúde da mulher durante o TP e otimiza a adaptação do recém-nascido à vida extrauterina</p> <p>3.2. Diagnostica precocemente e previne complicações para saúde da mulher e do recém-nascido</p> <p>3.3. Providencia cuidados à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez e/ou com o TP</p> <p>4.1. Promove a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal</p> <p>4.2. Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e recém-nascido durante o período pós-natal</p>

Fontes de Pesquisa

- Gabriel, M. A. M.; Martín, L.; Escobar, A. L.; Villalba, E. F.; Blanco, I. R.; Pol, P. T. (2010). Randomized controlled trial of early skin-to-skin contact: effects on the mother and the newborn. *Acta Paediatrica* (11), pp. 1630-4. DOI: 10.1111/j.1651-2227.2009.01597.x;
- Matos, T. A.; Souza, M. S.; Santos, E. K. A.; Velho, M. B.; Seibert, E. R. C.; Martins, N. M. (2010). Contato precoce pele-a-pele entre mãe e filho: significado para mães e contribuições para a enfermagem. *Revista Brasileira Enfermagem* vol. 63 no. 6. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672010000600020>;
- Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento nº 140/2019 – Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019;
- Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento nº 391/2019 – Regulamento das Competências específicas do enfermeiro especialista em Saúde Materna e Obstétrica. *Diário da República*, 2.ª série — N.º 85 — 3 de maio de 2019;
- WHO (2018). WHO recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

Jornal de Aprendizagem

Instrumento de registo semanal para Estudantes da UEESESJD

Nome: Inês Isabel Marujo Carvalho Santos

Data: 25/jan/2021 a 31/jan/2021

Campo clínico: Bloco de Partos

Local: CHUA-Faro

Editorial

Tema: Acompanhante Significativo do TP e Parto

Realizando uma pesquisa bibliográfica foi possível encontrar duas Leis em Portugal no que toca ao acompanhamento da grávida durante o TP e parto.

A primeira Lei remonta a 1985 (**Lei nº 14/85 de 6 de julho**) onde refere que a grávida tem o direito a ser acompanhada durante o TP.

Em 2014 surge a **Lei nº 15/2014 de 21 de março** Secção II Artigo 16º, onde menciona que a grávida tem o direito de acompanhamento, durante todas as fases do TP, por qualquer pessoa por si escolhida.

Segundo Costa, Bilo, Martins da Silva, Marrafa & Paralta (2016), escasseiam estudos que permitam aumentar o conhecimento científico relativo ao envolvimento do homem na gravidez, parto e pós-parto. Porém, através do estudo levado a cabo pelos mesmos autores (2016), concluiu-se a elevada importância de o homem assistir ao momento do nascimento de um filho, reconhecida por homens e mulheres, que atestaram, no domínio das representações, as teses da sentimentalização, particularmente no que concerne ao (novo) lugar da criança na sociedade contemporânea.

O nascimento de uma criança é (continua a ser) um fenómeno social total, alvo de enorme antecipação, investimento e valor simbólico (Costa, 2013), re-significado, ele próprio, a partir da (maior) presença e participação do homem (pai), hoje.

Atividades Semanais

Durante as 6 semanas nas quais estagiei no Serviço de Urgência de Ginecologia e Obstetrícia e devido à pandemia da COVID-19 que nos encontramos a atravessar, não é permitido o acompanhamento permanente do pai nas salas de parto, onde entram apenas no período expulsivo e se a mãe tiver um teste de COVID negativo com uma durabilidade inferior a 7 dias.

Foi patente uma ansiedade por parte das parturientes, em que algumas nem queriam realizar os esforços expulsivos com medo que os companheiros não conseguissem assistir ao nascimento do filho.

Sinto que ainda temos muito que avançar e atualizar no que toca a estas problemáticas, pois não se deve proibir um momento tão importante na vida de um casal.

Em todos os partos nos quais prestei assistência às parturientes e nos quais foi possível a presença do pai no período expulsivo, tentei sempre integrá-los, encorajando-os a cortar o cordão umbilical, a tocar o bebé, ou seja, a participar ativamente nos cuidados ao seu filho.

Aquisição de Competências

ATIVIDADES - (OE, 2019)	COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS (OE, 2019)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliação Materna: <ul style="list-style-type: none"> - Tensão Arterial e Frequência Cardíaca; - Temperatura Timpânica; - Avaliação da glicémia capilar (diabetes prévia, diabetes gestacional); - Estado emocional; - Anamnese (avaliação inicial). ▪ Avaliação Fetal: <ul style="list-style-type: none"> - Batimentos Cardíacos Fetais (Auscultação Fetal); - Movimentos Fetais; - Posição e situação fetal (Manobras de Leopold para avaliação da estática fetal). <ul style="list-style-type: none"> ▪ Conhecer o plano de parto; ▪ Esclarecer personalizadas as dúvidas identificadas inerentes ao TP; ▪ Apoiar a parturiente e o médico anestesista na técnica de colocação do cateter epidural; ▪ Avaliação do TP utilizando como ferramenta o partograma, através da cervicometria; ▪ Identificação de desvios ao TP, referenciando os mesmos à equipa médica; ▪ Executar a técnica do TP e a dequitação; ▪ Promoção do aleitamento materno no Período de Greenberg; ▪ Prestação de cuidados à puérpera e ao recém-nascido no puerpério imediato; ▪ Registo Informático de todos os focos em sistema SClínico; ▪ Registo do parto no Boletim de Saúde da Grávida. 	<p>3.1. Promove a saúde da mulher durante o TP e otimiza a adaptação do recém-nascido à vida extrauterina</p> <p>3.2. Diagnostica precocemente e previne complicações para saúde da mulher e do recém-nascido</p> <p>3.3. Providencia cuidados à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez e/ou com o TP</p> <p>4.1. Promove a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal</p> <p>4.2. Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e recém-nascido durante o período pós-natal</p>

Fontes de Pesquisa

- Costa, R. P. (2013). The Hands that (yet) Rock the Cradle: Unveiling the Social Construction of the Family Through the Contemporary Birthing Ritual. In Claster, P. N. & Blair, S. L. (Eds.), *Visions of the 21st Century Family: Transforming Structures and Identities*. Bingley, UK: Emerald Group Publishing Limited, 105-131;
- Costa, R. P.; Bilo, H.; Martins da Silva, H.; Marrafa, S. & Paralta, V. (2016). "A Presença do Homem (Pai) no Parto: Contextos, Experiências e Significados". In Maria Filomena Mendes et al. [Orgs.]. *Actas do V Congresso Português de Demografia "A Crise Demográfica: Um País em Extinção?"*. Lisboa: Associação Portuguesa de Demografia: 21-32. (ISBN: 978-989-97935-3-8). url: <http://hdl.handle.net/10174/19918>;
- Lei nº 14/85 de 6 de julho. Acompanhamento da Mulher Grávida durante o TP. Disponível em: https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/182871/details/maximized?p_p_auth=4CmsYBUk;
- Lei nº15/2014 de 21 de março. Lei consolidando a legislação em matéria de direitos e deveres do utente dos serviços de saúde. Disponível em: <https://dre.pt/home/-/dre/571943/details/maximized>;
- Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento nº 140/2019 – Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019;
- Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento nº 391/2019 – Regulamento das Competências específicas do enfermeiro especialista em Saúde Materna e Obstétrica. Diário da República, 2.a série — N.o 85 — 3 de maio de 2019.

Jornal de Aprendizagem

Instrumento de registo semanal para Estudantes da UEESESJD

Nome: Inês Isabel Marujo Carvalho Santos

Data: 8/fev/2021 a 14/fev/2021

Campo clínico: Puerpério

Local: CHUA-Faro

Editorial

Tema: Cuidados de Enfermagem no Puerpério

O conjunto de modificações físicas e psíquicas que ocorrem na fase do pós-parto denomina-se por **puerpério**.

Em termos de regressão das alterações fisiológicas e anatómicas, estas ocorrem, normalmente ao fim de seis semanas e podem dividir-se em três períodos: 1) Puerpério Imediato: decorre desde o nascimento até às primeiras 24 horas; 2) Puerpério Precoce: Decorre até ao final da primeira semana; 3) Puerpério Tardio: Termina no final da sexta semana após o parto (Nené, Marques & Batista, 2016).

Os enfermeiros têm o dever de prestar cuidados que satisfaçam as reais necessidades das puérperas, estabelecendo assim uma relação de ajuda com a puérpera, identificando as suas necessidades individuais, formando diagnósticos de enfermagem, para a elaboração, execução e avaliação do plano de intervenções de enfermagem (Nené, 2016).

As necessidades de cuidados de enfermagem da puérpera desencadeiam dois tipos de intervenções: as preventivas de complicações e as promotoras do autocuidado e do bem-estar. Por isso, o enfermeiro deve efetuar uma avaliação cuidadosa da puérpera, de acordo com o tipo de parto, estágio pós-parto, antecedentes/situação de saúde/doença (Nené, 2016).

O puerpério é a fase do ciclo de vida da mulher em que esta se encontra vulnerável ao desencadear ou agravar de perturbações psiquiátricas, uma vez que é a altura em que está mais focada na proteção do recém-nascido em detrimento de si mesma. Além do mais, este período é acompanhado de alterações hormonais, de mudanças a nível psicológico, social e familiar, da adoção de um novo papel de grande responsabilidade e reorganização dos demais, bem como da elaboração e aceitação da nova imagem corporal, identidade e sexualidade (Nené, 2016).

Atividades Semanais

No Puerpério foi notória a importância da avaliação da puérpera e do recém-nascido, de forma a adequar sempre os ensinamentos, assim como a identificar os desvios da normalidade.

É extremamente importante que para além da teoria, sejamos capazes de a transmitir de forma correta às pessoas corretas, porque não nos interessa nada estarmos a promover uma boa pega do recém-nascido, se a pega já tiver a ser feita da forma correta.

Assim como devemos ter uma escuta ativa, pois no puerpério é muito importante as senhoras não se sentirem sozinhas e sentirem-se apoiadas.

Na altura em que nos encontramos e devido à pandemia do COVID-19, não são permitidas visitas no Internamento do Puerpério, e as senhoras manifestam muita solidão e desamparo, recorrendo muitas vezes à equipa multidisciplinar.

Também é extremamente importante ao longo de todo o internamento promovermos o desenvolvimento das competências parentais, porque além do ensino devemos ser capazes de promover o exercício, como por exemplo, no ensino do banho, devemos e podemos exemplificar como se realiza a técnica, mas temos sempre de validar como faz a mãe e promover esse cuidado ao RN, para que se sinta validada e apreciada.

Aquisição de Competências

ATIVIDADES - (OE, 2019)	COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS (OE, 2019)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliação da Puérpera: <ul style="list-style-type: none"> - Tensão Arterial e Frequência Cardíaca; - Temperatura Timpânica; - Avaliação da glicémia capilar (diabetes prévia, diabetes gestacional); - Dor; - Mamas; - Involução Uterina; - Penso da ferida operatória (caso cesariana); - Períneo; - Lóquios; - Membros inferiores (despistar edema, rubor, calor); - Eliminação Vesical e Intestinal; - Estado emocional; - Anamnese (avaliação inicial). <ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliação Recém-Nascido: - Pele; - Coto umbilical; - Respiração; - Eliminação Vesical e Intestinal; - Mamar. ▪ Realizar o Teste de Diagnóstico Precoce para o Rastreo Metabólico; ▪ Realizar o Rastreo de Cardiopatias Congénitas; ▪ Administrar a Vacina da Hepatite B ao RN; ▪ Realizar os Ensinos às Puérperas sobre Amamentação (Ingurgitamento Mamário, Fissuras); Características dos Lóquios; Higiene do Períneo adequada; ▪ Identificação de desvios ao período puerperal e à adaptação do RN à vida extrauterina, referenciando os mesmos à equipa médica; ▪ Promoção do aleitamento materno; ▪ Prestação de cuidados à puérpera e ao recém-nascido; ▪ Registo Informático de todos os focos em sistema SClínico. 	<p>4.1. Promove a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal</p> <p>4.2. Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e recém-nascido durante o período pós-natal</p> <p>4.3. Providencia cuidados nas situações que possam afetar negativamente a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal</p>

Fontes de Pesquisa

- Nené, M.; Marques, R.; Batista, M. (2016). Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Lidel: 1ª Edição;
- Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento nº 140/2019 – Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019;
- Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento nº 391/2019 – Regulamento das Competências específicas do enfermeiro especialista em Saúde Materna e Obstétrica. Diário da República, 2.a série — N.o 85 — 3 de maio de 2019.

Jornal de Aprendizagem

Instrumento de registo semanal para Estudantes da UEESESJD

Nome: Inês Isabel Marujo Carvalho Santos

Data: 15/fev/2021 a 21/fev/2021

Campo clínico: Puerpério

Local: CHUA-Faro

Editorial

Tema: Comunicação na Passagem de Turno

De acordo com o Art.º 104 do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (EOE), e no respeito do direito ao cuidado na saúde e na doença, compete ao enfermeiro o dever de: “(...) Assegura a continuidade dos cuidados, registando com rigor as observações e intervenções realizadas.” Salientando ainda, que nos deveres relativos à excelência do exercício, art.º 109 do EOE: “O Enfermeiro procura, em todo o ato profissional, a excelência do exercício, assumindo o dever de: (...) e) Garantir a qualidade e assegurar a continuidade dos cuidados das atividades que delegar, assumindo a responsabilidade pelos mesmos.”

Neste seguimento, é imprescindível que a transmissão de informação relativa aos cuidados de enfermagem prestados e individualizados, seja uma prática registada e transmitida de forma presencial e verbal, entre os enfermeiros envolvidos no plano terapêutico de cada utente. Ou seja, a passagem de turno surge, como uma reunião da equipa de enfermeiros, com o objetivo de assegurar a continuidade dos cuidados, através da transmissão verbal da informação, no sentido de promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, mas também, um momento de análise e reflexão das práticas e simultaneamente de formação em serviço.

Atividades Semanais

Ao longo das semanas, fui denotando que o tempo despendido na passagem de turno rondava uma hora a uma hora e meia, reparando igualmente que havia inúmera informação que era transmitida em duplicado, assim como informação que acabava por não se transmitir.

Sugeri à Enfermeira Perceptora a elaboração de uma folha de passagem de turno que facilitasse a continuidade dos cuidados prestados às puérperas e aos seus recém-nascidos, assim como garantisse a transmissão de toda a informação à equipa de enfermagem.

Transmitimos assim à Enfermeira-Chefe do Serviço de Puerpério que concordou que elaborasse a folha de passagem de turno (em anexo).

Esta folha de passagem de turno permite uma maior articulação entre equipa de enfermagem, equipa médica (obstetrícia e pediatria), assistentes de ação operacional e auxiliares administrativas.

