



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

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Relatório de Estágio

**O Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica
na continuidade dos cuidados pós-parto**

Antônia Jossiceli dos Santos

Orientador(es) | Ana Maria Aguiar Frias

Évora 2020



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

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Relatório de Estágio

**O Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica
na continuidade dos cuidados pós-parto**

Antônia Jossiceli dos Santos

Orientador(es) | Ana Maria Aguiar Frias

Évora 2020



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

- Presidente | Maria Margarida Santana Fialho Sim-Sim (Universidade de Évora)
- Vogal | Maria Otília Brites Zangão (Universidade de Évora)
- Vogal-orientador | Ana Maria Aguiar Frias (Universidade de Évora)



DEDICATÓRIA

Ao meu marido Bruno Cardoso Varela e às minhas filhas Laura Romano Varela e Maria Cecília Romano Varela, que são partes de mim e cujo o apoio me confortou em momentos difíceis na realização e concretização de mais este desafio. Afinal, sonho que se sonha junto, torna-se realidade!



AGRADECIMENTOS

A Deus, que em sua infinita bondade, deu nos sua bênção e o direito a sermos donos das nossas escolhas.

A meus pais, Maria e Gerson, que abdicaram da proximidade familiar em prol da realização de mais uma grande conquista em minha vida!

Aos amigos que construí durante esta caminhada, que como pilares, fomos umas para as outras, pois juntas somos mais fortes, em especial para Joaquina Gato, Neusa Gomes, Fernanda Barbosa.

À Professora Doutora Ana Maria Aguiar Frias, pela sua orientação e garra que me foram valiosas, para que face as adversidades conseguisse manter-me firme e perseverante.

À professora Doutora Margarida Sim-Sim, que pela sua dedicação e amor pela docência me tem inspirado a perseverar no propósito que me trouxe além mar, para alcançar novos horizontes e testar novos limites.

A todo o corpo docente e não docente da Escola Superior de Enfermagem São João de Deus envolvidos nesta caminhada, especialmente às docentes da área de enfermagem em saúde materna e obstétrica, que em cada particularidade que lhes é peculiar ajudaram-me a trilhar este percurso.

Aos profissionais que me receberam com carinho e dedicação nos campos de estágios em especial aos supervisores, Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO), Paula Birlo, Graça Santinho, Lucília Palma, Carlos Pedro Galvão, Cátia Antunes e Fernanda Ribeiro pelos saberes transmitidos com carinho, a cada um que veio em hora oportuna, reforçando minhas convicções e amor pela enfermagem, são mais que profissionais, são seres humanos extraordinários.

Às grávidas, parturientes e puérperas que através da sua participação tornaram real esse trabalho.

A todos, muito obrigada!



RESUMO

Este relatório evidencia o processo de aquisição de competências específicas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO) nos períodos preconcepcional, pré-natal, parto, puerpério, climatério, transição e adaptação à menopausa e ginecologia nos processos de saúde/doença e simultaneamente o desenvolvimento de competências científicas através do aprofundamento temático: O EEESMO na Qualidade dos Cuidados Continuados no Período do Pós-parto, com o objetivo de salientar a importância para a qualidade de profissionais qualificados, nomeadamente o EEESMO na continuidade dos cuidados de saúde à tríade no puerpério. As metodologias utilizadas foram a vivencial, observacional-prática e a quantitativa de natureza exploratória, através do método clínico-qualitativo. Ambas, teoricamente fundamentadas através das bases de dados científicas: EBSCO, BVS e Scientific Electronic Library Online (SciELO). A aquisição de competências EEESMO teve avaliação positiva dos supervisores clínicos e relativamente à pesquisa desenvolvida, observou-se que há um percurso para a melhoria na continuidade dos cuidados à tríade.

Descritores: Enfermagem; Cuidado pós-natal; Enfermeiras Obstétricas; Período pós-parto.



ABSTRACT

Title: The midwives on continuity of postpartum care

The written report highlights the process of acquiring specific competences in nurse midwives in preconception, prenatal, childbirth, puerperium, climacteric, transition and adaptation to menopause and gynecology in health/ disease processes. Simultaneously, the development of scientific competences through themed deepening: midwives in the quality of continuing care in the postpartum period, with the aim of highlighting the importance of qualified professionals, namely midwives for the quality of continuity of health care to the triad in the puerperium. The methodologies used were experiential, observational-practical and quantitative-qualitative of an exploratory investigation, through the clinical-qualitative method, both, theoretically founding through scientific databases: EBSCO, BVS and Scientific Electronic Library Online (SciELO). The acquisition of midwives skills had a positive evaluation by the clinical supervisors and in relation to the study developed, it was observe there is a path to improve the continuity of care to the triad.

Descriptors: Nursing; Postnatal care; Nurse Midwives; Postpartum period.



ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	11
1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE REALIZAÇÃO DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL	15
1.1 UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA (USF) ALCAIDES	15
1.2 UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO BAIXO ALENTEJO (ULSBA).....	16
1.3 HOSPITAL DO ESPÍRITO SANTO ÉVORA (HESE):	18
1.4 HOSPITAL SÃO FRANCISCO XAVIER (HSFX).....	20
1.5 HOSPITAL GARCIA DE ORTA (HGO).....	22
1.6 CENTRO HOSPITALAR BARREIRO MONTIJO (CHBM).....	24
2. METODOLOGIA	28
3. DESCRIÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO DO PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS.....	32
3.1 AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EEESMO NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS PRIMÁRIOS	33
3.2 AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS NO INTERNAMENTO DE GRÁVIDAS COM PATOLOGIA E GINECOLOGIA.....	35
3.3 AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS NO PARTO, PUERPÉRIO IMEDIATO E CUIDADOS IMEDIATOS AO RN.....	37
3.4 AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS NO INTERNAMENTO DE PUÉRPERAS.	52
4. DESENVOLVIMENTO DA TEMÁTICA: O ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA NA CONTINUIDADE DOS CUIDADOS PÓS-PARTO.....	62
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	79
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	82
ANEXOS	93
ANEXO A - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (RCEEEESMO) de 2019	94
APÊNDICES	101



APÊNDICE A - Guião de Entrevista.....	102
APÊNDICE B - Termo de Consentimento Informado	106
APÊNDICE C – Resultados Quantitativos Output SPSS.....	108
APÊNDICE D – Output SPSS	117
APÊNDICE E – Resultados Qualitativos - WebQDA.....	136
APÊNDICE F – Código Árvore	152



ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Entrevista semi-estruturada	30
Figura 2 - Competências específicas do EEESMO	32
Figura 3 - Áreas de atividades de responsabilidade e intervenção do EEESMO	33
Figura 4 - Orientações para Triagem Prioridades de Obstetrícia e Ginecologia por EEESMO (OE, 2017).	38
Figura 5 – Gráfico de dados desenvolvidos no estágio - Bloco de Parto SUOG	59
Figura 6 - Gráfico relação entre os tipos de parto ocorridos	59
Figura 7 - Gráfico da relação percentual e indicações de cesariana.....	60
Figura 8 – Gráfico da relação tipo de parto, realização da episiotomia, ocorrência de lacerações e períneo intacto.	60
Figura 9 - Gráfico da relação entre o tipo de parto e o grau da laceração.....	60
Figura 10 - Código Árvore (Apêndice F).	68
Figura 11 - Nuvem de Palavras.	78



INTRODUÇÃO

A atuação da enfermagem evoluiu ao longo dos anos, e a cada dia edifica-se através de publicações científicas que contribuem para o crescimento e melhoria da assistência prestada aos indivíduos inseridos em contexto próprio (Pimenta, Azevedo, Andrade, Oliveira e Silva & Mourão, 2013). A investigação é sem dúvida um processo de aprendizagem que beneficia o pesquisador que a realiza, refletindo-se na sociedade como um todo (Sousa & Baptista, 2011).

O estudo configura-se como um relatório e permeia a experiência oriunda das vivências através do Estágio de Natureza Profissional, no âmbito do Mestrado de Enfermagem, na área da Especialidade de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica (EESMO), através da aquisição das competências que caracterizam o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO). Os relatórios de estágio são produtos de uma construção de saberes fortalecidos durante a prática clínica curricular, denominados de discursos teóricos-interativos para Bronckart (2003) citado por Melo, Gonçalves & Silva (2013).

O contexto do estágio incluiu diferentes instituições públicas de saúde, constituído por hospitais de referência micro e macrorregionais, para cada uma das áreas do conhecimento propostas, abrangendo desde os cuidados primários à saúde da mulher, nas áreas: sexual, reprodutiva, gravidez, parto, pós-parto, climatério e menopausa, incluindo a prática profissional nas três esferas de cuidados: promoção da saúde, média e alta complexidade, o que permitiu diversidade e riqueza para composição de uma prática segura e versátil para atuação do EEESMO no cuidado completo à saúde da mulher de forma holística, inserida na família e comunidade. A filosofia do cuidado em saúde materna e obstetrícia (SMO), na sua essência, é alicerçado no modelo de assistência em que o EEESMO trabalha em parceria com a mulher (Ordem dos enfermeiros, 2011).

Durante o processo de aquisição de competências no período puerperal, ao cuidar as puérperas e suas interfaces, observou-se a necessidade de aprofundamento do estudo, especificamente na continuidade dos cuidados no pós-parto fora da unidade hospitalar, evidenciando uma preocupação que já existe no meio e que provoca inquietude aos profissionais de saúde nomeadamente o EEESMO, na implementação de estratégias que garantam a continuidade, assim como a qualidade da assistência à tríade após a alta hospitalar.



O ciclo gravídico-puerperal compreende um período contínuo, que abrange desde a concepção até ao retorno às condições pré-gravídicas, cada etapa está intimamente ligada à anterior. A mulher vive o período pré-natal sob vigilância especializada e rigorosa em cuidados primários que já se articula com o meio hospitalar através da visita protocolada à maternidade, na realização periódica de exames de alta complexidade e necessidades específicas, de acordo com cada gravidez e/ou no que se entender necessário. O parto decorre sob vigilância especializada e rigorosa. O puerpério, apenas imediato e mediato decorre sob vigilância especializada e rigorosa e/ ou durante o período de institucionalização da puérpera. O puerpério, após a alta hospitalar, na sua maioria, encontra-se dissociado, não existindo padronização para o seu acompanhamento, ficando à responsabilidade da iniciativa voluntária das utentes, sem que haja ligação por parte do serviço obstétrico hospitalar, o que dificulta a gestão da segurança da tríade. Encontra-se à disposição da utente o número do telefone do serviço de obstetrícia para que a mesma ao sentir dificuldades possa entrar em contato. Ao ligar, a puérpera pode expressar as suas dúvidas e pedir aconselhamento à equipa do turno vigente. Para além disso, há a consulta puerperal que realizar-se-á aos 30 dias após o parto, ou ainda, a mesma, poderá dirigir-se ao centro de saúde para acompanhamento agendado. O Centro Hospitalar do Barreiro Montijo (CHBM), por iniciativa própria já implementou em 2019 uma consulta puerperal para acompanhamento com o EEESMO, 48 horas após alta hospitalar para as puérperas que realizaram partos no CHBM, e atualmente conta com cerca de 85% de adesão e satisfação das famílias abrangidas pela iniciativa (CHBM, 2019).

