

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

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

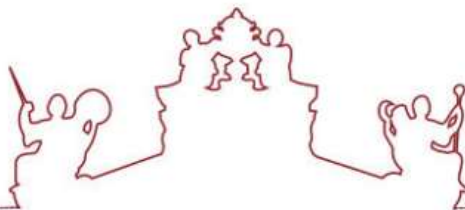
Relatório de Estágio

**Promoção do empoderamento no autocuidado de mulheres
no pós-parto: Intervenções das Enfermeiras Obstétricas**

Lúcia Marisa Moreira Nunes Condinho

Orientador(es) | Maria Otília Brites Zangão

Évora 2022



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

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Relatório de Estágio

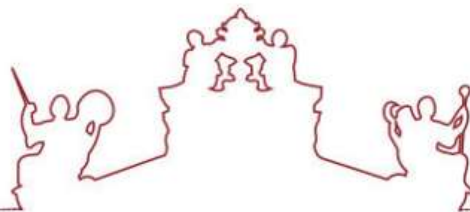
**Promoção do empoderamento no autocuidado de mulheres
no pós-parto: Intervenções das Enfermeiras Obstétricas**

Lúcia Marisa Moreira Nunes Condinho

Orientador(es) | Maria Otília Brites Zangão

Évora 2022





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

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

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

Agradecimentos

À digníssima senhora Professora Doutora Otília Zangão pelo apoio, orientação e disponibilidade prestados ao longo do caminho percorrido.

À minha irmã Maria Ricardo pelo apoio, incentivo e amizade prestados.

Ao meu marido Paulo Condinho pela paciência, compreensão, apoio e amor em todo este processo.

Aos meus filhos Tomás, Tiago e Santiago pelas inevitáveis ausências e faltas de atenção nesta fase.

E a todas as pessoas e instituições que contribuíram com o seu precioso apoio e colaboração para que este objetivo se concretizasse e que colaboraram na construção da pessoa que sou hoje.

“A felicidade é olhar para as mesmas coisas com outros olhos.”

(Williams & Penman, 2022, p.106)

Resumo

Introdução: O Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Escola Superior de Enfermagem da Universidade de Évora engloba o Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final que permite a aquisição e desenvolvimento de competências específicas do enfermeiro especialista.

Objetivo: Descrever de forma crítica e reflexiva as atividades desenvolvidas ao longo do Estágio de Natureza Profissional nas diferentes áreas da especialidade e identificar a evidência científica sobre os fatores promotores do autocuidado das puérperas no período pós-parto e o seu contributo para a enfermagem de saúde materna.

Método: Estágio realizado sob metodologia de supervisão clínica. Descrição e análise das experiências vividas ao longo do estágio profissional e sistematização da evidência sobre os fatores promotores do autocuidado da mulher no período pós-parto.

Resultados: Foram realizadas as experiências dos contextos clínicos e adquiridas e desenvolvidas as competências específicas do enfermeiro especialista e sistematizada a evidência científica acerca do autocuidado no período pós-parto.

Conclusões: Os objetivos do estágio foram atingidos e a evidência científica demonstra a importância do papel do enfermeiro como elemento promotor do autocuidado das puérperas no período pós-parto.

Descritores (DeCs): Autocuidado, Empoderamento, Enfermeiras Obstétricas, Período Pós-parto, Segurança.

Promoting Empowerment in Self-Care for Postpartum Women: Interventions by Nurse-Midwives

Abstract

Introduction: The Master's in Maternal and Obstetric Health Nursing at the School of Nursing at the University of Évora encompasses the Professional Internship with a Final Report that allows the acquisition and development of specific skills for specialist nurses.

Objective: To critically and reflectively describe the activities carried out during the Professional Internship in the different areas of the specialty and to identify the scientific evidence on the factors that promote self-care for postpartum women in the postpartum period and their contribution to maternal health nursing.

Method: Internship carried out under clinical supervision methodology. Description and analysis of experiences during the professional internship and systematization of evidence on the factors that promote women's self-care in the postpartum period.

Results: The experiences of clinical contexts and the specific skills of specialist nurses were acquired and developed, and the scientific evidence about self-care in the postpartum period was systematized.

Conclusions: The internship objectives were achieved and the scientific evidence demonstrates the importance of the nurse's role as a promoter of postpartum self-care in the postpartum period.

Keywords: Self-care, Empowerment, Nurse Midwives, Postpartum Period, Safety.

ÍNDICE

| | |
|--|-----------|
| 1. INTRODUÇÃO..... | 11 |
| 2. CONTEXTO CLÍNICO DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL .14 | |
| 2.1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO CLÍNICO | 14 |
| 2.1.1. Serviço de Ginecologia Unidade F | 15 |
| 2.1.2. Serviço de Bloco de Partos Unidade F | 15 |
| 2.1.3. Serviço de Internamento de Obstetrícia Unidade P | 16 |
| 2.1.4. Serviço de Bloco de Partos Unidade P | 18 |
| 2.1.5. Serviço de Neonatologia Unidade P | 18 |
| 2.1.6. Serviço de Consultas Externas de Obstetrícia | 19 |
| 2.2. METODOLOGIA..... | 20 |
| 2.2.1. Objetivos..... | 20 |
| 2.2.2. População-alvo | 21 |
| 3. CONTRIBUTOS PARA A MELHORIA DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM EM SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA | 23 |
| 3.1. CONCETUALIZAÇÃO | 23 |
| 3.2. METODOLOGIA..... | 25 |
| 3.3. RESULTADOS | 32 |
| 3.4. TEORIA DE DOROTHEA OREM | 34 |
| 3.5. SÍNTESE | 37 |
| 4. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE MOBILIZAÇÃO DE COMPETÊNCIAS..... | 38 |
| 4.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DOS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS | 38 |
| 4.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DOS ENFERMEIROS EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA | 40 |
| 4.2.1. Percurso de Aquisição de Competências Específicas de EEESMO no Serviço de Ginecologia..... | 40 |
| 4.2.2. Percurso de Aquisição de Competências Específicas de EEESMO no Bloco de Partos | 44 |
| 4.2.3. Percurso de Aquisição de Competências Específicas de EEESMO no Serviço de Obstetrícia..... | 51 |
| 4.2.4. Percurso de aquisição de Competências Específicas de EEESMO no Serviço | |

| | |
|--|-----------|
| de Consultas Externas de Obstetrícia | 57 |
| 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 62 |
| 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 63 |
| APÊNDICES | 71 |
| Apêndice A- Escrita reflexiva utilizando o Modelo Reflexivo de Gibbs | 72 |
| Apêndice B- Alterações da Reprodução numa Mulher com Endometriose: Relato de Caso | 76 |
| Apêndice C- Escrita reflexiva utilizando o Modelo Reflexivo de Gibbs | 79 |
| Apêndice D- Hipertensão arterial na grávida | 82 |

ÍNDICE DE TABELAS

| | |
|--|----|
| Tabela 1 - Estudos e respetivos resultados | 27 |
|--|----|

ÍNDICE DE FIGURAS

| | |
|--|----|
| Figura 1 - Diagrama prisma flow..... | 27 |
| Figura 2 - Motivo de internamento na ginecologia..... | 43 |
| Figura 3 - Cirurgias mais frequentes na ginecologia | 44 |
| Figura 4 -Partos eutócicos e assistidos..... | 49 |
| Figura 5 - Partos assistidos | 49 |
| Figura 6 - Percentagens de episiotomias, lacerações e períneos íntegros..... | 50 |
| Figura 7 - Puérperas e recém-nascidos de baixo risco e de risco..... | 57 |
| Figura 8 - Número de grávidas de baixo risco e de risco..... | 60 |
| Figura 9 - Número de exames pré-natais | 61 |

1. INTRODUÇÃO

O Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final [ENPRF] é uma unidade curricular de carácter prático que está integrado no segundo ano do Mestrado em Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica da Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora.

A unidade curricular acima referida teve a duração de um ano letivo, dividida em dois semestres, com início a 13 de setembro de 2021 e término a 25 de junho de 2022. Teve 60 European Credit Transfer System (ECTS) num total de 1010 horas de contacto e decorreu sob orientação pedagógica da PhD Maria Otília Zangão e sob supervisão clínica com perito da área. Foi desenvolvido em vários contextos de aprendizagens em diferentes serviços e instituições, o primeiro semestre de experiência clínica foi desenvolvido no Serviço de Ginecologia e no Bloco de Partos de um Centro Hospitalar Universitário e nas Consultas Externas de Obstetrícia de um Hospital Particular e o segundo semestre decorreu no Serviço de Obstetrícia, no Serviço de Neonatologia (observação) e no Bloco de Partos de um Centro Hospitalar Universitário. Os tempos de estágio foram variáveis entre quatro e oito semanas em cada contexto clínico.

No estágio foram realizadas experiências práticas cujo objetivo foi a aquisição e desenvolvimento de Competências Específicas da área da Especialidade e de Competências Comuns aos Enfermeiros Especialistas. Dá resposta à diretiva europeia por meio da Lei Portuguesa através da Lei nº 9/2009, 4 de março de 2009, que reúne:

- Vigilância e prestação de cuidados à grávida incluindo pelo menos 100 exames pré-natais;
- Realização de pelo menos 40 partos eutócicos;
- Participação ativa em partos distócicos e/ ou partos pélvicos;
- Participação ativa em partos gemelares;
- Realização de episiotomias e iniciação à episiorrafia/ perineorrafia;
- Vigilância e prestação de cuidados a mulheres em situações de risco, na gravidez, no trabalho de parto e no puerpério.
- Vigilância e prestação de cuidados a pelo menos 100 puérperas e recém-nascidos saudáveis;

- Observação e cuidados a recém-nascidos que necessitem de cuidados especiais, incluindo prematuros, recém-nascidos com peso inferior a 2,5Kg e recém-nascidos doentes;
- Vigilância e prestação de cuidados a mulheres com afeções do foro ginecológico.

Deste modo, no presente relatório serão descritas de forma crítica e reflexiva, as atividades desenvolvidas ao longo do Estágio de Natureza Profissional nas diferentes áreas da especialidade assim como, os resultados obtidos relativamente ao desenvolvimento de Competências como futuros Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Será igualmente delineado o contributo para a melhoria da prestação de cuidados através do aprofundamento do conhecimento da área temática “Quais os fatores promotores do autocuidado das mulheres no período pós-parto” com o objetivo de contribuir para a melhoria dos cuidados de saúde materna e obstétrica.

O puerpério é caracterizado por uma fase de grandes alterações e adaptações para a mãe assumindo particular importância o papel do enfermeiro como facilitador neste processo. Assegurar os cuidados ao recém-nascido é fundamental, assim como, garantir a satisfação das necessidades de autocuidado materno, com o intuito de prevenir complicações e garantir a sua segurança. A grande maioria das mulheres permanece nos primeiros dias de puerpério no hospital sendo que estes dias assumem especial importância no sentido de proporcionar suporte emocional, aquisição de conhecimentos e promoção de confiança à puérpera (Zugaib, 2016). O internamento pós-parto é em média de 48 horas e os conhecimentos que a mulher tem acerca do autocuidado nesta etapa podem contribuir para a redução da ansiedade e promoção da sua segurança (Silva, Morais, Munhoz, Ongaro, Urbanetto & Magnago, 2021).

Este relatório tem como objetivo:

- Descrever de forma crítica e reflexiva as atividades desenvolvidas ao longo do Estágio de Natureza Profissional nas diferentes áreas da especialidade e identificar a evidência científica sobre os fatores promotores do autocuidado das puérperas no período pós-parto e o seu contributo para a enfermagem de saúde materna.

Ao longo do estágio foi seguido o Modelo Teórico de Dorothea Orem, por apresentar a teoria do deficit de autocuidado uma vez que o autocuidado da puérpera no período pós-parto pode ficar diminuído e necessitar dos cuidados do enfermeiro

especialista para a sua satisfação.

O relatório está organizado de acordo com o Regulamento do Estágio de Natureza Profissional e Relatório Final de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Está estruturado em 6 capítulos, com início na introdução, segue-se a análise dos contextos clínicos onde se realizou o estágio, assim como, o contributo para a assistência em enfermagem de saúde materna e obstétrica com a apresentação da revisão da literatura acerca do tema anteriormente referido. Posteriormente, apresenta-se a análise reflexiva sobre o processo de mobilização de competências e conclui-se com as considerações finais e referências bibliográficas. Os apêndices estarão referenciados ao longo do relatório e servem como complemento ao trabalho.

O relatório está realizado de acordo com as normas da American Psychological Association [APA] 6ª edição.

2. CONTEXTO CLÍNICO DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

Este capítulo incide sobre o estágio final nomeadamente a caracterização dos contextos clínicos realizados em diversos serviços e instituições, que abrangeram os períodos preconcepcional, pré-natal, trabalho de parto, pós-natal, bem como os processos de saúde/ doença ginecológica que permitiram a prestação de cuidados à mulher inserida na família e comunidade de acordo com o Regulamento nº 391/ 2019, 3 maio de 2019.

2.1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO CLÍNICO

O Estágio de Natureza Profissional decorreu em duas Instituições de Saúde no sul do país, num Centro Hospitalar Universitário que pertence ao Serviço Nacional de Saúde [SNS] e num Hospital Particular.

Em 2021 o número total de partos do Centro Hospitalar Universitário foi de 3499, de acordo com os dados do Serviço Nacional de Saúde [SNS] (2021a), e o número total de partos do Hospital Particular foi de 653 correspondendo a 92% das utentes da região Sul e 0,8% do Alentejo (Relatórios de Atividades, 2021).

O Centro Hospitalar Universitário é o resultado da fusão entre 3 centros hospitalares no ano de 2017 e é uma Unidade Hospitalar de referência do SNS, que presta cuidados de saúde diferenciados na região, assim como apoio à formação e investigação na área da saúde (SNS, 2021b). Esta instituição assegura a prestação de cuidados de saúde num total de 16 concelhos e a uma população de cerca de 450.000 habitantes, número que pode aumentar significativamente na época alta- verão (SNS, 2021b). A escolha dos campos de estágio no Centro Hospitalar Universitário focalizou-se em duas Unidades, a F e a P.

O Hospital Particular foi inaugurado em 1996 e tem vindo a alargar a sua influência geográfica em toda a região Sul. Conta com diversas clínicas e hospitais tendo sido a unidade onde o estágio se realizou inaugurada em 2009 e possui um conjunto abrangente de cuidados, como o Atendimento Urgente Geral e Pediátrico, Maternidade, Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Centros Cirúrgicos Especializados, como a Cirurgia Abdominal e Colorretal, Cirurgia Cardiotorácica e

Cirurgia da Mama, o Centro Oncológico, os Exames especiais endoscópicos de Gastroenterologia, Pneumologia e Urologia e a Unidade de Saúde da Mulher.

2.1.1. Serviço de Ginecologia Unidade F

O primeiro contexto clínico do estágio, foi realizado num serviço de Internamento de Ginecologia e decorreu de 14 de setembro de 2021 a 22 de outubro de 2021 durante seis semanas. O serviço recebe todas as utentes abrangendo as patologias do foro ginecológico, incluindo a ginecologia oncológica e a senologia que abrange toda a região. Este serviço está situado no piso 5, apresenta um espaço físico com sala de enfermagem, gabinete médico e de direção clínica, sala de trabalho de enfermagem, sala de tratamentos, balcão de administração, casa de banho comum para as utentes, casa de banho para os profissionais, copa, arrecadação, seis enfermarias com três camas e gabinete para a enfermeira chefe.

A equipa multidisciplinar é composta por médicos ginecologistas, assistentes operacionais, secretária administrativa, 11 enfermeiros de cuidados gerais e um Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação [EEER] que assume funções de chefe do serviço. Tem apoio do psicólogo, do nutricionista, assistente social e fisioterapeuta.

O método de trabalho utilizado é o individual em que é realizada uma distribuição das utentes pelos enfermeiros no turno, de acordo com o número de horas de cuidados necessários. O sistema informático utilizado é o Sclínico® e a passagem de turno é efetuada em documento próprio e atualizada em cada turno. As visitas das utentes internadas ocorreram de acordo com as restrições associadas à pandemia.

2.1.2. Serviço de Bloco de Partos Unidade F

O segundo contexto clínico do estágio, foi realizado num Bloco de Partos e decorreu de 25 de outubro a três de dezembro com a duração de seis semanas. O sétimo contexto clínico do estágio foi igualmente realizado neste serviço de 25 de abril a 19 de junho e teve a duração de oito semanas. O serviço está situado no piso 5, assegura os cuidados no Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica [SUOG], o Internamento de Grávidas e o Bloco de Partos. Relativamente à estrutura física o Bloco de Partos apresenta duas salas de Admissão com duas marquesas, dois Cardiotocogramas [CTG], sala de sujos, Sala de Observação [SO], quatro salas de

partos, recobro para partos vaginais e outro recobro para cesarianas, casa de banho para os profissionais de saúde, gabinete para a enfermeira chefe, copa, sala técnica, arrecadação e uma área operatória com (sala operatória, sala de sujios, sala para a receção do recém-nascido com janela direta para o serviço de neonatologia) e sala de enfermagem onde se realiza a passagem de turno. Nesta situação de pandemia existe uma ala no Serviço de Ginecologia que permite o internamento de grávidas com infeção confirmada por SARS-CoV2.

A equipa multidisciplinar é constituída por médicos obstetras, médico anestesista que assegura o serviço 24 horas, assistentes operacionais, secretária administrativa, sendo a equipa de enfermagem constituída pela enfermeira chefe, 14 enfermeiros de cuidados gerais e 29 Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica [EEESMO]. A equipa tem apoio de psicólogo.

Relativamente ao plano de distribuição de enfermeiros, o Bloco de Partos conta com dois EEESMO e um generalista, a Admissão tem dois EEESMO e se surgir uma situação de uma grávida com infeção confirmada por SARS-CoV 2 um dos EEESMO deste local segue com a grávida para a respetiva ala, o Internamento de Grávidas conta com dois EEESMO ou um EEESMO e um enfermeiro generalista e o Bloco Operatório tem dois enfermeiros generalistas que também prestam apoio ao Bloco de Partos ou um Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica [EEEMC] e um enfermeiro de cuidados gerais.

O método de trabalho utilizado no serviço é o método individual em que cada enfermeiro é distribuído nos diferentes postos de trabalho (Admissão, Bloco de Partos e Internamento de Grávidas), sendo valorizada a entreaajuda no seio da equipa. Os registos de enfermagem são realizados no programa informático Scínico® e a passagem de turno é realizada em formato próprio.

A grávida, de acordo com as diretrizes da Direção Geral da Saúde, pode estar acompanhada por uma pessoa de referência que esteja englobada nos critérios da pandemia.

2.1.3. Serviço de Internamento de Obstetrícia Unidade P

O quarto contexto clínico do estágio, foi realizado no Serviço de Obstetrícia, entre o dia sete de fevereiro e o dia 18 de março com a duração de seis semanas. Esta unidade está situada no piso 2, assegura os cuidados às utentes de obstetrícia, às

grávidas internadas e devido à situação de pandemia assegura os cuidados às utentes do foro ginecológico. Tem ao seu dispor 21 camas distribuídas por sete enfermarias com três camas cada, casa de banho, armário por cada cama onde as utentes podem guardar roupa e objetos, mesa para as refeições, fraldário e banheira. Conta ainda, com sala de tratamentos, sala de sujios, casa de banho para os profissionais, sala de trabalho, espaço aberto com quatro computadores, gabinete da enfermeira chefe, copa e zona aberta onde estão arrumados equipamentos como bombas infusoras, cadeiras de rodas e de banho, berços e suportes de soro.