Aquisição de Competências

ATIVIDADES - (OE, 2019)	COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS (OE, 2019)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliação da Puérpera: <ul style="list-style-type: none"> - Tensão Arterial e Frequência Cardíaca; - Temperatura Timpânica; - Avaliação da glicémia capilar (diabetes prévia, diabetes gestacional); - Dor; - Mamas; - Involução Uterina; - Penso da ferida operatória (caso cesariana); - Períneo; - Lóquios; - Membros inferiores (despistar edema, rubor, calor); - Eliminação Vesical e Intestinal; - Estado emocional; - Anamnese (avaliação inicial). <ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliação Recém-Nascido: <ul style="list-style-type: none"> - Pele; - Coto umbilical; - Respiração; - Eliminação Vesical e Intestinal; - Mamar. ▪ Realizar o Teste de Diagnóstico Precoce para o Rastreo Metabólico; ▪ Realizar o Rastreo de Cardiopatias Congénitas; ▪ Administrar a Vacina da Hepatite B ao RN; ▪ Realizar os Ensinos às Puérperas sobre Amamentação (Ingurgitamento Mamário, Fissuras); Características dos Lóquios; Higiene do Períneo adequada; ▪ Identificação de desvios ao período puerperal e à adaptação do RN à vida extrauterina, referenciando os mesmos à equipa médica; ▪ Promoção do aleitamento materno; ▪ Prestação de cuidados à puérpera e ao recém-nascido; ▪ Registo Informático de todos os focos em sistema SClínico. 	<p style="margin-top: 20px;">4.1. Promove a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal</p> <p style="margin-top: 20px;">4.2. Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e recém-nascido durante o período pós-natal</p> <p style="margin-top: 20px;">4.3. Providencia cuidados nas situações que possam afetar negativamente a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal</p>

Fontes de Pesquisa

- Estatuto da Ordem dos Enfermeiros aprovado pelo Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de abril, alterado e republicado pela Lei nº 156/2015 de 16 de setembro;
- Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento nº 140/2019 – Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019;
- Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento nº 391/2019 – Regulamento das Competências específicas do enfermeiro especialista em Saúde Materna e Obstétrica. Diário da República, 2.ª série — N.º 85 — 3 de maio de 2019.

Nome: _____

Cama _____ Idade _____ Índice Obstétrico _____

Parto:

- Eutócico Distócico - Cesariana
 Distócico - Fórceps Dia ____/____/____
 Distócico - Ventosa Hora: _____

Tipo de analgesia/anestesia:

- Epidural
 Raquianestesia
 Geral

Membranas:

- Completas
 Fragmentadas

Antecedentes Pessoais:

- HTA Aborto
 Diabetes M Cesariana
 Anemia Fumadora
 Hipo/hipertiroidismo Outros _____
 Trombocitopénia _____

Medicação Domicílio:

Vigilâncias:

- TA ____/____ Glicémia Capilar ____/____/____
 FC ____ Med. Diurese: _____
 Tax _____ Repouso
 E. Intestinal _____
 E. Vesical _____

Cateteres

- CVP _____troca ____/____
 CVC _____troca penso ____/____

Sondas

- Vesical _____troca ____/____

Pedidos Colaboração:

- Ass. Social
 Psicologia

Exames:

- Análises _____
 Urocultura _____
 Outros _____

Alergias:

Grupo Sanguíneo: Puérpera: _____ RN: _____
 Imunoglobulina Imunoglobulina RN

Dia da Alta: _____

Exame Físico Puerperal:

- Mamas:** **Mamilos:**
 Moles Proeminentes Fissurado
 Tensas Rasos Sensível
 Invertidos

Involução Uterina:

- Supra-umbilical
 Peri-umbilical
 Infra-umbilical

Períneo:

- Episiorrafia
 Laceração
 Hemorróidas
 Edema

Penso Abdominal:

- Compressivo
 Faz penso dia ____/____

Lóquios:

- Hemáticos
 Sero-Hemáticos
 Serosos

Recém-nascido:



- Feminino Masculino

- Peso nascimento: _____
 Peso actual: _____
 Glicémia Capilar ____/____/____
 Ensino Banho
 SPO₂: ____/____
 Vacina: _____
 Teste de Diagnóstico Precoce
 Fototerapia

Alimentação RN:

- Peito Artificial ____/____/____

Eliminação RN:

- Micção Dejecção _____

Observações:

HIGIENE	ALIM	MOB	ELIM	TERAP	PV's	ATIV.ESP	AV.INICIAL

Jornal de Aprendizagem 18: Contraceção no Puerpério – Implante Contraceutivo

Jornal de Aprendizagem

Instrumento de registo semanal para Estudantes da UEESESJD

Nome: Inês Isabel Marujo Carvalho Santos

Data: 22/fev/2021 a 28/fev/2021

Campo clínico: Puerpério

Local: CHUA-Faro

Editorial

Tema: Contraceção no Puerpério - Implante Contraceutivo

Fisiologicamente, o retorno da ovulação, pós-parto, ocorre em torno de 27 dias em mulheres que não estão a amamentar. Naquelas em aleitamento, este intervalo é variável e pode ser ampliado por vários meses, enquanto o recém-nascido encontrar-se em amamentação exclusiva. Assim, a duração da infertilidade provocada pela amamentação é imprevisível e não há maneira de prever a sua ocorrência. Mais de metade das lactantes apresentam ovulação antes da primeira menstruação pós-parto e, destas, 32 a 47% tiveram fase lútea suficiente para evolução de uma nova gestação, fato preocupante quando se trata de populações desassistidas ou com pouco acesso aos cuidados de saúde (Vieira, Brito & Yazlle, 2008).

Já está demonstrado que intervalos entre duas gravidezes subsequentes são um dos fatores mais importantes na morbimortalidade neonatal e infantil. Crianças concebidas após 18 a 23 meses de uma gestação prévia têm efeitos pré e perinatais adversos com menor frequência.

Além do prejuízo fetal-neonatal, curtos intervalos gestacionais também causam aumento da morbimortalidade materna (Vieira et al., 2008).

O Implante Contraceutivo é uma das diversas opções pela qual a puérpera pode optar, sendo um método contraceutivo de longa duração, que é colocado através de uma pequena inserção no braço da mulher e tem duração de três anos. Este método não tem estrogénios, sendo compostos apenas por um progestativo (hormona semelhante à progesterona), atuando de duas formas: inibindo a ovulação, isto é, impedindo que os óvulos se libertem dos ovários; tornando mais espesso o muco cervical, dificultando a entrada dos espermatozoides no útero (Associação para o Planeamento da Família, 2021).

Os efeitos secundários que podem aparecer são: alterações do ciclo, dores de cabeça, tensão mamária, sensação de aumento de peso, agravamento ligeiro do acne e alterações do humor.

Atividades Semanais

Durante as semanas nas quais prestei cuidados de enfermagem às puérperas, fui sempre questionando as mesmas acerca de saber se já existiria uma decisão sobre o método anticoncepcional a iniciar.

Sendo que, quando estes eram desconhecidos fui sempre transmitido quais os que estariam ao dispor das puérperas, assim como as suas vantagens e desvantagens.

Algumas das puérperas, optaram por um método anticoncepcional mais longo, sendo o implante contraceutivo o eleito, e foi possível colocar os mesmos com a supervisão da Enfermeira Perceptora.

Trata-se de uma técnica asséptica, onde se deve realizar as medições para o implante ficar bem colocado e não existir o perigo de o mesmo migrar, devendo ficar o mais superficial da pele possível.

Sendo um método contraceptivo de longa duração, denotei que as puérperas que escolhiam este método, eram mulheres já com multiparidade e que como as próprias diziam “não tinham o desejo de voltar a engravidar tão cedo ou talvez até nunca mais”.

Aquisição de Competências	
ATIVIDADES - (OE, 2019)	COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS (OE, 2019)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliação da Puérpera: <ul style="list-style-type: none"> - Tensão Arterial e Frequência Cardíaca; - Temperatura Timpânica; - Avaliação da glicémia capilar (diabetes prévia, diabetes gestacional); - Dor; - Mamas; - Involução Uterina; - Penso da ferida operatória (caso cesariana); - Pérneo; - Lóquios; - Membros inferiores (despistar edema, rubor, calor); - Eliminação Vesical e Intestinal; - Estado emocional; - Anamnese (avaliação inicial). ▪ Avaliação Recém-Nascido: <ul style="list-style-type: none"> - Pele; - Coto umbilical; - Respiração; - Eliminação Vesical e Intestinal; - Avaliação da Glicémia Capilar; - Mamar. ▪ Realizar o Teste de Diagnóstico Precoce para o Rastreo Metabólico; ▪ Realizar o Rastreo de Cardiopatias Congénitas; ▪ Realizar Colheita de Sangue para Bioquímica e Hemograma ao RN; ▪ Administrar a Vacina da Hepatite B ao RN; ▪ Realizar os Ensinos às Puérperas sobre Amamentação (Ingurgitamento Mamário, Fissuras); Características dos Lóquios; Higiene do Pérneo adequada; ▪ Identificação de desvios ao período puerperal e à adaptação do RN à vida extrauterina, referenciando os mesmos à equipa médica; ▪ Promoção do aleitamento materno; ▪ Prestação de cuidados à puérpera e ao recém-nascido; ▪ Colocação de Implante Contraceptivo; ▪ Registo Informático de todos os focos em sistema SClínico. 	<p>4.1. Promove a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal</p> <p>4.2. Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e recém-nascido durante o período pós-natal</p> <p>4.3. Providencia cuidados nas situações que possam afetar negativamente a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal</p>

Fontes de Pesquisa	
<ul style="list-style-type: none"> • Associação para o Planeamento da Família (2021). Implante Contraceptivo. Disponível em: http://www.apf.pt/loja/implante-contraceptivo. Acedido a 25/02/2021; • Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento nº 140/2019 – Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019; • Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento nº 391/2019 – Regulamento das Competências específicas do enfermeiro especialista em Saúde Materna e Obstétrica. Diário da República, 2.a série — N.o 85 — 3 de maio de 2019; • Vieira, C. S.; Brito, M. B.; Yazlle, M. E. (2008). Contraceção no Puerpério. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, pp. 470-9. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rbgo/v30n9/v30n9a08.pdf. 	

Jornal de Aprendizagem

Instrumento de registo semanal para Estudantes da UEESESJD

Nome: Inês Isabel Marujo Carvalho Santos

Data: 01/mar/2021 a 07/mar/2021

Campo clínico: Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

Local: CHUA-Faro

Editorial

Tema: NIDCAP

NIDCAP é o Programa Individualizado de Avaliação e Cuidados Centrados no Desenvolvimento do Recém-nascido, que foi criado no intuito de diminuir a discrepância entre as expectativas imaturas do cérebro humano e a experiência efetiva vivenciada no ambiente da UCIN, reduzindo assim o impacto negativo do ambiente da UCIN no bebé prematuro fora do útero materno (Santos, 2011).

Os elementos chave do NIDCAP são (Santos, 2011):

- a) **Coordenação:** para obter a colaboração da equipa multidisciplinar na implementação dos cuidados com base no NIDCAP é necessária a apreciação de cada grupo profissional em interação;
- b) **Avaliação:** é utilizada uma ficha de avaliação e registo dos sinais comunicativos do RN antes, durante e após os cuidados prestados e procedimentos, que fornecerá dados para um relatório sobre o cuidar individualizado da respetiva semana;
- c) **Meio ambiente tranquilo:** Alterações na fala, problemas relacionados com a linguagem e aprendizagem acontecem com frequência em RN prematuros e parecem estar relacionados com a experiência auditiva da UCIN;
- d) **Agrupamento de cuidados/estruturar às 24 horas:** os procedimentos que provocam stress deverão ser realizados em dupla (um que atende as necessidades do RN e o outro realiza o procedimento);
- e) **Posicionamento adequado:** os cuidados posturais são dirigidos para minimizar o gasto de energia, enquanto promovem um equilíbrio entre a flexão e a extensão;
- f) **Oportunidades para contato pele-a-pele:** a técnica do Canguru favorece a manutenção da temperatura adequada, melhora aspetos cardiorrespiratórios e permite melhor ganho de peso em RN prematuros;
- g) **Conforto para a família:** assegurar aos pais que eles são os principais cuidadores da criança, que são os primeiros a providenciar carinho e atenção, fatores críticos para o desenvolvimento futuro do RN.

Atividades Semanais

Durante esta semana realizei o estágio de observação na UCIN, onde tive a oportunidade de estar presente num acolhimento de uma RN de 26 semanas e 6 dias de idade gestacional, onde presenciei a reanimação, a estabilização, o suporte ventilatório e a colocação de cateter umbilical.

Pude proporcionar a técnica kanguru entre a RN-mãe, e este momento é algo indescritível, tanto para a mãe, para a RN, assim como para a equipa multidisciplinar. É incrível como tudo o que lemos na literatura, está ali descrito, bastando olhar para o monitor de sinais vitais, ficando a bebé com estabilização dos parâmetros vitais (normocárdica e a saturar a 100%) e promovendo o *bonding*.

Tive também presente nos cuidados, pois na UCIN trabalha-se muito em dupla e enquanto a Enfermeira ia prestando os cuidados à Z. eu ia satisfazendo as suas necessidades, assim como agarrando na sua mão e permitindo que esta não se sentisse no “vazio”, dando-lhe limites.

Por outro lado, também na UCIN estava a bebé M., de 4210 g, com o diagnóstico de taquipneia transitória, no qual foi notório todo o apoio que a equipa deu à puérpera, que solicitou apoio psicológico e não estaria bem-adaptada aos cuidados a prestar à bebé. Referia também ter ingurgitamento mamário e foi realizado durante aproximadamente duas horas massagens com toalhas com água quente, massagens circulares e aplicação de frio após a extração de colostro à puérpera, não poderia deixar de referir o apoio que verifiquei na UCIN dado às mulheres, não prestando cuidados apenas aos recém-nascidos, mas assim a toda a família, pois como a Enfermeira Perceptora transmitiu-me “se a mãe estiver bem, o bebé também estará”.

Aquisição de Competências

ATIVIDADES - (OE, 2019)	COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS (OE, 2019)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliação Recém-Nascido: <ul style="list-style-type: none"> - Pele; - Coto umbilical; - Respiração; - Eliminação Vesical e Intestinal; - Mamar. ▪ Realizar os Ensinos às Puérperas sobre Amamentação (Ingurgitamento Mamário, Fissuras); ▪ Promoção do aleitamento materno. 	<p>4.1. Promove a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal</p> <p>4.2. Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e recém-nascido durante o período pós-natal</p> <p>4.3. Providencia cuidados nas situações que possam afetar negativamente a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal</p>

Fontes de Pesquisa

- Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento nº 140/2019 – Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019;
- Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento nº 391/2019 – Regulamento das Competências específicas do enfermeiro especialista em Saúde Materna e Obstétrica. Diário da República, 2.a série — N.o 85 — 3 de maio de 2019;
- Santos, A. O. (2011). NIDCAP: Uma filosofia de cuidados... Revista do Hospital de Crianças Maria Pia – NASCER E CRESCER. Vol. XX, nº 1.