Em Portugal, a recomendação através da Resolução da Assembleia da República n.º 175/2017 alarga a prestação de cuidados de saúde primários às especialidades de ginecologia e obstetrícia permitindo à mulher o contato direto com um enfermeiro hospitalar no sentido de a apoiar no seu estado emocional e nas dúvidas quanto ao bebé, assegurando a melhoria da qualidade dos cuidados em SMO.

O EEESMO traz na sua formação o enfoque preventivo que permeia a assistência à grávida, à parturiente, à puérpera e ao recém-nascido (OE, 2011). Bowers, Cheyne, Mould, e Page, (2014) citam os cuidados continuados na maternidade como um importante elemento na satisfação da puérpera, com enfoque na melhoria da comunicação e no fortalecimento do vínculo terapêutico entre o profissional e a mulher, proporcionando auto confiança no processo de cuidado e um ambiente favorável e acolhedor ao longo da assistência, otimizando a eficácia dos resultados. Ao realizar as consultas de pré-natal o EEESMO ao longo dos meses estabelece



um laço de confiança com a mulher e a família (OE, 2011) e forma um elo entre a utente e a equipa multidisciplinar, que por vezes não é contínuo durante o pós-natal, o cuidado neste período é considerado uma das principais intervenções para prevenção da morbimortalidade materna e infantil (Mrisho et al, 2009), não devendo assim, ser tratado em segundo plano. A descontinuidade gira em torno da quantidade escassa de especialistas disponíveis nos centros de saúde e do pouco investimento na logística para disponibilização de recursos, nomeadamente, de capital humano, equipamentos e materiais. Segundo a OE (2015) o EEESMO atua em parceria com a mulher, respeitando a sua singularidade, com foco no seu empoderamento, para que realize escolhas conscientes e informadas, permitindo-lhe autonomia no cuidar de si e do bebé. É objetivo do EEESMO garantir a satisfação da utente, prevenir complicações, facilitar a formação do vínculo parental, respeitando os valores culturais e crenças, estabelecendo condições fundamentais na excelência de cuidados de forma atualizada e contínua. Corroborando com Zanetti (2013), onde o movimento pela melhoria da qualidade dos serviços assistenciais, promove uma sinergia entre pesquisa e prática, de modo a qualificar o cuidado, ampliar a segurança do paciente e otimizar os recursos necessários.

O Objetivo Geral da componente Teórico-Prática foi adquirir as competências específicas para obtenção da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e como Objetivos Específicos: prestar cuidados à mulher/pessoa significativa, inseridos na família e na comunidade no âmbito do planeamento familiar e no período pré-concepcional, na fase pré-natal em situação de saúde ou situações patológicas, no âmbito da saúde sexual e reprodutiva, nos quatro estádios do trabalho de parto em situação de saúde ou situações patológicas, durante o puerpério em situação de saúde ou situação patológica e em processos de saúde/patologia ginecológica, mantendo a responsabilidade ética e deontológica, zelando pela excelência, melhoria da qualidade e gestão dos cuidados prestados, com autonomia.

Relativamente à Componente Científica o Objetivo Geral foi a obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e como Objetivos Específicos: adquirir competências necessárias à escrita científica, à capacidade reflexiva, à investigação e à pesquisa científica. Para tanto, foi realizado um estudo na área do puerpério.

O relatório apresenta-se estruturado em quatro eixos norteadores:

Eixo I - Descreve e contextualiza teórica e sucintamente os ambientes onde decorreu o estágio, observando uma breve trajetória evolutiva das instituições, estrutura física, equipamentos e serviços disponíveis, quadro de pessoal, equipa multiprofissional, a



disponibilidade de recursos humanos e o regime de trabalho, realizando uma análise crítica rápida que relaciona os serviços prestados pela aluna.

Eixo II - Descreve e fundamenta o processo de aquisição de competências nas áreas do conhecimento dentro do enfoque do EEESMO, realizou o enquadramento teórico cientificamente fundamentado, destacando a relevância de eventos críticos ocorridos na prática clínica, aspectos assistenciais na atualidade referentes ao processo de cuidar, as resoluções vigentes, iniciativas de inovação das instituições perante a assistência à mulher, recém-nascido, família e comunidade.

Eixo III - refere-se ao percurso metodológico do relatório das duas vertentes que trata o relatório. Componente teórico-prática, e Componente Científica. Foram acautelados os aspetos ético e deontológico, exigidos conforme a legislação vigente, através do parecer favorável da Comissão de Ética para Investigação Científica nas Áreas da Saúde Humana e Bem-Estar da Universidade de Évora.

Eixo IV - foi realizado um estudo referente à temática do puerpério, com o desenvolvimento, análise e discussão pela aluna, com base nos resultados obtidos.

Na elaboração deste relatório foram consideradas as orientações da Universidade de Évora e Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, que constam no Regulamento do Estágio de Natureza Profissional, o Regulamento do Ciclo de Estudos conducentes ao Grau de Mestre e Regulamento Académico, da Universidade de Évora e as normas da American Psychological Association (APA). O desenvolvimento do processo de aquisição de competências específicas do EEESMO seguiu as orientações do Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (RCEEEESMO) de 2019 (Anexo A).



1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE REALIZAÇÃO DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

Na análise do contexto caracterizam-se os diferentes ambientes físicos nos quais decorreram as atividades/ações e de forma sucinta descreve-se a estrutura e os recursos materiais e humanos disponíveis.

1.1 Unidade de Saúde da Família (USF) Alcoides

Situada à Rua Fernando Pessoa, na localidade de Montemor-O-Novo, a Unidade de Saúde Familiar (USF) faz parte do Agrupamento dos Centros de Saúde (ACES) do Alentejo Central. Iniciou a sua atividade em 14 de fevereiro de 2011, sendo constituída por uma equipa multiprofissional composta por cinco médicos, cinco enfermeiros, cinco secretários clínicos, e três internos. A USF presta serviços a uma população de inscritos que compreende 9.281 utentes, conforme USF Alcoides (2018).

A USF conta com duas EEESMO que realizam o acompanhamento da grávida conjuntamente com o médico da unidade. A USF Alcoides realiza o Curso de Preparação para o Parto (CPP) oferecendo às grávidas aconselhamento especializado e o Cantinho da Amamentação, organizado com horário próprio e oferecido a todas as puérperas. Realiza visita domiciliária ao recém nascido (RN) e puérpera para prestação de cuidados no seio familiar. Quando possível, de acordo com a dinâmica dos atendimentos, proporciona intervenções direcionadas e específicas para cada família e conseqüente melhoria na qualidade dos cuidados prestados. Realiza a colheita do Rastreio Neonatal, procede à pesagem e avalia o ganho ponderal do RN, promoção da amamentação eficaz, bem como, um exame físico do RN realizado pela médica de família. Dinamiza a Oficina de “Papás e Mamãs” e o “Curso de Puérperas”. Tanto nos cursos como na oficina, as mulheres trocam experiências, ideias e dúvidas que são fundamentais para autonomia e confiança no cuidado informado da tríade.

As consultas de saúde sexual e reprodutiva são realizadas em dias de planeamento familiar. O Rastreio do Cancro do colo do útero, consultas de Pré-natal e Visitas domiciliarias são realizadas em dias fixados em cronograma de atendimento específico sendo realizado agendamento prévio com as administrativas da UFS.



1.2 Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo (ULSBA)

A ULSBA, EPE (Entidade Pública Empresarial) situada na localidade de Beja, tem como objetivos a prestação de cuidados de saúde primários, diferenciados e continuados à população, designadamente aos beneficiários dos subsistemas de saúde, ou de entidades externas que com ele contratualizem a prestação de cuidados de saúde, e a todos os cidadãos em geral, bem como assegurar as atividades de saúde pública e os meios necessários ao exercício das competências da autoridade de saúde na sua área geográfica ULSBA (2019).

A ULSBA desenvolve a sua atividade em três níveis de prestação de cuidados:

- Cuidados de Saúde Primários: Agrupamento de Centros de Saúde do Baixo Alentejo, que integra as unidades funcionais dos Centros de Saúde de Aljustrel, Almodôvar, Alvito, Barrancos, Beja, Castro Verde, Cuba, Ferreira do Alentejo, Mértola, Moura, Ourique, Serpa e Vidigueira, bem como Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP), Unidade de Saúde Pública (USP), Centro de Diagnóstico Pneumológico (CDP) e o Centro de Aconselhamento de Detecção (CAD);
- Cuidados de Saúde Hospitalares: Hospital José Joaquim Fernandes (HJFF)e
- Cuidados Paliativos: Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos Beja (apoio a todos os concelhos, com exceção de Moura, Barrancos e Mértola); Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos de Moura e Barrancos e Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos de Mértola.

Na ULSBA o estágio desenvolvido pela aluna futura EEESMO decorreu no Bloco de Partos (BP) do HJFF, durante seis semanas. O BP fica inserido no serviço de urgência obstétrica e ginecológica (SUOG) que funciona no 5.º piso, na ala direita.

A saída dos elevadores e das escadas está num espaço onde as utentes e familiares podem permanecer enquanto aguardam atendimento. O acesso aos serviços é restrito, pelo que é necessária a marcação de um código de segurança pelos profissionais de saúde, para abrir a porta eletrónica. A entrada e saída das utentes, respetivos acompanhantes e visitas é controlada pelas administrativas do serviço, nos dias úteis, em horário de expediente e no restante período pela equipa de enfermagem e/ou de assistentes operacionais.



O gabinete médico do SUOG, situa-se à entrada do serviço para que as utentes possam ser avaliadas na chegada e está equipado com ecógrafo, marquesa ginecológica, detector fetal portátil, aparelho de monitorização cardíaca, foco e outros equipamentos necessários.

A triagem ocorre no serviço de urgência geral, sendo feita de acordo com a escala de Manchester e posteriormente é feito o encaminhamento para o SUOG. O BP conta com duas salas de parto, cada uma com anti-salas, uma delas com objetivo de dar suporte material e realização antisepsia dos profissionais e a outra para realização dos primeiros cuidados ao RN. A sala de cuidados com o RN é composta por um ressuscitador, fonte de oxigénio, aspirador e carrinho equipado com medicação, equipamentos para emergência e profilaxia do bebé. As salas de parto são equipadas igualmente, excetuando-se um frigorífico para acondicionamento de medicação própria, localizado apenas em uma das salas. Ambas possuem marquesa obstétrica, possuem um armário com material de consumo clínico que possa ser necessário para o parto, cardiotocógrafo (CTG), foco de luz, aparelho de som para musicoterapia e carro de urgência equipado para realização de analgesia epidural e procedimentos de emergência. Estão fixados nas paredes quadros com protocolos de patologias específicas da gravidez e organograma para seguimento de violência contra a mulher. Não há casa de banho nas salas de parto.

A grávida pode escolher uma pessoa significativa para acompanhar o seu trabalho de parto (TP), exceto em situações onde é preciso intervenções instrumentais. O contato pele a pele é priorizado desde que não haja impedimento. São respeitados os valores culturais e éticos da parturiente, bem como, o plano de parto se a grávida o tiver consigo.