A equipa multidisciplinar é constituída por médicos obstetras e médicos pediatras, assistentes operacionais, secretárias administrativas, 25 EEESMO, um EEER, um Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária [EEESC] que assegura a chefia do serviço e 17 enfermeiros de cuidados gerais. O serviço tem um EEESMO diariamente escalado no turno da manhã e nos restantes turnos a EEESMO que está destacada ao Bloco de Partos é responsável pelas grávidas internadas. O método de trabalho de enfermagem é o método individual e o sistema informático utilizado é o Sclinic®.

Em contexto de pandemia o horário das visitas foi alvo de alterações, pelo que cada visita tem um período de 30 minutos a partir das 14h com um intervalo de dez minutos entre visitas no mesmo quarto. No que diz respeito à segurança a unidade conta com um sistema de vídeo-vigilância, um sistema electrónico de alarme em que é colocado um dispositivo no bebé que previne situações de risco e a porta está fechada com sistema de abertura controlado.

A unidade promove a “Alta Segura”, que consiste no transporte seguro do bebé em cadeira adequada ao sair do serviço, no qual o enfermeiro realiza o ensino de acordo com as normas da Associação para a Promoção da Segurança Infantil [APSI]. Fomenta igualmente o “Nascer Cidadão” em que o registo do bebé pode ser efetuado na maternidade, sendo dada prioridade às mães Estrangeiras.

O Serviço de Obstetria promove a amamentação exclusiva até aos seis meses e oferece aos seus utentes os serviços prestados no cantinho de amamentação que é assegurado por um enfermeiro com Curso de Aconselhamento em Aleitamento Materno [CAM]. É um hospital amigo dos bebés desde 2008 e já teve duas reavaliações (2013 e 2016).

Durante o estágio o serviço retomou os cuidados às grávidas e puérperas com positividade para o SARSCoV-2 que até então eram internadas noutra serviço direcionado ao tratamento de utentes com infeção confirmada por covid-19.

2.1.4. Serviço de Bloco de Partos Unidade P

O sexto contexto clínico do estágio, foi realizado num Bloco de Partos e decorreu de 21 de março a 22 de abril com a duração de quatro semanas. Este correspondeu ao estágio intermédio de Bloco de Partos. O serviço está situado no piso 2, assegura os cuidados ao SUOG, ao Internamento de Grávidas e ao Bloco de Partos. Relativamente à estrutura física o Bloco de Partos apresenta sala de CTG, sala de sujeitos, três SO, cinco salas de partos em que uma está destacada para situações com infeção por SARSCoV-2 confirmada, por cada duas salas de parto existe casa de banho, recobro para partos vaginais e outro recobro para cesarianas, três casas de banho para os profissionais de saúde, gabinete para a enfermeira chefe, copa, sala de trabalho, arrecadação, rouparia, sala operatória, sala de enfermagem onde se realiza a passagem de turno e dois vestiários.

A equipa multidisciplinar é constituída por médicos obstetras, médico anestesista que assegura o serviço 24 horas, assistentes operacionais, secretária administrativa, sendo a equipa de enfermagem constituída pela enfermeira chefe, dez enfermeiros de cuidados gerais e 25 EEESMO. A equipa tem apoio de psicólogo.

Relativamente ao plano de distribuição de enfermeiros, o Bloco de Partos conta com dois EEESMO e dois generalistas, a Admissão tem um EEESMO e um enfermeiro de cuidados gerais e o Bloco Operatório tem dois enfermeiros generalistas que também prestam apoio ao Bloco de Partos ou um EEESMO e um enfermeiro de cuidados gerais.

O método de trabalho utilizado no serviço é o método individual sendo que os profissionais se apoiam mutuamente. Os registos de enfermagem são realizados no programa informático Sclínico®.

2.1.5. Serviço de Neonatologia Unidade P

Este estágio foi apenas de observação e teve a duração de uma semana. A porta de entrada do serviço está fechada com sistema de abertura controlado. É um serviço de prestação de cuidados especializados intermédios ao recém-nascido.

Relativamente à estrutura física contém secretária administrativa, casa de banho para os profissionais de saúde, dois vestiários, sala de sujos/ despejos, gabinete médico, copa, sala de enfermagem para a passagem de turno, sala de neonatologia com seis berços e quatro incubadoras. A mãe pode permanecer junto do recém-nascido e em alojamento conjunto quando tiver alta do Serviço de Obstetrícia e mediante número de vagas. O serviço oferece um quarto para duas mães em alojamento conjunto ao mesmo tempo.

A equipa multidisciplinar é constituída por médicos pediatras, assistentes operacionais, secretária administrativa, sendo a equipa de enfermagem constituída pela enfermeira chefe, 16 enfermeiros de cuidados gerais e sete Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica [EEESIP]. A equipa tem apoio de terapeuta da fala para treino de reflexos do recém-nascido e de fisioterapia.

Relativamente ao plano de distribuição de enfermeiros o serviço conta com um ou dois EEESIP e um enfermeiro de cuidados gerais. O método de trabalho utilizado no serviço é o método individual sendo que os profissionais se apoiam mutuamente. Os registos de enfermagem são realizados no programa informático Scínico®.

2.1.6. Serviço de Consultas Externas de Obstetrícia

O terceiro contexto clínico do estágio, foi realizado num Hospital Particular que está creditado pela Join Commission International [JCI] desde 2019 e serve a população de toda a região Sul pois é o único hospital privado que realiza partos.

No ano 2021, foram realizadas 6462 consultas de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, 1002 consultas de Triage Obstétrica em contexto da Via Verde da Grávida e foram realizados 1099 CTG para avaliação do bem-estar fetal (Relatório de atividades, 2021). São os EEESMO que fazem uma triagem das grávidas que recorrem ao Serviço de Urgência Via Verde Grávida, permitindo uma abordagem rápida e segura da grávida.

Este contexto clínico do estágio, foi realizado numa consulta externa de obstetrícia e decorreu de seis de dezembro a 21 de janeiro com a duração de seis semanas. O serviço está situado no piso 2. Relativamente à estrutura física este serviço apresenta duas casas de banho, sala de enfermagem onde se realiza a consulta da

gravidez, os CTG e a observação das grávidas que recorrem à urgência, sala de sujos, seis gabinetes médicos para consulta e um balcão.

A equipa multidisciplinar é constituída por médicos obstetras, assistentes operacionais, rececionistas, gestor de clientes, psicólogo, 16 enfermeiros generalistas dos quais cinco são freelancers e 12 EEESMO dos quais oito são freelancers. Relativamente ao plano de distribuição de enfermeiros existe um EEESMO destacado para a consulta externa. O método de trabalho utilizado no serviço é o método individual sendo que os profissionais se apoiam mutuamente. Os registos de enfermagem são realizados no programa informático Glintt®.

As consultas de enfermagem não tinham a presença de acompanhante devido à pandemia. Todos os serviços foram adaptados na regularidade da realização dos testes de Covid-19 e substituição de máscaras cirúrgicas devido à pandemia e têm um carro de emergências de fácil acesso.

2.2. METODOLOGIA

O Estágio de Natureza Profissional foi realizado em regime de supervisão clínica que contempla a oportunidade do contacto com peritos da prática profissional e com orientação pedagógica de docentes da escola com o objetivo de desenvolver o conhecimento, as aptidões e as competências através da (co) responsabilização do estudante para os resultados de aprendizagem pretendidos.

Foram realizados trabalhos com o intuito de desenvolver a aprendizagem nomeadamente, uma revisão da literatura, um estudo de caso, duas reflexões de acordo com o Modelo Gibbs, assim como, um documento para o serviço onde se efetuou o contexto clínico do estágio e outros trabalhos pontualmente solicitados pelos supervisores clínicos.

2.2.1. Objetivos

A definição dos objetivos do estágio permite determinar os resultados que se pretende alcançar pelo que serão descritos de acordo com o Regulamento da unidade curricular do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Universidade de Évora e com o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista da Ordem dos Enfermeiros.

Assim sendo, foram definidos os seguintes objetivos gerais de estágio:

- Adquirir e desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados em saúde materna e obstétrica à mulher inserida na família/ comunidade no âmbito da saúde sexual e reprodutiva, nomeadamente no planeamento familiar, período pré-concepcional, período pré-natal, nos vários estádios do trabalho de parto e parto em situações de saúde/ desvio de saúde, puerpério, pós-natal nomeadamente na identificação dos fatores promotores do autocuidado da mulher, desenvolvendo conhecimentos baseados em vertentes teórico-práticas e na Prática baseada na Evidência [PBE] e processos de saúde/ doença ginecológica;
- Demonstrar responsabilidade ético-deontológica e empenho na melhoria da qualidade, gestão de cuidados e desenvolvimento de aprendizagens profissionais;
- Defender através de um relatório apresentado em provas públicas a atuação no Estágio de Natureza Profissional (Planeamento ENPRF, 2021-2022).

2.2.2. População-alvo

A população alvo engloba todas as mulheres/família inseridos na comunidade às quais foram prestados cuidados de enfermagem especializados em todos os campos de estágio onde decorreu o Estágio de Natureza Profissional.

A população abrangida pelo Centro Hospitalar Universitário engloba as mulheres/ família que procuram e frequentam os Serviços de Ginecologia, Bloco de partos, Internamento de Grávidas, SUOG, Obstetrícia e Neonatologia. O SUOG admite todas as grávidas garantindo as condições de segurança para que as mesmas possam escolher o local de nascimento do seu filho. No Hospital Particular a população-alvo engloba todas as mulheres em idade fértil da respetiva região.

Esta região é marcada pela multiculturalidade e apresenta um elevado número de população imigrante. A maioria das mulheres era de nacionalidade portuguesa e entre a nacionalidade estrangeira detetada encontravam-se as mulheres Brasileiras, Nepalesas, Chinesas, Romenas, Ucrainianas e Indianas.

Nas últimas décadas, a mobilidade humana tem vindo a aumentar levando a um maior número de migrantes e refugiados, acarretando vários desafios

nomeadamente ao nível da saúde. A diversidade cultural assume especial importância no sentido de conhecer as particularidades culturais e promover a comunicação efetiva em contexto de saúde (Ramos, 2020). Desta forma, constitui-se uma exigência e uma responsabilidade de todos os indivíduos que vivem na sociedade multicultural, o desenvolvimento de competências comunicacionais e interculturais perante a diversidade cultural do mundo contemporâneo (Ramos, 2012).

O investimento no atendimento do paciente estrangeiro deve ser promovido através da contratação de profissionais que dominem outras línguas, da criação de oportunidades de formação profissional que permitam a aprendizagem de outros idiomas, entre outras, constituindo-se como fatores determinantes para que seja considerado um sistema universal (Silva et al., 2016).

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

Neste capítulo serão apresentados os contributos para a melhoria dos cuidados prestados pelo EEESMO que foram desenvolvidos ao longo do Estágio de Natureza Profissional. A contínua atualização de conhecimentos baseados na Prática da Evidência Científica deve ser um lema do EEESMO ao longo do exercício profissional, por forma a adquirir melhoria e segurança nos cuidados prestados.

Devido ao reduzido número de dias de internamento pós-parto associado ao défice de conhecimentos relativos ao autocuidado torna-se fundamental contribuir para a redução da ansiedade e promoção da segurança da puérpera (Silva et al., 2021). É da responsabilidade do EEESMO promover o empoderamento da puérpera, realizar ensinamentos relativos ao autocuidado, aos sinais de alerta indicadores de problemas e à forma de assistência perante esta sintomatologia. O cuidado centrado na mulher assume particular importância no sentido de uma vivência positiva deste período.

Enquanto enfermeira de cuidados gerais a desempenhar funções num Serviço de Obstetrícia e durante o estágio no contexto de puerpério, foi possível verificar que o foco principal da mulher passa por assegurar os cuidados ao recém-nascido em detrimento do autocuidado pelo que esta foi a área de interesse na qual foi realizada e desenvolvida uma revisão da literatura.

3.1. CONCETUALIZAÇÃO

De acordo com Tomey e Allgood (2002), a Teoria do Auto-cuidado explica de que forma e o motivo pelo qual os indivíduos cuidam de si próprios. Segundo Queirós (2010), o autocuidado faz parte do ser humano ao longo de toda a vida, com início no útero materno e não se limita às atividades desenvolvidas diariamente, mas a todos os aspetos da vida. Dorothea Orem em 1987 definiu o autocuidado universal como:

“(…) autocuidado natural – existe para suprir, satisfazer, necessidades inerentes ao processo de vida ao longo do ciclo vital. Às necessidades de autocuidado, os humanos respondem naturalmente de acordo com o estágio de desenvolvimento, recursos pessoais e sociais e exigências do meio. Quando os recursos existentes não permitem a auto-satisfação dessas necessidades, a capacidade de autocuidado diminui e surge a exigência de autocuidado terapêutico, tornando-se imperioso a

ajuda de terceiro, os agentes, que fornecem autocuidado (suplementar, supletivo). Estes agentes podem ser informais ou profissionais organizados para o cuidar e então estaremos em presença de agentes de autocuidado terapêutico” (Queirós, 2010, p. 5).

Existiu uma evolução no que respeita aos cuidados de saúde, assistiu-se a uma maior responsabilização dos pacientes no que respeita à saúde e ao bem-estar. O desempenho de um papel ativo contribuiu para que o conceito de autocuidado fosse ganhando relevância tanto para os utentes como para os sistemas de saúde, traduzindo-se na redução de custos em saúde (Lowdermilk & Perry, 2009). O autocuidado é definido pelo International Council of Nurses (2019) e pela Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (2018) como a “Atividade executada pelo próprio: tratar do que é necessário para se manter; manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as actividades da vida diária” (p.12).

A promoção do autocuidado em saúde está inteiramente interligada com um conceito igualmente importante designado por *empowerment*. Este pode revelar-se uma estratégia eficaz na medida em que valoriza as competências de cada pessoa que lhe permitem tomar decisões contribuindo para que possa intervir de forma autónoma (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

O período pós-parto é particularmente exigente na medida em que surge a necessidade de aquisição de novos comportamentos e a alteração de outros pré-existentes, surgindo novas responsabilidades. Neste período que se segue após a gravidez exige uma continuidade em termos de cuidados, o que contribui para que ocorra uma consolidação familiar, sendo um importante momento de negociação de papéis e de definição de tarefas (Direção Geral da Saúde, 2005).

Existem diversos autores que procuram definir o período pós-parto. Para Zugaib (2016), o puerpério pode ser dividido em 3 períodos, o puerpério imediato considerado até ao término da segunda hora pós-parto, o puerpério mediato desde a terceira hora até ao final do décimo dia após o parto e o puerpério tardio desde o início do 11º dia até ao retorno das menstruações ou 6 a 8 semanas nas lactantes. Para a *The American College of Obstetricians and Gynecologist* [ACOG] (2018), as semanas pós-parto são consideradas uma fase crítica para a mulher e para o bebé uma vez que podem surgir desafios como a privação de sono, a fadiga, a dor, as dificuldades associadas à amamentação, distúrbios de saúde mental e incontinência urinária.

A grande maioria das mulheres permanece nos primeiros dias de puerpério no hospital e estes dias assumem especial importância no sentido de proporcionar suporte emocional, aquisição de conhecimentos e promoção de confiança à puérpera (Zugaib, 2016).

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros [OE] (2015), o EEESMO constitui-se como “o membro da equipa multidisciplinar que potencia a saúde da puérpera e do recém-nascido [RN], apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade” (p. 49). O Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica desenvolvidos pela Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica [MCEESMO] (2018), definem o EEESMO como “aquele que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e de tomada de decisão, traduzidos num conjunto de Competências Específicas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica” (p. 3).

O EEESMO deve intervir na satisfação do utente, na promoção da saúde, na prevenção de complicações ao longo do ciclo vital da mulher nos diferentes contextos em que se encontre, na promoção do bem-estar e do autocuidado, na readaptação funcional e na organização dos cuidados de enfermagem (MCEESMO, 2018).

Desta forma, os cuidados prestados pelo EEESMO são cruciais no período pós-parto uma vez que existem grandes alterações físicas, psicoemocionais e sociais que fazem com que a mulher se sinta confusa, sensível e ansiosa acarretando maiores riscos para a mulher neste período.

3.2. METODOLOGIA

Realizada uma revisão narrativa da literatura que permitiu uma compreensão mais abrangente do respetivo tema, com o intuito de identificar e descrever a evidência acerca do autocuidado no período pós-parto.

A pergunta da revisão da literatura foi formulada de acordo com o método PICO: Quais são os fatores promotores do autocuidado (I) da mulher (P) no período pós-parto (Co)?

Esta revisão requiere identificar respostas para as seguintes questões:

- Qual o papel do enfermeiro na promoção do autocuidado da puérpera?
- Como se sente a puérpera/ que conhecimentos apresenta acerca do autocuidado no período pós-parto?

- De que forma os contextos ambiental e sociocultural influenciam as puérperas para o autocuidado?
- Qual o papel do pai na promoção do autocuidado da mãe?

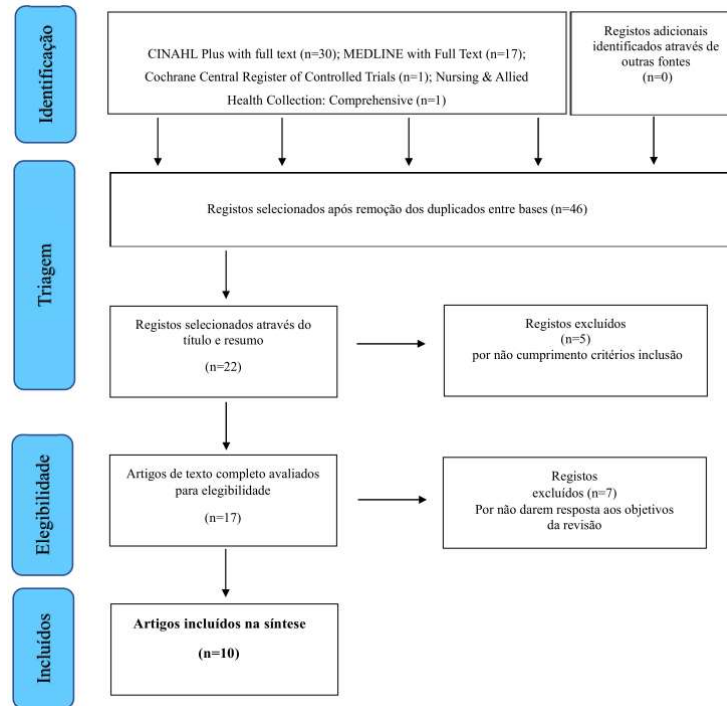
São critérios de inclusão os estudos realizados entre 2015 e 2022, os artigos com texto completo e publicados em português, inglês e espanhol e aqueles que incluem mulheres acima dos 18 anos.

São critérios de exclusão os estudos: realizados antes do ano 2015, revisões da literatura, estudos com adolescentes, artigos que não se encontrem em texto completo e que se encontrem publicados noutras línguas que não português, inglês e espanhol.