Jornal de Aprendizagem

Instrumento de registo semanal para Estudantes da UEESESJD

Nome: Inês Isabel Marujo Carvalho Santos

Data: 08/mar/2021 a 14/mar/2021

Campo clínico: Puerpério

Local: CHUA-Faro

Editorial

Tema: Hospital Amigo dos Bebés (IHAB)

Em 1991 a Organização Mundial da Saúde e a UNICEF lançaram um programa mundial de promoção do Aleitamento Materno intitulado como *Baby Friendly Hospital Initiative (BFHI)*.

A Iniciativa Amiga dos Bebés tem como missão proteger, promover e apoiar o aleitamento materno em entidades que disponibilizem serviços de maternidade, obstetrícia, neonatologia e pediatria, influenciando na prática dos profissionais de saúde e cuidadores (UNICEF, 2021).

A classificação de um organismo como Entidade Amigas dos Bebés é atribuída a hospitais que cumpram as dez medidas, nomeadamente (UNICEF, 2021):

1. **Políticas do Hospital:** não promover os substitutos do leite materno, biberões e chupetas; implementar as boas práticas de amamentação; monitorizar as medidas de apoio ao aleitamento materno;
2. **Competências dos Profissionais:** formar os profissionais em como apoiar as mães que amamentam; avaliar o conhecimento e as capacidades dos seus profissionais;
3. **Cuidados Pré-Natais:** debater a importância do aleitamento materno para as mães e para os bebés; informar as mulheres sobre a forma de alimentar o seu bebé;
4. **Cuidados no Momento do Nascimento:** incentivar o contato pele-a-pele entre a mãe e o bebé; ajudar as mães a amamentar o seu bebé na posição correta;
5. **Apoiar as mães na amamentação:** verificar a posição, a pega e a sucção; dar suporte prático sobre aleitamento materno; ajudar as mães que tenham problemas comuns sobre aleitamento materno;
6. **Suplementos:** dando só leite materno, exceto se houver razões de saúde;
7. **Alojamento conjunto:** deixar as mães e os bebés ficarem juntos de dia e de noite; assegurar que as mães podem ficar junto dos bebés doentes;
8. **Alimentação adequada:** ajudar as mães a perceber quando os bebés têm fome; promover a demanda livre;
9. **Biberões, Chupetas e Tetinas:** aconselhar as mães sobre o risco do uso de biberões, chupetas e tetinas;
10. **Alta Hospitalar:** orientar as mães para os apoios em aleitamento materno na comunidade.

Atividades Semanais

Durante as semanas nas quais prestei cuidados de enfermagem no Serviço de Internamento de Puerpério foi patente todos os passos anteriormente descritos para uma entidade ser classificada como “Hospital Amigo dos Bebés”. No caso da entidade (Hospital de Faro) ainda não se encontra classificada como tal e irão começar a monitorizar os parâmetros necessários para se candidatarem.

O Serviço de Puerpério dispõe do Cantinho da Amamentação que funciona diariamente com o horário das 9-17 horas onde são realizadas a alta segura e dado todo o apoio que as mães necessitam para a longa caminhada que é a amamentação. São realizadas chamadas telefônicas de acompanhamento as puérperas e são marcados encontros para que possam ser observadas as mamadas e corrigidas algumas pegas, fornecendo também escuta ativa para o que as puérperas necessitarem.

Promovi sempre a amamentação, escutando o que as puérperas desejavam e esclarecendo todas as dúvidas, pois muitas vezes o que as inquietava era se seria suficiente o leite, o que acaba por ser traduzido na curva do peso, muitas vezes só era necessário o **reforço positivo**.

Aquisição de Competências

ATIVIDADES - (OE, 2019)	COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS (OE, 2019)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliação da Puérpera: <ul style="list-style-type: none"> - Tensão Arterial e Frequência Cardíaca; - Temperatura Timpânica; - Avaliação da glicémia capilar (diabetes prévia, diabetes gestacional); - Dor; - Mamas; - Involação Uterina; - Penso da ferida operatória (caso cesariana); - Péríneo; - Lóquios; - Membros inferiores (despistar edema, rubor, calor); - Eliminação Vesical e Intestinal; - Estado emocional; - Anamnese (avaliação inicial). ▪ Avaliação Recém-Nascido: - Pele; - Coto umbilical; - Respiração; - Eliminação Vesical e Intestinal; - Avaliação da Glicémia Capilar; - Mamar. ▪ Realizar o Teste de Diagnóstico Precoce para o Rastreamento Metabólico; ▪ Realizar o Rastreamento de Cardiopatias Congénitas; ▪ Realizar Colheita de Sangue para Bioquímica e Hemograma ao RN; ▪ Administrar a Vacina da Hepatite B ao RN; ▪ Realizar os Ensinos às Puérperas sobre Amamentação (Ingurgitamento Mamário, Fissuras); Características dos Lóquios; Higiene do Péríneo adequada; ▪ Identificação de desvios ao período puerperal e à adaptação do RN à vida extrauterina, referenciando os mesmos à equipa médica; ▪ Promoção do aleitamento materno; ▪ Prestação de cuidados à puérpera e ao recém-nascido; ▪ Colocação de Implante Contracetivo; ▪ Registo Informático de todos os focos em sistema SClínico. 	<p>4.1. Promove a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal</p> <p>4.2. Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e recém-nascido durante o período pós-natal</p> <p>4.3. Providencia cuidados nas situações que possam afetar negativamente a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal</p>

Fontes de Pesquisa

- Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento nº 140/2019 – Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019;
- Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento nº 391/2019 – Regulamento das Competências específicas do enfermeiro especialista em Saúde Materna e Obstétrica. Diário da República, 2.ª série — N.º 85 — 3 de maio de 2019;
- UNICEF (2021). A Iniciativa Amiga dos Bebés. Disponível em: <https://www.unicef.pt/o-que-fazemos/o-nosso-trabalho-em-portugal/iniciativa-amiga-dos-bebes/a-iniciativa-amiga-dos-bebes/>. Acedido a 11/03/2021.

Jornal de Aprendizagem 21: Rutura Artificial das Membranas Amnióticas (Amniotomia)

Jornal de Aprendizagem

Instrumento de registo semanal para Estudantes da UEESESJD

Nome: Inês Isabel Marujo Carvalho Santos

Data: 22/mar/2021 a 28/mar/2021

Campo clínico: Bloco de Partos

Local: CHUA-Faro

Editorial

Tema: Rutura Artificial das Membranas Amnióticas (Amniotomia)

A cavidade amniótica é um espaço fechado dentro do útero no qual o feto desenvolve-se e é protegido durante o período pré-parto. É composta por uma membrana de camada dupla, que inclui uma camada interna conhecida como **âmnio** e uma camada externa conhecida como **cório**; forma-se no início da gravidez e é preenchido com fluído seroso durante as primeiras semanas de gravidez (Mahdy, Glowacki & Eruo, 2021).

Com o desenvolvimento do feto, especificamente o sistema urinário fetal, o fluído na cavidade amniótica aumenta à medida que o feto em desenvolvimento excreta a urina.

Normalmente, essa barreira permanece intata durante toda a gestação e as membranas amnióticas rompem-se espontaneamente, libertando o líquido amniótico imediatamente antes do parto espontâneo ou às vezes após o início do parto espontâneo (Mahdy et al., 2021).

A **Amniotomia**, também conhecida como Rutura Artificial de Membranas, é a rutura intencional do saco amniótico por um obstetra/enfermeira especialista em saúde materna e obstétrica. Este procedimento é comum durante o TP e tem sido realizado por profissionais de obstetrícia há pelo menos algumas centenas de anos (Mahdy et al., 2021).

As razões para a rutura intencional do saco amniótico durante o TP são múltiplas e incluem: influenciar a velocidade do TP; monitorização do estado fetal e avaliação qualitativa do líquido amniótico (Mahdy et al., 2021).

As contraindicações para este procedimento são poucas e óbvias, não devendo ser realizada em caso de má apresentação, vasa prévia, suspeita de inserção velamentosa do cordão umbilical ou no caso de a cabeça fetal não estar bem apoiada e se a grávida recusar o procedimento. Se a apresentação fetal for desconhecida ou não tiver totalmente apoiada, o risco de prolapso do cordão umbilical aumenta (Mahdy et al., 2021).

Atividades Semanais

Durante esta semana tive a oportunidade de realizar amniotomia em grávidas em TP, não sendo um procedimento rotineiro, mas quando existia uma necessidade imperativa de avaliar as características do líquido amniótico, nomeadamente uma desaceleração no CTG ou um TP estacionário em que seria um

dos últimos procedimentos a serem efetuados, antes de se avançar para uma decisão por parte da equipa médica para cesariana.

Trata-se de um procedimento que deve ser sempre realizado após uma avaliação cuidadosa de cervicometria e com o consentimento da grávida.

Aquisição de Competências

ATIVIDADES (OE, 2019)	COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS (OE, 2019)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliação Materna: <ul style="list-style-type: none"> - Tensão Arterial e Frequência Cardíaca; - Temperatura Timpânica; - Avaliação da glicémia capilar (diabetes prévia, diabetes gestacional); - Estado emocional; - Anamnese (avaliação inicial). ▪ Avaliação Fetal: <ul style="list-style-type: none"> - Batimentos Cardíacos Fetais (Auscultação Fetal); - Movimentos Fetais; - Posição e situação fetal (Manobras de Leopold para avaliação da estática fetal). ▪ Conhecer o plano de parto; ▪ Esclarecer personalizadas as dúvidas identificadas inerentes ao TP; ▪ Apoiar a parturiente e o médico anestesista na técnica de colocação do cateter epidural; ▪ Avaliação do TP utilizando como ferramenta o partograma, através da cervicometria; ▪ Identificação de desvios ao TP, referenciando os mesmos à equipa médica; ▪ Executar a técnica do parto; ▪ Avaliar as características do períneo para tomada de decisão de episiotomia; ▪ Correção do períneo (Episiorrafias e Lacerações); ▪ Promoção do aleitamento materno no Período de Greenberg; ▪ Prestação de cuidados à puérpera e ao recém-nascido no puerpério imediato; ▪ Registo Informático de todos os focos em sistema SClínico; ▪ Registo do parto no Boletim de Saúde da Grávida. 	<p>3.1. Promove a saúde da mulher durante o TP e otimiza a adaptação do recém-nascido à vida extrauterina</p> <p>3.2. Diagnostica precocemente e previne complicações para saúde da mulher e do recém-nascido</p> <p>3.3. Providencia cuidados à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez e/ou com o TP</p> <p>4.1. Promove a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal</p> <p>4.2. Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e recém-nascido durante o período pós-natal</p>

Fontes de Pesquisa

- Mahdy, H.; Glowacki, C.; Eruo, F. (2021). Amniotomy. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470167/>. Acedido a 30/03/2021;
- Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento n.º 140/2019 – Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019;
- Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento n.º 391/2019 – Regulamento das Competências específicas do enfermeiro especialista em Saúde Materna e Obstétrica. Diário da República, 2.ª série — N.º 85 — 3 de maio de 2019.

Jornal de Aprendizagem

Instrumento de registo semanal para Estudantes da UEESESJD

Nome: Inês Isabel Marujo Carvalho Santos

Data: 29/mar/2021 a 04/abr/2021

Campo clínico: Bloco de Partos

Local: CHUA-Faro

Editorial

Tema: Analgesia Epidural Obstétrica

A Analgesia Epidural constitui o método mais eficaz de alívio da dor em todas as fases do TP. Consiste numa técnica que pode proporcionar analgesia durante o parto eutócico ou anestesia na cesariana, consoante o tipo, dose e concentração dos fármacos que são introduzidos no espaço epidural - normalmente um anestésico local (ropivacaína, bupivacaína ou lidocaína) associado ou não a um opiáceo (fentanil ou sufentanil) (Martins, Marques & Tomé, 2002).

A Analgesia Epidural é a técnica que produz menos efeitos secundários sobre a fisiologia materna e fetal, tem como objetivo proporcionar o alívio da dor sem provocar um bloqueio motor significativo, já que se pretende manter a parturiente colaborante durante o parto (Martins et al., 2002).

As indicações obstétricas para a aplicação da técnica são a indução do parto, as distócicas dinâmicas, parto pré-termo, as apresentações pélvicas e occipito-posteriores persistentes, a gravidez gemelar e a cesariana; como indicações médicas temos a hipertensão arterial, a diabetes, a obesidade, a asma e as doenças pulmonares obstrutivas crónicas (Martins et al., 2002).

São contraindicações absolutas para uso da epidural a recusa pela parturiente, a hipotensão acentuada ou hemorragia grave, as perturbações da coagulação, as infeções sistémicas no local e o sofrimento fetal com indicação para cesariana urgente (Martins et al., 2002).

Atividades Semanais

Durante as semanas em que prestei cuidados de enfermagem a grávidas em TP colaborei na técnica da analgesia da epidural, fornecendo o material necessário para a técnica assim como posicionando a parturiente na posição correta.

Muitas vezes, as parturientes referiam “não quero ficar sozinha” e foi mesmo o que fiz, estabelecendo uma relação terapêutica e estando apenas **presente**.

No Bloco de Partos a analgesia epidural fica em perfusão contínua de ropivacaína a 2% e é prescrita pela equipa médica de anestesistas a medicação em SOS, caso a parturiente fique queixosa e seja necessário um resgate terapêutico. Torna-se assim imprescindível, a avaliação correta da cervicometria para que possamos adequar esses resgates e não sobrecarregar a parturiente de medicação anestésica, de modo a permitir a sua colaboração no período expulsivo.