O BP dispõe ainda de três enfermarias, duas com três camas e uma com duas camas, esta última com uma casa de banho partilhada para todas as grávidas internas. As enfermarias destinam-se uma para o início do TP, ou seja, uma sala de dilatação, as demais internamento de grávidas. Para o funcionamento do BP são escalados dois EEESMO, sendo um como responsável pela sala de partos e o outro como responsável pelas urgências obstétricas. Ambos se auxiliam para realizar assistência às grávidas internadas no BP.

O SUOG da ULSBA em planta física contempla todo o serviço de obstetrícia no mesmo espaço, ou seja: as urgências obstétricas, o BP, o internamento de grávidas com patologias e o internamento de puérperas, excetuando-se o internamento de ginecologia que fica a cargo da clínica cirúrgica. Após o BP existe uma sala de tratamentos, quatro enfermarias de puerpério com as respectivas casas de banho, um vestiário com cacifos para os funcionários do serviço, uma copa para os funcionários, uma sala de sujos, uma sala com armazém de material de



consumo comum e preparação de terapêuticas, um armazém de roupa, uma casa de banho para os profissionais e pessoal administrativo. Uma sala de enfermagem onde a equipa realiza os registos e procede à passagem do turno, esta sala dispõe de uma central com monitores referentes a monitorização das grávidas internadas. Para além disso, há ainda uma sala destinada a equipa médica para realizar registos e proceder à passagem do turno.

Os registos de enfermagem são realizados no sistema através do programa SClinic® sob a forma de notas corridas. O trabalho é orientado a partir de um instrumento padronizado com as principais informações das utentes. As induções são realizadas geralmente com misoprostol jugal e perfusão ocitócica (PO), ambas conforme protocolo institucional. Não existe Bloco Operatório (BO) no SUOG pelo que as grávidas com cesarianas programadas e/ou de urgência descem para o 1.º piso onde fica o Bloco Central (BC), acompanhadas por um EEESMO.

Os partos eutócicos ocorrem sempre na posição de litotomia. As equipas de EEESMO trabalham por turnos de oito horas (manhã/tarde/noite), o que implica que muitas vezes que a grávida pode ser acompanhada por mais de um EEESMO durante o seu TP, havendo uma ruptura no estabelecimento do vínculo terapêutico entre o EEESMO e a parturiente.

De forma a complementar o que foi antes exposto, a distribuição dos profissionais EEESMO no turno, o EEESMO que fica alocado no puerpério com mais dois enfermeiros de cuidados gerais, pode dar suporte como mais um elemento ao BP, se necessário. Na equipa multidisciplinar há dois médicos obstetras em regime de turnos de 24 horas, um anestesista que fica no BC e dá suporte ao BP, especificamente na realização das analgesias epidurais. A equipa de pediatras é convocada quando há necessidade, sendo deslocado um pediatra do serviço de pediatria para dar o acompanhamento ao RN.

A unidade de Obstétrica é provida de um sistema de segurança anti-rapto, com sistema electrónico de pulseiras, que são colocadas no RN após o nascimento juntamente com a pulseira de identificação, procedimento este explicado à mãe e acompanhante, no ato da realização. O Hospital dispõe de vídeos educativos para as utentes sobre o parto e amamentação, bem como impressos que fomentam a amamentação.

1.3 **Hospital do Espírito Santo Évora (HESE):**

O HESE-EPE situa-se na localidade de Évora e presta cuidados de saúde diferenciados, a sua área de influência direta abrange o distrito de Évora, num total de 14 concelhos. A sua área de influência indireta correspondente a toda a região do Alentejo, num total de 33



concelhos (15 do distrito de Portalegre, 13 do Baixo Alentejo e 5 do Alentejo Litoral). Tem como missão dar assistência à população adstrita nos cuidados de saúde diferenciados, adequados e em tempo útil, garantindo desempenho técnico-científico, gestão de recursos, de humanização e promovendo o desenvolvimento profissional dos seus colaboradores (HESE, 2019).

O estágio que foi desenvolvido no HESE teve a duração de seis semanas, onde se realizou o acompanhamento de grávidas internadas com patologias e utentes de ginecologia. O setor localiza-se no serviço de obstetrícia, situado no 3.º andar do segundo prédio do HESE. O acesso é controlado através de segurança à porta das 7:00 às 17:00 horas e após esse horário o controlo fica a cargo da equipa de serviço. Ao entrar no serviço de obstetrícia, encontramos o gabinete de admissões onde é feito o acolhimento e o internamento se necessário, através do médico obstetra ou do EEESMO do serviço. Havendo duas alas. A ala da esquerda localiza-se o BP, com duas enfermarias puerperais, uma copa para os funcionários, no corredor há um armário para guarda de material e equipamentos, uma sala de sujos, uma sala de laboratório e uma sala de trabalho para a equipa de enfermagem. A ala direita é composta pelos serviços de internamento de puérperas, internamento de grávidas com patologia e de ginecologia.

O espaço físico onde decorreu o estágio, foi no internamento de grávidas, composto por duas enfermarias com três camas cada uma, contando com uma casa de banho fora da enfermaria para o suporte de higiene às utentes internadas. Após estas enfermarias, há uma divisória, que separa o internamento de ginecologia, com três enfermarias e um total de oito camas, e outra casa de banho que dá suporte ao serviço de ginecologia. A separação física da ginecologia do serviço de obstetrícia é importante para distinção dos ambientes, para o conforto das utentes e prevenção e controle de infeções. O que não acontece com o internamento de grávidas com patologia que estão inseridas no mesmo ambiente que o puerpério. Os recursos materiais e humanos são compartilhados entre os três setores, ou seja, Internamento de puérperas, Internamento de grávidas e Internamento de ginecologia.

No que toca aos recursos materiais, estes dispõem de dois carros equipados, um com medicação e equipamentos inerentes ao trabalho, tais como material de cateterismo periférico, material de proteção individual (EPI), medicação e equipamentos de emergência, e um armário para guarda de roupa. Está disponível uma sala de tratamento e preparações de medicações, bem como, guarda de material necessário para o desenvolvimento das atividades, organizados em armários devidamente intensificados, cuja reposição é realizada pela chefia de enfermagem.



No tocante aos recursos humanos o trabalho decorre em turnos de 8 horas diárias (manhã/tarde/noite). A equipa de enfermagem conta com três elementos de serviço por turno, onde obrigatoriamente um é EEESMO e os outros dois elementos são enfermeiros de cuidados gerais. Um dos elementos é alocado para dar resposta à ginecologia e os outros dois dividem-se pelos cuidados puerperais e pelas grávidas com patologia. Em períodos de lotação do serviço cada enfermeiro fica responsável por um número superior a oito utentes.

A equipa multidisciplinar conta com dois médicos ginecologistas e obstetras que prescrevem e realizam uma visita diária. No caso de estar uma utente internada em ginecologia com procedimento cirúrgico, esta tem acompanhamento do cirurgião específico. Há acompanhamento de anestesiologia para as utentes cirúrgicas para acompanhar em geral o pós-operatório e a retirada de cateteres quando a utente mantém a medicação anestésica, este profissional é deslocado do BC quando há necessidade no setor. Existem duas assistentes operacionais que trabalham em turnos de 8 horas diárias (manhã/tarde/noite), duas administrativas e um segurança que trabalham em horário diário entre 8 às 17hs e dão resposta a todo o serviço de obstetrícia e ginecologia.

1.4 Hospital São Francisco Xavier (HSFX)

Inaugurado em 24 de abril de 1987, com objetivo de prestar assistência médico-hospitalar na área Ocidental de Lisboa, está contido na rede do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (CHLO). O CHLO atua na prestação de cuidados de saúde a todos os cidadãos no âmbito das responsabilidades e capacidades das unidades hospitalares que o integram, dando execução às definições de política de saúde a nível nacional e regional (CHLO, 2018).

O CHLO desenvolve atividades complementares como as do ensino pré e pós-graduado, investigação e formação, submetendo-se à regulamentação de âmbito nacional que rege o ensino e aprendizagem no domínio da saúde. Guia-se pelos princípios de humanização, não discriminação, respeito pela dignidade individual de cada doente, promoção da saúde na comunidade, atualização face aos avanços da investigação e da ciência, excelência técnico profissional, ética profissional, promoção da multidisciplinaridade e respeito pelo ambiente (CHLO, 2018).

O Serviço de Obstetrícia/Ginecologia do HSFX faz parte do Departamento da Mulher e da Criança, localiza-se no Edifício Materno-Infantil, edifício 2, inaugurado em 2006, é constituído pelos seguintes serviços/valências HSFX (2019):



- Consulta externa de obstetrícia e ginecologia - piso 0;
- Urgência obstétrica e ginecológica, Bloco de partos - piso -1;
- Internamento de obstetrícia - piso 3;
- Medicina materno-fetal (Grávidas de alto risco), Ginecologia e Diagnóstico pré-natal - piso 4.

O estágio nesta unidade decorreu durante o período de quatro semanas no BP do HSFx que fica inserido no SUOG, constituído por uma equipa multidisciplinar. Os recursos humanos têm trinta e oito enfermeiros, sendo, um chefe de enfermagem, um enfermeiro de coordenação, vinte e nove EEESMO e sete enfermeiros de cuidados gerais. São atribuídos por turno em média seis/sete elementos por equipa, em turnos de 8 horas (manhã, tarde e noite) e plantões de 12 horas. A equipa multidisciplinar conta com um médico diretor de serviço, um neonatologista, três a quatro médicos obstetras por equipa em regime de plantão 24 horas, um anestesista por turno das 8 às 16 horas (dias úteis) sendo o restante tempo assegurado pela equipa de urgência. Existe apoio pontual por parte de outras especialidades, quando necessário. Conta com quinze assistentes operacionais, distribuídos em três elementos por equipa, estando dois elementos fixos no turno da manhã. Os horários são rotativos e elaborados pelo responsável do setor. Existem ainda sete assistentes técnicas de limpeza distribuídas em duas por equipa no turno diurno e uma no noturno, uma técnica de limpeza por turno, sendo, o número de elementos alargado quando efetuam limpezas gerais.

A estrutura física está constituída por três áreas: SUOG, BP e Bloco Operatório (BO). O BO é composto por duas salas operatórias e dois Recobros com lotação para quatro utentes, cada um. O SUOG é constituído por dois gabinetes médicos, uma sala para monitorização do bem estar materno-fetal, uma sala para colheitas de sangue para análises e triagem de enfermagem realizada através da escala de manchester, uma sala de ecografia e uma sala de observação de enfermagem com lotação para duas utentes. O BP é constituído por sete quartos dispostos em forma de U, destinados à vigilância do TP e puerpério imediato. O formato promove ampla visibilidade a todas as salas de parto, ficando no centro a sala de trabalho da equipa, com uma central de monitorização para a vigilância do bem estar materno-fetal das parturientes, há um quadro à entrada com o resumo histórico desde a admissão da grávida e que oferece ainda uma visão e descrição da situação geral da utente. A partir da sala de trabalho é possível observar os recobros e existe um armário com recursos materiais, esterilizados, estupefacientes, um carro móvel de medicação, dois carros de apoio neonatal munidos material



e balanças, um carro de medidas farmacológicas para analgesia epidural, um carro de emergência, um carro de via aérea e um frigorífico com medicação específica.