A estratégia de pesquisa foi baseada em 3 etapas: 1) elaborada pesquisa alargada para obter a literatura acerca do tema em estudo; 2) efetuada uma análise crítica das palavras-chave encontradas nos títulos e resumos dos artigos; 3) desenvolvida pesquisa nas bases de dados, pela EBSCO, CINAHL Plus with full text, MEDLINE with full text, Cochrane Central Register of Controlled Trials; Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive. Foram verificadas as referências bibliográficas dos artigos incluídos. As palavras-chave utilizadas foram: Autocuidado; Feminino; Período Pós-parto, combinado com o booleano AND.

Ao longo do estágio de modo a contribuir para o desenvolvimento do conhecimento acerca desta temática foi realizada pesquisa de artigos em várias bases de dados. A amostra final de análise inclui 10 artigos (Figura 1).

Figura 1 - Diagrama Prisma Flow



Nota. Fórmulas de pesquisa dos artigos.

Na tabela 1 estão apresentados os estudos selecionados para esta revisão com os respectivos resultados obtidos.

Tabela 1 - Estudos e respectivos resultados

| Título/ Autores/ Ano de publicação | Qual o papel do enfermeiro na promoção do autocuidado da puérpera? | Como se sente a puérpera/ que conhecimentos apresenta acerca do autocuidado no período pós-parto? | De que forma os contextos ambiental e sociocultural influenciam as puérperas para o autocuidado? | Qual o papel do pai na promoção do autocuidado da mãe? |
|---|---|---|--|--|
| E1 Quality of life in the puerperium: assessment in the immediate, late and remote postpartum periods Soler, D. R., Ponce, M. A. Z., Soler, Z. A. S. G., Wysocki, A. D. 2015 | A presença de dor na puérpera pode ser um obstáculo para o autocuidado. As entidades competentes recomendam uma visita à unidade básica de saúde até ao 10º dia após o parto para avaliar o estado de saúde das mães, entre outros aspetos. O puerpério é o período no processo de nascimento mais negligenciado pelos enfermeiros e outros profissionais de saúde. | N.a. | N.a. | N.a. |

Promoção do empoderamento no autocuidado de mulheres no pós-parto: Intervenções das Enfermeiras Obstétricas

| | | | | |
|--|--|--|---|-------------|
| <p>E2 The Effect of the Care Given Using Orem's Self-Care Model on the Postpartum Self-Evaluation</p> <p>Apay, S. E., Çapik, A., Nazik, E., Özdemir, F. 2015</p> | <p>Durante o período pós-parto deve ser oferecido apoio suficiente à mãe uma vez que tem um efeito positivo na sua saúde física e mental.</p> <p>As visitas domiciliares tiveram um efeito positivo sobre a saúde materna.</p> | <p>N.a.</p> | <p>N.a.</p> | <p>N.a.</p> |
| <p>E3 Perceptions of primiparas on a postnatal psychoeducation programme: The process evaluation</p> <p>Shorey, S., Chan, S. W., Chong, Y. S., He, H. 2015</p> | <p>A intervenção do enfermeiro na promoção do autocuidado da puérpera, no cuidado ao recém-nascido, na promoção da autoeficácia (valorização das habilidades adquiridas) e no esclarecimento de dúvidas contribuiu para a satisfação, preparando a mãe para lidar física e emocionalmente com o puerpério.</p> <p>Outro aspeto valorizado foi a realização de visitas domiciliárias.</p> <p>Apesar da eficácia demonstrada verificase a necessidade de serem desenvolvidos mais recursos de apoio e acompanhamento centrados na família que permitam promover uma transição mais 'suave' para a parentalidade.</p> | <p>As puérperas sentiram dificuldades em lidar com os desafios, experimentando emoções negativas como sensação de desamparo, medo e <i>stress</i>.</p> <p>Foram mencionadas dificuldades na amamentação e dúvidas no período pós-parto precoce após a alta hospitalar.</p> | <p>N.a.</p> | <p>N.a.</p> |
| <p>E4 Self-Care for Health in Rural Hispanic Women at Risk for postpartum Depression</p> <p>Kim, Y., Dee, V. 2017</p> | <p>Os profissionais de saúde devem estar particularmente atentos às competências das mulheres para o autocuidado especialmente das áreas rurais cujo acesso aos serviços de saúde podem ser limitados.</p> <p>Os enfermeiros estão bem posicionados para ensinar e promover o autocuidado das mulheres.</p> <p>A identificação de fatores que afetam a</p> | <p>N.a.</p> | <p>O suporte social é um dos fatores que pode influenciar a vida das puérperas na sua capacidade de realizarem o autocuidado.</p> | <p>N.a.</p> |

Promoção do empoderamento no autocuidado de mulheres no pós-parto: Intervenções das Enfermeiras Obstétricas

| | | | | |
|---|---|------|--|------|
| | capacidade de autocuidado facilita o planeamento das ações personalizadas para ensinar e promover o autocuidado. | | | |
| E5 Educational practices of nursing in the puerperium: social representations of puerperal mothers Dodou, H. D., Oliveira, T. D. A., Oriá, M. O. B., Rodrigues, D. P., Pinheiro, P. N. C., Luna, I. T. 2017 | A equipa de enfermagem abordou sobretudo aspetos relacionados com a amamentação. Verificou-se uma lacuna no que respeita a programas de ensino que incidam sobre o autocuidado no puerpério imediato e tardio, o que contribui para a insatisfação da mulher que revela necessidade de orientação para realizar o seu autocuidado. Os enfermeiros devem estar atentos às necessidades biopsicossociais da puérperas para intervir na construção de conhecimento, baseada numa prática educativa que valorize o conhecimento social das mulheres, contribuindo para a sua autonomia. | N.a. | N.a. | N.a. |
| E6 Determination of the life quality and self-care ability of the mothers in post-partum Period Özdemir, F., Öztürk, A., Karabulutlu, O., Tezel, A. 2018 | N.a. | N.a. | A educação, a condição económica e o tipo de família afetam a capacidade de autocuidado e a qualidade de vida no cuidado pós-parto. Existe uma relação positiva entre a capacidade de autocuidado e a qualidade de vida no pós-parto. A acessibilidade a recursos físicos pode ter uma influência positiva na qualidade de vida. O autocuidado é influenciado pelo rendimento. | N.a. |

Promoção do empoderamento no autocuidado de mulheres no pós-parto: Intervenções das Enfermeiras Obstétricas

| | | | | |
|--|--|-------------|-------------|---|
| <p>E7</p> <p>Perceptions of puerperas about nursing care received in the immediate post-breastfeeding</p> <p>Mesquita, N. S., Rodrigues, D. P., Monte, A. S., Ferreira, A. L. A., Manguinho, C. P. C., Brandão, J. C. 2019</p> | <p>Os enfermeiros são elementos essenciais na identificação de dúvidas, dificuldades e medos sentidos pelas mulheres no puerpério devendo intervir para responder às necessidades manifestadas de forma individualizada. As puérperas destacaram a falta de diálogo, de reconhecimento da profissão de enfermagem, a fragilidade da relação enfermeiro-doente e a escassa preocupação em responder às suas necessidades. Verifica-se uma necessidade urgente de modificar a forma de prestar cuidados que devem incidir não só em questões técnicas, mas também em aspetos de humanização. As mulheres referem que foram privilegiados os cuidados ao recém-nascido em detrimento do seu autocuidado à mulher.</p> | <p>N.a.</p> | <p>N.a.</p> | <p>A presença de um casamento/relação estável contribui para a existência de uma fonte de apoio à puérpera.</p> |
| <p>E8 Health education for pregnant women: the search for maternal empowerment over the puerperal-pregnancy cycle</p> <p>Lima, V. K. S., Holanda, G. S. E., Oliveira, B. M. M., Oliveira, I. G., Santos, L. V. F., Carvalho, C. M. L. 2019</p> | <p>Os enfermeiros devem conhecer as necessidades das grávidas assim como os fatores que influenciam negativamente o desenvolvimento da gravidez tendo em conta a realidade e as experiências individuais. É da responsabilidade do enfermeiro consciencializar as grávidas para a importância da preparação para o nascimento para que estas se sintam seguras e orientadas e possam vivenciar estas fases</p> | <p>N.a.</p> | <p>N.a.</p> | <p>N.a.</p> |

Promoção do empoderamento no autocuidado de mulheres no pós-parto: Intervenções das Enfermeiras Obstétricas

| | com qualidade e responsabilidade. | | | |
|--|--|---|---|--|
| <p>E9 The relationship between Maternal Functioning and Mental Health after Childbirth in Iranian Women</p> <p>Shamasbi, S. G., Barkin, J. L., Ghanbari-Homayi, S., Eyvazzadeh, O., Mirghafourvand, M. 2020</p> | <p>N.a.</p> | <p>N.a.</p> | <p>O suporte social é recomendado durante a gravidez e no período pós-parto como sendo um fator importante de proteção da saúde materna.</p> <p>A existência de recursos financeiros tem forte relação com a satisfação materna nas 6 semanas pós-parto.</p> | <p>N.a.</p> |
| <p>E10 Saberes e experiências de gestantes sobre autocuidado puerperal e cuidado do/a recém-nascido/a mediante práticas educativas</p> <p>Mota, J. F., Almeida, M. S., Magalhães, G. C., Souza, V. C., Silva, J. M. Q., Anjos, K.F. 2021</p> | <p>Esta fase é negligenciada pelos profissionais de saúde que direcionam a sua atenção para o parto e para os cuidados ao RN.</p> <p>As grávidas devem ser esclarecidas e incentivadas acerca dos cuidados de higiene no período pós-parto.</p> <p>A informação transmitida pelo enfermeiro deve ser completa e compreensível para as mães.</p> <p>Para a promoção de saúde o enfermeiro deve conhecer o contexto sociocultural e ambiental das mulheres.</p> <p>Os cursos de preparação para o parto permitem que as mulheres exponham os seus medos no período gestacional, promovendo ainda a relação de confiança entre as grávidas e os profissionais de saúde.</p> | <p>As mulheres demonstram falta de informação e orientação no pré-natal relativa ao puerpério e evidenciam desconhecimento e falta de preparação relativo ao autocuidado no período pós-parto.</p> <p>Referem ainda desconhecimento relativo às perdas de sangue após o parto assim como, aos sinais de alerta e de infecção.</p> | <p>Existem tabus relativos ao primeiro banho após o parto, nomeadamente em certas culturas pelo medo do comprometimento da saúde mental e até da morte recomendam não lavar o cabelo até ao 20º dia.</p> <p>Os hábitos alimentares durante o puerpério são fortemente influenciados pela cultura.</p> <p>A alimentação adequada privilegia o sucesso do aleitamento materno e a saúde neonatal, não considerando os benefícios maternos.</p> <p>Existem crenças sociais que incentivam que durante a quarentena deve existir abstinência sexual prolongada e repouso relativo relativamente às atividades domésticas.</p> | <p>A participação do pai é determinante para melhorar o bem-estar da mãe e a gravidez assume particular importância pelo que o pai deve intervir em todo o processo.</p> |

3.3. RESULTADOS

Neste subcapítulo encontra-se a síntese dos resultados dos estudos evidenciados na tabela anterior considerando a evidência científica existente.

De acordo com E2 e E3 é destacado o papel das visitas domiciliárias considerando o efeito positivo que tem na vivência do puerpério. Esta situação é igualmente validada por Handler, Zimmermann, Dominik & Garland (2019) que referem que a visita domiciliar de enfermagem se constitui como uma estratégia de saúde da mulher que permite melhorar os cuidados prestados no pós-parto. Medeiros & Costa (2016), corroboram esta ideia considerando a visita domiciliar imprescindível para a diminuição da morbimortalidade da puérpera e bebê, para a redução dos riscos de complicações pós-parto contribuindo para uma vivência segura e positiva do período pós-parto.

O estudo E1 refere o puerpério como um período negligenciado pelos profissionais, assim como os estudos E3 e E5 reforçam a necessidade de mais recursos de apoio e acompanhamento considerando a existência de uma lacuna nos programas de ensino neste período. No estudo E7 foi destacado pelas puérperas a falta de diálogo e a necessidade de humanização dos cuidados. Verbiest, Tully, Simpson & Stuebe (2018), reforçam esta ideia considerando o 4º trimestre uma continuação da gravidez até recuperação e ajuste familiar e como um período de transição negligenciado para a saúde da mulher.

De acordo com o E4, E5, E7 e E8 o enfermeiro deve procurar responder às necessidades das mulheres. Lodermilk (2013) refere que o enfermeiro deve elaborar um plano de cuidados de acordo com as necessidades individuais respeitando os valores e crenças de cada mulher. A Ordem dos Enfermeiros (2015), refere que cuidados centrados na mulher pressupõem uma filosofia de cuidados que considere as necessidades e a vontade da mulher, o que deve ser promovido através do processo de decisão com base em informação credível, bem como no envolvimento da mulher, na capacidade de resposta, na eficácia e na continuidade dos cuidados prestados, devendo ser priorizado o empowerment da mulher, considerando as suas capacidades pessoais.

As puérperas relataram ter sentido que a intervenção dos profissionais era direcionada para o recém-nascido em detrimento do autocuidado (E7 e E8).

Os estudos E8 e E10 destacam a importância da preparação para o nascimento na promoção de uma vivência positiva do período pós-parto. De acordo com a American College of Obstetricians and Gynecologist (2018) a preparação para o período pós-parto

deve iniciar-se durante a gravidez com o desenvolvimento de um plano de cuidados pós-parto onde conste a transição para a parentalidade e os cuidados maternos, devendo ser revisto e atualizado após o parto. A Direção Geral da Saúde (2020) destaca que os Cursos de Preparação para o Parto e Parentalidade promovem uma vivência positiva da gravidez, parto, puerpério e parentalidade através da aquisição de informação fidedigna e útil pelas mulheres grávidas e casais o que contribui para reduzir o impacto das dificuldades sentidas no período pós-parto proporcionando uma recuperação física e psicológica mais gratificantes.

Com o intuito de responder à questão acerca do papel do enfermeiro na promoção do autocuidado da puérpera é destacada a importância de oferecer apoio (E2) intervindo na promoção do autocuidado na gravidez, parto, pós-parto, no cuidado ao recém-nascido e no esclarecimento de dúvidas (E3, E4, E7 e E8), promovendo uma linguagem individualizada e o estabelecimento de uma relação de confiança (E10). Estes aspetos são corroborados pela Ordem dos Enfermeiros (2015) que destaca a parteira enquanto um elemento profissional e responsável que trabalha em parceria com as mulheres apoiando-as, aconselhando-as e prestando cuidados que são fundamentais durante a gravidez, o parto e o pós-parto. O papel da parteira é fundamental na saúde e na promoção da literacia, intervindo na mulher, família e na comunidade, desenvolvendo a sua intervenção na educação pré-natal, na promoção da saúde sexual e reprodutiva, na preparação para a parentalidade e na prestação de cuidados ao recém-nascido. Para Zugaib (2016), a grande maioria das mulheres permanece nos primeiros dias de puerpério no hospital e estes dias assumem especial importância no sentido de proporcionar suporte emocional, aquisição de conhecimentos e promoção de confiança à puérpera.

Como resposta à pergunta: Como se sente a puérpera/ que conhecimentos apresenta acerca do autocuidado no período pós-parto? Constata-se que as puérperas referem sentir desamparo e medo neste período (E3). Dizem apresentar dificuldades na amamentação e dúvidas após a alta hospitalar relativas ao autocuidado, às perdas de sangue, aos sinais de alerta e aos sinais de infeção (E3 e E10). As mulheres narram falta de informação e orientação no período pré-natal relativo ao puerpério (E10). Os autores Rocha, Patrício, Passos, Lima & Nunes (2018) no seu estudo constataam que os conhecimentos das mulheres relativos ao aleitamento materno são superficiais, validando assim as dúvidas referidas pelas puérperas no período pós-parto. Esta situação é também

validada pelos autores Beggs & Neiterman (2021), que referem que as mulheres se deparam com dificuldades no período pós-parto.

Para responder à questão de que forma os contextos ambiental e sociocultural influenciam as puérperas para o autocuidado? Identificou-se que de acordo com E4 e E9 o suporte social é considerado um fator que influencia o autocuidado e é levado em conta como fator protetor do autocuidado na gravidez e puerpério. A capacidade de autocuidado é também influenciada pela educação, tipo de família e condição económica, existindo forte relação entre a existência de recursos financeiros e a satisfação materna (E6 e E9). Segundo E6, quanto maior a capacidade de autocuidado maior a qualidade de vida no puerpério. O estudo E10 destaca que os hábitos alimentares, a indicação para abstinência sexual prolongada e o repouso relativo são influenciados pela cultura tendo repercussões na forma como o puerpério é vivenciado. Para Miranda, Marostica & Matos (2015) a cultura familiar tem interferência no dia-a-dia da puérpera, nomeadamente no que respeita à higiene, alimentação e realização de práticas de cuidado distintas das recomendadas pelos profissionais de saúde, bem como na prestação de cuidados ao recém-nascido. Os autores Almeida, Silva, Batista, Nobre & Maia (2022), referem que o apoio social atua como um elemento protetor da saúde da mulher, verificando-se uma urgência na promoção de uma rede de apoio e suporte de qualidade durante a gravidez e o período pós-parto.

Como resposta à questão qual o papel do pai na promoção do autocuidado da mãe?

Segundo E7, uma relação estável contribui para que a puérpera se sinta apoiada. A participação do pai em todo o processo é determinante para o bem-estar da mãe (E10). Os autores Nascimento, Marcelino, Vieira & Lemos (2019), consideram que os pais se constituem na atualidade como elementos mais participativos no acompanhamento pós-parto para o cuidado direto ao filho, assim como, para o apoio à mulher e no seu exercício da paternidade o que contribui para a promoção do bem-estar da puérpera.

3.4. TEORIA DE DOROTHEA OREM

Para Tomey & Alligood (2002), Dorothea Orem é considerada como uma das “teóricas de enfermagem mais avançadas da América” (p. 211), que definiu a TDAE que consiste numa teoria geral de enfermagem que engloba três teorias que se relacionam entre si que são: a Teoria dos Sistemas de Enfermagem; a Teoria do Auto-cuidado e a Teoria do Défice de Autocuidado. A Teoria dos Sistemas de Enfermagem refere que “a

enfermagem é ação humana; os sistemas de enfermagem, são sistemas de ação formados (...) por enfermeiras através do exercício da sua atividade de enfermagem para pessoas com limitações de autocuidado ou cuidar dependente derivadas ou associadas à saúde” (p. 217). Em suma, esta teoria refere e explicita de que forma são produzidas e sustentadas as relações para que se crie a Enfermagem.

Considerando Tomey e Alligood (2002), Orem definiu também a teoria do déficit de autocuidado cuja “ideia central é que as condições necessárias das pessoas para a Enfermagem estão associadas à subjetividade da maturidade e do amadurecimento das pessoas em relação às limitações da ação relacionadas com a saúde ou com os cuidados de saúde” (p. 217). O déficit de autocuidado relaciona as competências dos indivíduos com as suas necessidades de cuidados.

De acordo com Queirós, Vidinha & Filho (2014), Orem contribui para a criação de uma teoria de Enfermagem abrangente que permite “dar sentido disciplinar à atividade profissional” (p. 163). Esta teoria explica a prática profissional de Enfermagem, a forma como os enfermeiros utilizam e atualizam o conhecimento e a sua capacidade para responder a situações de saúde e doença dos indivíduos com necessidades de cuidados.