Aquisição de Competências

ATIVIDADES (OE, 2019)	COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS (OE, 2019)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliação Materna: <ul style="list-style-type: none"> - Tensão Arterial e Frequência Cardíaca; - Temperatura Timpânica; - Avaliação da glicémia capilar (diabetes prévia, diabetes gestacional); - Estado emocional; - Anamnese (avaliação inicial). ▪ Avaliação Fetal: <ul style="list-style-type: none"> - Batimentos Cardíacos Fetais (Auscultação Fetal); - Movimentos Fetais; - Posição e situação fetal (Manobras de Leopold para avaliação da estática fetal). <ul style="list-style-type: none"> ▪ Conhecer o plano de parto; ▪ Esclarecer personalizadas as dúvidas identificadas inerentes ao TP; ▪ Apoiar a parturiente e o médico anestesista na técnica de colocação do cateter epidural; ▪ Avaliação do TP utilizando como ferramenta o partograma, através da cervicometria; ▪ Identificação de desvios ao TP, referenciando os mesmos à equipa médica; ▪ Executar a técnica do parto; ▪ Avaliar as características do períneo para tomada de decisão de episiotomia; ▪ Correção do períneo (Episiorrafias e Lacerações); ▪ Promoção do aleitamento materno no Período de Greenberg; ▪ Prestação de cuidados à puérpera e ao recém-nascido no puerpério imediato; ▪ Registo Informático de todos os focos em sistema SClínico; ▪ Registo do parto no Boletim de Saúde da Grávida. 	<p>3.1. Promove a saúde da mulher durante o TP e otimiza a adaptação do recém-nascido à vida extrauterina</p> <p>3.2. Diagnostica precocemente e previne complicações para saúde da mulher e do recém-nascido</p> <p>3.3. Providencia cuidados à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez e/ou com o TP</p> <p>4.1. Promove a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal</p> <p>4.2. Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e recém-nascido durante o período pós-natal</p>

Fontes de Pesquisa

- Martins, E.; Marques, M. J.; Tomé, J. (2002). Analgesia Epidural Obstétrica. Rev Por Clin Geral, pp. 163-8. Disponível em: <https://rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/9878>;
- Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento nº 140/2019 – Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019;
- Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento nº 391/2019 – Regulamento das Competências específicas do enfermeiro especialista em Saúde Materna e Obstétrica. Diário da República, 2.a série — N.o 85 — 3 de maio de 2019.

Jornal de Aprendizagem 23: Rutura Uterina em Mulheres com Cesariana Anterior em TP

Jornal de Aprendizagem

Instrumento de registo semanal para Estudantes da UEESESJD

Nome: Inês Isabel Marujo Carvalho Santos

Data: 05/abr/2021 a 11/abr/2021

Campo clínico: Bloco de Partos

Local: CHUA-Faro

Editorial

Tema: Rutura Uterina em Mulheres com Cesariana Anterior em TP

O *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) recomenda que a indução do TP em mulheres com cesariana anterior seja apenas efetuada em instituições “adequadamente equipadas”, com “especialistas disponíveis para abordagem de emergência” (Mendes, Torres, Campos & Serrano, 2014). A Rutura implica uma disrupção de todas as camadas da parede uterina, com protrusão da placenta e/ou partes fetais para a cavidade abdominal, hemorragia clinicamente significativa e estado fetal não tranquilizador.

Assim, a indução do TP em mulheres com cesariana anterior é um dos pontos mais controversos na prática de obstetrícia. A abordagem mais correta nem sempre é clara, e deve ter em conta as vantagens do parto vaginal, mas também o risco individual da prova de TP nestas circunstâncias (Mendes et al., 2014).

Para as mulheres submetidas a prova de TP com cesariana anterior, o risco de rutura uterina depende de vários fatores, tais como: tipo e localização da cicatriz uterina prévia; número, data, técnica cirúrgica e circunstâncias em que ocorreram as cesarianas anteriores; forma de início de TP (espontâneo vs induzido) e agentes utilizados na indução e condução deste (Mendes et al., 2014).

O quadro clínico de rutura uterina é o de alterações da frequência cardíaca fetal, acompanhadas de diminuição do tónus uterino, cessação da contratilidade, dor abdominal, regressão do estadio de apresentação fetal, perda hemática vaginal e, finalmente, choque. No entanto, estudos concluíram que, muitos destes sinais e sintomas são raros e, mesmo quando presentes, podem não diferenciar com precisão a rutura uterina de outras intercorrências obstétricas, geralmente menos graves (como o descolamento prematuro da placenta normalmente inserida ou estado fetal não tranquilizador de causa desconhecida) (Mendes et al., 2014). O diagnóstico de RU deve seguir-se de uma estabilização hemodinâmica da mãe e cesariana tão rápidos quanto possível.

Atividades Semanais

Durante esta semana prestei cuidados de enfermagem à D. A.S., uma senhora com 25 anos de idade, uma Gesta 2 Para 1, com uma cesariana anterior em 2014 e com idade gestacional de 39 Semanas. Deu entrada na Urgência de Obstetrícia e Ginecologia, sendo induzida com perfusão de oxitocina e sendo transferida para o Bloco de Partos em TP com 3 cm de dilatação. Foi submetida a colocação de cateter epidural.

Foi um TP linear onde foi progredindo o TP, ficando com 10 cm de dilatação, porém a apresentação sempre muito alta encontrando-se no plano -2 de Lee.

Foi também observada pela equipa médica, sendo decidida a cesariana por incompatibilidade feto pélvica.

Ao realizarem a incisão abdominal, depararam-se com uma rutura uterina, sendo que o CTG nunca tinha mostrado sofrimento fetal ou algum desvio da normalidade.

Foi uma rutura uterina de difícil reversão, sendo colocada a hipótese de histerectomia abdominal como solução, acabando por ter sido submetida a uma histerorrafia.

O Recém-nascido nasceu com um índice de apgar ao primeiro minuto de 8' e ao quinto minuto 9'.

Aquisição de Competências

ATIVIDADES (OE, 2019)	COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS (OE, 2019)
<ul style="list-style-type: none"> Avaliação Materna: <ul style="list-style-type: none"> - Tensão Arterial e Frequência Cardíaca; - Temperatura Timpânica; - Avaliação da glicémia capilar (diabetes prévia, diabetes gestacional); - Estado emocional; - Anamnese (avaliação inicial). Avaliação Fetal: <ul style="list-style-type: none"> - Batimentos Cardíacos Fetais (Auscultação Fetal); - Movimentos Fetais; - Posição e situação fetal (Manobras de Leopold para avaliação da estática fetal). Conhecer o plano de parto; Esclarecer personalizadas as dúvidas identificadas inerentes ao TP; Apoiar a parturiente e o médico anestesista na técnica de colocação do cateter epidural; Avaliação do TP utilizando como ferramenta o partograma, através da cervicometria; Identificação de desvios ao TP, referenciando os mesmos à equipa médica; Executar a técnica do parto; Avaliar as características do períneo para tomada de decisão de episiotomia; Correção do períneo (Episiorrafias e Lacerações); Promoção do aleitamento materno no Período de Greenberg; Prestação de cuidados à puérpera e ao recém-nascido no puerpério imediato; Registo Informático de todos os focos em sistema SClínico; Registo do parto no Boletim de Saúde da Grávida. 	<p>3.1. Promove a saúde da mulher durante o TP e otimiza a adaptação do recém-nascido à vida extrauterina</p> <p>3.2. Diagnostica precocemente e previne complicações para saúde da mulher e do recém-nascido</p> <p>3.3. Providencia cuidados à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez e/ou com o TP</p> <p>4.1. Promove a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal</p> <p>4.2. Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e recém-nascido durante o período pós-natal</p>

Fontes de Pesquisa

- Mendes, N; Torres, R.; Campos, A.; Serrano, F. (2014). Rotura Uterina em mulheres com cesariana anterior em prova de TP. Acta Obstet Ginec Port 8 (4); pp. 377-384. Disponível em: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:DOXCZHUGLsIJ:www.fspog.com/fotos/editor2/12-aogp-d-14-00006.pdf+&cd=3&hl=pt-PT&ct=clnk&gl=pt;>
- Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento n° 140/2019 – Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019;
- Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento n° 391/2019 – Regulamento das Competências específicas do enfermeiro especialista em Saúde Materna e Obstétrica. Diário da República, 2.a série — N.o 85 — 3 de maio de 2019.

Jornal de Aprendizagem

Instrumento de registo semanal para Estudantes da UEESESJD

Nome: Inês Isabel Marujo Carvalho Santos

Data: 12/abr/2021 a 18/abr/2021

Campo clínico: Bloco de Partos

Local: CHUA-Faro

Editorial

Tema: Plano de Parto

O **Plano de Parto** (também chamado de Plano de Nascimento ou de Preferências de Parto) regista as preferências da grávida e/ou do casal para o TP, parto e pós-parto (Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto, 2021).

Embora não exista legislação específica que juridicamente proteja inequivocamente o Plano de Parto, há normas em leis nacionais e internacionais - de aplicabilidade direta e indireta em Portugal - que são passíveis de proteger a vontade que é expressa no Plano de Parto. São elas as plasmadas nos artºs 38º, 39º 149º e 150º do Código Penal Português; artºs 3º e 8º da Convenção Europeia dos Direitos Humanos (conjugados com os casos *Ternovszky vs Hungria* e *Konovalova vs Rússia*); e da Convenção dos Direitos do Homem e Biomedicina (Convenção de Oviedo) os artº 5º, 8º e 9º (Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto, 2021).

Ao construir o plano de parto, a grávida consegue perceber o que acontece em cada fase do TP e consegue organizar as suas ideias, assim como partilhá-las com o acompanhante escolhido, que ficará ciente das suas escolhas e de como poderá agir quando chegar o momento.

Conversar sobre o plano de parto com o profissional de saúde permite colocar questões e perceber o que pode ser possível; sensibilizá-lo para as prioridades da mulher e dar-lhe a hipótese de a conhecer, e aos sentimentos e expectativas (Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto, 2021).

O parto pela sua natureza é um evento impossível de prever e onde tudo pode mudar de repente, assim é importante a grávida encarar o plano como desejos e não como um conjunto de regras que serão seguidas à risca.

Atividades Semanais

Durante esta semana prestei cuidados a grávidas que tinham elaborado os seus planos de parto, conversei com as mesmas e tentei perceber o que desejavam, e o que poderiam querer ou não. Por exemplo, umas das grávidas manifestava no seu plano de parto não desejar analgesia epidural, porém com o avançar do TP, desejou avançar com a colocação do cateter epidural.

Senti sempre que os desejos das parturientes são respeitados, mesmo que não exista um plano de partos por escrito, mas apenas uma manifestação verbal, e que muitos dos seus desejos/ideias são práticas comum do serviço onde me encontro a estagiar, como por exemplo, a clampagem tardia do cordão

umbilical, o contacto pele-a-pele precoce, a amamentação na primeira hora de vida, a presença do pai no período expulsivo, entre outros.

Aquisição de Competências

ATIVIDADES (OE, 2019)	COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS (OE, 2019)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliação Materna: <ul style="list-style-type: none"> - Tensão Arterial e Frequência Cardíaca; - Temperatura Timpânica; - Avaliação da glicémia capilar (diabetes prévia, diabetes gestacional); - Estado emocional; - Anamnese (avaliação inicial). ▪ Avaliação Fetal: <ul style="list-style-type: none"> - Batimentos Cardíacos Fetais (Auscultação Fetal); - Movimentos Fetais; - Posição e situação fetal (Manobras de Leopold para avaliação da estática fetal). ▪ Conhecer o plano de parto; ▪ Esclarecer personalizadas as dúvidas identificadas inerentes ao TP; ▪ Apoiar a parturiente e o médico anestesista na técnica de colocação do cateter epidural; ▪ Avaliação do TP utilizando como ferramenta o partograma, através da cervicometria; ▪ Identificação de desvios ao TP, referenciando os mesmos à equipa médica; ▪ Executar a técnica do parto; ▪ Avaliar as características do períneo para tomada de decisão de episiotomia; ▪ Correção do períneo (Episiorrafias e Lacerações); ▪ Promoção do aleitamento materno no Período de Greenberg; ▪ Prestação de cuidados à puérpera e ao recém-nascido no puerpério imediato; ▪ Registo Informático de todos os focos em sistema SClínico; ▪ Registo do parto no Boletim de Saúde da Grávida. 	<p>3.1. Promove a saúde da mulher durante o TP e otimiza a adaptação do recém-nascido à vida extrauterina</p> <p>3.2. Diagnostica precocemente e previne complicações para saúde da mulher e do recém-nascido</p> <p>3.3. Providencia cuidados à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez e/ou com o TP</p> <p>4.1. Promove a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal</p> <p>4.2. Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e recém-nascido durante o período pós-natal</p>

Fontes de Pesquisa

- Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto. (2021). Reflexão sobre o TP e parto: construção de um plano de preferências de parto. Disponível em: <https://associacaogravidezparto.pt/wp-content/uploads/2016/08/Reflex%C3%A3o-para-a-constru%C3%A7%C3%A3o-do-plano-de-parto-introducao.pdf>. Acedido a 01/05/2021;
- Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento nº 140/2019 – Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019;
- Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento nº 391/2019 – Regulamento das Competências específicas do enfermeiro especialista em Saúde Materna e Obstétrica. Diário da República, 2.a série — N.o 85 — 3 de maio de 2019.

Jornal de Aprendizagem

Instrumento de registo semanal para Estudantes da UEESESJD

Nome: Inês Isabel Marujo Carvalho Santos

Data: 19/abr/2021 a 25/abr/2021

Campo clínico: Bloco de Partos

Local: CHUA-Faro

Editorial

Tema: Parto distócico – Fórceps e Ventosa

Os partos vaginais instrumentados representam cerca de 15-20% de todos os partos vaginais.

O instrumento (fórceps/ventosa) é aplicado na cabeça fetal e na apresentação, por tração da mesma e/ou alargamento do canal de parto.

Durante o TP, as medidas que se mostraram úteis para reduzir o número de partos instrumentados são: favorecer a monitorização; administração de oxitocina, quando a progressão do TP não for adequada; compreender que parturientes com analgesia epidural poderão ter um TP mais prolongado; utilizar a rotação manual em variedades posteriores fetais; e ser flexível no limite de tempo do período expulsivo, se houver progressão do TP (Centro de Medicina Fetal-Neonatal de Barcelona, 2021).

Temos como indicações maternas para partos instrumentados as patologias maternas graves, tais como patologia cardíaca severa, crises hipertensivas, miastenia gravis, retinopatia proliferativa e malformações vasculares cerebrais (Centro de Medicina Fetal-Neonatal de Barcelona, 2021).

Como indicações fetais para ser um parto instrumentado será quando existir uma suspeita de sofrimento fetal e TP estacionário (Centro de Medicina Fetal-Neonatal de Barcelona, 2021).

Entende-se como um TP estacionário aquele que não progride durante um dado intervalo de tempo, variável de acordo com a fase em que se encontra. Na fase latente quando se verifica uma duração >20 horas em nulíparas, e >14 horas nas múltiparas. Na fase ativa quando se verifica a ausência de alterações cervicais durante, pelo menos, 4 horas antes dos 6 cm de dilatação ou 2 horas depois dos 6 cm de dilatação. No período expulsivo diz-se prolongado se a duração for >2 horas em nulíparas, e >1 hora em múltiparas, caso exista analgesia epidural em curso, a estes tempos devem ser acrescidos 1 hora (DGS, 2015).