No BO os recursos materiais, equipamentos e fármacos estão definidos por unidade e por blocos. Nos Blocos existe uma *checklist*, através da qual é efetuada a revisão diária dos recursos materiais, medicação, equipamento e sua funcionalidade realizada no turno da manhã ou sempre que seja necessário. O serviço possui zonas de apoio (farmácia, armário de roupa, sala para armazenamento de recursos materiais, copa, sala de sujos).

O BP do HSFX permite a permanência de uma pessoa escolhida pela utente durante o seu internamento. O acesso à sala de partos pelo familiar/pessoa significativa é realizado através de um corredor onde é possível o acompanhante circular sem prejudicar o funcionamento da unidade e mantendo a privacidade dos mesmo e das parturientes. O acesso a este corredor faz-se através de uma porta onde um profissional do serviço têm que digitar um código. Esta instituição foi a única em que existe um partograma específico do EEESMO, onde todos os registos são realizados, a continuidade dos cuidados de forma sistematizada aos diagnósticos, plano de tratamento e implementações dos cuidados específicos de enfermagem. Há segurança anti-rapto, através de um sistema electrónico de pulseiras.

1.5 Hospital Garcia de Orta (HGO)

O Hospital Garcia de Orta (HGO, EPE), iniciou a sua atividade em setembro de 1991, em substituição do antigo Hospital da Misericórdia de Almada/Hospital Distrital de Almada que deixou de conseguir dar resposta a uma população cada vez maior da península de Setúbal e assegurava apenas cuidados hospitalares básicos. Em 2003, como consequência do seu desenvolvimento e grau de diferenciação, foi classificado como Hospital Central, deixou de pertencer ao Setor Público Administrativo e passou para o Setor Empresarial do Estado, a partir de 2006, como EPE, estatuto que mantém atualmente (HGO, 2019).

O HGO serve uma população estimada em cerca de 350 mil habitantes. Compreende os concelhos de Almada e Seixal, sendo que em algumas valências a sua zona de influência estende-se a toda a Península de Setúbal, nomeadamente nas áreas de especialidade de Neonatologia e Neurocirurgia. Dispõe de várias especialidades e serviços de referência que apoiam regularmente outros hospitais como a Pediatria, Obstetrícia, Cirurgia Vascular, Cardiologia, Hematologia, Endocrinologia, Medicina Nuclear, Reumatologia, Ortopedia, Neurorradiologia, Nefrologia, entre outros (HGO, 2017).



A Maternidade do HGO divide seus serviços em SUOG e BP ambos situados no piso 1 do edifício central. Atua como hospital perinatal diferenciado e Hospital Amigo dos Bebés através do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) desde 2005 (HGO, 2019).

O estágio no HGO decorreu durante seis semanas e centrou-se no Serviço de Internamento de Puérperas que fica localizado no 5.º piso à direita dos elevadores. Fisicamente separado do SUOG, BP e do Internamento de grávidas. A separação física do Internamento de Puérperas, beneficia as utentes e os bebés internados, proporcionando privacidade, conforto e controlo das infeções hospitalares.

A equipa do internamento de puérperas conta com vinte e quatro enfermeiros distribuídos da seguinte forma: vinte e dois enfermeiros de cuidados gerais, trabalhando em regime de turnos diários de 8 horas (manhã/tarde/noite), um EEESMO coordenador e um EEESMO chefe de setor, que trabalham em horário administrativo das 9:00 às 17:00 horas. A distribuição dos profissionais por turno é de quatro elementos da equipa de enfermagem no turno da manhã, onde um elemento é EEESMO e três são enfermeiros de cuidados gerais. Nos horários de tarde e noite são alocados respectivamente três elementos enfermeiros de cuidados gerais.

A equipa multidisciplinar conta com três médicos ginecologistas e obstetras que realizam uma visita pela manhã e dois pediatras que realizam também uma visita no turno da manhã. É possível solicitar de outros setores do HGO as demais especialidades que forem pontualmente necessárias. O serviço conta diariamente com um assistente social em horário administrativo. A estrutura física do internamento de puérperas conta com dez enfermarias, sendo nove com três camas, uma com duas camas e ainda dois quartos individuais, para dar assistência a situações que requeiram isolamento.

O HGO através do serviço de internamento de puérperas, promove periodicamente cursos e oficinas de preparação para o aleitamento materno. Estas atividades são ministradas por um EEESMO com a colaboração dos demais membros da equipa de enfermagem. Os cursos trabalham em consonância com os centros de saúde da área de abrangência, mas, também são abertos para quaisquer grávidas, independentemente da área à qual pertençam. A educação em saúde é uma importante ferramenta na implementação das políticas públicas de saúde, considerando o indivíduo, a família e o meio social em que vive, compreendendo as suas especificidades, a fim de promover melhorias na qualidade de vida. Para tanto, as equipas envolvidas na prestação de cuidados de grupos alvos, podem utilizar estratégias e/ou as tecnologias leves, como a realização de oficinas, para tornar mais eficaz a prática de cuidados em saúde (Reis & Andrade, 2008).



1.6 Centro Hospitalar Barreiro Montijo (CHBM)

O Centro Hospitalar Barreiro Montijo (CHBM, 2019) foi criado a 1 de novembro de 2009, através do Decreto-lei n.º 280/2009 de 6 de outubro, e integra o Hospital de Nossa Senhora do Rosário e o Hospital Distrital do Montijo. Tem mais de 30 valências clínicas, prestando assistência ao nível do Internamento, Consulta Externa, Urgência, Hospital de Dia, Assistência Domiciliária, Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica. Com uma área de influência que engloba os concelhos do Barreiro, Moita, Montijo e Alcochete, a Instituição serve uma população de mais de 213 mil habitantes (CHBM; 2019). Dispõe de 388 camas, que se distribuem pelas várias especialidades, prestando cuidados de saúde diferenciados em regime de ambulatório e internamento (CHBM, 2018). Quanto aos recursos humanos no que se refere à enfermagem, especialmente no BP, a organização hierárquica é constituída pelo EEESMO diretor, uma EEESMO coordenadora de departamento e as EEESMO que atuam nas equipas do BP.

O estágio nesta unidade decorreu durante um período de oito semanas, no BP. O BP do CHBM está localizado no piso térreo e funciona de forma autónoma como unidade funcional, inserido no Departamento da Mulher e da Criança, conta com uma estrutura física que sofreu uma remodelação completa há poucos anos. Possui três áreas funcionais: SUOG, BP e BO para situações de foro ginecológico e obstétrico (CHBM, 2018). A equipa de enfermagem do serviço no BP é constituída por dezessete EEESMO, esta foi a única instituição ao longo dos estágios cujos enfermeiros do serviço são todos EEESMO. Na organização do trabalho, os enfermeiros estão distribuídos em três ou quatro elementos por equipa, em regime de turnos de 8 horas (manhã/tarde/noite). A equipa multiprofissional conta com três médicos ginecologistas e obstetras, disponíveis em regime de plantão de 24 horas para o BP e banco de urgência, dois auxiliares de saúde em turnos de 8 horas (manhã/tarde/noite), com dois elementos turnos diurnos e um elemento no noturno. Uma secretária administrativa trabalha em horário fixo das 08:00 às 12:00 horas e das 13:00 às 16:00 horas, de 2ª a 6ª feira. Fora deste intervalo de tempo, e nos fins de semana e feriados, a inscrição é efetuada na urgência geral.

As utentes de foro ginecológico são atendidas, recebem cuidados específicos e podem realizar pequenos procedimentos, tais como, curetagens (terapêuticas e de diagnóstico), colocação de dispositivos intra-uterinos, tratamento de infeções pélvicas, entre outros se assim forem necessárias, no próprio BP. As utentes com patologia obstétrica, são admitidas e



encaminhadas para o Serviço de internamento de grávidas, situado no 5.º piso e /ou para o BP dependendo da indicação médica, ou podem ainda, ser transferidas para outra maternidade, caso, seja necessário, reserva em neonatologia para o RN.

O SUOG tem uma sala de triagem que funciona de acordo com a escala de Manchester, dois gabinetes para consulta médica, uma sala de ecografia e CTG. Se internada, volta a sala de triagem, onde é acolhida pelo EEESMO que explica à utente os procedimentos habituais, normas e rotinas do serviço. A seguir é encaminhada à uma das sete salas de parto igualmente equipadas, embora só quatro delas possuam janelas exteriores com iluminação natural. As salas de parto são contam, com equipamento de áudio e vídeo, ar condicionado, cama ginecológica, CTG, monitor cardíaco, bomba infusora, material esterilizado, medicamentos específicos e tudo o quanto é necessário a realização do TP em parto eutócico e/ou distócico (fórceps ou ventosa), bem como acomodação para a pessoa significativa escolhida pela grávida a para a acompanhar o seu TP, como é previsto pela Lei n.º 14/85 de 6 de Julho. Todas possuem um ressuscitador neonatal aquecido equipado com todo o material necessário aos primeiros cuidados ao RN, medicação e equipamentos necessários à reanimação: aspirador, entradas para vácuo e oxigênio e medicação de profilaxia. A ordem dos materiais e equipamentos é igual em todos os quartos de forma a otimizar o desempenho, na assistência ao longo do TP.

O 4.º estágio do TP decorre no recobro do BO e tem capacidade para duas camas e respectivos berços, equipado com monitores cardíacos, material e medicação inerentes ao puerpério imediato. O berçário, apenas é utilizado em situações em que o RN requer cuidados específicos, possui uma incubadora, dois reanimadores, oxímetro de pulso e frigorífico com medicação específica. O BO, possui uma sala operatória, para cesarianas e pequenas cirurgias do foro ginecológico. Está equipado com material e medicação inerentes ao BO, como carro de anestesia, monitor cardíaco com oximetria, desfibrilhador e materiais de emergência. O BP possui dois gabinetes médicos e um gabinete de enfermagem, um vestiário com cacifos e uma casa de banho para uso dos profissionais, uma sala de trabalho, onde estão os monitores com a projeção do CTG de todas as grávidas, internadas no serviço e as que estão em observação na admissão, uma sala de arrecadação, uma sala de armazenamento de material esterilizado, uma sala de sujus e uma copa para os funcionários, onde também são armazenados alimentos para oferecer às internadas, conforme é previsto pelo Programa Maternidade com Qualidade.

O CHBM recebe visitas de grávidas no 3º trimestre de gravidez, provenientes da área de influência do hospital, em articulação com os centros de saúde e o serviço de fisioterapia, semanal ou quinzenalmente, para às grávidas se familiarizarem com o ambiente que vão



encontrar durante o TP. Enquanto O Hospital de Nossa Senhora do Rosário, integrante do CHBM foi reconhecido, em setembro de 2012, como “Hospital Amigo dos Bebés” por cumprir as Dez medidas para um aleitamento materno de sucesso, definidas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pela UNICEF, tendo renovado o título em 2019 (CHBM, 2019).