As necessidades de autocuidado variam no decurso da vida, ao longo de processos de transição, interferindo na autonomia e na necessidade de ajuda para o autocuidado. No decorrer das transições ocorridas desde o nascimento até à morte existe uma busca para a harmonia em que o foco principal é o bem-estar. Os agentes de autocuidado devem encarar o bem-estar como o objetivo máximo ao longo do ciclo vital, uma vez que a saúde é mais do que a ausência de doença (Queirós, 2010).

Perante as necessidades de autocuidado o ser humano responde intrinsecamente em função do estadio de desenvolvimento, dos recursos pessoais e sociais e das exigências do meio. A capacidade de autocuidado diminui e surge a necessidade de ajuda de terceiros que podem ser informais ou profissionais, quando os recursos existentes não permitem a satisfação dessas necessidades. O percurso de vida é considerado um continuum que se organiza em transições que provocam mudança, sendo que esta mudança implica adaptação, o papel de enfermagem surge assim como facilitador dos processos de transição com vista ao bem-estar (Queirós, Vidinha & Filho, 2014).

A mulher não nasce mãe, esta é uma construção que vai ocorrendo, este fenómeno não acontece necessariamente com o nascimento de um recém-nascido [RN], mesmo que

geneticamente semelhante aos progenitores, a parentalidade vai-se construindo na relação com o bebé (Dornelles, 2009).

A transição para a parentalidade constitui-se como uma das alterações mais intensas que existe no ciclo de vida da família, podendo começar a ser construída mesmo antes da conceção sendo um processo complexo em constante construção que tem efeitos na relação conjugal. Antes de surgir a parentalidade, a família é constituída pelo casal e as interações estabelecem-se entre estes dois elementos, o nascimento de um primeiro filho constitui-se como uma grande transformação, em que existe a entrada de um terceiro elemento para o núcleo familiar, surgindo novas responsabilidades e obrigações, que podem repercutir-se na relação do casal (Menezes, 2001).

O período pós-parto é particularmente exigente na medida em que surge a necessidade de aquisição de novos comportamentos e a alteração de outros pré-existentes, surgindo novas responsabilidades. Neste período que se segue após a gravidez exige uma continuidade em termos de cuidados, o que contribui para que ocorra uma consolidação familiar, sendo um importante momento de negociação de papéis e de definição de tarefas. O RN depende dos pais para a satisfação das suas necessidades de cuidados, socialização e alimentação, estes vão-se progressivamente tornando sensíveis ao significado dos comportamentos do bebé (DGS, 2005; Williams, 2009).

Existem diversas conceções que permitem definir a parentalidade, de acordo com a International Council of Nurses [ICN] (2019) e de acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem [CIPE] (2018), a parentalidade consiste em:

“Tomar conta: assumir as responsabilidades de ser mãe/pai; comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças; interiorização das expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel parental adequados e inadequados” (p. 2).

Considerando a importância de apoiar nos processos de transição ao longo da vida, importa referir que a Organização Mundial da Saúde [OMS] estabelece a importância de garantir a promoção dos direitos fundamentais da mulher, estabelecendo que: “Todas as mulheres têm direito ao mais alto padrão de saúde atingível, incluindo o direito a uma assistência digna e respeitosa durante toda a gravidez e o parto, assim como o direito de estar livre da violência e discriminação” (OMS, 2014, p. 1-2).

Ao longo do estágio nos diversos contextos clínicos foi possível constatar que a mulher apresenta déficit de conhecimentos relativos ao autocuidado, nomeadamente, ao nível do tratamento mamário aquando da descida de leite, sinais de infeção e de alerta, sexualidade e contraceção no período pós-parto, exercício físico e exercício de Kegel e alterações emocionais associadas ao puerpério. Todos estes aspetos contribuem para aumentar as dúvidas e os medos durante este período. Estes fatos para além de irem ao encontro dos resultados evidenciados pela revisão da literatura também demonstram a importância da intervenção do enfermeiro como promotor do autocuidado destacando o longo percurso ainda a percorrer.

Considerando a complexidade do processo de transição para a parentalidade e a importância do enfermeiro enquanto elemento promotor do autocuidado importa referir que na prática clínica as lacunas evidenciadas anteriormente eram trabalhadas em conjunto com os pais desde a admissão até ao dia da alta. A informação considerada pertinente era entregue em panfleto informativo no dia da alta.

3.5. SÍNTESE

Os aspetos sociais e culturais têm influência na vivência da gravidez e do puerpério. As puérperas podem sentir-se desamparadas, bem como apresentar inúmeras dúvidas neste período de vida. Todos estes aspetos contribuem para responder à questão de investigação em que se pretendia saber quais os fatores promotores do autocuidado da mulher no período pós-parto, de ressaltar a importância do papel do enfermeiro que atua como elemento promotor do empowerment da mulher, da participação do pai enquanto elemento essencial que deve ser considerado durante todo o processo e do ambiente biopsicossocial.

Sugere-se, assim, a realização de mais estudos relacionados com a participação do pai no período pós-parto para valorizar a paternidade como contributo para a saúde holística da puérpera.

4. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE MOBILIZAÇÃO DE COMPETÊNCIAS

Neste capítulo serão descritas as atividades desenvolvidas ao longo do estágio realizados nos vários contextos que contribuíram para a aquisição das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e Específicas do EEESMO de acordo com os Regulamentos da Ordem dos Enfermeiros Nº 26/ 2019, 6 fevereiro de 2019 e Nº 85/ 2019, 3 maio de 2019, respetivamente.

4.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DOS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS

Para o desenvolvimento destas competências é de realçar as de investigação pelo que para a sua aquisição foi fundamental a realização do projeto de estágio e a construção deste relatório. Os conhecimentos aprofundados na revisão da literatura acerca do tema “fatores promotores para o autocuidado da mulher no período pós-parto” reforçaram ainda mais a mobilização destas competências assim como, os trabalhos desenvolvidos ao longo do estágio que se basearam em pesquisas realizadas em artigos publicados, livros científicos e técnicos e legislação e que permitiram o desenvolvimento das competências na área da investigação.

Para Cantante et al., (2020), o exercício das competências é fundamentado com base na relação estabelecida entre o enfermeiro e o cliente/ grupo, na tomada de decisão baseada em evidência científica, na identificação de diagnósticos reais ou potenciais precoces, considerando o respeito e os valores dos clientes.

Devido à evolução da sociedade e de modo a satisfazer níveis de saúde mais exigentes surgiu a necessidade de acesso a “padrões de cuidados de enfermagem de mais elevada qualificação técnica, científica e ética” (Cantante et al., 2020) pelo que a OE definiu as Competências Comuns dos Enfermeiros Especialistas como:

“(…) as competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria”, e que “envolvem as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem” (Regulamento nº26/ 2019, 6 fevereiro de 2019, p. 4744).

A OE considera também como Competências Comuns a responsabilidade profissional, ética e legal; a melhoria contínua da qualidade, a gestão dos cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

A responsabilidade profissional, ética e legal é inerente à profissão de Enfermagem, está de acordo com o Código Deontológico do Enfermeiro e estes princípios estiveram diariamente presentes ao longo de estágio desde os cuidados prestados à mulher/ família, às relações com outros profissionais na equipa multidisciplinar. No projeto de estágio realizado, um dos objetivos específicos contemplava a humanização dos cuidados desde o respeito pelos valores e princípios, pela privacidade da mulher, pelo sigilo profissional, estabelecimento de um ambiente de empatia e segurança, assim como, sempre que necessário a recolha do Consentimento Informado e Esclarecido e a promoção da literacia em saúde através dos ensinamentos realizados em todas as áreas contempladas nos contextos clínicos com esclarecimento de dúvidas com o intuito de promover o direito à autodeterminação e à tomada de decisão empoderada da mulher. Devido à população multicultural encontrada foi desenvolvida reflexão específica (Apêndice A) que me permitiu reconhecer a importância do respeito pelo ambiente cultural, idioma da mulher e linguagem não verbal e desenvolver estratégias promotoras de um ambiente de segurança e confiança pelo que contribui para este objetivo.

No que diz respeito ao desenvolvimento das aprendizagens profissionais e à melhoria contínua da qualidade estas complementam-se e foram igualmente desenvolvidas através da pesquisa bibliográfica em bases de dados, obtenção de conhecimentos científicos e reflexões que foram posteriormente utilizados na prática profissional de forma a produzirem melhorias na qualidade dos cuidados prestados e respostas para os problemas que foram surgindo.

No domínio da gestão de cuidados, foram geridos os recursos materiais e humanos da melhor forma garantindo a qualidade dos cuidados, em parceria com os supervisores clínicos. Foi possível constatar os métodos de trabalho, os planos de distribuição do enfermeiro/ utente, assim como o estilo de liderança adotado pelos enfermeiros responsáveis e chefes. Alguns serviços apresentaram elevada rotatividade de utentes relacionada com o fecho de alguns serviços de saúde materna/ neonatal com sobrecarga de trabalho noutros serviços, sendo este acontecimento propício para o burnout dos profissionais de saúde.

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

A diferenciação e a especialização assumem cada vez mais uma necessidade nos cuidados de saúde nomeadamente nos cuidados de enfermagem devido ao desenvolvimento técnico e científico constante, pelo que a OE definiu as Competências Específicas “(...) são as competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas.” (Regulamento nº26/ 2019, 6 fevereiro de 2019, p. 4745).

Ainda segundo o Regulamento nº85/2019, 3 maio de 2019 o EEESMO assume competências nos cuidados à mulher inserida na família e comunidade, no período preconcecional, pré-natal, durante o trabalho de parto e parto, pós-natal, climatério e a vivenciar processos de saúde/ doença ginecológica. O Estágio de Natureza Profissional permitiu o contacto com os vários contextos da área da saúde materna e obstétrica de modo a adquirir e desenvolver as Competências Específicas do EEESMO com a oportunidade de adquirir um olhar real da prática e aplicar a teoria à prática. A partilha das experiências dos supervisores clínicos, assim como o papel do orientador pedagógico e o apoio da equipa de enfermagem contribuíram para a aquisição destas competências. O estágio como experiência enriquecedora promoveu o desempenho autónomo na qualidade dos cuidados específicos prestados à mulher/família.

Estas Competências Específicas do EEESMO serão apresentadas seguidamente de acordo com os contextos clínicos e baseadas na Teoria do Autocuidado de Orem.

4.2.1. Percurso de Aquisição de Competências Específicas de EEESMO no Serviço de Ginecologia

A realização do estágio neste contexto clínico permitiu a aquisição de competências no cuidado à mulher e família a vivenciar processos de saúde/ doença ginecológica. No Serviço de Internamento de Ginecologia privilegiou-se a continuidade dos cuidados às mesmas utentes até à alta clínica, sendo a população de

utentes mulheres em idade fértil e em fase de climatério. Os internamentos eram de curta duração.

Para Maia, Colodo & Vale (1988), “uma pessoa submetida a uma cirurgia, apresenta grande expectativa em relação ao processo cirúrgico, assim como ao internamento e sua recuperação” (p.34). Quando a pessoa é submetida a uma cirurgia, pode sentir que a sua integridade está em perigo, podendo vivenciar ansiedade (Martinez, 1971, citado em Maia et al., 1988). A cirurgia ginecológica tem as suas particularidades, porque para além de ter inerente os constrangimentos das generalidades das cirurgias ao ter o seu foco nos órgãos sexuais e reprodutores pode associar-se a preconceitos. Informar o paciente do processo cirúrgico pode ter efeito positivo na minimização do medo e nervosismo (Maia et al., 1988). O indivíduo ao tomar consciência da importância da sua participação supera mais facilmente a ansiedade associada ao processo patológico e cirurgia (Castellanos et al., 1975, citado em Maia et al., 1988).

Neste sentido, a alta clínica era preparada desde a admissão. A identificação da utente com pulseira de identificação era uma prioridade para se assegurar a segurança dos cuidados prestados. A preparação do utente para a cirurgia era fundamental para o sucesso do procedimento cirúrgico e sua recuperação, pelo que o acolhimento e a admissão lhes eram inerentes. Esta última depois de realizada administrativamente contemplava a anamnese, com informação relativa a antecedentes pessoais, cirúrgicos e obstétricos, alergias/ intolerâncias conhecidas, terapêutica do domicílio, presença de consumos, a verificação dos exames laboratoriais e de imagem necessários para o procedimento, a verificação do consentimento livre e esclarecido assinado e a recolha de dados (sinais vitais, peso, altura). As mulheres com antecedentes pessoais de doença crónica cumpriam os respetivos protocolos de serviço. A informação disponibilizada às utentes, a disponibilidade para esclarecimento de dúvidas e o apoio emocional e psicológico eram uma prioridade no sentido de minimizar a ansiedade e o medo associados ao internamento. A profilaxia da infeção como o banho geral com antisséptico antes da cirurgia assim como, a tricotomia com máquina elétrica, a informação de jejum, a preparação intestinal quando necessária, a profilaxia anti trombótica com meias elásticas, a remoção de adornos, próteses e verniz, a colocação de acesso periférico

com calibre 18 G, colocação de cateter vesical quando necessário, assumiam parte dos cuidados de enfermagem pré-operatórios.

A lista de verificação do “percurso do doente cirúrgico” era preenchida em todas as situações cirúrgicas e compreendia a avaliação pré-operatória e a avaliação pós-operatória realizadas, entre outras avaliações que eram realizadas no Bloco Operatório. Os cuidados de enfermagem pós-operatórios assumiram igualmente uma grande importância no sentido de proporcionar conforto, segurança através da prevenção de complicações pós-operatórias, autonomia e qualidade de vida às utentes.

A realização de educação para a saúde através dos ensinamentos era uma constante no sentido de capacitar as mulheres para o autocuidado, para a identificação de sinais de alerta e no sentido de apoiar no processo de readaptação. A orientação dada acerca dos recursos da comunidade no âmbito da saúde ginecológica assumia um papel importante na continuidade dos cuidados (Associação Oncológica do Algarve), assim como os benefícios sociais decorrentes da doença oncológica (isenção de pagamento de taxas moderadoras em consultas, exames, tratamentos hospitalares no SNS). Nas situações de mastectomia com linfadenectomia o serviço fornecia às mulheres uma almofada ergonómica para suporte do braço.

O trabalho desenvolvido pela equipa multidisciplinar contribuía para os cuidados às mulheres na sua dimensão holística. A nota de alta de enfermagem era realizada e neste contexto clínico pude desenvolver o processo de enfermagem de acordo com a linguagem CIPE.

A relação entre a patologia ginecológica ou da mama e o impacto na saúde sexual e reprodutiva foi analisada em todas as situações. Foi desenvolvido um estudo de caso intitulado “Alterações da Reprodução numa Mulher com Endometriose: Relato de Caso, cujo convite à participação com consentimento foi efetuado e que foi encaminhado para publicação (Apêndice B).

Neste contexto clínico foi reforçada a importância de uma adequada vigilância de saúde assim como da realização de Exames Complementares de Diagnóstico [ECD], realizados ensinamentos acerca de estilos de vida saudável e foi realizada educação para a saúde acerca de sintomatologia sugestiva de desvios de saúde às mulheres. Sendo o EEESMO um profissional competente nesta área, este serviço de internamento apresentava esta lacuna.

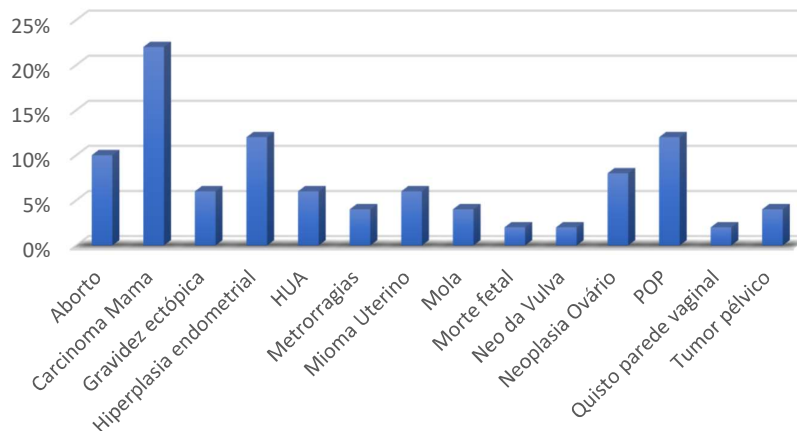
A realização deste estágio foi muito enriquecedora pessoal e profissionalmente permitindo alcançar as Competências como EEESMO neste contexto clínico e os objetivos propostos nesta área foram atingidos.

4.2.1.1. Dados no Serviço de Ginecologia

Durante este contexto clínico foram prestados cuidados a 73 mulheres. A maior parte desta população encontrava-se na faixa etária entre os 39 e os 48 anos de idade correspondente a 28%. A maioria destas utentes era de nacionalidade portuguesa equivalente a 86%, contudo, foram prestados cuidados a utentes de nacionalidade Brasileira, Ucraniana, Inglesa, Moldava e Guineense.

Analisando os motivos de internamento verificou-se que as causas mais comuns foram: Carcinoma da mama, Hiperplasia Endometrial e Prolapso dos Órgãos Pélvicos [POP], tal com está representado na figura 2.

Figura 2 - Motivo de internamento na ginecologia

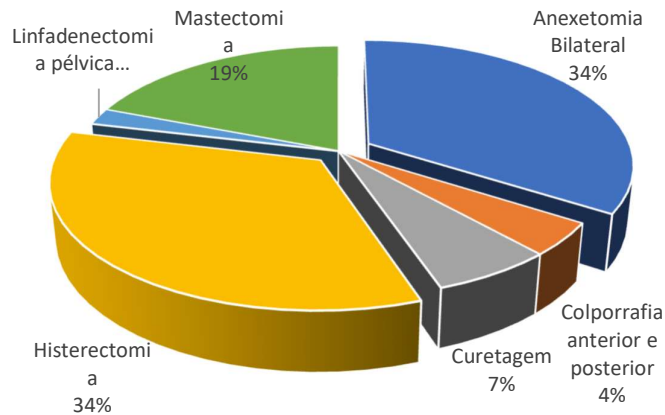


Fonte. Dados recolhidos durante o estágio.

O cancro da mama é o cancro mais comum entre as mulheres, sem considerar o cancro da pele e equivale à segunda causa de morte por cancro, na mulher. Esta patologia tem um grande impacto na sociedade, pois para além de ser frequente ocorre num órgão cheio de simbolismo associado à maternidade e feminilidade (Liga Portuguesa Contra o Cancro, 2022).

Examinando as cirurgias foi possível averiguar que a mais frequente foi a Histerectomia, tal como está apresentado na figura 3.

Figura 3 - Cirurgias mais frequentes na ginecologia



Fonte. Dados recolhidos durante o estágio.

A histerectomia é um dos procedimentos cirúrgicos mais frequentemente realizados, é o segundo mais realizado após o parto por cesariana (Berek, 2008).

4.2.2. Percurso de Aquisição de Competências Específicas de EEESMO no Bloco de Partos

O estágio realizado no contexto clínico de Bloco de Partos foi realizado em 2 contextos diferentes, com dinâmicas distintas e práticas semelhantes, onde foi possível adquirir e desenvolver competências no cuidado à mulher/ família durante o trabalho de parto.