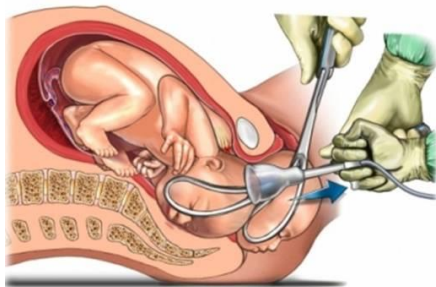


Figura 1 – Aplicação de Fórceps



Figura 2 – Ventosa Mityvac



Figura 3 – Ventosa Kiwi

Atividades Semanais

Durante as semanas em que prestei cuidados às parturientes no bloco de partos, participei em partos instrumentados, nomeadamente fórceps e ventosas.

No serviço onde me encontro a estagiar existem vários modelos de fórceps, assim como existem dois tipos de ventosas: kiwi e mityvac.

Os partos instrumentados são operacionalizados pela equipa médica em colaboração com a equipa de enfermagem.

São sempre partos em que existe um número elevado de pessoas na sala de parto, nomeadamente um enfermeiro, um médico obstetra e um pediatra, sendo que a parturiente ainda pode estar acompanhada da pessoa significativa, considero que este fator ainda pode ser motivador de stress para os pais.

Aquisição de Competências

ATIVIDADES (OE, 2019)	COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS (OE, 2019)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliação Materna: - Tensão Arterial e Frequência Cardíaca; - Temperatura Timpânica; - Avaliação da glicémia capilar (diabetes prévia, diabetes gestacional); - Estado emocional; - Anamnese (avaliação inicial). ▪ Avaliação Fetal: - Batimentos Cardíacos Fetais (Auscultação Fetal); - Movimentos Fetais; - Posição e situação fetal (Manobras de Leopold para avaliação da estática fetal). ▪ Conhecer o plano de parto; ▪ Esclarecer personalizadas as dúvidas identificadas inerentes ao TP; ▪ Apoiar a parturiente e o médico anestesista na técnica de colocação do cateter epidural; ▪ Avaliação do TP utilizando como ferramenta o partograma, através da cervicometria; ▪ Identificação de desvios ao TP, referenciando os mesmos à equipa médica; ▪ Executar a técnica do parto; ▪ Avaliar as características do períneo para tomada de decisão de episiotomia; ▪ Correção do períneo (Episiorrafias e Lacerações); ▪ Promoção do aleitamento materno no Período de Greenberg; ▪ Prestação de cuidados à puérpera e ao recém-nascido no puerpério imediato; ▪ Registo Informático de todos os focos em sistema SClínico; ▪ Registo do parto no Boletim de Saúde da Grávida. 	<p>3.1. Promove a saúde da mulher durante o TP e otimiza a adaptação do recém-nascido à vida extrauterina</p> <p>3.2. Diagnostica precocemente e previne complicações para saúde da mulher e do recém-nascido</p> <p>3.3. Providencia cuidados à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez e/ou com o TP</p> <p>4.1. Promove a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal</p> <p>4.2. Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e recém-nascido durante o período pós-natal</p>

Fontes de Pesquisa

- Centro de Medicina Fetal-Neonatal de Barcelona (2021). Protocolo: Parto Instrumentado. Disponível em: <https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/obstetricia/parto-instrumentado.html>. Acedido a 25/05/2021;
- Direção Geral da Saúde (2015). Orientação n.º 001/2015 – TP Estacionário. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0012015-de-19012015-pdf.aspx>. Acedido a 25/05/2021;
- Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento n.º 140/2019 – Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019;
- Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento n.º 391/2019 – Regulamento das Competências específicas do enfermeiro especialista em Saúde Materna e Obstétrica. Diário da República, 2.ª série — N.º 85 — 3 de maio de 2019; <https://soloinfantil.com/gestante/parto-forceps-o-que-e-principais-riscos-duvidas-frequentes/>;
- <https://www.medicaexpo.com/pt/prod/coopersurgical/product-68104-727830.html>.

Jornal de Aprendizagem

Instrumento de registo semanal para Estudantes da UEESESJD

Nome: Inês Isabel Marujo Carvalho Santos

Data: 26/abr/2021 a 02/maio/2021

Campo clínico: Bloco de Partos

Local: CHUA-Faro

Editorial

Tema: Cesariana

Define-se **cesariana** como a realização de uma laparotomia, seguida da extração de um ou mais fetos (vivos ou mortos) do útero ou da cavidade abdominal, após as 22 semanas + 0 dias de gravidez (DGS, 2015).

A cesariana tem indicações clínicas incontestadas (ex. patologia materna que contraindica o parto vaginal; patologia própria da gravidez; cirurgia uterina prévia; situação ou apresentação fetal anómala, entre outras), podendo ser uma intervenção essencial para salvar a vida da mãe e do filho, mas quando efetuada desnecessariamente está associada a riscos de saúde injustificados (DGS, 2015).

A taxa de cesarianas é internacionalmente considerada um indicador de qualidade dos cuidados obstétricos. Em 2012, a taxa de cesarianas em Portugal foi de 35,56%, sendo nos hospitais públicos de 30,99% e nos hospitais privados de 67,48% (13,11% dos partos ocorrem em hospitais privados). Portugal é assim um dos países europeus com maior taxa de cesarianas, sendo ultrapassado apenas pela Itália e a Turquia. Na maioria dos países europeus a taxa de cesarianas não ultrapassa os 30%, e vários têm uma taxa inferior a 20%. Os países europeus com taxas de cesarianas mais baixas são, de forma geral, também aqueles que apresentam valores de mortalidade materna ou mortalidade perinatal mais baixos (DGS, 2014).

A cesariana está associada a riscos de saúde superiores aos do parto vaginal, mesmo quando realizada eletivamente. Entre estes, destacam-se os riscos de lesão uretral e vesical, de histerectomia, de tromboembolismo, de complicações infecciosas, de re-internamentos hospitalares. Em gestações subsequentes a cesariana está associada a uma maior incidência de placenta prévia, acretismo placentário, rotura uterina e morte fetal (DGS, 2014).

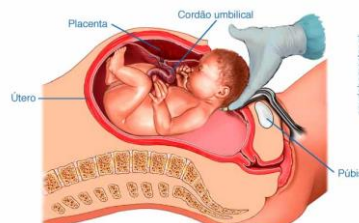


Figura 1 – Cesariana

Atividades Semanais

Durante esta semana prestei cuidados de enfermagem a parturientes que foram submetidas a cesarianas eletivas e urgentes, nomeadamente por apresentação pélvica, TP estacionário, incompatibilidade fetopélvica e suspeita de sofrimento fetal.

Enquanto futura enfermeira especialista em saúde materna e obstétrica, torna-se imprescindível identificar desvios ao TP, nomeadamente, TP estacionário, desacelerações identificadas no CTG, CTG's pouco tranquilizadores, entre outros, e transmitir o mesmo a equipa médica para que possam ser tomadas decisões, que muitas vezes acabam por se traduzir em cesarianas não programadas.

Aquisição de Competências

ATIVIDADES (OE, 2019)	COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS (OE, 2019)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliação Materna: <ul style="list-style-type: none"> - Tensão Arterial e Frequência Cardíaca; - Temperatura Timpânica; - Avaliação da glicémia capilar (diabetes prévia, diabetes gestacional); - Estado emocional; - Anamnese (avaliação inicial). ▪ Avaliação Fetal: <ul style="list-style-type: none"> - Batimentos Cardíacos Fetais (Auscultação Fetal); - Movimentos Fetais; - Posição e situação fetal (Manobras de Leopold para avaliação da estática fetal). ▪ Conhecer o plano de parto; ▪ Esclarecer personalizadamente as dúvidas identificadas inerentes ao TP; ▪ Apoiar a parturiente e o médico anestesista na técnica de colocação do cateter epidural; ▪ Avaliação do TP utilizando como ferramenta o partograma, através da cervicometria; ▪ Identificação de desvios ao TP, referenciando os mesmos à equipa médica; ▪ Executar a técnica do parto; ▪ Avaliar as características do períneo para tomada de decisão de episiotomia; ▪ Correção do períneo (Episiorrafias e Lacerações); ▪ Promoção do aleitamento materno no Período de Greenberg; ▪ Prestação de cuidados à puérpera e ao recém-nascido no puerpério imediato; ▪ Registo Informático de todos os focos em sistema SClínico; ▪ Registo do parto no Boletim de Saúde da Grávida. 	<p>3.1. Promove a saúde da mulher durante o TP e otimiza a adaptação do recém-nascido à vida extrauterina</p> <p>3.2. Diagnostica precocemente e previne complicações para saúde da mulher e do recém-nascido</p> <p>3.3. Providencia cuidados à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez e/ou com o TP</p> <p>4.1. Promove a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal</p> <p>4.2. Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e recém-nascido durante o período pós-natal</p>

Fontes de Pesquisa

- Direção-Geral da Saúde (2014). Folheto “Os Riscos Acrescidos da Cesariana”. Disponível em: <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/cesariana-profissionais-final-pdf.aspx>. Acedido a 27/05/2021;
- Direção-Geral da Saúde (2015). Norma 001/2015 – Registo de Indicações de Cesariana. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012015-de-19012015-pdf.aspx>. Acedido a 27/05/2021;
- Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento nº 140/2019 – Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019;
- Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento nº 391/2019 – Regulamento das Competências específicas do enfermeiro especialista em Saúde Materna e Obstétrica. Diário da República, 2.a série — N.º 85 — 3 de maio de 2019;
- <https://www.saudebemestar.pt/pt/clinica/ginecologia/cesariana/>.

Jornal de Aprendizagem

Instrumento de registo semanal para Estudantes da UEESESJD

Nome: Inês Isabel Marujo Carvalho Santos

Data: 03/mai/2021 a 09/mai/2021

Campo clínico: Bloco de Partos

Local: CHUA-Faro

Editorial

Tema: Covid-19 em Sala de Parto

A gravidez não aumenta o risco de infeção por SARS-CoV-2 mas aumenta o risco de progressão para doença grave. Deste modo, perante a reorganização dos recursos humanos e físicos afetos à prestação de cuidados de saúde imposta pela COVID-19 em todo o sistema de saúde, é necessário garantir o acompanhamento adequado, em qualidade e segurança, das mulheres grávidas (DGS, 2020)

As unidades hospitalares devem assegurar as condições necessárias para garantir a presença de um acompanhante durante o TP. Para tal, o acompanhante (DGS, 2020):

- a. Deve realizar um questionário clínico e epidemiológico dirigido nos termos da Norma 019/2020; b. Deve fazer-se acompanhar de um teste molecular de SARS-CoV-2 (com resultado negativo) realizado nas 72h anteriores ao internamento. No caso da grávida que é admitida em TP espontâneo, cujo acompanhante não apresente o resultado do teste programado, deve ser realizado um teste laboratorial para SARS-CoV-2 nos termos da Norma 019/2020 da DGS, preferencialmente um teste de amplificação de ácidos nucleicos;
- c. Deve ser apenas um, sem troca de acompanhantes;
- d. Deve cumprir as regras de higienização de mãos, etiqueta respiratória, distanciamento físico, utilização de máscara cirúrgica, e as demais regras da unidade hospitalar e orientações dos profissionais de saúde;
- e. Deve evitar o contato com todos os outros utentes internados;
- f. De forma a diminuir a possibilidade de transmissão da infeção, recomenda-se que haja limitação às entradas e saídas do acompanhante.

Atividades Semanais

Ao longo dos estágios nas salas de parto, foi possível presenciar diversas fases, primeiramente não era permitido o acompanhante significativo na sala de parto, sendo só possível acompanhar no recobro (durante 2 horas após o parto); noutra fase foi possível ao acompanhante estar presente no período expulsivo e no recobro; e por último, se o acompanhante e a mulher tiverem teste de COVID negativo com 72 horas de validade, é possível estar presente desde a entrada na sala de partos até à transferência para o Internamento de Puerpério.

Foi notória a ansiedade em que a maioria das mulheres se encontrava por manifestar o desejo de quererem estar acompanhadas nalguns casos pelos maridos, mães e irmãs, entre outros.

Por vezes, nem colaboravam no período expulsivo com medo que a pessoa não chegasse a tempo para ver o bebé nascer.

Julgo que é extremamente importante para as parturientes verem os seus direitos serem reconhecidos e ser possibilitado pela instituição neste momento um acompanhamento permanente, fazendo com que o TP seja vivido as dois, conforme os casais desejarem ou com as pessoas significativas que as mulheres escolherem.

Aquisição de Competências

ATIVIDADES (OE, 2019)	COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS (OE, 2019)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliação Materna: <ul style="list-style-type: none"> - Tensão Arterial e Frequência Cardíaca; - Temperatura Timpânica; - Avaliação da glicémia capilar (diabetes prévia, diabetes gestacional); - Estado emocional; - Anamnese (avaliação inicial). ▪ Avaliação Fetal: <ul style="list-style-type: none"> - Batimentos Cardíacos Fetais (Auscultação Fetal); - Movimentos Fetais; - Posição e situação fetal (Manobras de Leopold para avaliação da estática fetal). <ul style="list-style-type: none"> ▪ Conhecer o plano de parto; ▪ Esclarecer personalizadas as dúvidas identificadas inerentes ao TP; ▪ Apoiar a parturiente e o médico anestesista na técnica de colocação do cateter epidural; ▪ Avaliação do TP utilizando como ferramenta o partograma, através da cervicometria; ▪ Identificação de desvios ao TP, referenciando os mesmos à equipa médica; ▪ Executar a técnica do parto; ▪ Avaliar as características do períneo para tomada de decisão de episiotomia; ▪ Correção do períneo (Episiorrafias e Lacerações); ▪ Promoção do aleitamento materno no Período de Greenberg; ▪ Prestação de cuidados à puérpera e ao recém-nascido no puerpério imediato; ▪ Registo Informático de todos os focos em sistema SClínico; ▪ Registo do parto no Boletim de Saúde da Grávida. 	<p>3.1. Promove a saúde da mulher durante o TP e otimiza a adaptação do recém-nascido à vida extrauterina</p> <p>3.2. Diagnostica precocemente e previne complicações para saúde da mulher e do recém-nascido</p> <p>3.3. Providencia cuidados à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez e/ou com o TP</p> <p>4.1. Promove a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal</p> <p>4.2. Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e recém-nascido durante o período pós-natal</p>

Fontes de Pesquisa

- Direção-Geral da Saúde (2020). Orientação n.º 018/2020- COVID-19: Gravidez e Parto. Disponível em: <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0182020-de-30032020-pdf.aspx>. Acedido a 31/05/2021;
- Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento n.º 140/2019 – Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019;
- Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento n.º 391/2019 – Regulamento das Competências específicas do enfermeiro especialista em Saúde Materna e Obstétrica. Diário da República, 2.ª série — N.º 85 — 3 de maio de 2019.