O CHBM disponibiliza o “Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade” e “Recuperação Pós-Parto” que é ministrado por uma equipa multidisciplinar (EEESMO, Enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica e uma Nutricionista). A pré-inscrição deve ser feita entre as 24 e as 26 semanas de gestação no secretariado do BP, através do telefone ou presencialmente entre as 9:00 e 12:00 horas. O CHBM desenvolve as suas ações em consonância com o Projeto “Maternidade com Qualidade” que utiliza mecanismos que sensivelmente trabalha a satisfação com a experiência durante o TP (CHBM, 2018).

O RN é cuidado junto da mãe, promovendo precocemente a vinculação parental e incentivando o aleitamento materno desde a primeira hora de vida, respeitando os sinais reflexos do bebé para a amamentação. O projeto Maternidade com Qualidade prevê a ingestão hídrica durante o internamento para o TP, medidas não farmacológicas de alívio da dor (musicoterapia, duche, massagem, alternância postural durante o TP e bola de Pilates), analgesia epidural e episiotomia seletiva. Sobre a ingestão oral de líquidos pela grávida ao longo do TP, há consensual visto que, assim como outras atividades físicas o TP, que requer um suporte de energia necessária ao seu desenvolvimento. O jejum reduz os carboidratos necessários a manutenção da força durante o TP, conseqüentemente alterando o mecanismo de obtenção de energia e provocando a fadiga mais rapidamente (Keppler, 1988 citado por Melo & Peraçoli, 2007). A restrição oral, fundamentada pelo risco potencial de aspiração do conteúdo gástrico na anestesia geral é atualmente uma prática muito controversa quando comparado aos prejuízos causados pelo jejum prolongado e com o número reduzido de partos onde há contra-indicação absoluta da ingestão oral (Prates & Madruga, 2019).

O CHBM desenvolveu um projeto na linha de cuidados especializados às puérperas em relação a outros serviços onde decorreram os estágios. A implementação de cuidados através do “Programa/Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem”. O Programa/Projeto é composto por três fases: I Gravidez, II Parto e III Puerpério, falaremos especificamente no tocante ao pós-parto, que será objeto de aprofundamento temático na componente científica do estágio profissional. O CHBM no cuidado às puérperas, realiza uma consulta 48 horas após a alta hospitalar e contempla puérperas que realizam o parto no CHBM, sendo essa consulta realizada por um EEESMO, no sentido fornecer acompanhamento,



esclarecer dúvidas, minimizar aspetos emocionais inerentes a este período, promover a amamentação, aconselhamento adequado e favorecendo a tomada de decisão informada, preservando a autonomia da mulher em cuidar de si e do seu bebé, além de dar continuidade a vinculação parental. Esta é uma iniciativa que vincula a mulher, o RN e a família a assistência especializada necessária durante o puerpério.



2. METODOLOGIA

O Relatório descreve o processo de aprendizagem sob duas vertentes, Teórico-prático e Científica de Investigação, que interagem entre si.

A componente Teórico-prático, desenvolvida através do processo de aquisição de competências específicas do EEESMO, foi concretizada através do Estágio Profissional, nas várias unidades de saúde referidas no ponto 1. O Estágio desenvolveu-se sob a orientação pedagógica de uma professora da Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem São João de Deus e sob a supervisão clínica dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, nos locais onde decorreram os vários módulos que constituíram o percurso de aprendizagem da aluna. O desempenho e a avaliação das competências adquiridas teve por base o Regulamento n.º 391/2019, de 3 de Maio, que regula as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica - RCEEEESMO. A metodologia utilizada foi a observação-participante, onde a reflexão foi construída em um processo de aprendizagem vivencial que é concebido como um processo de desenvolvimento de atitudes, conhecimentos e habilidades através de um ciclo (Kolb, 1984; citado por Cidral, 2003). A população alvo a quem se prestou cuidados foram mulheres, casais e recém-nascidos assistidos durante o período da realização do estágio. A avaliação, análise reflexiva e sugestões, bem com a fundamentação teórica foi abordada em cada competência explorada, levando em consideração os acontecimentos ocorridos em cada fase do estágio, e realizando um paralelo à luz da literatura pertinente, prática clínica e vivência dos acontecimentos.

Na vertente Científica de Investigação foi utilizada uma metodologia quanti-qualitativa de natureza exploratória com uma abordagem sob o método clínico-qualitativo, em estudo retrospectivo, na forma científica fundamentada. A análise e o tratamento dos dados qualitativos foram realizados através do software WebQDA, que explorou os questionamentos das participantes de onde emergiram as categorias e sub categorias expressas nos resultados. Para análise quantitativa foi utilizado o software SPSS, versão 24. Para a exploração acerca do tema: O enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica na qualidade dos cuidados continuados no período do pós-parto, utilizou-se um instrumento de pesquisa para recolha de dados, um guião de entrevista, desenvolvido pela pesquisadora aplicado às puérperas assistidas durante o período do estágio profissional. A recolha de dados se deu em dois momentos. No



primeiro momento ainda no hospital, pequenas entrevistas durante a prestação de cuidados, notas de campos. O segundo momento, quatro meses após o parto, aplicação do guião de entrevista semiestruturado para a puérpera responder já inserida no seio familiar.

A investigação científica é um processo sistemático de recolha de dados observáveis e verificáveis, a partir do mundo experimental, com finalidade de descrever, explicar, prever ou controlar fenómenos (Seaman citado por Fortin 2009). O método Clínico-Qualitativo reúne e aprimora métodos qualitativos genéricos do campo das ciências humanas, aplicando sua episteme aos fenómenos humanos no campo da saúde, utilizando um variado panorama de referenciais teóricos para discussão interdisciplinar, que pode ser definido como o estudo teórico – e a correspondente aplicação em investigação – de um conjunto de métodos científicos, técnicas e procedimentos, adequados para descrever e interpretar os sentidos e significados dados aos fenómenos e relacionados à vida do indivíduo, analisando detalhadamente através da investigação de hábitos, atitudes e comportamentos, pode-se dizer que as investigações clínico-qualitativas têm-se preocupado com o significado dos fenómenos e processos sociais, levando em consideração as movimentações, crenças, valores (Turato, 2013).

Neste sentido, a pesquisa em questão, evidencia os conhecimentos, inseguranças, experiências anteriores e expectativas futuras das puérperas que compõem a população investigada. Para isto, foi categorizado o texto das entrevistas que foram realizadas, cujas categorias foram posteriormente validadas por um júz, professora Doutora Ana Maria de Aguiar Frias, Orientadora do estudo, conforme é determinado pelo próprio método. Procura-se dar resposta à pergunta norteadora – Há continuidade de cuidados especializados à tríade no pós-parto fora do ambiente hospitalar? Finalizando com a apresentação dos resultados e discussões do estudo.

Observou-se no decurso da pesquisa que para resposta à pergunta norteadora era necessário a modificação do instrumento e do processo de recolha de dados. Gil (1999, p. 45), conceitua pesquisa como “procedimento racional e sistemático que tem como objetivo proporcionar respostas aos problemas que são propostos. (...) A pesquisa é desenvolvida mediante o concurso dos conhecimentos disponíveis e a utilização cuidadosa de métodos, técnicas e outros procedimento científicos (...) ao longo de um processo que envolve inúmeras fases, desde a adequada formulação do problema até à satisfatória apresentação dos resultados”. É na pesquisa que se utilizam diferentes instrumentos para se chegar a uma resposta mais precisa. Conforme Ribeiro (2008), o instrumento que o pesquisador utilizará para



atingir resultados ideais será estipulado por ele mesmo. A enfermagem enquanto ciência, procura estudar constantemente os fenómenos abarcados pelo domínio dos cuidados de enfermagem com o objetivo de produzir novo conhecimento relativo à pessoa, ao seu meio ambiente, à saúde, ao cuidado de enfermagem e às relações entre todos (Fortin, 2009).

A recolha de dados decorreu durante os estágios nas áreas de cuidados primários de saúde, a partir de notas de campo durante as sessões da oficina de papás e mamás, na consulta puerperal e visitas domiciliárias puerperais; nos Blocos de Parto e no Internamento de Puérperas através de entrevistas realizadas em dois momentos: O primeiro momento ainda na instituição, com uma abordagem inicial de acordo com o estágio desenvolvido, especificamente no estágio de sala de parto, após realização do parto pela autora, durante o puerpério imediato, quando realizadas orientações e validações de ensinamentos durante a prestação da assistência de enfermagem e no internamento de puérperas. O segundo momento, decorreu através do envio por correio eletrónico do guião de entrevista (Apêndice B) a ser respondido com utente desinstitucionalizada e devolvido de igual modo pela utente à pesquisadora, por algumas utentes apresentarem dificuldades no envio, foi aceite a recepção de relatos através de áudios.

O guião de entrevista foi dividido em três partes distintas: a primeira recolhe dados sociodemográficos; a segunda subdivide-se em dados clínicos obstétricos pregressos, história do parto atual, dados do bebé e dados psicossociais do puerpério atual. A terceira faz um roteiro perguntas abertas a respeito dos conhecimentos, experiências, inseguranças e necessidades das puérperas envolvidas no estudo. É solicitado à mulher que escolha um tempo para se dedicar especificamente a responder às questões com calma e o mais tranquilamente possível.

ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA				
Tipo	Modelo	Papel do Entrevistador	Formato das Perguntas	Finalidade
Campo, Formal	Pré-estabelecido	Um pouco diretivo	Semi- estruturado	Fenomenológico

Figura 1 - Entrevista semi-estruturada
Fonte Fontana & Frey, 1994.

A amostra foi selecionada por conveniência, tendo em vista, ser composta por utentes assistidas pela pesquisadora no âmbito do estágio de natureza profissional. Por dificuldade de acesso posterior às utentes para recolha de dados no segundo momento da investigação, de entre as mulheres assistidas durante o estágio, apenas 19 utentes participaram nos dois momentos da entrevista. Às utentes que se disponibilizaram a participar na pesquisa foi entregue e recebido assinado o Termo de Consentimento Informado (Apêndice B). Os aspetos



éticos, legais e deontológicos foram acautelados conforme legislação vigente. Os critérios de inclusão foram: possuir capacidade de comunicação verbal e domínio do idioma português; participar dos dois momentos do estudo e estar até ao 6.º mês de pós parto; puérperas cujo parto ocorreu por via vaginal ou por cesariana e aceitar participar no estudo de livre vontade. Os critérios de Exclusão: puérperas que não realizaram os dois momentos da entrevista; mulheres internadas no puerpério por morte fetal/abortamentos e puérperas com doença do foro mental/psiquiátrico.



3. DESCRIÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO DO PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

A OMS divulga que no período entre 2007-2016, 87 países informaram ter menos de três enfermeiros e profissionais de obstetrícia por cada mil habitantes. Para reforçar a capacidade de todos os países, particularmente os países em desenvolvimento, para o alerta precoce, redução de riscos e gerenciamento de riscos nacionais e globais de saúde (World Health Statistics, 2018). Em Portugal foram definidas as competências que regem o EEESMO são definidas através do Regulamento n.º 391/2019 que define e estabelece as competências comuns e específicas dos EEESMO.

COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO EEESMO
Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período preconcepcional;
Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal;
Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto;
Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal;
Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério;
Cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica;
Cuida o grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade.

Figura 2 - Competências específicas do EEESMO

Fonte: Regulamento n.º 391/2019. Assembleia Geral da Ordem dos Enfermeiros e publicado na 2.ª série do Diário da República N.º 85, 3 maio de 2019.

O EEESMO assume a responsabilidade pelo exercício das áreas de atividade de intervenção assistência à mulher a vivenciar processos de saúde/doença, no sentido de promover a saúde sexual e reprodutiva e prevenir processos de doença. Assume no seu exercício profissional intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos fisiológicos e processos de vida normais no ciclo reprodutivo da mulher, bem como, intervenções autónomas e interdependentes em todas as situações de médio e alto risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos patológicos e processos de vida disfuncionais no ciclo reprodutivo da mulher (Ordem dos Enfermeiros, 2019).



ÁREAS DE ATIVIDADES DE RESPONSABILIDADE E INTERVENÇÃO DO EEESMO
Planeamento familiar durante o período preconcepcional e na vivência da sexualidade.
Gravidez durante o período pré-natal;
Parto durante o trabalho de parto e parto;
Puerpério durante o período pós-natal;
Climatério durante o período peri-menopáusico;
Ginecologia;
Comunidade assistir às mulheres em idade fértil, atuando no ambiente em que vivem e se desenvolvem.

Figura 3 - Áreas de atividades de responsabilidade e intervenção do EEESMO

Fonte: Regulamento n.º 391/2019. Assembleia Geral da Ordem dos Enfermeiros e publicado na 2.ª série do Diário da República N.º 85, 3 maio de 2019.

3.1 Aquisição e desenvolvimento de competências EEESMO na prestação de cuidados primários

Os Cuidados de Saúde Primários (CSP), acessíveis, adequados e de qualidade, são um dos componentes essenciais para um sistema de saúde sustentável, efetivo e eficiente (Relatório Primavera, 2019).

Descrição: O processo para aquisição de competências e prestação de cuidados à saúde da mulher ao nível dos cuidados primários ocorreu na USF Alcaides. Foram realizados 139 atendimentos a mulheres, sendo 83 realizados a grávidas, entre elas 5 eram grávidas com algum tipo de risco; puérperas foram 14; RN foram 12 e mulheres de foro ginecológico 24 atendimentos. Os atendimentos ocorreram por agendamento e partem da iniciativa da utente, através da procura ao secretariado que agenda em cronograma para especificidade do atendimento dos programas de saúde pública. A ferramenta informática utilizada para registos foi o SCLinic®. Foi realizado atendimentos de enfermagem nas áreas:

- Planeamento Familiar - com avaliação inicial de forma objetiva verificando, ressaltando aspetos relevantes da história clínica da utente, realizada escuta ativa, orientações e validações de ensinamentos promovendo estilos de vida saudáveis e cuidados de higiene e conforto, informando sobre anatomia feminina, contraceção, ciclo reprodutivo/hormonal, auto-vigilância e despiste de afecções ginecológicas, Infecções Sexualmente Transmissíveis - IST e Rastreio do Cancro do colo do útero, através da realização do exame de citologia oncótica.
- Assistência pré-natal na consulta conjunta com o médico da UBS, onde foi realizada avaliação do bem estar materno-fetal, esclarecimento de dúvidas, orientações sobre aspetos nutricionais e aspetos inerentes à gravidez; vacinação conforme da vigilância



a gravidez; realização de exame de urina, manobras de Leopold, ausculta fetal e registos no Boletim de Saúde da Grávida (BSG). Todos os procedimentos realizados foram informados à mulher/família de modo a estabelecer um elo de confiança, promovendo um ambiente seguro e respeitando os seus valores culturais e crenças.

- Houve oportunidade de atuação na promoção da saúde com participação ativa na produção e ministração pela aluna de duas aulas para o CPP. As aulas ministradas foram sobre, “Relaxamento e Alongamentos na Gravidez” e “Primeiros cuidados com o recém nascido” e houve também a participação na Oficina de Papás e Mamãs, Curso de puericultura e Curso de puérperas. Foi realizada visita puerperal domiciliar e realizado também o Rastreio Neonatal.

Avaliação: A UBS Alcaldes conta na formação de sua equipa com a presença de duas EEESMO o que beneficia positivamente a realização do estágio e a comunidade assistida, apesar de apresentar dificuldades no tocante a logística dos atendimentos domiciliários, visto que, as EEESMO não estão centradas no desenvolvimento das políticas públicas de saúde específicas da população alvo, mas, na execução de todos os programas desenvolvidos na promoção dos cuidados primários à saúde da população assistida, o que pode restringir a disponibilidade para o desenvolvimento e implementação do trabalho específico, consequentemente diminuindo potencialmente a capacidade de ação com o grupo-alvo e as suas necessidades específicas, entre elas: a abordagem de ações de promoção à saúde nas áreas da sexualidade, climatério e menopausa, bem como o aumento do número de visitas domiciliárias e acompanhamento rigoroso e especializado no puerpério.

Sugestões/pontos negativos: intensificação no acompanhamento puerperal com visitas regulares e acompanhamento da tríade, com o objetivo de detectar e tratar precocemente complicações da saúde materno-infantil, potencializar a saúde da puérpera e do RN e favorecer o processo de adaptação à parentalidade.

Oferecer suporte através de grupos, reuniões e palestras para vivência plena e segura da sexualidade na adolescência e na fase sênior.

Trabalhar em grupo questões sobre o Climatério/Menopausa.

Implementar ações de educação para a saúde na prevenção do cancro de mama, ao nível de exames clínicos para deteção precoce, tais como o auto exame da mama. Conforme a DGS (2016) a incidência de novos casos de tumores malignos, tem vindo a aumentar, entre 2009 e 2010 assistiu-se a um aumento de 4% dos casos registados em Portugal. A incidência de



tumores malignos na população feminina portuguesa, o Cancro da Mama ocupa o primeiro lugar (Roreno Ron, 2010).

Para tanto, é necessário tempo, desprendimento do profissional e financiamento para implementação das políticas públicas direcionadas.

Alcance do objetivos: Foram cumpridos os objetivos propostos e desenvolvidas as competências específicas como futura EEESMO no cuidado à mulher/família na vivência dos processos de saúde/doença relativos aos cuidados primários da mulher inserida no seu meio, conforme o Regulamento nº 391/2019 da OE, atingindo média final de avaliação supervisionada quantitativa de 17,75 valores.

3.2 **Aquisição e desenvolvimento de competências na prestação de cuidados no internamento de grávidas com patologia e ginecologia.**

Descrição: O processo para aquisição de competências e prestação de cuidados à saúde da grávida com patologias e ginecologia ocorreu no HESE. Foram realizados 185 atendimentos a mulheres, sendo 60 realizado a grávidas internadas com patologias diversas e 125 mulheres com afecções clínicas e/ou cirúrgicas de foro ginecológico. A ferramenta informática utilizada para registos foi o SClinic® e Alert®.

Os atendimentos proseguram com uma metodologia sistematizada de assistência de enfermagem, foram utilizados Diagnósticos de Enfermagem, traçando Plano de Cuidados e Implementação das ações de assistência prestada; O apoio emocional fornecido e registado pelo enfermeiro através de escuta ativa, orientações e validações de ensinios; “Atividade autónoma com base em metodologia científica, que permite ao enfermeiro formular um diagnóstico de enfermagem baseado na identificação dos problemas de saúde em geral e de enfermagem em particular, elaborar e realizar plano de cuidados de acordo com o grau de dependência dos utentes em termos de enfermagem, bem como a avaliação dos cuidados prestados e respectiva reformulação das intervenções de enfermagem” (Ministério da Saúde, 1999).

Cuidados pré e pós-operatórios. Foi utilizada a escala da dor numérica, escala de Morse e escala de Braden em congruência com o Plano nacional para segurança do doente (2015-2020) e as normas de Direção geral de saúde-DGS em 2015 e 2011. Realizadas orientações pertinentes à alta hospitalar, sinais de complicações, retornos, terapêutica domiciliar e seguimentos. Todos os procedimentos foram realizados sob ótica holística, considerando a



mulher/família, no respeito pelos seus valores culturais e crenças, assegurando o cumprimento e a valorização do auto cuidado.

No cuidado a grávidas com patologias, foi realizado acompanhamento rigoroso nas patologias gerais e específicas da gravidez, tendo-se observado com maior incidência: Ameaça de trabalho de parto pré-termo (APPT), Rotura prematura de membranas (RPM), Diabetes Gestacional (DG), Hipertensão específica da gravidez (DEHG) e com menor incidência: Restrição do crescimento intrauterino (RCIU) Interrupção médica da gravidez (IMG).

Não obstante, em ambos os atendimentos foram necessários, e tendo em vistas estar no âmbito da especialização, a utilização de técnicas da licenciatura, tais como, canalização de veias, administração de medicações via oral, endovenosas, percutânea, intravaginal. Realização de cateterismo vesical de demora e esvaziamento vesical, técnicas de assépticas e de antisepsia, raciocínio clínico e postura profissional eficaz e eficiente para adequação ao ambiente de trabalho e exercícios de boas práticas de enfermagem.

Avaliação: O HESE proporcionou ambiente de estágio em consonância com a atualidade dos processos em cuidar através da aplicação do Processo de Enfermagem que garante autonomia do cuidado e sistematização da assistência de enfermagem. Ferramentas fundamentais para a enfermagem como ciência e melhoria contínua da qualidade aplicado à segurança dos doentes. Permite identificar riscos, avaliá-los e hierarquizá-los, favorecendo os cuidados e minimizando riscos (Plano nacional para a segurança dos doentes 2015-2020). Portanto, torna a assistência de enfermagem padronizada, dinâmica e segura.

Sugestões/pontos negativos: apresenta limitações de ordem ambiental, no tocante ao espaço físico, os setores estão ligados (internamento de puérperas e grávidas com patologias), a equipa de enfermagem é partilhada por três serviços (internamento de puérperas, grávidas com patologias e ginecologia). A equipa ainda não ser composta essencialmente por membros EEESMO o que diminui a capacidade e implementação de ações especializadas, sendo necessário investimento no capital humano e reformulação da estrutura física. No entanto, os profissionais de saúde inseridos no capital humano existente, primam por serviços e excelência mediante as ferramentas que dispõem.

Alcance dos Objetivos: Foram cumpridos os objetivos propostos e desenvolvidas as competências específicas como futura EEESMO no cuidado à mulher/família que vivencia os processos de saúde/doença no tocante a grávidas internas com patologias e afecções clínicas e/cirúrgicas de foro ginecológico, conforme o Regulamento nº 391/2019 da OE, atingindo média final de avaliação supervisionada quantitativa de 18 valores.