A prática clínica teve por base os protocolos dos serviços, a prática baseada na evidência e as intervenções foram explicadas e discutidas com o casal, levando em consideração os benefícios/ riscos assegurando a qualidade e a segurança dos cuidados.

O internamento da grávida no Bloco de Partos era realizado nas situações de início de trabalho de parto, indução de trabalho de parto e cesariana programada devido à existência de contraindicação para parto vaginal de acordo com a norma da (DGS, 2015c). A indução do trabalho de parto é efetuada perante complicações de saúde materna e fetal cujas vantagens na terminação da gravidez exista, sem que haja necessidade de o parto ocorrer em poucas horas ou nos casos de gravidez não complicada que atinja as 41 semanas de gestação (DGS, 2015a).

Neste ponto, os contextos clínicos tinham diferenças uma vez que numa grávida era admitida em fase ativa e no outro em fase latente o que proporcionou a

aquisição de competências técnicas na cervicometria (dilatação, apagamento, consistência e posição) e na avaliação do Índice de Bishop. Esta avaliação carecia sempre de consentimento da parturiente.

De acordo com o Regulamento das Competências Específicas nº85/2019, 3 maio de 2019, o EEESMO deve promover um ambiente calmo e seguro para favorecer o nascimento normal pelo que este objetivo consistiu uma prioridade nos cuidados da parturiente e recém-nascido.

No momento da admissão era realizado o acolhimento no serviço e a recolha de informações relativas: crenças, existência de Plano de Parto por forma a ir ao encontro das expectativas do casal, cuidados ao recém-nascido (laqueação tardia do cordão, corte do cordão realizado pelo acompanhante, contacto precoce pele a pele e forma de alimentação do recém-nascido), experiências anteriores de gravidez e parto, vigilância da gravidez, realização de curso de preparação para o parto e parentalidade, antecedentes pessoais, cirúrgicos, obstétricos com a identificação do índice obstétrico, idade da grávida, idade gestacional, grupo de sangue, resultados analíticos atualizados e completos (serologias, hemograma, coagulação e covid-19), estreptococos do grupo B, integridade das membranas, alergias/ intolerâncias, terapêutica do domicílio, avaliação cardiotocográfica, avaliação dos sinais vitais, medidas de alívio do desconforto com os ensinamentos relativos aos métodos farmacológicos e não farmacológicos.

A analgesia por via epidural era a mais frequentemente escolhida como método farmacológico e a respiração, alternância de posição, deambulação, bola de pilates, duche, diminuição da luminosidade, musicoterapia eram as medidas não farmacológicas utilizadas de acordo com o desejo da parturiente. A dor assim como os outros sinais vitais era avaliada regularmente. Os métodos naturais de alívio da dor são um complemento aos métodos convencionais que por sua vez também têm efeito ao nível da diminuição da ansiedade permitindo uma colaboração mais ativa por parte das mulheres assim como, a redução do consumo de analgésicos sistémicos (Sequeira, 2020). A administração de terapêutica analgésica intravenosa, de terapêutica via epidural prescritas eram realizadas, assim como a colaboração na colocação de cateter epidural. As duas instituições utilizavam a técnica da epidural contínua que diminuía a dor associada ao trabalho de parto podendo, no entanto, comprometer a deambulação da parturiente devido a bloqueio motor dos membros inferiores pelo que

o preconizado pela Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, (2022), “(...) liberdade de movimentos e escolha da posição de parto pela mulher” (p 5) nem sempre era possível. As duas instituições estavam a tentar criar um protocolo em cooperação com a anestesia para a walking epidural. Foram aprofundados conhecimentos relativos à analgesia epidural como reconhecimento dos efeitos secundários e complicações intervindo na prevenção e resolução.

Neste período da vida da mulher o trabalho de parto pode constituir-se como um desafio fisiológico e psicológico para a mulher e a proximidade do seu início pode acarretar ansiedade e medo (Sequeira, 2020). O apoio psicológico e emocional durante os quatro estádios consistia uma base assente nos cuidados prestados, assim como, a presença de acompanhante durante o trabalho de parto (Decreto-Lei nº14/85, 6 julho de 1985).

O mecanismo de parto é o conjunto de movimentos e fenómenos ativos e passivos do feto durante a passagem pelo canal de parto, as características de forma e tamanho da pelve materna e as do produto de conceção podem facilitar mais ou menos a progressão do trabalho de parto e as contrações são a força motriz do trabalho de parto que tem a capacidade para impulsionar o feto através da pelve terminando com o nascimento (Zugaib, 2016).

O trabalho de parto é definido com as instalações de contrações dolorosas concomitantemente com a dilatação e apagamento do colo (Graça, 2010). A identificação dos quatro estádios do trabalho de parto foi fundamental para o adequado planeamento dos cuidados durante a evolução do trabalho de parto e parto.

O EEESMO deve encorajar a grávida a sentir o próprio corpo e a envolver-se ativamente no nascimento (Sequeira, 2020). O estabelecimento de uma relação de ajuda com a informação da evolução do trabalho de parto, o respeito pela conduta da parturiente assim como, o fortalecimento das suas habilidades são fatores promotores de uma atitude materna positiva e satisfatória ao progresso do trabalho de parto (Freitas, 2011), pelo que este objetivo foi uma constante.

A progressão do trabalho de parto era registada no Partograma existente em documentos próprios nos dois serviços e a partir da fase ativa do trabalho de parto. Os dois contextos clínicos consideravam a fase ativa com a dilatação cervical de 4 cm de acordo com Ministério da Saúde (2017).

A monitorização e interpretação cardiotocográfica era muito importante para a vigilância dos padrões da frequência cardíaca fetal, da contractilidade uterina e da avaliação da evolução do trabalho de parto. A aquisição de conhecimento acerca da interpretação de dados e identificação dos desvios da normalidade foi alcançada assim como, a referência para a equipa multidisciplinar perante situações que estavam para além do campo de atuação, sempre que necessário. Ambos os serviços tinham a prática da monitorização contínua a partir da fase ativa. Houve oportunidade de colaborar na realização de monitorização interna devido a obesidade materna e pela dificuldade na interpretação do bem-estar fetal.

A técnica de assistência à execução do parto foi adquirida e desenvolvida e foi dada a sugestão de adoção de outras posições para além da de litotomia no período expulsivo e sempre que o traçado cardiotocográfico apresentava desvios da normalidade e com interesse por parte da parturiente. No que diz respeito às urgências obstétricas foi possível contactar com a distocia de ombros e a hemorragia intra-parto e pós-parto colocando em práticas as recomendações da OMS mais atualizadas e os protocolos dos serviços para resolução destas situações.

O corte tardio do cordão foi na sua maioria das vezes possível, assim como, a sua realização pelo acompanhante. Foram realizadas colheitas do cordão umbilical para tipagem do recém-nascido perante mãe com fator RH negativo.

No terceiro estágio do trabalho de parto foi possível reconhecer os sinais de dequitação, realizar a técnica, identificar os mecanismos, inspecionar a placenta e as membranas e observar o cordão umbilical com confirmação dos três vasos.

Segundo a OMS (2018), não é recomendada a utilização rotineira ou generalizada da episiotomia em mulheres, durante um parto vaginal espontâneo pelo que deve ser um procedimento seletivo. As episiotomias realizadas durante estes contextos clínicos foram justificadas e com o consentimento das parturientes. A técnica de reparação do canal de parto e períneo foi desenvolvida através das episiorrafias e perineorrafias com a sutura de lacerações de grau I e II.

O puerpério imediato assume especial atenção no sentido de prevenir eventuais complicações, promover a relação entre a tríade e a adaptação ao ambiente extrauterino pelo recém-nascido e realizar ensinamentos promotores do autocuidado materno. As situações de hemorragia pós-parto que foram experienciadas decorreram neste período pelo que ganhou especial atenção e vigilância. A amamentação na

golden hour foi promovida perante o desejo materno tendo sido realizada pesquisa no e-lactância sempre que se verificou patologia materna medicada com o intuito de verificar o risco terapêutico/ amamentação.

O desenvolvimento de competências nos cuidados imediatos ao recém-nascido foi reforçado pela participação em partos distócicos e eutócicos por outros profissionais aquando da sua receção.

Foi realizada uma reflexão sobre uma situação clínica vivenciada neste contexto clínico de acordo com o modelo de Gibbs (Apêndice C), que revelou especial importância na medida em que promoveu o raciocínio crítico e reflexivo acerca da prática profissional e a ligação entre a teoria e a prática contribuindo assim, para a aquisição de competências profissionais.

Os registos de enfermagem eram assegurados no partograma, no livro de gravidez da mulher, na lista de verificação da OMS para partos seguros e no processo de enfermagem.

Devido à falta de médico pediatra para assegurar escala de serviço numa das instituições as mulheres admitidas em trabalho de parto eram encaminhadas para o hospital mais próximo, pelo que nestes turnos foi possível ficar na Admissão e prestar cuidados a 4 mulheres do foro da ginecologia.

A OMS (2018), estabelece um conjunto de diretrizes que promovem uma vivência positiva do nascimento, que engloba todas as fases do trabalho de parto, pós-parto e cuidados ao recém-nascido. O EEESMO deve proporcionar uma experiência de parto positiva sendo este um objetivo principal, importa referir que as diretrizes mencionadas anteriormente foram respeitadas durante a prática clínica.

4.2.2.1. Dados no Serviço de Bloco de Partos

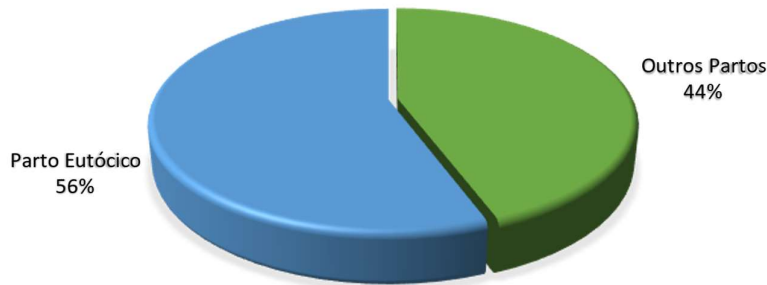
Durante o estágio foram prestados cuidados a 115 mulheres em trabalho de parto. A maioria das grávidas encontrava-se na faixa etária entre os 28 e 37 anos de idade correspondente a 57%.

Das grávidas em trabalho de parto 65 tinham gravidezes de risco, cujas causas foram: idade materna nos extremos da idade reprodutiva, gravidez mal vigiada, Diabetes Gestacional [DG] ou crónica, Hipertensão Arterial [HTA] gestacional ou crónica, trombofilia, talassémia, obesidade, colestase gravídica, pré-eclâmpsia,

patologia da tiróide, hidrâmnios, Fertilização in Vitro [FIV], Ameaça de Parto Pré-termo [APPT].

Quanto ao número de partos, foram realizados 44 partos eutócicos e houve participação em 35 outros partos que correspondem a 56% e 44% das respectivas percentagens como demonstrados na figura 4. De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2012), devido à preocupação com o aumento do número de cesarianas e da intervenção no trabalho de parto a OMS emitiu recomendações relativas ao “trabalho de parto normal” onde se encontram normas de boas práticas na assistência ao parto sem complicações.

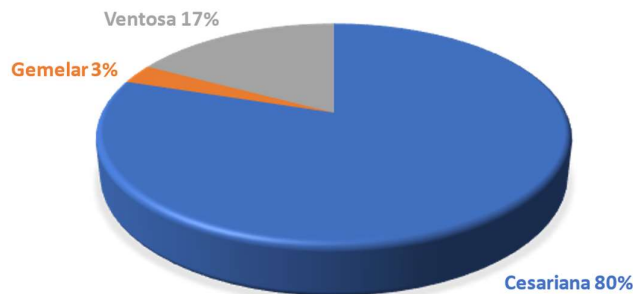
Figura 4 - Partos eutócicos e assistidos



Fonte. Dados recolhidos durante o estágio.

Relativamente à participação noutros partos, 6 foram distócicos por ventosa, 28 foram distócicos por cesariana e 1 foi gemelar, como demonstrado em percentagens na figura 5.

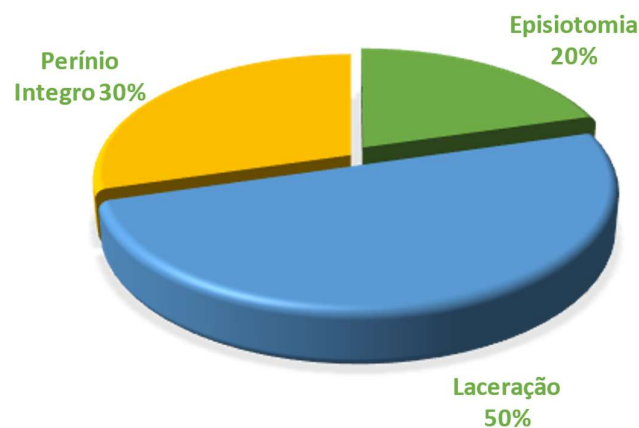
Figura 5 - Partos assistidos



Fonte. Dados recolhidos durante o estágio.

Dos partos eutócicos, foram realizadas 9 episiotomias, 22 lacerações e houveram 13 períneos íntegros equivalentes às percentagens, como verificado na figura 6. De acordo com a OMS (2018), o uso liberal da episiotomia não é recomendado e requer anestesia local efetiva e o consentimento informado da mulher. Existem, no entanto, técnicas para redução do trauma do períneo, como a massagem, compressas mornas e a proteção manual do períneo que devem ser utilizadas de acordo com as preferências da mulher por forma a facilitar o nascimento espontâneo. Estas recomendações foram verificadas na prática clínica.

Figura 6 - Percentagens de episiotomias, lacerações e períneos íntegros.



Fonte. Dados recolhidos durante o estágio.

Relativamente a complicações decorrentes do trabalho de parto houve casos de hemorragia pós-parto por atonia uterina e distocia de ombros. De acordo com Freitas et al., (2022) a hemorragia pós-parto é definida como a perda de sangue superior a 500ml após o parto vaginal ou 1000ml após a cesariana nas primeiras 24 horas, é considerada a principal complicação do parto e as suas causas podem ser, trauma, tecido, trombina e tónus sendo a atonia uterina a principal causa. Esta caracteriza-se pela inadequada contractilidade da musculatura do útero, em associação com sangramento genital e hipotensão arterial materna. A conduta preventiva deve realizar-se desde o período pré-natal e a existência de protocolos para hemorragia pós-parto é fundamental para a condução da situação.

Segundo Marques & Reynolds (2011), a distocia de ombros é considerada outra emergência obstétrica com impacto na morbimortalidade materna e neonatal. Esta emergência manifesta-se pelo “sinal de tartaruga” que se caracteriza pela retração

da cabeça do feto em direção à pelve. Os principais fatores são a macrossomia fetal e a diabetes gestacional, contudo, pode não ser identificado qualquer fator de risco, pelo que a distocia de ombros deve ser considerada imprevisível. É definida pelo uso adicional de manobras obstétricas para exteriorização dos ombros. Neste sentido, o treino periódico em emergências obstétricas é fundamental para melhorar os resultados nestas situações.

4.2.3. Percurso de Aquisição de Competências Específicas de EEESMO no Serviço de Obstetrícia

A realização de estágio neste contexto clínico permitiu a aquisição de competências no cuidado à mulher e família durante o período pós-natal. Existem diversos autores que procuram definir o período pós-parto, para Graça (2010) este equivale ao período de seis semanas pós-parto onde ocorre a regressão das alterações anatómicas e fisiológicas do período gravídico. Para Zugaib (2016), o puerpério pode ser dividido em 3 períodos, o puerpério imediato considerado até ao término da segunda hora pós-parto, o puerpério mediato desde a terceira hora até ao final do décimo dia após o parto e o puerpério tardio desde o início do 11º dia até ao retorno das menstruações ou 6 a 8 semanas nas lactantes.

A grande maioria das mulheres permanece nos primeiros dias de puerpério no hospital e estes dias assumem especial importância no sentido de proporcionar suporte emocional, aquisição de conhecimentos e promoção de confiança à puérpera (Zugaib, 2016).

Foi possível verificar que o foco principal da mulher passa por assegurar os cuidados ao recém-nascido em detrimento do autocuidado pelo que se torna pertinente perceber a importância que as puérperas atribuem ao autocuidado e à capacitação para o promover, com o intuito de prevenir complicações e garantir a segurança, considerando-se esta temática a do estudo neste relatório.

De acordo com o OE (2015), o EEESMO constitui-se como “o membro da equipa multidisciplinar que potencia a saúde da puérpera e do RN, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade” (p. 49). A puérpera e o recém-nascido são transferidos para o puerpério após as duas horas de puerpério imediato e perante ausência de complicações.

Aquando da receção da puérpera e recém-nascido na unidade em alojamento conjunto o enfermeiro deve apresentar-se, situá-la na unidade e informar acerca das respetivas rotinas, nomeadamente o horário de visita da pessoa significativa, explorar o decurso do trabalho de parto e o parto assim como, avaliar o estado geral da mãe e do bebé com a realização do exame físico, avaliação de sinais vitais e questionando acerca de eventuais queixas. As informações fornecidas neste momento devem ser reduzidas pela necessidade de descanso materno. Após as primeiras horas pós-parto o enfermeiro deverá realizar a entrevista que deve conter questões acerca da experiência do parto, da condição física e emocional da puérpera e dos conhecimentos sobre a fisiologia do puerpério, autocuidado e cuidados ao bebé. Deve ainda, identificar fatores de risco que possam comprometer a adaptação da puérpera neste período, com o objetivo de identificar os problemas e elaborar o plano de cuidados de enfermagem.

Sempre que se verifique sintomatologia compatível com desvios da normalidade o enfermeiro deve encaminhar a puérpera para outros profissionais de saúde (Freitas, 2011).

O enfermeiro deve elaborar um plano de cuidados de acordo com as necessidades individuais respeitando os valores e crenças de cada mulher identificadas na entrevista, que inclui a capacidade de ler e escrever, a língua familiar primária, o envolvimento e apoio da família, as preferências dietéticas, os cuidados infantis, o apego, a circuncisão, as crenças culturais ou religiosas, as práticas de medicina popular, a comunicação não verbal e preferências espaciais pessoais, que idealmente deve começar durante a gravidez e manter-se no período pós-parto (Lowdermilk, 2013).

As pulseiras de identificação do paciente e a pulseira de segurança do recém-nascido são confirmadas junto da mãe. A segurança do paciente passa pela redução de danos assim como, pela diminuição do sofrimento do utente e família. A identificação realizada através da pulseira que contém o nome completo e data de nascimento corresponde ao primeiro protocolo básico de segurança (OMS, 2016).

Ainda no sentido de melhorar a segurança dos cuidados prestados ao recém-nascido, nomeadamente na prevenção de rapto de bebés a pulseira eletrónica proporciona esta proteção e confiança à mãe e bebé. Sendo este assunto uma realidade acresce as medidas adotadas para a segurança a nível hospitalar, pelo que além da

pulseira identificativa os recém-nascidos deverão ser portadores de pulseira eletrónica, com alarme e sistema de encerramento automático das portas de acesso (Despacho nº 20730/2008).

O levante da puérpera respeitava a recomendação do protocolo do serviço, assim como, a administração da terapêutica anticoagulante prescrita e a avaliação do sinal de Homans, no sentido de prevenir os fenómenos tromboembólicos. Durante o período de repouso no leito as mulheres eram aconselhadas a realizarem movimentos dos membros inferiores. De acordo com a Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno-Fetal (2022), o puerpério constitui um momento propício de risco de tromboembolismo venoso pelo que a trombopprofilaxia assume um papel fundamental na prevenção da morbilidade e mortalidade obstétrica.