Jornal de Aprendizagem 28: Métodos Não-Farmacológicos do Controlo da Dor

Jornal de Aprendizagem

Instrumento de registo semanal para Estudantes da UEESESJD

Nome: Inês Isabel Marujo Carvalho Santos

Data: 10/mai/2021 a 16/mai/2021

Campo clínico: Bloco de Partos

Local: CHUA-Faro

Editorial

Tema: Métodos Não-Farmacológicos do Controlo da Dor

A Organização Mundial de Saúde (OMS) salienta que uma das intervenções prioritárias da Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica é ajudar as mulheres a suportarem a dor do TP. Isto pode ser alcançado através de alívio da dor com métodos não-farmacológicos, sendo estes muito importantes e com comprovação científica, utilizados durante o TP (Aveiro & Velosa, 2021).

Em 1996, a OMS destacou como métodos o banho, a massagem, as técnicas de relaxamento, a hidroterapia, a electroestimulação cutânea, a deambulação e a cinesioterapia. Com o passar dos anos, outros métodos foram adotados para o auxílio às grávidas durante o TP, como exercícios respiratórios, relaxamento muscular, uso da bola suíça e deambulação, podendo estes serem utilizados de forma isolada ou combinados (Mielke, Gouveia & Gonçalves, 2019).

A eficácia do uso dos métodos não farmacológicos é descrita na literatura, que enfatiza as repercussões desses métodos como positivos na vida da mãe e do bebé, favorecendo o atendimento de qualidade com base nos direitos das mulheres e, além disso, tendo efeitos na duração do TP. Demonstraram efeitos positivos na experiência do TP e parto, uma vez que tais métodos, diminuem o tempo do TP e oferecem uma sensação de bem-estar e redução de dor (Mielke et al., 2019).

Atividades Semanais

Durantes as semanas nas quais prestei cuidados de enfermagem a parturientes em TP, foi possível promover métodos não-farmacológicos para alívio da dor do TP.

Quando as parturientes desejavam analgesia epidural, e por indicação do médico anestesista já não se poderiam levantar do leito após colocação do cateter epidural, e por isso mesmo que fosse do desejo da equipa de enfermagem, existiam métodos que não poderiam ser realizados, como por exemplo a deambulação e o uso da bola suíça.

Existiram parturientes que não colocaram cateter epidural, umas por contraindicação (dilatação avançada, patologia materna, critérios de infeção) e outras por recusa materna, foi possível promover técnicas de relaxamento, musicoterapia, exercícios respiratórios, deambulação, bola suíça e banho.

Para as parturientes que colocaram cateter epidural, também foram utilizadas todas as técnicas, exceto as que seriam necessárias a posição vertical da parturiente.

Aquisição de Competências

ATIVIDADES (OE, 2019)	COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS (OE, 2019)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliação Materna: <ul style="list-style-type: none"> - Tensão Arterial e Frequência Cardíaca; - Temperatura Timpânica; - Avaliação da glicémia capilar (diabetes prévia, diabetes gestacional); - Estado emocional; - Anamnese (avaliação inicial). ▪ Avaliação Fetal: <ul style="list-style-type: none"> - Batimentos Cardíacos Fetais (Auscultação Fetal); - Movimentos Fetais; - Posição e situação fetal (Manobras de Leopold para avaliação da estática fetal). <ul style="list-style-type: none"> ▪ Conhecer o plano de parto; ▪ Esclarecer personalizadas as dúvidas identificadas inerentes ao TP; ▪ Apoiar a parturiente e o médico anestesista na técnica de colocação do cateter epidural; ▪ Avaliação do TP utilizando como ferramenta o partograma, através da cervicometria; ▪ Identificação de desvios ao TP, referenciando os mesmos à equipa médica; ▪ Executar a técnica do parto; ▪ Avaliar as características do períneo para tomada de decisão de episiotomia; ▪ Correção do períneo (Episiorrafias e Lacerações); ▪ Promoção do aleitamento materno no Período de Greenberg; ▪ Prestação de cuidados à puérpera e ao recém-nascido no puerpério imediato; ▪ Registo Informático de todos os focos em sistema SClínico; ▪ Registo do parto no Boletim de Saúde da Grávida. 	<p>3.1. Promove a saúde da mulher durante o TP e otimiza a adaptação do recém-nascido à vida extrauterina</p> <p>3.2. Diagnostica precocemente e previne complicações para saúde da mulher e do recém-nascido</p> <p>3.3. Providencia cuidados à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez e/ou com o TP</p> <p>4.1. Promove a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal</p> <p>4.2. Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e recém-nascido durante o período pós-natal</p>

Fontes de Pesquisa

- Aveiro, C.; Velosa, T. (2021). A Dor em Obstetrícia. Ordem dos Enfermeiros “Projetos Melhoria Qualidade Cuidados de Enfermagem”. Disponível em: HospitalNelioMendonca_Dor_Obstetricia_Madeira.pdf (ordemenfermeiros.pt). Acedido a 01/06/2021;
- Mielke, K. C.; Gouveia, H. G.; Gonçalves, A. C. (2019). A prática de métodos não-farmacológicos para o alívio da dor de parto em um hospital universitário no Brasil. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v37n1/0121-4500-aven-37-01-47.pdf>. Acedido a 01/06/2021;
- Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento nº 140/2019 – Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019;
- Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento nº 391/2019 – Regulamento das Competências específicas do enfermeiro especialista em Saúde Materna e Obstétrica. Diário da República, 2.ª série — N.º 85 — 3 de maio de 2019.

Jornal de Aprendizagem

Instrumento de registo semanal para Estudantes da UEESESJD

Nome: Inês Isabel Marujo Carvalho Santos

Data: 17/mai/2021 a 23/mai/2021

Campo clínico: Bloco de Partos

Local: CHUA-Faro

Editorial

Tema: Cardiotocografia

A cardiotocografia (CTG), também conhecida como monitorização fetal eletrónica, é um método não invasivo de monitorização dos batimentos cardíacos fetais, cujo objetivo primário é a avaliação da vitalidade do concepto (oxigenação), e consiste no registo gráfico simultâneo da frequência cardíaca fetal (FCF), dos movimentos fetais e das contrações uterinas (FEBRASGO, 2016-2019)

A classificação do CTG anteparto em “reativa ou não reativa”, de acordo com a presença ou não de aceleração da FCF, respetivamente, não é mais recomendada atualmente. A Classificação em categorias de acordo com exame normal, atípico e anormal, levando-se em consideração todos os parâmetros de avaliação da FCF é atualmente preferida (Quadro 1).

Parâmetro	CTG Normal (antigo reativa)	CTG atípica ou indeterminada (antiga não-reativa)	CTG anormal (antiga não-reativa)
Linha de base	110 – 160 bpm.	100 – 110 bpm. > 160 bpm por < 30 min. Elevação da linha de base.	Bradycardia < 100 bpm. Taquicardia > 160 bpm por 30 min. Linha de base irregular.
Variabilidade	6 a 25 bpm. ≤ 5 bpm por < 40 min.	≤ 5 bpm por 40 a 80 min.	≤ 5 bpm por ≥ 80 min. ≥ 25 bpm por > 10 min. Sinusoidal.
Desacelerações	Nenhuma ou ocasional/variável, <30 seg.	Desacelerações variáveis, por 30 a 60 seg.	Desacelerações variáveis, > 60 seg. Desaceleração tardia.
Acelerações (> 32 semanas)	≥ 2 acelerações ≥ 15 bpm por 15 seg em < 40 min.	≤ 2 acelerações ≥ 15 bpm por 15 seg em 40-80 min.	≤ 2 acelerações ≥ 15 bpm por 15 seg em > 80 min.
Acelerações (< 32 semanas)	≥ 2 acelerações ≥ 10 bpm por 10 seg em < 40 min.	≤ 2 acelerações ≥ 10 bpm por 10 seg em 40-80 min.	≤ 2 acelerações ≥ 10 bpm por 10 seg em > 80 min.
Ação	Nova avaliação opcional: Baseada no quadro clínico.	Nova avaliação necessária	Conduta urgente: Avaliação completa com US e PBF. Alguns casos terminarão em interrupção da gestação.

Quadro 1 – Classificação da Cardiotocografia Anteparto (FEBRASGO, 2016-2019)

As categorias da CTG anteparto dividem-se em três (FEBRASGO, 2016-2019):

- Categoria I – Normal (altamente preditivo de equilíbrio ácido-base normal);
- Categoria II – Atípica/Indeterminada (não é preditor de alteração no equilíbrio, mas não pode atestar normalidade no momento da observação);
- Categoria III – Anormal (equilíbrio ácido-base anormal).

Atividades Semanais

Durante todas as semanas nas quais prestei cuidados de enfermagem a parturientes em TP contactei com cardiocorografias.

Tornou-se imprescindível como futura enfermeira especialista em saúde materna e obstétrica, saber fazer uma leitura adequada, sendo desta forma capaz de interpretar desvios à normalidade e encaminhar para a equipa multidisciplinar.

Também consegui adequar os cuidados especializados aos diversos tipos de CTG's que encontrei, nas diferentes fases do TP, proporcionando às parturientes cuidados diferenciados, especializados e continuados.

Aquisição de Competências

ATIVIDADES (OE, 2019)	COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS (OE, 2019)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliação Materna: <ul style="list-style-type: none"> - Tensão Arterial e Frequência Cardíaca; - Temperatura Timpânica; - Avaliação da glicémia capilar (diabetes prévia, diabetes gestacional); - Estado emocional; - Anamnese (avaliação inicial). ▪ Avaliação Fetal: <ul style="list-style-type: none"> - Batimentos Cardíacos Fetais (Auscultação Fetal); - Movimentos Fetais; - Posição e situação fetal (Manobras de Leopold para avaliação da estática fetal). ▪ Conhecer o plano de parto; ▪ Esclarecer personalizadas as dúvidas identificadas inerentes ao TP; ▪ Apoiar a parturiente e o médico anestesista na técnica de colocação do cateter epidural; ▪ Avaliação do TP utilizando como ferramenta o partograma, através da cervicometria; ▪ Identificação de desvios ao TP, referenciando os mesmos à equipa médica; ▪ Executar a técnica do parto; ▪ Avaliar as características do períneo para tomada de decisão de episiotomia; ▪ Correção do períneo (Episiorrafias e Lacerações); ▪ Promoção do aleitamento materno no Período de Greenberg; ▪ Prestação de cuidados à puérpera e ao recém-nascido no puerpério imediato; ▪ Registo Informático de todos os focos em sistema SCLínico; ▪ Registo do parto no Boletim de Saúde da Grávida. 	<p>3.1. Promove a saúde da mulher durante o TP e otimiza a adaptação do recém-nascido à vida extrauterina</p> <p>3.2. Diagnostica precocemente e previne complicações para saúde da mulher e do recém-nascido</p> <p>3.3. Providencia cuidados à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez e/ou com o TP</p> <p>4.1. Promove a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal</p> <p>4.2. Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e recém-nascido durante o período pós-natal</p>

Fontes de Pesquisa

- FEBRASGO (2016-2019). Protocolos FEBRASGO Obstetrícia nº. 81-2018 “Cardiotocografia anteparto”. Disponível em: n81 - O - Cardiotocografia anteparto.indb (sogirgs.org.br). Acedido a: 02/06/2021;
- Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento nº 140/2019 – Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019;
- Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento nº 391/2019 – Regulamento das Competências específicas do enfermeiro especialista em Saúde Materna e Obstétrica. Diário da República, 2.a série — N.o 85 — 3 de maio de 2019.

Jornal de Aprendizagem

Instrumento de registo semanal para Estudantes da UEESESJD

Nome: Inês Isabel Marujo Carvalho Santos

Data: 24/mai/2021 a 30/mai/2021

Campo clínico: Bloco de Partos

Local: CHUA-Faro

Editorial

Tema: Partograma

O partograma foi estabelecido como a “*gold standard*” da ferramenta de monitorização do TP universalmente e tem sido recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para utilização no TP ativo (Dalal & Purandare, 2017).

O partograma (por vezes conhecido como *partograph*) é geralmente um formulário de papel pré-impresso no qual as observações do TP são registadas. O objetivo do partograma é proporcionar uma visão geral pictórica do TP, alertar enfermeiras especialistas e obstetras para desvios no bem-estar materno ou fetal, e no progresso do parto. Os gráficos contêm frequentemente linhas de alerta e de ação pré-impressas (Lavender, Cuthbert & Smyth, 2018).

A maioria dos partogramas, tanto em papel como em formato eletrónico, incluem tanto observações sobre a condição materna e fetal, como também observações acerca da progressão do TP, apresentadas pela dilatação cervical, plano de apresentação e das características das contrações presentes. As observações do TP de acordo com a progressão prevista pré-definida, permitem realizar o diagnóstico de TP prolongado ou distócia do parto (Lavender & Bernitz, 2020).

A maioria das diretrizes para o progresso normal do TP são derivadas de observações clínicas de Friedman em mulheres em TP. Em 1954, Friedman introduziu o conceito de partograma, por traçar graficamente a dilatação cervical em relação ao tempo. Obteve uma curva sigmóide, onde dividiu o primeiro estágio do TP em fase **latente** e fase **ativa** (Dalal et al., 2017).

Atividades Semanais

Durante todas as semanas nas quais prestei cuidados de enfermagem a parturientes nas salas de parto, contactei com o partograma, onde tive que fazer uma leitura adequada do mesmo, assim como o seu preenchimento.

No Partograma institucional consta o índice obstétrico, as patologias maternas, fetais e da gravidez, o grupo sanguíneo, o resultado da análise ao *Streptococcus B*, a integridade ou não da bolsa amniótica, a dilatação cervical e apresentação fetal, os parâmetros vitais, a terapêutica administrada, a hora e o tipo de parto, a analgesia utilizada, o tipo de dequitação, o períneo (episiorrafia, laceração), o peso do recém-nascido, sexo e o índice de apgar do mesmo, entre outros (ver anexo I).

Este instrumento permite um acompanhamento contínuo da parturiente, permitindo uma visão pictórica do desenvolvimento do TP em relação ao tempo. Trata-se assim, de um instrumento recomendado pela OMS, para acompanhar as parturientes nos trabalhos de parto.