3.3 **Aquisição e desenvolvimento de competências na prestação de cuidados no parto, puerpério imediato e cuidados imediatos ao RN.**

Descrição: O processo para aquisição de competências e prestação de cuidados à saúde da grávida/parturiente ocorreu em três hospitais distintos ULSBA, HSFX e CHBM.

Como futura EEESMO no cuidado e assistência ao parto, intra parto e pós parto imediato, levando em consideração a assistência à mulher inserida no contexto da família e comunidade foram realizados 442 atendimentos a mulheres. Sendo 83 a parturientes internadas no BP dos hospitais acima descritos. Destes, foram realizados 40 partos eutócicos e havendo ainda uma atuação ativa na colaboração em outros 44 partos, entre eles, cesarianas 19, ventosas 10, forcepses 5 e 10 participações em TP cujo desfecho ocorreu em turnos seguintes.

O EEESMO atua preconizando o bem estar da parturiente, em consonância com a International Confederation of Midwives (ICM, 2010) quanto às competências do EEESMO, promovendo cuidados de elevada qualidade e culturalmente sensíveis durante o parto, garantindo um ambiente limpo e seguro, resolvendo situações de emergência de forma a maximizar a saúde da mulher e do RN. Neste contexto, foi inspirada a assistência prestada durante o decorrer desse estágio, este período serviu me como pilar para alicerçar a construção da postura e conduta profissional como futura EEESMO.

De acordo com a observação participativa e progressiva ao longo do percurso foi sendo desenvolvida a postura de prestação de cuidados autónoma. Os cuidados prestados aos diferentes estádios do TP foram desenvolvidos priorizando o apoio à mulher, pessoa significativa na autonomia e participação no TP. Assim, melhorando a satisfação a todos os intervenientes de acordo com Lowdermilk & Perry, 2008 e em conformidade com as mais recentes recomendações da OMS, 2018.

Houve a oportunidade no HSFX e CHBM de realizar a triagem sob o Sistema de Triagem de Manchester, em termos gerais, este algoritmo fornece ao profissional não um diagnóstico mas, uma prioridade clínica baseada na identificação de problemas. A avaliação clínica forma-se a partir da queixa apresentada ou principal sinal ou sintoma identificado pelo doente ou pelo profissional de saúde que motiva a procurar pelo serviço de urgência.

Assim, foi elaborada uma lista de 50 fluxogramas baseados nas queixas de apresentação, que abrangem quase todas as situações apresentadas nos serviços de urgência, em que os



utentes recebem uma pulseira com sistema de cores que identifica a prioridade no atendimento (Grupo Português de Triagem, 2019).

Nível 1 Emergente	Nível 2 Muito Urgente	Nível 3 Urgente	Nível 4 Pouco Urgente	Nível 5 Não Urgente
----------------------	--------------------------	--------------------	--------------------------	------------------------

Figura 4 - Orientações para Triagem Prioridades de Obstetrícia e Ginecologia por EESMO (OE, 2017).

O Primeiro estágio do TP foi dividido por Friedman em fase latente e fase ativa. A fase latente compreende o apagamento e a progressão lenta da dilatação entre 0 e 4cm, a fase ativa que pode ainda ser dividida em três fase distintas em relação ao período de aceleração e grau de dilatação, havendo diferenciação das nulíparas e multiparas em relação ao tempo (Fatia & Tinoco, 2016). Enquanto futura EEESMO referente ao 1.º estágio do TP aquisição de competências específicas se inicia no SUOG ao realizar a diferenciação entre o verdadeiro e falso TP. O reconhecimento do TP consiste na presença de contrações uterinas em intervalos regulares (a cada três a cinco minutos, com duração em média de 20 a 60 segundos), que aumentam gradativamente em frequência e intensidade, havendo também alterações no colo uterino, no falso trabalho de parto, também denominado como contrações de Braxton-Hicks, há o aparecimento de contrações irregulares e não apresenta mudanças concomitantemente na cérvix uterina. Por volta da trigésima semana de gestação, as falsas contrações aparecem com mais frequência podendo causar um possível equívoco e gerar dúvidas, principalmente, em nulíparas. (Rezende & Monteiro, 2014). Foi possível realizar a avaliação inicial da parturiente, validação das informações colhidas com observação do BSG e confirmação da existência dos exames exigidos pela vigilância da gravidez. Realização quando necessário de colheita de material para testes complementares de diagnóstico e análises incompletas e/ou desatualizadas, conforme orientação médica e preconização da vigilância do pré-natal.

Proceder à execução de protocolos terapêuticos institucionais, como por exemplo, em grávida com Streptococcus β hemolítico do grupo B positivo e levando em consideração a integridade das membranas, dar início à profilaxia intraparto, conforme prescrição médica (CPM), de maneira a diminuir o risco de sépsis neonatal. Monitorização rigorosa dos parâmetros vitais de bem estar materno-fetal, avaliar a necessidade do controlo da glicémia capilar. Avaliar de alterações fisiológicas, possíveis riscos, identificar complicações e necessidades individuais. Os protocolos institucionais, corroboram e auxiliam o desenvolvimentos das atividades, padronizam as rotinas e normatizam as intervenções. A



intervenções de enfermagem são definidas como qualquer tratamento, baseadas no julgamento clínico e conhecimento, realizado por uma enfermeira para otimizar os resultados obtidos pelo paciente/cliente (McCloskey & Bulechek, 2008). Em sua última edição a Classificação de Intervenções de Enfermagem - NIC apresenta 486 intervenções e mais de 12.000 atividades agrupadas em 30 classes e sete domínios (McCloskey & Bulechek, 2008).

Proceder o acolhimento da parturiente/pessoa significativa no BP explicar a rotina do ambiente, promover a privacidade e garantir um ambiente tranquilo, confortável e seguro (luminosidade, cobertores, lençóis, almofadas, bancos, bolas de pilates) bem como, adequar o tom de voz e ajustar o tipo de discurso ao nível sócio-cultural da mulher/pessoa significativa. Disponibilizar informação clara e objetiva relativamente ao TP e parto, recursos hospitalares disponíveis, métodos de alívio da dor, farmacológicos e não farmacológicos e esclarecer sempre que necessário as dúvidas. Barradas et al. (2015, p.44) refere que a “comunicação e a linguagem utilizadas são peças fundamentais na assistência da parteira.”.

A abordagem à mulher/pessoa significativa no momento da sua chegada ao local do parto através do acolhimento do EEESMO é um fator fundamental para a vivência de uma experiência positiva durante o TP. Assim, é importante a sensibilidade do EEESMO, tornando-se um agente facilitador desse processo, possibilitando exposições de questionamentos, preocupações e clarificando as dúvidas sobre as fases do TP (Lowdermilk & Perry, 2008).

Ainda na fase de admissão/acolhimento da grávida deve também questionar-se sobre a existência do seu plano de parto, seja ele elaborado pela própria grávida ou seja o plano de parto institucionalizado, conforme refere a portaria 175/2017. Considerar que todas as grávidas/casal têm um plano de partos desejado em seu íntimo e ao pensar desse modo, foi prestado cuidados especializados que atenderam expectativas e desejos da mulher/casal. Barradas et al. (2015, p.39) defendem que de facto quando “a Mulher não apresenta plano de parto deve ser encorajada a pronunciar-se sobre as suas preferências e sentir que estas serão suportadas”. Ao relizar as manobras de Leopold que ajudam a determinar a localização esperada do ponto para auscultação fetal, perceber também o número de fetos, a apresentação, a posição, atitude fetal e o grau de descida na pélvis (Lowdermilk & Perry, 2008).

Explicar sobre os benefícios da clampagem tardia do cordão, o contato pele-a-pele ser sensível a posição em que a mulher desejar ao TP do seu filho, vale ressaltar que nem todas as instituições adotam a variabilidade de posições, nomeadamente o HAFX e CHBM houve experiências singulares, neste aspeto. A posição materna, a contração uterina eficiente, a mobilidade pélvica são fatores que se complementam no decorrer do TP, dessa forma, pode



haver vantagem ou desvantagem no mecanismo do TP, dado que a alteração no efeito da gravidade e sua relação com as partes do corpo são importantes na progressão do TP. (Mouta, Pilotto, Vargens & Progiant, 2008). Desse modo, a permanência na posição horizontal, utilizada no modelo assistencial de alguns hospitais, é um fator limitante importante da liberdade postural (Odent, 2002). No HAFX houve oportunidade de realizar um parto na “Posição de pé” e outro na “Posição sentada na banquetta”, conforme era desejo da grávida e a equipa detinha os equipamentos e mecanismos de segurança para realizá-lo. No CHBM houve a utilização e adequação de diversas posições na própria cama ginecológica. Promover alívio não farmacológico da dor, com massagens nas costas e variabilidade de posição, foram utilizadas a “Posição lateral”, “Posição de cócoras” e “ Posição em quatro apoios” Relativamente ao desenvolvimento dessas técnicas e variabilidade de posições para além da disponibilidade de equipamentos e mecanismos de segurança, é necessário o conhecimento didático e segurança por parte do profissional para tornar possível a utilização segura para todos os intervenientes.

Foram desenvolvido, junto dos supervisores de estágios, estudos clínicos para proceder a leitura do CTG de maneira a garantir segurança e boas práticas no conhecimento teórico-prático necessário a garantir rigorosa vigilância do bem estar materno-fetal (BEMF).

A realização de CTG através da monitorização externa ou interna é importante na medida em que constitui um método que permite a avaliação da oxigenação do feto, traduzindo o BEMF, sendo fundamental para o EEESMO deter conhecimentos sobre a realização deste recurso, capacidade de análise e ser capaz de reconhecer os vários padrões de FCF, realizando uma intervenção adequada a cada situação (Lowdermilk & Perry, 2008). Houve oportunidade de observar e realizar a monitorização interna da FCF, em paciente cuja leitura externa estava prejudicada. No decorrer do estágio, foi possível observar vários tipos de padrão da FCF, tais como, situações de baixa variabilidade, taquicardia fetal mantida, bradicardia fetal, desacelerações precoces, desacelerações tardias e CTG tranquilizador. Inclusivamente uma situação de emergência, cuja a mãe foi submetida a cesariana, após convulsivar, por uma descompensação fetal severa. Em cada uma das situações observadas, foram posteriormente, comentados e discutidos os cuidados e intervenções a serem prestados como futura EEESMO com a supervisora do estágio, e com a orientadora clínica. Nos casos que se encontravam para além das competências do EEESMO recorreu-se à colaboração da equipa médica, através da equipa multidisciplinar. Embora a maioria das causas que condicionam a morbimortalidade perinatal não possam ser prevenidas por intermédio dos métodos de avaliação do BEMF, a não



identificação das alterações e subseqüentes falhas em interpretações adequadas são fatores que podem contribuir para efeitos adversos no feto (Santana & Figueiredo, 2016).