A observação/ avaliação do estado geral (fisiológico e psicológico) da puérpera fazia parte dos cuidados prestados assim como, o apoio prestado e o reforço positivo fornecido perante aquisição de competências relacionadas com a autonomia nos vários domínios.

Desde a admissão a mulher deve realizar aprendizagem acerca do autocuidado e dos cuidados ao RN assim como, preparar-se para a alta hospitalar pelo que a educação para a saúde assume uma importância crucial.

Nos ensinamentos realizados constavam os relativos ao autocuidado (higiene, alimentação, repouso, eliminação vesical e intestinal, cuidados com as mamas, sutura abdominal ou perineal, lóquios, desconfortos no pós-parto, sinais de alerta e recursos existentes na comunidade, exercícios de Kegel, sexualidade e contraceção, alterações emocionais e vigilância de saúde).

Foi realizada articulação com a equipa multidisciplinar quando puérpera em obstetrícia e RN em neonatologia.

Esta unidade tem uma população com nacionalidades diversificadas, maioritariamente é portuguesa, no entanto, existem mulheres de nacionalidades Brasileira, Venezuelana, Indiana, Bengali e Nepalesa. Parte desta população Estrangeira não tem consultas de vigilância da gravidez sendo imediatamente encaminhadas para a assistente social durante o internamento e os seus bebés registados na maternidade antes da alta clínica.

A observação/ avaliação do estado geral do RN fazia parte dos cuidados prestados. Nos ensinamentos relativos aos cuidados ao recém-nascido constavam os do

banho, mudança da fralda, cuidados ao coto umbilical, prevenção de icterícia, prevenção da síndrome de morte súbita, técnica de desengasgamento, sinais de alerta, alterações fisiológicas da pele, contacto pele a pele, choro e amamentação. Estes ensinamentos respeitavam a disponibilidade materna e do recém-nascido com o propósito de melhor assimilação da informação e receptividade do bebé.

A vacina da hepatite B é administrada aos bebés durante o internamento, junto da mãe e quando possível em contacto pele a pele, aproveitando o momento para promover o cumprimento do Programa Nacional de Vacinação, sendo as restantes vacinas administradas no Centro de Saúde. De acordo com o Programa Nacional de Vacinação (2020), estar vacinado é não só um direito como um dever das pessoas cujo objetivo é a sua proteção e da população contra doenças que possam ameaçar a saúde pública, deste modo, a vacina contra a hepatite B constitui-se como uma das recomendadas após o nascimento DGS (2020).

O rastreio auditivo é efetuado antes da alta com vista a promover o adequado desenvolvimento da fala e da linguagem e de acordo com a norma da Direção Geral da Saúde (2015d), deverá ser realizado até ao final do primeiro mês de vida.

O rastreio de cardiopatias congénitas é realizado entre as 24 e as 48 horas de vida para diagnosticar precocemente cardiopatias congénitas no recém-nascido saudável através da oximetria de pulso. De acordo com a Direção Geral da Saúde (2006), esta patologia é a mais frequente entre as malformações congénitas em Portugal pelo que a avaliação da saturação pré-ductal e pós-ductal depois das primeiras 24 horas de vida assume um importante papel na triagem de cardiopatias congénitas graves.

Este hospital é o único da região Amigo dos bebés desde 2008. Segundo a UNICEF (2012), estima-se que de acordo com alguns estudos, no primeiro mês, metade das mães desistem de amamentar. Este último dado revela a importância da implementação de intervenções que favoreçam o aleitamento materno e que contribuam para o sucesso do mesmo.

A OMS e a UNICEF basearam-se em evidências científicas e prepararam em conjunto a estratégia mundial para a alimentação do lactente, baseada em evidências científicas, com o objetivo de sensibilizar o mundo acerca das repercussões que a alimentação pode ter no estado nutricional, no crescimento e desenvolvimento, na saúde e sobretudo na sobrevivência dos lactentes e crianças. O aleitamento materno

constitui um alimento ideal para o crescimento e desenvolvimento saudável e tem repercussões importantes na saúde da mãe (OMS, 2003).

De acordo com a UNICEF (2012), “O leite materno é um alimento vivo, completo e natural, adequado para quase todos os recém-nascidos, salvo raras exceções. As vantagens do aleitamento materno são múltiplas e já bastante reconhecidas, quer a curto, quer a longo prazo, existindo um consenso mundial de que a sua prática exclusiva é a melhor maneira de alimentar as crianças até aos 6 meses de vida” (p. 8).

A amamentação consiste num comportamento que a mulher pode aprender a realizar e a maioria das mães não apresenta nenhuma contraindicação, no entanto, é essencial que disponham de informação precisa e apoio da sua família, comunidade e sistemas de saúde. É de grande importância para o sucesso da amamentação que as mulheres tenham acesso a assistência qualificada e especializada, que proporcione confiança, melhore as técnicas de amamentação e contribua para ultrapassar as dificuldades sentidas (OMS, 2003).

Este serviço promove a Amamentação exclusiva até aos 6 meses de vida e a complementar até aos 2 anos de idade ou mais do bebé de acordo com as orientações da OMS/UNICEF, facto este enriquecedor para a aquisição de competências deste contexto clínico no sentido de promover o aleitamento materno.

Oferece aos seus utentes os serviços prestados no cantinho de amamentação cujo horário de funcionamento é nos dias úteis das 12h às 18h e ao fim-de-semana das 12h às 16h e é assegurado por um enfermeiro com Curso de Aconselhamento em Aleitamento Materno [CAM] que durante o contacto telefónico explora os vários assuntos: tipo de aleitamento, intervalos entre mamadas, realização de mamadas noturnas, se o RN desperta espontaneamente, se está a realizar micção e dejeção, preparação do leite artificial, como se encontram as mamas e mamilos e ensinamentos respetivos de acordo com os problemas identificados, última pesagem do RN, realização do Teste de Diagnóstico Precoce [TDP] e marcação de consulta médica para o RN.

A puérpera é elogiada quando mantém o aleitamento materno e é solicitado novo contacto telefónico para reavaliação. O enfermeiro do cantinho de amamentação também apoia as mães com RN internado no Serviço de Neonatologia.

O pai deve ser envolvido no apoio à mulher nomeadamente na amamentação

que é fundamental para o desenvolvimento da vinculação pai/ bebê e manutenção do aleitamento materno. Na alta, o enfermeiro deverá esclarecer a puérpera acerca das dúvidas, informar sobre a consulta de revisão puerperal e da vigilância de saúde do bebê, onde recorrer em caso de necessidade e discutir com o casal o planeamento familiar (Freitas, 2011).

No dia da alta são oferecidos panfletos informativos relativos à amamentação, cantinho de amamentação, consulta de planeamento familiar e de vigilância do puerpério, reabilitação no pós-parto, vigilância do RN, TDP, vacinação, registo do nascimento online, preparação de um biberão, quando necessário. É igualmente entregue uma nota de alta de enfermagem com reforço da informação relativa aos sinais de alarme no período pós-parto.

Este serviço, por motivos, de reestruturação das unidades devido à pandemia assegurava os cuidados às mulheres do foro da ginecologia, e de existência de um número significativo de estudantes em estágio de obstetrícia, foram prestados cuidados a 18 mulheres do foro da ginecologia e 7 grávidas de risco.

O estágio em neonatologia fez parte dos contextos clínicos do Estágio de Natureza Profissional, teve a duração de uma semana e foi apenas de observação. Veio reforçar a aquisição de competências no cuidado à mulher e família durante o período pós-natal, nomeadamente no cuidado ao RN nas situações de desvios de saúde. Foi possível acompanhar mulheres e RN em alojamento conjunto neste contexto clínico e desenvolver os conhecimentos relativos aos sinais de alerta do RN e promover a amamentação.

4.2.3.1. Dados no Serviço de Obstetrícia

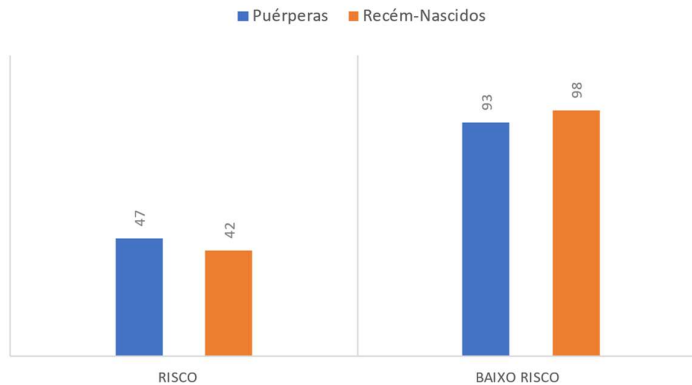
Durante este contexto clínico foram prestados cuidados a 140 puérperas e a 140 recém-nascidos. A maior parte das puérperas encontrava-se na faixa etária entre os 26 anos e os 30 de idade correspondente a 35%.

Das 140 puérperas 47 foram consideradas de risco. Estas apresentaram beta-talassemia, depressão, pré-eclâmpsia, trombofilia, DG, rubéola duvidosa, gravidez não vigiada, obesidade, hipotiroidismo, idade materna nos extremos da idade reprodutiva e multiparidade.

Dos 140 RN 42 foram considerados de risco. Os RN considerados de risco foram os prematuros, os com Restrição de Crescimento Intra Uterino [RCIU], os

Grande para a Idade Gestacional [GIG], aqueles cuja gravidez foi mal vigiada e em que existia patologia materna. Segue-se a apresentação na figura 7.

Figura 7 - Puérperas e recém-nascidos de baixo risco e de risco.



Fonte. Dados recolhidos durante o estágio.

Durante o estágio em neonatologia foram prestados cuidados a 14 RN de risco, em situações de sépsis neonatal precoce, prematuridade com síndrome de dificuldade respiratória e fratura do úmero.

4.2.4. Percurso de aquisição de Competências Específicas de EEESMO no Serviço de Consultas Externas de Obstetrícia

As consultas externas foram um momento enriquecedor para a aquisição de competências no cuidado à mulher/ família em contexto de planeamento familiar, preconceção e durante o período pré-natal.

A gravidez é um processo fisiológico que se traduz numa adaptação a uma nova situação e a modificações corporais, fisiológicas e emocionais que culmina com o nascimento. O planeamento da gravidez diminui significativamente a morbilidade e mortalidade materna, fetal e infantil (DGS, 2015b).

Têm surgido desafios aos cuidados de saúde materna e infantil, associados ao adiamento da maternidade, a mulheres com patologia e ao aumento de cidadãos estrangeiros com práticas culturais diferentes e com a barreira da língua, situações que aumentam o risco na gravidez, pelo que o planeamento da gravidez assume especial importância na prevenção de complicações maternas e fetais. A assistência pré-natal contribui para a saúde materna e fetal, assim como, para experiências positivas de gravidez, parto, puerpério e amamentação, principalmente quando as

mulheres são cuidadas por EEESMO (Sequeira, 2020). A gravidez de baixo risco é aquela em que não é possível identificar nenhum fator acrescido de morbidade materna, fetal e/ ou neonatal de acordo com a escala de Goodwin modificada, já a identificação de um fator de risco ou situação anômala pode estar logo presente, mas sendo o risco dinâmico ao longo da gravidez, o mesmo deve ser reavaliado em todas as consultas (DGS, 2015b).

Este serviço hospitalar contempla as consultas de enfermagem para avaliação do bem-estar materno e fetal de baixo risco e de risco, os exames pré-natais, as urgências, a interrupção médica da gravidez, pelo que foi enriquecedor para a aquisição das competências e também no âmbito da urgência.

Devido à pandemia as consultas de enfermagem não englobavam o acompanhante. Durante as consultas de enfermagem era realizado o acolhimento, a anamnese, a determinação da idade gestacional, a avaliação de sinais vitais, a progressão ponderal, a obstétrica através das manobras de Leopold, a da altura do fundo do útero, a monitorização cardiotocográfica e a sua interpretação, colheitas de sangue e interpretação de resultados laboratoriais, educação para a saúde e os registos de enfermagem no Boletim de Saúde da Grávida [BSG] e no respetivo sistema informático.

Era reforçada a realização do plano de parto e do plano de alimentação do RN, neste último eram realizados ensinamentos acerca da amamentação. A educação para a saúde fazia parte de todas as consultas de enfermagem, era adequada à idade gestacional, esclarecia as dúvidas apresentadas pela grávida e tem como principal objetivo ajudar a grávida a melhorar a sua saúde, através do aumento da literacia em saúde e do desenvolvimento de competências (DGS, 2015b).

Nesta fase o estabelecimento de uma relação de confiança é fundamental para que a mulher se sinta valorizada e envolvida nas tomadas de decisão sobre si.

Nas gravidezes de risco, o controle de situações como a diabetes mellitus, hipertensão arterial, doenças da tiroide e autoimunes assumia particular importância no sentido de aconselhamento e prevenção de complicações associadas. Foi desenvolvido um documento para o serviço intitulado “Hipertensão arterial na grávida” cujo objetivo foi informar a grávida acerca dos riscos da hipertensão para a sua saúde e do RN e possibilitar a avaliação da tensão arterial no ambulatório (Apêndice D).

A maior parte das mulheres quando chegam à consulta já estão grávidas, pelo que as consultas de preconcepção são pouco realizadas. Nos últimos anos constatou-se uma redução da mortalidade materna e perinatal, no entanto, parecem continuar a surgir gravidezes não planeadas cujo resultado é o início tardio ou a ausência de vigilância pré-natal com conseqüente ocorrência de comportamentos de risco nas primeiras semanas de gravidez com repercussões graves para o feto. Desta forma, torna-se essencial promover a saúde no período antes da concepção o que se traduz na melhoria da qualidade de vida da mulher e do bebé (DGS, 2016).

Neste contexto clínico, quando a gravidez era confirmada era possível datar recorrendo à regra de Naegele através da data da última menstruação ou através da idade gestacional corrigida pela ecografia realizada no primeiro trimestre. A data provável do parto era calculada de acordo com estes dados.

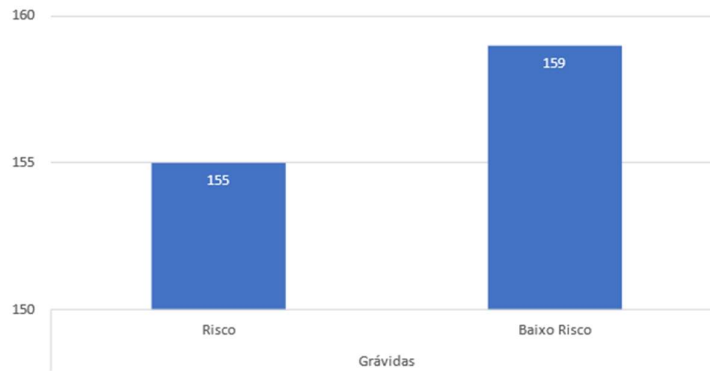
Esta unidade não realiza a interrupção voluntária da gravidez, no entanto, foi possível acompanhar a interrupção médica da gravidez que é realizada nas primeiras 24 semanas de gravidez quando há patologia fetal grave ou até ao final da gravidez quando o feto é inviável para a vida extrauterina.

O papel do EEESMO assume particular importância no ensino para o autocuidado (estilos de vida saudáveis, medidas de higiene e conforto, bem-estar) assim como, acerca dos sinais de alerta.

4.2.4.1. Dados no Serviço de Consultas Externas de Obstetrícia

Neste contexto clínico foram realizadas 314 consultas externas de enfermagem obstétrica. A maioria das mulheres tinham idades entre os 28 anos e os 37 anos de idade correspondente a 68%. Destas, 159 mulheres apresentavam gravidez de baixo risco e 155 de risco médio e alto como apresentado na figura 8.

Figura 8 - Número de grávidas de baixo risco e de risco



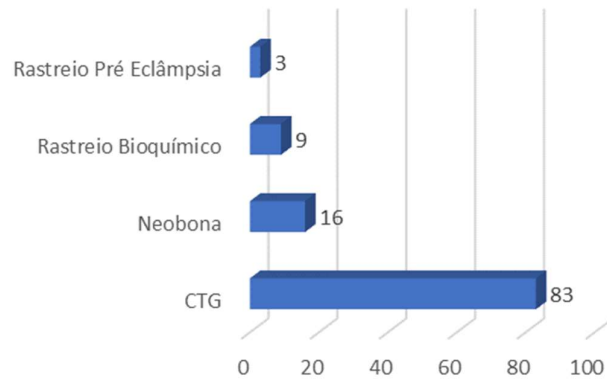
Fonte. Dados recolhidos durante o estágio.

Nas gravidezes de risco, como patologias mais frequentes, consideraram-se as com diabetes mellitus, hipertensão arterial, idade materna nos extremos da idade reprodutiva, gravidez resultante de procriação medicamente assistida, obesidade, restrição de crescimento fetal, gemelar, artéria umbilical única, oligoâmnios e hidrâmnios. A patologia mais encontrada foi a diabetes mellitus.

Esta patologia pode trazer graves consequências para a saúde da materna e fetal e a sua prevalência tem vindo a aumentar, sendo considerada pela OMS como a pandemia do século XXI. É no grupo de mulheres que engravidam a partir dos 40 anos que maior prevalência de verifica de diabetes gestacional (DGS, 2017). As complicações maternas como a pré-eclâmpsia, o tipo de parto assim como, as complicações pediátricas assumem especial relevância e as implicações decorrentes da diabetes e gravidez mantêm-se a médio e longo prazo, com repercussões na mulher e filho, não terminando com o parto (Sociedade Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes, Metabolismo, Obstetrícia e Medicina Materno-fetal, 2011).

Os exames pré-natais realizados encontram-se na figura 9 e o mais realizado foi o CTG seguido do Neobona. Este último, consiste num teste genético de rastreio pré-natal não invasivo que permite a partir das 10 semanas ecográficas detetar anomalias cromossomáticas mais frequentes na gestação (Synlab, 2022).

Figura 9 - Número de exames pré-natais



Fonte. Dados recolhidos durante o estágio.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste Relatório Final é o colmatar de um processo de aprendizagem para a aquisição de Competências Especializadas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Durante a sua elaboração foi realizada reflexão crítica sobre o processo de aquisição de Competências Específicas do EEESMO no cuidar a mulher/ família durante o ciclo reprodutivo, parto, pós-parto e com patologia do foro ginecológico e acerca do processo de aquisição de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista definidas pela responsabilidade profissional da melhoria contínua da qualidade por uma prática ética e legal, pela gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Esta foi uma experiência muito enriquecedora.

A Evidência Científica foi uma constante durante o Estágio de Natureza Profissional, pelo que, a prática dos cuidados, os trabalhos desenvolvidos, o contributo para a melhoria dos cuidados prestados e a capacidade de reflexão sobre novos conhecimentos assentaram nesta base.

Os objetivos definidos foram alcançados uma vez que as atividades propostas para os contextos clínicos foram desenvolvidas permitindo a aquisição de Competências Especializadas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na prática clínica.