Aquisição de Competências

ATIVIDADES (OE, 2019)	COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS (OE, 2019)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliação Materna: <ul style="list-style-type: none"> - Tensão Arterial e Frequência Cardíaca; - Temperatura Timpânica; - Avaliação da glicémia capilar (diabetes prévia, diabetes gestacional); - Estado emocional; - Anamnese (avaliação inicial). ▪ Avaliação Fetal: <ul style="list-style-type: none"> - Batimentos Cardíacos Fetais (Auscultação Fetal); - Movimentos Fetais; - Posição e situação fetal (Manobras de Leopold para avaliação da estática fetal). ▪ Conhecer o plano de parto; ▪ Esclarecer personalizadas as dúvidas identificadas inerentes ao TP; ▪ Apoiar a parturiente e o médico anestesiologista na técnica de colocação do cateter epidural; ▪ Avaliação do TP utilizando como ferramenta o partograma, através da cervicometria; ▪ Identificação de desvios ao TP, referenciando os mesmos à equipa médica; ▪ Executar a técnica do parto; ▪ Avaliar as características do períneo para tomada de decisão de episiotomia; ▪ Correção do períneo (Episiorrafias e Lacerações); ▪ Promoção do aleitamento materno no Período de Greenberg; ▪ Prestação de cuidados à puérpera e ao recém-nascido no puerpério imediato; ▪ Registo Informático de todos os focos em sistema SClínico; ▪ Registo do parto no Boletim de Saúde da Grávida. 	<p>3.1. Promove a saúde da mulher durante o TP e otimiza a adaptação do recém-nascido à vida extrauterina</p> <p>3.2. Diagnostica precocemente e previne complicações para saúde da mulher e do recém-nascido</p> <p>3.3. Providencia cuidados à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez e/ou com o TP</p> <p>4.1. Promove a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal</p> <p>4.2. Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e recém-nascido durante o período pós-natal</p>

Fontes de Pesquisa

- Dalal, A. R.; Purandare, A. C. (2017). The Partograph in Childbirth: Na Absolute Essentiately or a Mere Exercise?. The Journal of Obstetrics and Gynecology of India. 68 (1), pp. 3-14. DOI: 10.1007/s13224-017-1051-y;
- Lavender, T.; Cuthbert, A.; Smyth, R. M. D. (2018). Effect of partograph use on outcomes for women in spontaneous labour at term and their babies (review). Cochrane Database of Systematic Reviews. DOI: 10.1002/14651858.CD005461.pub5;
- Lavender, T.; Bernitz, S. (2020). Use of the partograph – Current thinking. Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology, pp. 33-43. DOI: 10.1016/j.bpobgyn.2020.03.010;
- Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento nº 140/2019 – Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019;
- Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento nº 391/2019 – Regulamento das Competências específicas do enfermeiro especialista em Saúde Materna e Obstétrica. Diário da República, 2.ª série — N.º 85 — 3 de maio de 2019.

APÊNDICE D: ESTUDO DE CASO

TROMBOCITOPENIA FETAL E NEONATAL ALOIMUNE (PROVISÓRIO)

RESUMO

Objetivo: elaborar um Plano de Cuidados de Enfermagem centrado na adesão ao regime terapêutico da grávida, para prevenção de doença aloimune por trombocitopenia fetal e neonatal. A meta orientava-se para a diminuição de consequências neonatais, já que existia um historial de trombocitopenia na terceira gravidez.

Métodos: estudo de caso alusivo a um utente do sexo feminino, 31 anos, quarta gesta, para dois. Socialmente é empregada de restauração. A avaliação inicial fundamentou-se na Teoria *Roper, Logan & Tierney* sobre as Atividades de Vida Diárias e para a conceção do plano de cuidados de enfermagem utilizou-se a taxonomia NANDA-I, NIC e NOC.

Resultados: Foram levantados cinco diagnósticos, sendo os mais significativos Disposição para Controlo da Saúde Melhorado, Proteção Ineficaz e Conhecimento Deficiente.

Descritores: Trombocitopenia Fetal e Neonatal Aloimune; Gravidez; Cuidados de Enfermagem; Adesão Terapêutica

APÊNDICE E: FORMAÇÃO EM SERVIÇO “REGISTOS DE ENFERMAGEM – UNIDADE DE GRÁVIDAS”

FORMAÇÃO EM SERVIÇO

REGISTOS DE ENFERMAGEM

Unidade de Grávidas

Inês Santos
L. T.
M. S.



APÊNDICE F: PROTOCOLO DE INVESTIGAÇÃO

The usability of partogram/partograph by nurses- midwives: a systematic review

Citation

- Inês Santos. RN. MSc Student, University of Évora, Nursing Department, University Hospital of Algarve.
- Margarida Sim-Sim. RN. PhD. University of Évora, Nursing Department.

Review question

What does the evidence about the usability of the Partogram/Partograph applied by nurses/midwives as an instrument of care for women undergoing parturition say?

The main objective: to describe the usability of the Partogram/Partograph when applied by nurses/midwives to women during parturition in empirical quantitative and qualitative studies |

We sought studies that report usability, recognized by nurses/midwives, when using the WHO Partogram model in women undergoing parturition. We refer to usability as the concept that addresses the extent to which a particular instrument can be applied by specific users to achieve specific objectives, such effectively, efficiently and satisfyingly in a specific use context (ISO, 2018)

APÊNDICE G: Descritores/Palavras-Chave/Percurso da Busca nas Bases de Dados

PubMed		
Mesh Terms		
Partogram	Ausentes do Thesaurus	0
Partograph	Ausentes do Thesaurus	0
"Labor, Obstetric"[Mesh]	The repetitive uterine contraction during childbirth which is associated with the progressive dilation of the uterine cervix (CERVIX UTERI). Successful labor results in the expulsion of the FETUS and PLACENTA. Obstetric labor can be spontaneous or induced (LABOR, INDUCED). Year introduced: 2003	162,551
"Parturition"[Mesh]	The process of giving birth to one or more offspring. Year introduced: 2003	18,339
"instrumentation" [Subheading]	Used with diagnostic or therapeutic procedures, analytic techniques, and specialties or disciplines, for the development or modification of apparatus, instruments, or equipment. Year introduced: 1966	670,283
"Midwifery"[Mesh]	The practice of assisting women in childbirth. Year introduced: 1966	19,693
"Nurse Midwives"[Mesh]	Professional nurses who have received postgraduate training in MIDWIFERY. Year introduced: 1977	7,273
"Diagnostic Techniques, Obstetrical and Gynecological"[Mesh]	Methods and procedures for the diagnosis of conditions related to pregnancy, labor, and the puerperium and of diseases of the female genitalia. It includes also demonstration of genital and pregnancy physiology. Year introduced: 1998	133,516

PubMed – Equação Booleana	
	((("Midwifery"[Mesh]) OR ("Nurse Midwives"[Mesh])) AND (("Diagnostic Techniques, Obstetrical and Gynecological"[Mesh]) OR ("instrumentation" [Subheading]))) AND (("Labor, Obstetric"[Mesh]) OR ("Parturition"[Mesh]))
	("Labor, Obstetric"[Mesh]) OR ("Parturition"[Mesh])
	("Diagnostic Techniques, Obstetrical and Gynecological"[Mesh]) OR ("instrumentation" [Subheading])
	("Midwifery"[Mesh]) OR ("Nurse Midwives"[Mesh])
Bolean Equation	((("Midwifery"[Mesh]) OR ("Nurse Midwives"[Mesh])) AND (("Diagnostic Techniques, Obstetrical and Gynecological"[Mesh]) OR ("instrumentation" [Subheading]))) AND (("Labor, Obstetric"[Mesh]) OR ("Parturition"[Mesh]))
Search results: 139	

EBSCO	
19	Bolean Equation =(Midwives OR midwifery) AND (Obstetrics OR Labor OR Birth) AND (Registratation OR Tool OR Software OR Instrumentation OR Partogram OR Partograph) AND (usability)

Search results: 19

Buscando: CINAHL Complete, [Exibir tudo](#) | [Escolher bases de dados](#)

Midwives OR midwifery Seleccionar um campo (opcional)

AND - Obstetrics OR Labor OR Birth Seleccionar um campo (opcional)

AND - Registration OR Tool OR Software O Seleccionar um campo (opcional)

AND - usability Seleccionar um campo (opcional)

Busca básica Busca avançada Histórico de busca

Refinar resultados Resultados da busca: 1 - 19 de 19 Relevância Opções de página Comparar

Busca atual para Booleano/Frase: (Midwives OR midwifery) AND (Obstetrics OR Labor OR Birth) AND (Registration OR Tool OR Software OR Instrumentation OR Partogram OR Partograph) AND (usability)

Expansores Aplicar assuntos equivalentes

Limite para Texto completo Referências disponíveis Analisado por especialistas

De: 2002 Para: 2021

Observação: Itens duplicados removidos da lista de resultados.

1. **Usability, acceptability, and feasibility of the World Health Organization Labour Care Guide: A mixed-methods, multicountry evaluation.**

(Includes abstract) Vogel, Joshua P.; Cornie-Thomson, Liz; Pingray, Veronica; Gadama, Luis; Galadanci, Hadiza; Goudar, Shivaprasad; Laisser, Rose; Lavender, Tina; Lissauer, David; Misra, Sujata; Pujar, Yeshita; Qureshi, Zahida P.; Amole, Taiwo; Berrueta, Mabel; Dankishiya, Faisal; Gwako, George; Homer, Caroline S. E.; Jobanputra, Jonathan; Meja, Sam; Nigri, Carolina; (et al); Issues in Perinatal Care, Mar2021; 48(1): 66-75. 10p. (Article - research, tables/charts) ISSN: 0730-7650, Base de dados: CINAHL Complete

Introduction: The World Health Organization's (WHO) Labour Care Guide (LCG) is a "next-generation" partograph based on WHO's latest intrapartum care recommendations. It aims to optimize clinical ...

Assuntos: World Health Organization; Intrapartum Care; Labor

2. **Implementing the MAMA ACT intervention in Danish antenatal care: a qualitative study of non-Western immigrant women's and midwives' attitudes and experiences.**

SciELO	
31 resultados	Boleana = Partogram OR Partograph

SciELO

(*Partogram OR Partograph) Todos os índices Nova busca

Precisa de ajuda? AND usability Todos os índices

Adicionar outro campo + Histórico de busca

Não foram encontrados documentos para sua pesquisa

Resultados: 0

#2 (*Partogram OR Partograph) AND (usability)

Filtros

SciELO

(*Partogram OR Partograph) Todos os índices Nova busca

Adicionar outro campo + Histórico de busca

Resultados: 31 Ordenar por Publicação - Mais novos primeiro Página 1

#3 (*Partogram OR Partograph)

Filtros

Coleções Todos Brasil





Selecionar esta página | Imprimir | Enviar por e-mail | Exportar | Compartilhar | 0 Itens selecionados

1. **Desigualdade racial nas boas práticas e intervenções obstétricas no parto e nascimento em maternidades da Rede Cegonha**

Alves, Maria Teresa Seabra Soares de Brito e, Chagas, Deysianne Costa das, Santos, Alcione Miranda dos, Simões, Van Maria Ferreira, Ayres, Barbara Vasques da Silva, Santos, Gilmará Lúcia dos, Silva, Antônio Augusto Moura da. *Ciência & Saúde Coletiva* Mar 2021, Volume 26, Nº 3, Páginas 837 - 846

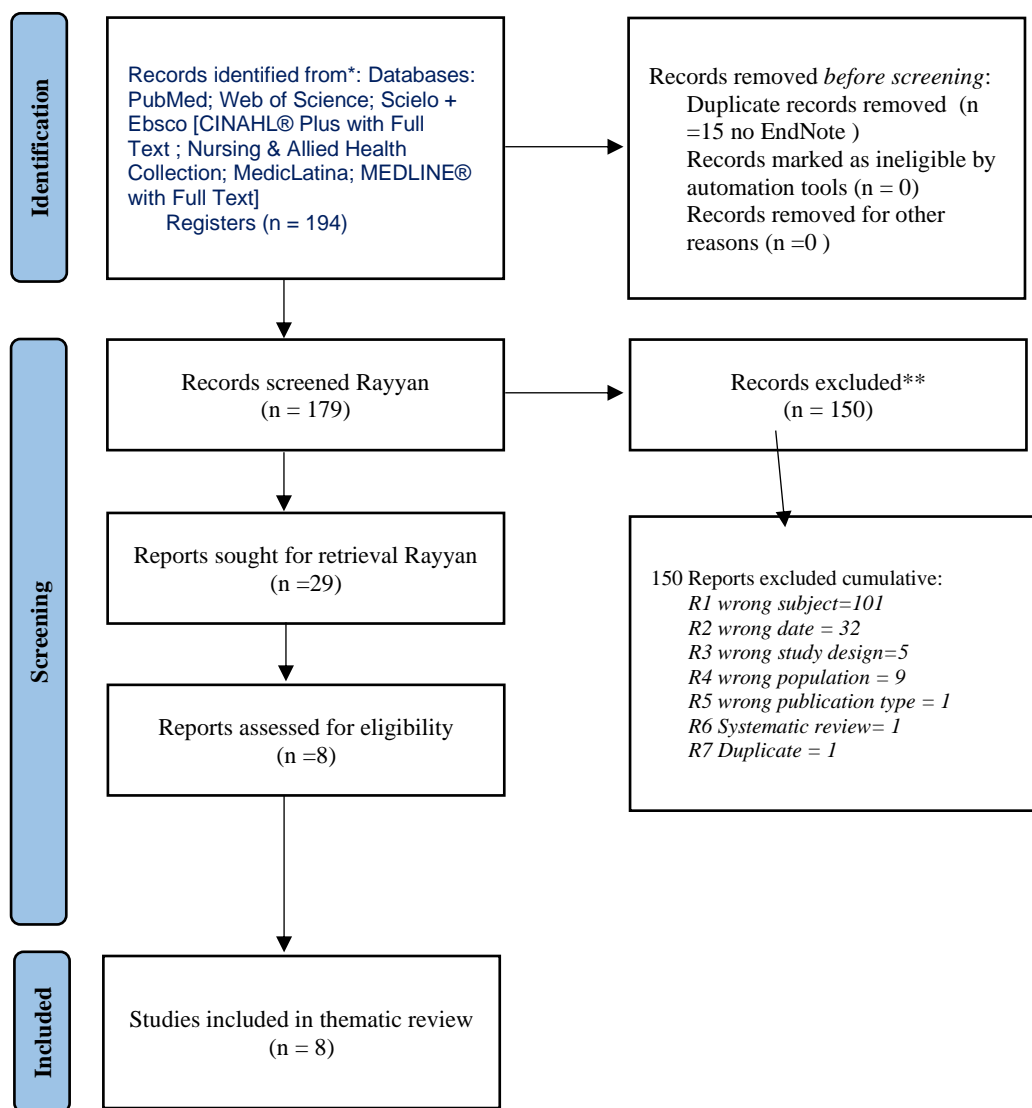
Resumo: > EN > PT | Texto: EN PT | PDF: EN | ePDF: EN | PDF: PT | ePDF: PT

<https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.38982020>

BD	Equação Booleana	Resulta/ Brutos
	(("Software"[Mesh]) OR "instrumentation" [Subheading]) AND (("Labor, Obstetric"[Mesh]) AND ("Diagnostic Techniques, Obstetrical and Gynecological"[Mesh])) =300	139
	(Partogram OR Partograph) AND (Obstetrics OR Labor OR Birth) AND (Registration OR Tool OR Software OR Instrumentation)	5
 <ul style="list-style-type: none"> CINAHL Complete MEDLINE Complete Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive MEDLINE with Full Text MedicLatina 	Boolean Equation =(Midwives OR midwifery) AND (Obstetrics OR Labor OR Birth) AND (Registration OR Tool OR Software OR Instrumentation OR Partogram OR Partograph) AND (usability)	19
	Partogram OR Partograph	31
Total	Resultados depois de retirados os repetidos e enviados para EndNote	179
	Resultados no Rayyan após retirados os repetidos não reconhecidos no EndNote	154

APÊNDICE H: PRISMA

PRISMA 2020 flow diagram for new systematic reviews which included searches of databases and registers only



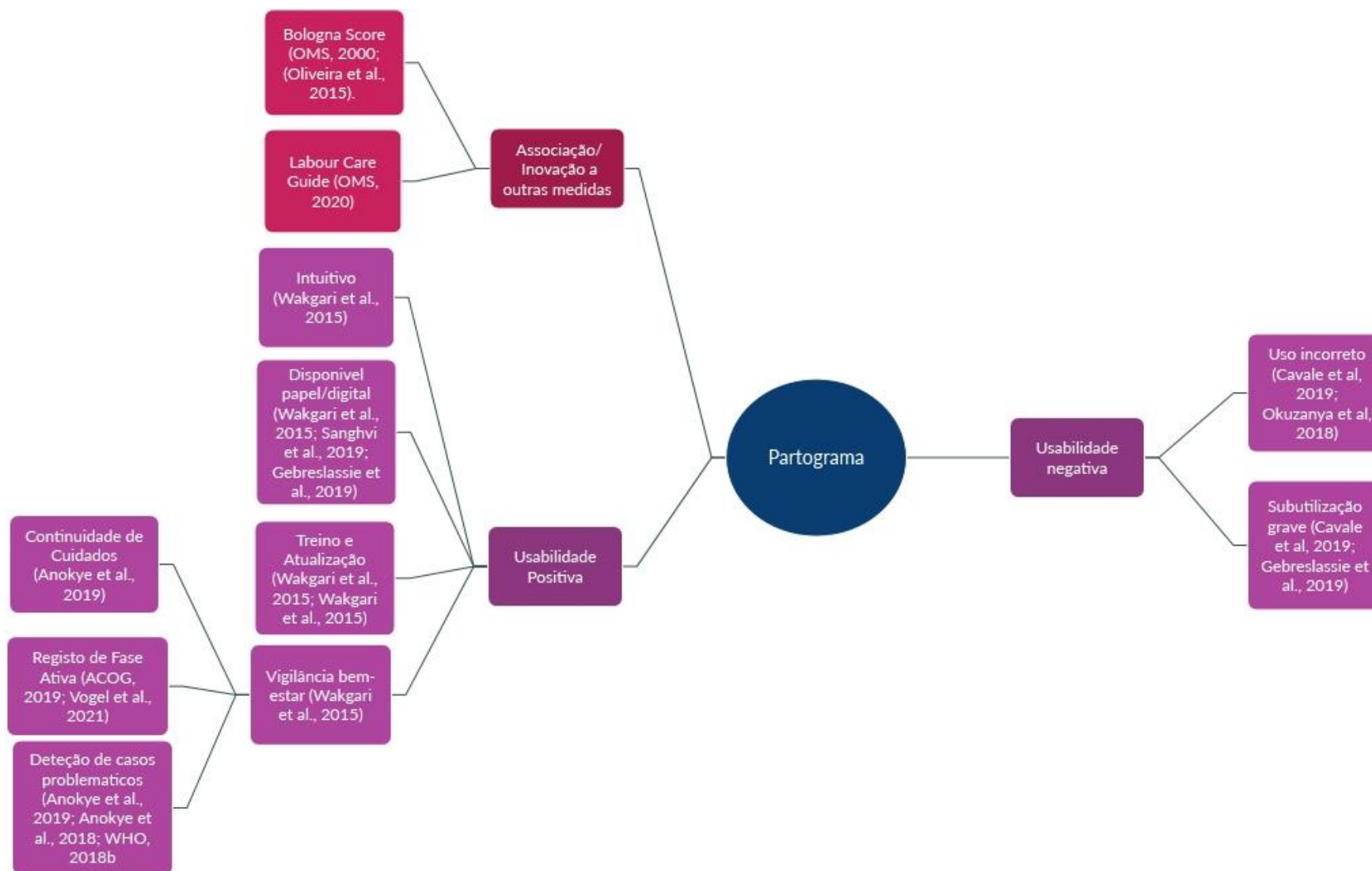
*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).

**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.

From: Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71

For more information, visit: <http://www.prisma-statement.org/>

Apêndice I: Temas emergentes resultantes da Revisão Temática



Apêndice J: Exemplo de Partograma da p3

Data Fictícia 7 / 12 / 20

Patologia materna: Hipotireoidismo (Leuprox), Asma

Patologia da gravidez: Desconhece

Patologia fetal: Desconhece

Grupo de Sangue: O Rh+ Rotura BA: Não Sim

Strep. B: Pos. Neg. Desc.

Cesariana anterior: Data ___/___/___

Motivo: _____

PARTOGRAMA

Data-hora de entrada na Admissão: 07/12/20 - 16h44m

Parturiente3 Fictício

Data de Nascimento: 19/12/1992

Penicilina

Hora	17:30	19:00	19:40	20:05	21:30	23:50	2:20	4:05	7:30	8:50	11:58	12:07
P	10											10
L	9											9
A	8											8
N	7	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲			7
S	6									▲	▲	6
D	5										▲	5
E	4											4
L	3	●	●	●	●	●	●	●	●			3
E	2	●										2
E	1											1
A	1											1

Diâmetro bipartilha cefálica

Plano "T1" de Doleo

APAGAMENTO	RUG	RUG	RUG	RUG	RUG	RUG	RUG	RUG	Fino	edema	edema	inse
VARIEDADE	CEF	CEF	CEF	CEF	CEF	CEF	CEF	CEF	CEF	CEF	CEF	CEF
CONTRAÇÕES	Reg	Reg	Reg	Reg	Reg	Reg	Reg	Reg	Reg	Reg	Reg	Reg
ROTURA BA	0	0	0	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑
LA (C/H/M/TM)	-	-	-	LC	LC	LC	LC	LC	LC	LC	LC	LC
CTG (T1/T2/T3)	T1	T1	T1	T1	T1	T1	T1	T1	T1	T1	T1	T1
FCF (bpm)	150	130	129	120	135	128	127	136	154	135	132	
Assinatura/Mec.	Rubica	Rubica	Rubica	Rubica	Rubica	Rubica	Rubica	Rubica	Rubica	Rubica	Rubica	
Hora	17:30	23:50	2:20	8:50	11:58							

PO (ml/h)

SOROS

TA (mmHg)

FC (bpm)

TEMPERATURA

BM teste (mg/dl)

CATETER EPIDURAL (ml/h)

ELIMINAÇÃO VESICAL

Assinatura/Mec.

Partograma vertical:

Parto: **EUJÍCIO**

Parto: **PARTO**

Legenda

C - Claro

H - Hemático

M - mecônio

TM - Tinto mecônio

↑ RABA

↓ REBA

acompanhante: _____

Pretende epidural: Sim Não

Cateter epidural colocado por: Rubica

Hora: 19:20

TERAPÊUTICA	HORÁRIO	H/2							
Paracetamol + Tramadol (EV)	17:30h	Rubrica							
Butilex epidemia (ZEV+IM)	20:15h	Rubrica							
Petidina 50mg IM	22:10h	Rubrica							
Diazepam 10mg IM	23:50h	Rubrica							

Notas de Evolução

19h 30m: TA: 115/71 mmHg, FC: 85 bpm. Rubrica

08h 50m: PERQUEIXAS ALGICAS foi administrado 20 ml de ropivacaína a 2% em B&SUS. AESTHO INES SANTOS IEEESTHO F.H.

Puerpério Imediato:

TA 115/68 mmHg FC 73 bpm T°C: 36,8°C

Hemorragia pós-parto: Sim Não

Transfusão: Não Sim Hora: Início ___/___/___ Fim ___/___/___

↓ Terapêutica/hora →					

PARTO

Hora: 17 h 07 m Data: 08/12/20

Executado por: AESTHO INES SANTOS IEEESTHO F.H.

Eutócico Ventosa

Cesariana Forceps

Motivo da distócia: _____

Analgesia: Epidural Geral

Raqui Local

Episiotomia: _____

Lacerações: GRAU I HEMORRAGIA VAGINAL SUTURADA

Degutadura: Natural Artificial

Membranas: Completas Fragmentadas

Apres. Placenta: Face Fetal Bordo Face Uterina

Inserção do cordão: Central Lateral Marginal

Perda de Sangue: Normal Moderada Abundante

Circulares: _____

Colheita de sangue: Tipagem RN Criopreserv.

Gasometr Arterial Venosa

Ocitocina: 10UI

RECÉM-NASCIDO

Peso: 3,080 IA - 1' 10 S' 20

Sexo: Fem. Masc.

Malformações: Aparentes

Medicação: Vit K 1mg IM

Obs: _____

Transferido: UCIN Obstetrícia

Executado por: Rubrica

Apêndice K: Revisão Temática dos Diagnósticos mais frequentes da Urgência de Obstetrícia e Ginecologia

Doença Inflamatória Pélvica (DIP)

Denomina-se Doença Inflamatória Pélvica (DIP), o quadro clínico inflamatório e infeccioso decorrente da ascensão de microrganismos do trato genital inferior (vagina e colo do útero) para o trato genital superior, podendo comprometer endométrio, trompas, ovários, peritoneu pélvico e estruturas adjacentes dependendo do grau de acometimento (Menezes, Giraldo, Linhares, Boldrini & Aragón, 2021).

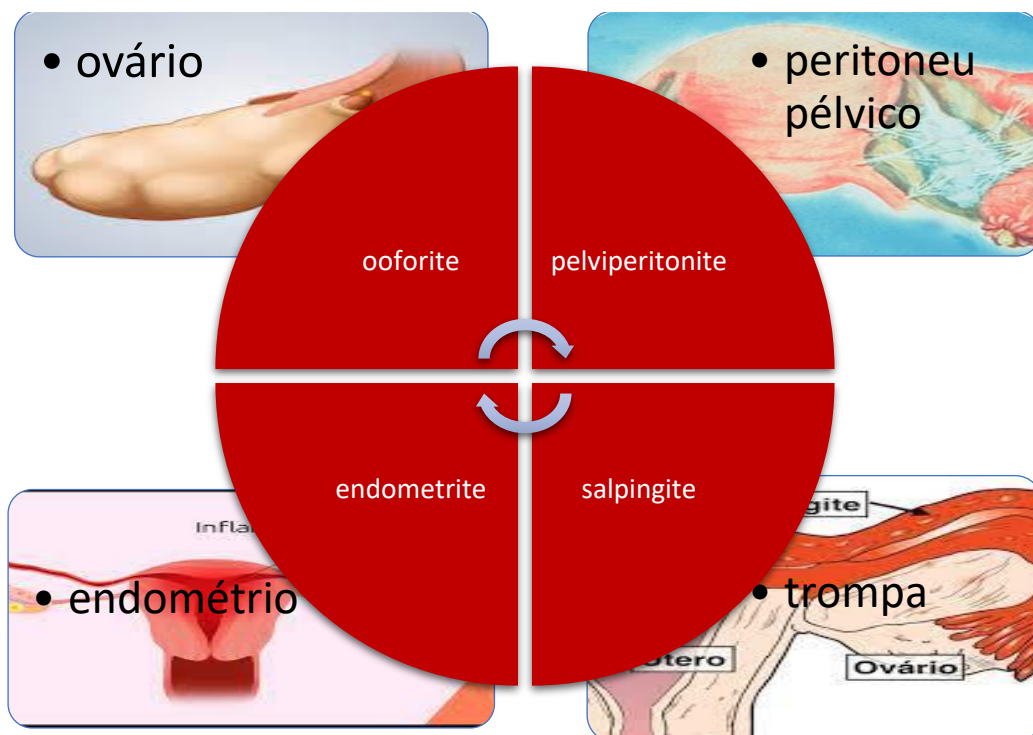


Ilustração 1 Infecção pélvica¹

A DIP é uma das mais importantes afeções sexualmente transmissíveis, sendo na grande maioria das vezes uma das principais consequências das cervicites (ilustrações 2 e 3).

¹ https://www.google.com/search?q=pelviperitonite&tbm=isch&ved=2ahUKEwiDzM-YmeDxAhUJohoKHapwAn0Q2-cCegQIABAA&oq=pelviperitonite&gs_lcp=CgNpbWcQAziCCAyBAgAEBgyBAgAEBgyBAgAEBhQtbICWLWyAmDcxwJoAHAAeACAaw6IAW6SAQMwLjGYAQCgAQGqAQtd3Mtd2l6LWltZ8ABAQ&sclient=img&ei=DJvtYIMWicRqqGJ6Ac&bih=568&biw=1366&rlz=1C1AVFC_enPT839PT840#imgrc=JLWrA7zMuSCLWM

Referências Bibliográficas

- Fernandes, K. & Lima, C. (2018). Gravidez ectópica: reflexões acerca da assistência de enfermagem. *Temas em Saúde*, 18(1), 111-114.
- Menezes, M. L., Giraldo, P.C., Linhares, I. M., Boldrini, N. A. & Aragón, M. G. (2021). Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: doença inflamatória pélvica. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 30(esp1), e2020602. Epub 28 de fevereiro de 2021. <https://dx.doi.org/10.1590/s1679-4974202100011.esp1>
- Vaz Pereira, F., & Borges da Costa, J. (2020). Chlamydia Trachomatis Genital Infections among Portuguese Adolescents. *Journal of the Portuguese Society of Dermatology and Venereology*, 78(3), 237-243. <https://doi.org/10.29021/spdv.78.3.1226>