Apesar dos avanços científicos e tecnológicos a evidência científica demonstrou que ainda é necessário fazer um percurso relativo à fase do puerpério, considerando que este é subvalorizado. O desenvolvimento do estudo sobre os fatores promotores do autocuidado da puérpera no período pós-parto permitiu identificar áreas que necessitam ser focadas por forma a empoderar a puérpera, prevenindo complicações e garantindo a sua segurança. Neste sentido, o EEESMO pela sua posição privilegiada e pelas competências que possui deve desenvolver melhor o período pós-parto desde a preparação para o nascimento e parentalidade respeitando os aspetos sociais e culturais das mulheres e envolvendo o pai como elemento essencial no processo.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, D., Silva, A., Batista, M., Nobre, T., Maia, E. (2022). O Apoio Social e a Vivência gestacional: uma Revisão Integrativa. *Revista Psicologia, Saúde & Doenças* 23 (1): 66-73. Disponível em: <https://doi.org/10.15309/22psd230107>
- Apay, S. E., Capik, A., Nazik, E., Özdemir, F. (2015). The Effect of the care Given Using Orem's Self-Care Model on the Postpartum Self- Evaluation. *International Journal of Caring Sciences*, 8 (2): 393-403. Disponível em: www.internationaljournalofcaringsciences.org
- Assembleia da República (1985). Acompanhante da Mulher Grávida durante o Trabalho de Parto. Decreto-Lei n.º 14/85. Diário da República n.º 153/1985, Série I de 06-07-1985.
- Assembleia da República (2009). Aprova a Revisão do Código do Trabalho. Decreto-Lei n.º 7/2009. Diário da República n.º 30/2009, Série I de 12-02-2009, 1-174.
- Assembleia da República (2009). Reconhecimento das Qualificações Profissionais. Decreto-Lei n.º 9/2009. Diário da República n.º 44/2009, Série I de 04-03-2009, 1466-1530.
- Beggs, B., Neiterman, L. K. E. (2021). Women's Perceptions and Experiences of Breastfeeding: a Scoping review of the literature. *BMC Public Health*, 21:2169. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-12216-3>
- Berek, J. S. (2008). Ginecologia de Novak (14ª edição). Espanha: Wolters Kluwer Health Espanha, S. A.
- Cantante, A: P: S: R., Fernandes, H. I. V. M., Teixeira, M. J., Frota, M. A., Rolim, K. M. C. & Albuquerque, F. H. S. (2020). Sistemas de saúde e Competências do Enfermeiro em Portugal. *Ciência & saúde colectiva*, 25 (1): <https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.27682019>
- CIPE (2018). ICNP Browser: Disponível em: https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/icnp-Portuguese_translation.pdf
- Direção Geral da Saúde (2015d). Rastreio e Tratamento da Surdez com Implantes Cocleares em Idade Pediátrica. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0182015-de-1122015-pdf.aspx>
- Direção Geral da Saúde. (2020). Cursos de Preparação para o parto e parentalidade-CPPP.

Lisboa.

Direção-Geral da Saúde (2005). Promoção da saúde mental na gravidez e na primeira infância: manual de orientações para profissionais de saúde. Disponível em: <https://bit.ly/3zfNMIX>

Direção-Geral da Saúde (2006). Diagnóstico Pré-Natal de Cardiopatias Congénitas. Disponível em: <https://www.ceec.pt/pdf/dgs-ecocardio.pdf>

Direção-Geral da Saúde (2014). Registo do Aleitamento Materno: relatório janeiro a dezembro de 2013. Disponível em <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/iv-relatorio-com-os-dados-do-registo-do-aleitamento-materno-2013.aspx>

Direção-Geral da Saúde (2015a). Indução do trabalho de Parto. Lisboa.

Direção-Geral da Saúde (2015b). Programa nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco. Lisboa. <https://www.dgs.pt/em-destaque/programa-nacional-para-a-vigilancia-da-gravidez-de-baixo-risco.aspx>

Direção-Geral da Saúde (2015c). Registo de indicações de Cesariana. Lisboa. https://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/DGS_001_2015%2001.2015.pdf

Direção-Geral da Saúde (2016). Prestação de Cuidados Pré-Concepcionais. Lisboa. <https://www.pnvihsida.dgs.pt/informacao-tecnica-e-cientifica111/normas-de-orientacao-clinica/circular-normativa-02dsmia-de-16-de-janeiro-de-2006-pdf.aspx>

Direção-Geral da Saúde (2017). Programa nacional para a Diabetes. Lisboa. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/22724/1/Programa%20Nacional%20para%20a%20Diabetes%202017.pdf>

Direção-Geral da Saúde (2020). Aleitamento Materno. Disponível em: <https://www.saudereprodutiva.dgs.pt/aleitamento-materno.aspx>

Dodou, H. D., Oliveira, T. D. A., Oriá, M. O. B., Rodrigues, D. P., Pinheiro, P. N. C., Dornelles, L. M. N. (2009). Tornar-se pai e mãe no contexto da reprodução assistida. (Dissertação para a obtenção do grau de Doutor em Psicologia). Disponível em: <https://bit.ly/3DnHnOy>

Freitas, F., Costa, S. H., Ramos, J. G. L., Magalhães, J. A. (2011). Rotinas em Obstetrícia. (6ª edição). Artmed

- Freitas, S. M., Costa, A. R. A., Aquino, D. T., Campelo, K. S., Linhares, C. D. C., Araujo, F. J. L., Cavalcante, R. M. S. (2022). Hemorragia Pós-Parto: Características, tratamento e Prevenção. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research*. 37 (3). 20-25
- Graça, L. M. (2010). *Medicina Materno-fetal*. (4ª edição). Lidel
- Handler, A., Zimmermann, K., Dominik, B., Garland, C. E. (2019). Universal Early Home Visiting: A Strategy for Reaching All Postpartum Women. *Maternal and Child Health Journal*, 23: 1414-1423. <https://doi.org/10.1007/s10995-019-02794-5>
- International Council of Nursing (2019). ICNP Browser. Disponível em: <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>
- Kim, Y., Dee, V. (2016). Self-care Health in Rural Hispanic Women at Risk for Postpartum Depression. *Matern Child Health J*, 21: 77-84. DOI 10.1007/s10995-016-2096-8
- Liga Portuguesa Contra o Cancro. (2022). Cancro da Mama. <https://www.ligacontracancro.pt/cancro-da-mama/>
- Lima, V. K. S., Hollanda, G. S. E., Oliveira, B. M. M., Oliveira, I. G., Santos, L. V. F., Carvalho, C. M. L. (2019). Health education for pregnant women: the search for maternal empowerment over the puerperal-pregnancy cycle. *Revista Online de Pesquisa*, 11 (4): 968-975. <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i4.968-975>
- Lobo, I. (2021). Relatório de Atividades- Hospital Particular do Algarve. Serviço de Ginecologia e Obstetrícia
- Lowdermilk, D. & Perry, S. (2009). *Enfermagem na Maternidade* (7ª Edição). Loures: Lusodidacta
- Lowdermilk, D., Perry, S., Cashion, K., Alden, K. R. (2013). *Saúde da mulher e enfermagem obstétrica* (10ª Edição). Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda
- Luna, I. T. (2017). Educational practices of nursing in the puerperium: social
- Maia, C. A. T., Colodo, M. & Vale, I. N. (1988). Cirurgia Ginecológica: trabalho em grupo visando o preparo para internação. *Revista Enfermagem Brasília*, 4(1), 34-38. <https://doi.org/10.1590/S0034-71671988000100006>
- Marques, J. B., Reynolds, A. (2011). Distócia de Ombros Uma Emergência Obstétrica. *Acta Med Port*. 24 (4):613-620
- Medeiros, L. S., Costa, A. C. M. (2016). Postpartum period: the importance of home visits

- given by the nurse in Primary Health Care. *Revista Rene*, 17 (1): 112-119: DOI: 10.15253/2175-6783.2016000100015
- Menezes, C. C. (2001). A relação conjugal na transição para a parentalidade: da gestação ao segundo ano de vida do bebê. (Dissertação para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia). Disponível em: <https://bit.ly/3jcvpPJ>
- Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (2018). Regulamento dos Padrões de Qualidade da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. <https://bit.ly/2WlGogT>
- Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (2022). Sobre o parto Fisiológico Saudável e Normal- Centros de Parto Normal. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/26639/posi%C3%A7%C3%A3o-1-2022_mceesmo_parto-fisiol%C3%B3gico-saud%C3%A1vel-e-normal_05072022.pdf
- Mesquita, N. S., Rodrigues, D. P., Monte, A. S., Ferreira, A. L. A., Manguinho, C. P. C., Brandão, J. C. (2019). Perceptions of puerperas about nursing care received in the immediate post- breastfeeding. *Revista Online de Pesquisa*, 11 (1): 160-166. DOI: 10.9789/2175-5361.2019.v11i1.160-166
- Ministério da Saúde (2008). Despacho n.º 20730/2008. Diário da República n.º 152/2008, Série II de 07-08-2008.
- Ministério da Saúde. (2017). Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal. Brasília. https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf
- Miranda, D. B., Marostica, F. C., Matão, M. E. L. (2015). Influência do fator cultural no processo de cuidado puerperal. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde* ISSN.6 (3), 2444-2459. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/3121>
- Mota, J. F., Almeida, M. S., Magalhães, G. C., Souza, V. C., Silva, J. M. Q., Anjos, K. F. (2021). Sabres e Experiências de Gestantes sobre Autocuidado Puerperal e Cuidado do/a Recém-Nascido/a Mediante Práticas educativas. *Revista Baiana de Enfermagem*, 35:e41929. DOI: 10.18471/rbe.v35.41929
- Nascimento, A. O., Marcelino, P. H. R., Vieira, R. S., Lemos, A. (2019). The Importance of Parental Accompaniment During Postpartum and the Fatherhood. *Revista Online*

de Pesquisa, 11: 475-480. DOI: 10.9789/2175-531.2019.v11i2.475-480

Neobona Teste genético de rastreio pré-natal não invasivo. Disponível em:
<https://www.synlab.pt/analises-especiais/neobona>

Ordem dos Enfermeiros (2012), Pelo Direito ao Parto Normal- Uma visão partilhada. Disponível em:
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8905/livro_parto_normal.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2015). Livro de bolso: Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica / Parteiras. Disponível em:
<https://bit.ly/3sFZ72G>

Organização Mundial da Saúde (2003). Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño. Ginebra, Suíça: Biblioteca de la OMS.

Organização Mundial da Saúde (2014). Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde. Disponível em:
<https://bit.ly/3Dfiogj>

Organização Mundial da Saúde (2016). Guia Curricular de Segurança do Paciente da Organização Mundial da Saúde: Edição Multiprofissional. Disponível em:
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44641/9788555268502-por.pdf?sequence=32>

Organização Mundial de Saúde (2018). WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization

Özdemir, F., Öztürk, A., Karabulutlu, Ö., Tezel, A. (2018). Determination of the life quality and self-care ability of the mothers in post-partum period, *Journal of the Pakistan Medical Association*. 68 (2). Disponível em:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29479095/>

Planeamento Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final (2021-2022). Departamento de Enfermagem, Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, 1-9.

Programa Nacional de Vacinação. Disponível em:
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/20070/pnv-2020-set-2020.pdf>

Queirós, P. J. P. (2010). Autocuidado, transições e bem-estar. *Revista Investigação em Enfermagem*, 21, 5-7. Disponível em:
https://www.researchgate.net/publication/267328377_Autocuidado_transicoes_bem-estar

- Queirós, P. J. P. (2014). Autocuidado, transições e bem-estar. *Revista Investigação em Enfermagem*, 21, 5-7. Disponível em: <https://bit.ly/2YxkRTq>
- Ramos, M. (2012). Comunicação em Saúde e interculturalidade- perspectivas teóricas, metodológicas e práticas. *Revista Eletrónica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde*, 6(4). DOI: 10.3395/reciis.v6i4.672pt
- Ramos, M. N. P. (2020). Desafios globais contemporâneos da comunicação e da saúde das populações migrantes e refugiados. *Revista Latinoamericana de Ciencias de la Comunicación*, 19(35), 38-49. <http://hdl.handle.net/10400.2/10554>
- Regulamento nº 140/2019- Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2ª série- N.º 26- 6 de fevereiro de 2019
- Regulamento nº 391/2019- Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde materna, Obstétrica e Ginecológica. Diário da República, 2ª série- N.º 85- 3 de maio de 2019
- representations of puerperal mothers. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70 (6): 1250-1258. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0136>
- Rocha, F. N. P. S., Patrício, F. B., Passos, M. N. S., Lima, S. W. O., Nunes, M. G. S. (2018). Characterization of the Puerperal Women's Knowledge about Breastfeeding. *Journal of Nursing UFPE Online*, 12 (9): 2386-2392. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i9a235911p2386-2392-2018>
- Sequeira, A., Pousa, O., Amaral, C. F. (2020). *Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica*. (1ª edição). Lidel
- Serviço Nacional de Saúde (2021) Partos e Cesarianas nos Cuidados de Saúde Hospitalares. Transparências. <https://transparencia.sns.gov.pt/explore/dataset/partos-e-cesarianas/table/?disjunctive.regiao&disjunctive.instituicao&sort=tempo&refine.tempo=2021>
- Serviço Nacional de Saúde. (2021a) - CHUAlgarve em números <https://www.chualgarve.min-saude.pt/chalgarve-em-numeros/area-de-influencia/>
- Serviço Nacional de saúde. (2021b) - Instituição. <https://www.chualgarve.min-saude.pt/instituicao/>
- Shamasbi, S. G., Barkin, J. L., Homayi, S., Eyvazzadeh, O., Mirghafourvand, M. (2020). The relationship between Maternal Functioning and Mental Health after Childbirth in Iranian Women. *International Journal of Environmental Research and Public*

- Health*, 17: 1558. Doi:10.3390/ijerph17051558
- Shorey, S., Chan, S. W., He, H. (2015). Perceptions of primiparas on a postnatal psychoeducation programme: The process evaluation. *Midwifery*, 31: 155-163. <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2014.08.001>
- Silva, R. G. M., Possas, C. R. S. S., Barbosa, M. R., Araujo, H. F. & Santos, M. S. C. (2016). Estratégias de comunicação do enfermeiro com paciente estrangeiro: relato de experiência. *Arquivo de Ciências da Saúde da UNIPAR*, 20 (2), 145-148. DOI: 10.25110/arqsaude.v20i2.2016.5219
- Silva, S. C., Morais, B. X., Munhoz, O. L., Ongaro, J. D., Urbanetto, J. S., Magnago, T. S. B. S. (2021). Patient safety culture, missed Nursing care and its reasons in Obstetrics. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 29. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.4855.3461>.
- Sociedade Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes, Metabolismo, Obstetrícia e Medicina Materno-fetal. (2011). Relatório de Consenso- Diabetes e Gravidez. https://www.spp.pt/UserFiles/file/Protocolos/Diabetes_e%20_Gravidez_Relatorio_Consenso.pdf
- Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno-Fetal (2022). Normas de Orientação Clínica SPOMMF: Prevenção de Tromboembolismo Venoso na Gravidez, Parto e Pós-Parto. Disponível em: https://www.spommf.pt/wp-content/uploads/2017/03/Norma_Preven%C3%A7%C3%A3o-do-Tromboembolismo-Venoso-na-Gravidez-Parto-e-P%C3%B3s-Parto.pdf
- Soler, D. R., Ponce, M. A. Z., Soler, Z. A. S. G., Wysocki, D. (2015). Quality of life in the puerperium: Assessment in the immediate, late and remote postpartum periods. *Journal of Nursing UFPE Online*, 9 (12): 1093-1101. DOI: 10.5205/r euol.8127-71183-1-SM.0912201506
- The American College of Obstetricians and Gynecologists (2018). Otimizando os cuidados pós-parto. *Obstet Gynecol.* 131 (15). :e140-e150. doi: 10.1097/AOG.0000000000002633.
- Tomey, A. M. & Alligood, M. R. (2002). *Teóricas de Enfermagem e sua Obra: modelos e teorias de enfermagem*. Loures, Portugal: Lusociência.
- UNICEF (2012). Manual de Aleitamento Materno. Lisboa, Portugal: Jorge Fernandes, Lda.
- Verbiest, S., Tully, K., Simpson, M., Stuebe, A. (2018). Elevating mothers' voices: recommendations for improved patient-centered postpartum. *J Behav Med*, 41: 577-

590. <https://doi.org/10.1007/s10865-018-9961-4>

Williams, M. & Penman, D. (2022). Mindfulness: Atenção Plena. Alfragide: Lua de papel

Zugaib, M. (2016). *Obstetrícia*. Brasil: Manole Ltda

APÊNDICES

Apêndice A- Escrita reflexiva utilizando o Modelo Reflexivo de Gibbs

Descrição

Durante o segundo ano do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, no contexto clínico de obstetrícia pude constatar que a população de puérperas era maioritariamente mulheres estrangeiras, emigrantes, vindas do Nepal, do Bangladesh, da Índia, do Brasil, da Venezuela, da Ucrânia, da Moldávia e da Roménia. A sua maioria não tinha realizado vigilância da gravidez e não sabia falar português ou inglês, sendo sempre estas situações referenciadas para a assistente social com o objetivo de avaliar o risco materno e infantil. Devido à pandemia as famílias e as crianças têm ao seu dispor um novo serviço online sem ser necessário a deslocação à conservatória para que de forma eletrónica, segura e mais cómoda possam realizar o registo de nascimento dos bebés, no entanto as puérperas referenciadas realizam o registo de nascimento na maternidade, antes da alta clínica, com o objetivo de não se “perder o seu rasto”. O cantinho de amamentação existente neste hospital para além da promoção do aleitamento materno, realiza um contacto telefónico pós-alta às puérperas no sentido de determinar se o bebé já foi observado no centro de saúde e se realizou o teste de diagnóstico precoce e a vacina da BCG, obtendo ainda outras informações no decurso do contacto.

Sentimentos

Senti-me impotente na manutenção da comunicação efetiva com estas puérperas pelo que utilizei a plataforma do google tradutor no telemóvel para este fim e curiosamente, foi possível promover sessões de educação para a saúde ao reunir mulheres da mesma nacionalidade na mesma enfermaria, em que uma apresentava fluência em Português e transmitia a informação à outra em Ucrainiano. Por outro lado, senti défice de conhecimentos acerca da diversidade cultural relacionada com o período pós-parto pelo que realizei pesquisa nesta vertente.

Avaliação

Durante o internamento das puérperas o estabelecimento da comunicação assumiu ser um grande desafio, assim como, o conhecimento da cultura e crenças, fatores fundamentais para o estabelecimento da relação de ajuda, para a prestação de cuidados de enfermagem de saúde materna e obstétrica individualizados e para a realização de

ensinos promotores da autonomia, da confiança e do empoderamento das puérperas. Apesar de exercer a atividade profissional na mesma região deste hospital aprendi que é muito importante contactar com outros contextos e realidades e assim desenvolver novos conhecimentos e competências nos cuidados a mulheres emigrantes que vivenciam a maternidade no nosso país. A comunicação não verbal, como os gestos e os olhares, revelou-se de especial importância no sentido de satisfazer as necessidades identificadas.

Análise

Nas últimas décadas, a mobilidade humana tem vindo a aumentar levando a um maior número de migrantes e refugiados, acarretando vários desafios nomeadamente ao nível da saúde. A diversidade cultural assume especial importância no sentido de conhecer as particularidades culturais e promover a comunicação efetiva em contexto de saúde (Ramos, 2020).

A comunicação em saúde tem como objetivo informar e influenciar comportamentos e decisões dos utentes, famílias e comunidades no sentido de promover a saúde e prevenir a doença, detetar situações de risco e de vulnerabilidade. Surge a comunicação culturalmente competente quando os profissionais de saúde conhecem e aceitam a cultura, os comportamentos de saúde e as práticas de cuidados. Uma mulher oriunda de outro universo cultural pode sentir-se isolada, vulnerável, com medo e ansiosa perante um hospital mais tecnológico e estranho, especialmente aquela que é mãe pela 1ª vez, o que pode ter efeitos negativos na sua saúde e na do bebé. É crucial promover a partilha destas experiências com outras mães na mesma situação e que falem a mesma língua (Ramos, 2012).

O conhecimento da cultura, a capacidade para saber escutar e comunicar entre os profissionais de saúde e os utilizadores dos sistemas de saúde tem inúmeras vantagens que permitem reduzir a ansiedade, promover a satisfação, contribuindo para a adesão aos tratamentos e para a confiança nos profissionais de saúde (Ramos, 2020).

A grande maioria das mulheres permanece nos primeiros dias de puerpério no hospital, o que assume especial importância no sentido de proporcionar suporte emocional, aquisição de conhecimentos e promoção de confiança das puérperas (Zugaib, 2016). O internamento pós-parto é em média de 48 horas e os conhecimentos que a mulher tem acerca do autocuidado nesta etapa podem contribuir para a redução da ansiedade e para a promoção da sua segurança (Silva et al., 2021).

O enfermeiro deve elaborar um plano de cuidados de acordo com as necessidades individuais respeitando os valores e crenças de cada mulher identificadas na entrevista, que incluem a capacidade de ler e escrever, a língua familiar primária, o envolvimento e apoio da família, as preferências dietéticas, os cuidados infantis, o apego, a circuncisão, as crenças culturais ou religiosas, as práticas de medicina popular, a comunicação não verbal e preferências espaciais pessoais, que idealmente devem começar durante a gravidez e manter-se no período pós-parto. Deverá ter especial atenção em não assumir que uma mulher deseja utilizar práticas que representem um grupo cultural, apenas por fazer parte dessa cultura (Lowdermilk et al., 2013).

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia deve intervir enquanto defensor da mulher, tendo a capacidade de a ouvir e esclarecer de forma imparcial, sem crenças ou ideologias pessoais ou julgamentos, apoiando as decisões fundamentadas que toma no sentido de promover a sua auto-determinação (OE, 2015).

Constitui-se uma exigência e uma responsabilidade de todos os indivíduos que vivem na sociedade multicultural, o desenvolvimento de competências comunicacionais e interculturais perante a diversidade cultural do mundo contemporâneo (Ramos, 2012).

O investimento no atendimento do paciente estrangeiro deve ser promovido através da contratação de profissionais que dominem outras línguas, da criação de oportunidades de formação profissional que permitam a aprendizagem de outros idiomas, entre outras, constituindo-se como fatores determinantes para que seja considerado um sistema universal (Silva et al., 2016).

Conclusão

Constato que foi muito importante conhecer este contexto de saúde e a sua população para identificar as minhas necessidades no que respeita à prestação de cuidados a mulheres estrangeiras que não falam português e que apresentam multiculturalidade. Constato a importância de enquanto profissional assumir responsabilidade em adquirir conhecimentos que me permitam comunicar noutras línguas e procurar conhecer as particularidades de outras culturas para que possa desenvolver uma prestação de cuidados holísticos, baseados no respeito e na humanização.

Plano de ação

No futuro vou desenvolver as minhas competências de comunicação e procurar contactar com novos contextos de cuidados de saúde. Considero essencial refletir com o docente orientador e supervisor clínico acerca das realidades dos contextos clínicos de forma a otimizar a capacidade análise crítica das situações/ realidades.

Referências Bibliográficas

- Lowdermilk, D., Perry, S., Cashion, K., Alden, K. R. (2013). *Saúde da mulher e enfermagem obstétrica* (10ª Edição). Elsevier Editora Ltda
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Livro de bolso: Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrica / Parteiras*. <https://bit.ly/3sFZ72G>
- Ramos, M. (2012). Comunicação em Saúde e interculturalidade- perspectivas teóricas, metodológicas e práticas. *Revista Eletrónica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde*, 6(4). DOI: 10.3395/reciis.v6i4.672pt
- Ramos, M. N. P. (2020). Desafios globais contemporâneos da comunicação e da saúde das populações migrantes e refugiados. *Revista Latinoamericana de Ciencias de la Comunicación*, 19(35), 38-49. <http://hdl.handle.net/10400.2/10554>
- Silva, R. G. M., Possas, C. R. S. S., Barbosa, M. R., Araujo, H. F. & Santos, M. S. C. (2016). Estratégias de comunicação do enfermeiro com paciente estrangeiro: relato de experiência. *Arquivo de Ciências da Saúde da UNIPAR*, 20 (2), 145-148. DOI: [10.25110/arqsaude.v20i2.2016.5219](https://doi.org/10.25110/arqsaude.v20i2.2016.5219)
- Silva, S. C., Morais, B. X., Munhoz, O. L., Ongaro, J. D., Urbanetto, J. S., Magnago, T. S. B. S. (2021). Patient safety culture, missed Nursing care and its reasons in Obstetrics. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 29. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.4855.3461>.
- Zugaib, M. (2016). *Obstetrícia*. Manole Ltda

Apêndice B- Alterações da Reprodução numa Mulher com Endometriose: Relato de Caso

Resumo

Enquadramento: A parentalidade é uma expectativa de vida da maior parte das pessoas em todo o mundo podendo ser comprometida pela patologia benigna ginecológica endometriose com conseqüente alteração da capacidade reprodutiva da mulher.

Objetivo: Elaborar uma proposta de plano de cuidados de enfermagem com enfoque na endometriose e na alteração da reprodução.

Métodos: Relato de caso referente a uma utente do sexo feminino, 40 anos, com Endometriose avançada que apresenta comprometimento da saúde sexual e reprodutiva. Para a colheita de dados foi utilizando o Modelo Teórico de Nancy Roper e para a realização do plano de Cuidados de Enfermagem foi utilizada a taxonomia da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem e Case Reports following the CARE guidelines.

Resultados: Com base na apreciação inicial identificaram-se treze diagnósticos de enfermagem, para os quais iremos apresentar o plano de cuidados de enfermagem que foi planeado e instituído a esta utente.

Conclusão: O papel das Enfermeiras Obstétricas é fundamental no controlo da sintomatologia da endometriose, na expressão e esclarecimento de dúvidas e medos, no desenvolvimento de mecanismos de *coping* face à doença e para a sua resolução de forma positiva e na informação acerca dos recursos disponíveis na comunidade para satisfazer a expectativa da parentalidade.

Palavras chaves: Endometriose; Enfermeiras Obstétricas; Infertilidade; Plano de Cuidados de Enfermagem

Abstract

Background: Parenthood is a life expectancy of most people around the world and may be compromised by the benign gynecological pathology of endometriosis with a consequent change in the woman's reproductive capacity.

Objective: Develop a proposal for a nursing care plan focusing on endometriosis and reproductive impairment.

Methods: Case report referring to a 40-year-old female patient with advanced endometriosis who presents impaired sexual and reproductive health. For data collection, the Theoretical Model of Nancy Roper was used, and for the realization of the Nursing Care plan, the taxonomy of the International Classification for Nursing Practice and Case Reports following the CARE guidelines was used.

Results: Based on the initial assessment, thirteen nursing diagnoses were identified, which we will present the nursing care plan that was planned and instituted for this patient.

Conclusion: The role of Obstetric Nurses is fundamental in controlling the symptoms of endometriosis, in the expression and clarification of doubts and fears, in the development of coping mechanisms in the face of the disease and for its resolution in a positive way, and in providing information about the resources available in the community for satisfy the expectation of parenting.

Keywords: Endometriosis; Nurse Midwives; Infertility; Nursing Care Plan

Resumen

Antecedentes: La paternidad es una esperanza de vida de la mayoría de las personas en todo el mundo y puede verse comprometida por la patología ginecológica benigna de la endometriosis con el consiguiente cambio en la capacidad reproductiva de la mujer.

Objetivo: Desarrollar una propuesta de plan de cuidados de enfermería con foco en la endometriosis y la discapacidad reproductiva.

Métodos: Reporte de caso referido a una paciente de 40 años con endometriosis avanzada que presenta deterioro de la salud sexual y reproductiva. Para la recolección de datos se utilizó el Modelo Teórico de Nancy Roper, y para la realización del plan de Atención de Enfermería se utilizó la taxonomía de la Clasificación Internacional para la Práctica de Enfermería y Reporte de Casos siguiendo las guías CARE.

Resultados: A partir de la valoración inicial se identificaron trece diagnósticos de enfermería, los cuales presentaremos el plan de cuidados de enfermería que se planificó e instituyó para este paciente.

Conclusión: El papel de las Enfermeras Obstétricas es fundamental en el control de los síntomas de la endometriosis, en la expresión y aclaración de dudas y miedos, en el desarrollo de mecanismos de afrontamiento ante la enfermedad y para su resolución de

manera positiva, y en brindar información sobre los recursos disponibles en la comunidad para satisfacer las expectativas de los padres.

Palabras claves: Endometriosis; Enfermeras Obstetricas; Infertilidad; Planes de Atención en Enfermería

Apêndice C- Escrita reflexiva utilizando o Modelo Reflexivo de Gibbs

Descrição

Durante o segundo ano do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, no contexto clínico num Bloco de Partos, estagiava sob orientação do meu supervisor clínico e cuidava de uma grávida primigesta em trabalho de parto em fase ativa que tinha a presença de acompanhante. Aquando a avaliação do índice de Bishop pela supervisora clínica houve sangramento dos tecidos demonstrando friabilidade e a supervisora clínica referiu que poderia ser necessário considerar a episiotomia para prevenir lacerações. Entre a colocação dos Equipamentos de Proteção Individual [EPI], a preparação da mesa e o posicionamento da parturiente, numa força expulsiva pela parturiente a cabeça do bebé exterioriza não se conseguindo atempadamente realizar proteção do períneo resultando em laceração de grau III a, que foi suturada pelo obstetra. A supervisora clínica manifestou “aborrecimento”, ausentando-se da sala para pedir a colaboração do obstetra. Mantive-me junto da puérpera que se encontrava a sangrar moderadamente, na posição de litotomia, a ficar pálida e sintomática, até que solicitei à enfermeira generalista que estava na sala de partos a prestar os cuidados ao recém-nascido, que chamasse a supervisora clínica, chegando, entretanto, o obstetra que deu início à reparação da laceração. Entre a avaliação de parâmetros vitais, posição de trendelenburg, reposição de volémia e a reparação da laceração a puérpera melhorou dos sintomas.

Sentimentos

Senti-me alarmada com o estado da puérpera e com a ausência do parteiro e/ ou obstetra na sala de partos e “esquecida” pela supervisora clínica. Mais tarde falei com o supervisor clínico acerca desta ocorrência e perguntei o que poderia ter sido feito para prevenir este incidente.

Avaliação

O incidente foi muito desafiante para mim especialmente em termos emocionais. Lamento não ter prevenido tal situação atuando atempadamente e aprendi que devo agir de forma antecipada a fim de promover o bem-estar da mãe e do bebé e prevenir

complicações relacionadas com o trabalho de parto e parto.

Análise

De acordo com a Direção-Geral da Saúde (2020), o curso de preparação para o parto e para a parentalidade contribui para uma vivência mais esclarecedora, agradável e segura da gravidez e parto para a grávida e casal, em que os exercícios de fortalecimento do pavimento pélvico e a massagem perineal na gravidez assumem um papel importante na segurança do trabalho de parto e parto para a grávida.

A Organização Mundial da Saúde (2017), afirma que as práticas seguras de parto reduzem os danos para as mães e os recém-nascidos sendo fundamental a realização de pontos de pausa, que são momentos certos para parar e verificar cada ação crítica que se não for cumprida pode provocar sérios prejuízos à mãe ou recém-nascido ou ambos.

De acordo com o regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica no Artigo 4º no ponto 1, alínea c) que refere a importância de cuidar da “mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto” o enfermeiro deve efetuar o parto em ambiente seguro promovendo a saúde da parturiente e do recém-nascido (Regulamento nº391, 2019).

Conclusão

Olhando para trás, constato que deveria ter agido mais cedo e assegurado a colocação de EPI, a preparação da mesa aquando a avaliação do índice de Bishop realizado pela enfermeira supervisora, sem aguardar que me seja solicitado que o faça. A inatividade em proteger o períneo atempadamente colocou em risco o bem-estar da grávida. Reconheço que necessito de desenvolver maior proatividade e confiança para atuar durante o trabalho de parto, contribuindo assim para o bem-estar das grávidas e recém-nascidos. Independentemente da posição como estudante de enfermagem de saúde materna e obstétrica, entendo a responsabilidade e autonomia como futuro profissional de saúde com competências específicas devendo garantir que a minha prática seja promotora de saúde e não de risco.

Plano de ação

No futuro vou desenvolver as minhas competências de atuação, no segundo estágio do trabalho de parto, nomeadamente entre a fase passiva em que apesar da

dilatação completa ainda não há contrações expulsivas ou necessidade involuntária de fazer força e a fase ativa em que existem contrações expulsivas, necessidade de puxo e o feto é visível. Também pretendo desenvolver competências de observação relativamente às características do períneo como, o introito vaginal aumentado, abaulamento do períneo, visualização da cabeça fetal e ânus proeminente e de escuta das manifestações da mulher como, a vontade de evacuar, vontade de fazer força e vocalização por dor, a fim de assegurar que o bem-estar e a segurança da grávida e recém-nascido sejam mantidos. A partir da fase ativa deste estágio do trabalho de parto vou tentar estar totalmente preparada atempadamente para acompanhar e encorajar os esforços expulsivos de forma controlada prevenindo esforços expulsivos precipitados. Discutirei com o supervisor clínico e docente orientador novas estratégias para conseguir atingir o meu objetivo.

Referências Bibliográficas

- Direção geral da Saúde. (2020). *Cursos de Preparação para o Parto e Parentalidade CPPP*. Lisboa
- Organização Mundial da Saúde (2017). *Guia de implementação da lista de verificação da OMS para partos seguros: melhorar a qualidade dos partos realizados em unidades de saúde para as mães e os recém-nascidos*. <https://bit.ly/3vf7bsv>
- Regulamento nº 391/2019- Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde materna, Obstétrica e Ginecológica. Diário da República, 2ª série- Nº85- 3 de maio de 2019.

Apêndice D- Hipertensão arterial na grávida

O adiamento da primeira gravidez para idades mais avançadas e a sociedade de consumo em que se vive com hábitos de vida pouco saudáveis como a alimentação desequilibrada, a falta de exercício físico e o tabagismo contribuem para o surgimento de obesidade e de Hipertensão Arterial (HTA) que são responsáveis por problemas de saúde graves nas mulheres em idade fértil com agravamento no decurso da gravidez.

A HTA afeta cerca de 3% das mulheres em idade fértil constatando-se que 6-10% de todas as gravidezes têm complicações associadas a esta doença. É considerada uma das intercorrências clínicas mais frequentes na gravidez, com risco para a saúde da mãe e do bebé, como prematuridade, restrição de crescimento intrauterino do feto e mesmo a própria morte do feto e da mãe. Entre os distúrbios hipertensivos que complicam a gravidez, como a Hipertensão Crónica e a Hipertensão Gestacional, a Pré-Eclâmpsia e a Eclâmpsia destacam-se como de maior risco materno e para o bebé. O rastreio da Pré-Eclâmpsia estima o risco de que a doença se desenvolva antes de qualquer sinal ou sintoma permitindo a identificação precoce de uma gravidez com elevado risco aumentando a probabilidade de um melhor prognóstico para a gravidez.

A HTA na grávida requer uma cuidada vigilância por uma equipa multidisciplinar de saúde face aos riscos aumentados para a saúde da mãe e do bebé. A medição da pressão arterial (PA) no domicílio é um complemento à avaliação da PA na consulta, uma vez que esta pode oscilar ao longo do dia e ser influenciada por vários fatores, como a alimentação, o stress, o esforço físico e a medicação. Desta forma, a monitorização da PA fora da consulta permite que se obtenha um maior número de medições com uma perceção mais realista do seu perfil tensional e informação acerca da eficácia da medicação anti-hipertensora.

Quais os princípios que devo respeitar na medição da PA em casa?

- O aparelho para medição da PA deve ser automático e validado (as especificações de validação devem constar nas informações do fabricante) e deve realizar a medição no braço;
- As braçadeiras devem ser de dimensões adequadas de acordo com o diâmetro do braço, a bolsa insuflável deve ocupar pelo menos metade do braço;

Como posso controlar a HTA?

- Deve reduzir a ingestão de sódio na alimentação, que pode ser encontrado no sal da cozinha e em alimentos como os produtos de charcutaria;
- Fazer uma alimentação equilibrada com aumento do consumo de legumes, frutas e alimentos ricos em fibra, diminuição da ingestão de gorduras saturadas presentes nas carnes vermelhas, na manteiga, nos queijos curados, nos produtos de charcutaria e nos alimentos pré-cozinhados;
- Reduzir e/ou controlar o peso se existir excesso ou obesidade;
- Moderar/cessar o consumo de álcool;
- Abandonar o tabagismo;
- Praticar exercício físico regularmente, sobretudo com movimentos aeróbios como a marcha e a natação;
- Cumpra **SEMPRE** com a toma da medicação anti-hipertensora;
- Realize a medição da PA no domicílio com registo dos valores.

Quais os sinais de alerta para os quais devo estar atenta?

- A súbita elevação marcada dos valores da PA **sem** sinais e sintomas;
- A súbita elevação da PA **com** sinais e sintomas;
- Na presença de sinais e sintomas, tais como, **dor de cabeça, alterações visuais, dor abdominal e retenção de líquidos** (inchaço nas pernas e braços).
-

Dirija-se imediatamente à Urgência da Maternidade.

Não espere que se sinta melhor para procurar ajuda.

Referências Bibliográficas

- Direcção-Geral da Saúde (2004). Diagnóstico, tratamento e controlo da Hipertensão Arterial. Disponível em: [file:///C:/Users/lucia/Desktop/Hipertens%C3%A3o%20gravidez/Norma%20DG S.pdf](file:///C:/Users/lucia/Desktop/Hipertens%C3%A3o%20gravidez/Norma%20DG%20S.pdf)
- Moura, M. D.; Castro, M. P.; Margotto, P. R. & Rugolo, L. M. (2011). Hipertensão Arterial na gestação: importância do seguimento materno no desfecho neonatal. *Com. Ciências Saúde*, 22 Sup 1: S113-S120. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/hipertensao_arterial_gestacao.pdf

Organização Mundial da Saúde (2014). Recomendações da OMS para a Prevenção e tratamento da pré-eclâmpsia e da eclâmpsia. Suíça, Geneva: Biblioteca da OMS

Sociedade Portuguesa de Hipertensão (2015). Guidelines da Sociedade Europeia de Hipertensão para a auto-medição da pressão arterial (AMPA): relatório síntese da Segunda Conferência Internacional de Consenso sobre auto-medição da pressão arterial. Disponível em: https://www.sphta.org.pt/pt/base8_detail/24/100