As alterações nas *guidelines* da FIGO publicadas em 2015 referem que relativamente à linha de base da frequência cardíaca fetal (FCF), a linha basal deve ser avaliada em períodos de 10 min e os valores normais ficam compreendidos entre os 110 e 160 batimentos por minuto (bpm), sendo a bradicardia é definida com um linha de base abaixo dos 110 bpm e a taquicardia com uma linha de base acima dos 160bpm. No que diz respeito à variabilidade, não foram introduzidas alterações significativas relativas aos limites da sua definição, e por isso é considerada variabilidade normal se compreendida entre os 5 e 25 bpm, variabilidade reduzida se inferior a 5 bpm e variabilidade aumentada se superior a 25 bpm. Tal como a definição de variabilidade, a definição de acelerações também não sofreu quaisquer alterações, continua a ser definida como um aumento abrupto da frequência cardíaca fetal acima da linha de base superior a 15 bpm e com duração superior a quinze segundos. As alterações significativas surgem no conceito de desacelerações. Estas podem ser divididas em quatro grupos: precoces, variáveis, tardias e prolongadas (FIGO, 2015).

São vários os protocolos de interpretação dos traçados da CTG, mas a presença ou ausência de acelerações transitórias da frequência cardíaca fetal (FCF), em resposta aos movimentos fetais, é requisito fundamental, comum a todos os protocolos de análise. A presença de acelerações transitórias em resposta a movimentos fetais confirma a boa oxigenação intra-útero e confere ao feto a qualidade de ser reativo (Mascaro, et al. 2002).

Durante a realização do exame vaginal foi possível observar e avaliar a dilatação e apagamento do colo uterino, a variedade fetal, o nível da descida da apresentação, o estado das membranas, as características do líquido amniótico e a adequação pélvica para o parto eutócico. Neste contexto, algumas situações que podem gerar frustrações à mulher, entre as quais foi possível destacar que a utente fica apreensiva quando recorre ao SUOG por acreditar estar em TP e após avaliação recebe o diagnóstico de “Falso trabalho de parto”. Esta situação sugere a necessidade de uma abordagem específica e orientadora para tranquilizar a grávida/família a fim de transmitir segurança relativamente à situação e ao início efetivo do TP.

Segundo a recomendação nº16 da OMS (2018), a realização do exame vaginal em intervalos de quatro horas é recomendada na fase ativa do 1º estágio do TP em grávidas de baixo risco, como forma de prevenir o risco infeccioso tanto na mãe como no bebé. Tendo em conta o que foi referido anteriormente, foi realizado o toque vaginal no momento da admissão da grávida. Por norma, nos serviços que se passou o estágio volta-se a tocar a mulher em



situações de alterações significativas da atividade uterina, ou quando a mulher verbalizava aumento da dor (pressão na região perineal, vontade de realizar esforços expulsivos, vontade de evacuar), suspeita de bolsa amniótica rota (BAR) e presença de desacelerações. É sensivelmente necessário antes da realização deste procedimento, pedir a concordância à grávida e explicando em que consiste o procedimento e o porquê de o fazer.

Como forma de garantir a continuidade dos cuidados, uma ferramenta de extrema importância é o partograma, apesar de, nas três instituições trabalhadas, quando há o seu uso este decorre de maneira diferente. No HJJF não há utilização de partograma pelo EEESMO, na medida em que os cuidados são prestados sequencialmente e são registados sob a forma de notas corridas diretamente no SClinic®. No CHBM o partograma é de uso comum à equipa multidisciplinar, ou seja, é utilizado conjuntamente EEESMO e médico obstetra. No HSFX o EEESMO faz o registo do partograma de enfermagem e o médico faz o registo no partograma médico. Os documentos de registo, sendo dois, quando utilizados pelos profissionais de acordo com a sua categoria, parece levar a uma rutura na equipa multidisciplinar o poderá favorecer a futuros conflitos de observação. Entretanto, quando o partograma é único, o registo e análise sob os diferentes olhares da equipa pode gerar debate e favorecer a prestação de cuidados, minimizando a possibilidade de erros, otimizando o tempo e a melhoria das intervenções, o que está de acordo com Graça, (2010), na medida em que a interpretação e análise dos registos efetuados possibilita a concretização de um diagnóstico mais correto, contribuindo assim para uma intervenção mais adequada da equipa, com vista à prestação de cuidados de saúde integral e de qualidade. No CHBM observou-se ainda, um diferencial relativamente a adesão ao projeto “Maternidade com Qualidade” que possibilita e se sensibiliza com a mulher, permitindo-lhe a ingestão de líquidos durante o TP, tais como: chá, água e gelatina. O controlo da ingestão fica a cargo do EEESMO responsável pela grávida.

Relativamente a dor, os estudos mostram que a dor não é igual durante todo o TP, variando de acordo com a sua evolução. Avanços foram feitos na compreensão dos mecanismos subjacentes à dor e como tratá-la, assim, especificamente no TP, durante o 1º. estágio predomina uma dor visceral, proveniente da distensão do segmento inferior uterino e dilatação da cérvix. No 2º. estágio, a dor tem característica somática, pela distensão e tração das estruturas pélvicas ao redor do canal de parto, distensão do assoalho pélvico e períneo (Lowe, 2002). A intensidade da dor sentida por mulheres no TP também sofre variações que estão sujeitas a fatores psicológicos, culturais, orgânicos, *stress* e distócias (Niven & Murphy-Black, 2000). A utilização de medidas não farmacológicas para o alívio da dor durante o TP



inclui uma variedade de técnicas, entre as quais: liberdade de movimentos, apoio emocional contínuo à grávida, hidroterapia, técnicas de relaxamento/massagem, acupuntura, hipnose entre outras (OE, 2010). Nas três instituições onde decorreu o estágio, a dor foi mensurada através da escala numérica, onde 0 é dor nenhuma e 10 uma dor insuportável. Relativamente à liberdade de movimentos, disponibilidade para massagem/relaxamento, musicoterapia, bola de pilates e duche, com exceção da ULSBA que pelo espaço físico impossibilita a liberdade de movimento e uso da bola de pilates, ficando disponível apenas a musicoterapia e duche, não havendo hidroterapia em banheiras. Foi possível, aplicar as diferentes técnicas disponíveis para o alívio da dor, através do uso de medidas não farmacológicas e as medidas farmacológicas de acordo com a vontade da utente e respeitando as etapas e avaliação de cada caso, de forma individualizada e personalizada.

Neste contexto foi possível assumir uma postura de cuidados especializados no empoderamento da parturiente e encorajamento informado para decisão sobre as utilização de medidas terapêuticas não farmacológicas e farmacológicas no conforto e alívio da dor, esclarecendo os vários métodos e os seus benefícios. De acordo com a OMS (2018), deve-se encorajar a mobilidade e as posições verticais na mulher em TP com gravidez de baixo risco (Recomendação nº 25), pois trazem benefícios no que diz respeito à redução de partos distócicos e das taxas de cesarianas, além de permitir o conforto da mulher, aumentando a sensação de controlo sobre o próprio corpo, a fim de tornar o momento mais próximo da naturalidade. A experiência na prática de cuidados demonstra que a presença do companheiro/pessoa significativa que apoia a mulher durante o TP contribui para diminuir a tensão, aumentar a auto confiança e conseqüentemente contribui para a diminuição da utilização de fármacos e reflete-se na ocorrência de parto vaginal não instrumentalizado, aumentando a satisfação da mulher com a sua experiência do parto (APEO, 2009; Barradas et al, 2015).

Através da orientação da DGS, 2015 a necessidade de maturação cervical ou de Indução do Trabalho de Parto (ITP) deve ser avaliada caso a caso, considerando-se o BEMF, os riscos que o prolongamento da gravidez acarretam para ambos, a idade gestacional (IG), a avaliação do colo, da pelve materna, a estimativa do peso e a apresentação fetal. Houve a oportunidade de realizar técnicas de ITP, conforme prescrição médica. São vários os métodos para ITP, tendo-se descrito aqui apenas os que foram observados na prática durante o estágio. Segundo as orientações da DGS 2015: dinoprostona em gel intravaginal aplicado pela equipa médica; misoprostol em comprimidos intravaginais e/ ou jugal; bem como, perfusão de ocitocina



endovenosa, controlada rigorosamente através de bomba infusora, e de acordo com o protocolo hospitalar em vigor. Os análogos das prostaglandinas (dinoprostona, misoprostol) são eficazes para a maturação cervical e para a ITP, quer por via oral, quer por via vaginal. A ITP com ocitocina deve ser realizada com monitorização CTG contínuo. O método mais eficaz para a ITP antes das 28 semanas de gestação, parece ser o misoprostol na mucosa oral e/ou via vaginal. Em grávidas com cesariana prévia ou cirurgia uterina maior, o uso de misoprostol deve ser evitado, por estar associado a um grande aumento do risco de rotura uterina DGS, (2015).

Métodos farmacológicos para indução do trabalho de parto baseado em evidências	
Métodos farmacológicos	Recomendação
Ocitocina	Recomendada na presença de ruptura prematura nas membranas. Não há evidências suficientes para sua recomendação se as membranas estiverem íntegras.
Prostaglandinas	Recomendada para indução, independentemente da integridade das membranas. Deve-se dar preferência à via de administração vaginal.
Misoprostol	Recomendado para indução, independentemente da integridade das membranas. Podem ser utilizadas as vias oral e vaginal.

Figura 4 - Métodos farmacológicos para indução do trabalho de parto baseado em evidências
Fonte: Souza, Amorim, Noronha Neto, (2010).

Durante a vigilância do TP observou-se que a distensão da bexiga pode contribuir para a inibição da descida da apresentação e das contrações uterinas, dificultando a evolução do TP (Lowdermilk & Perry, 2008). A partir do exposto, o esvaziamento vesical foi um procedimento realizado quando constatada a necessidade como medida de alívio e aceleração, a descida da apresentação e conseqüentemente evolução do TP e somente foi utilizado em caso de impedimento da parturiente em fazê-lo espontaneamente. O diálogo e a elucidação das dúvidas são da maior importância na adesão a quaisquer procedimentos e promove confiança, conforto e bem-estar da mulher/pessoa significativa. O apoio contínuo por parte do EEESMO é a principal medida e contribui para o aumento da confiança e comunicação (APEO, 2009; Barradas et al, 2015; ICM, 2013). Relativamente à satisfação relatada pela parturiente no contacto com a equipa que a acompanha, foi possível detetar que o regime de plantão de 12h, que ocorre no HSFx promoveu um importante elemento de satisfação nas parturientes visto que, a probabilidade da mulher iniciar o seu TP e finalizá-lo com a mesma equipa é notavelmente maior do que em turnos de 8 horas. Verifica-se que é um fator muito tranquilizador para a parturiente, preservando o vínculo terapêutico, consolidando a



continuidade dos cuidados no intraparto, dado que há preservação do vínculo que possibilita vivências estáveis e com níveis elevados de satisfação para os intervenientes.

O 2.º estágio do TP ou período expulsivo: inicia-se com a dilatação cervical completa e termina com a expulsão do feto (Fatia & Tinoco, 2016). É marcado pela presença dos esforços expulsivos maternos e o conhecimento sobre o mecanismo do parto é condição importante para o atendimento adequado nesta etapa do TP (Martins-Costa, Schroeder, Casanova & Ramos, 2017). O controlo do ambiente e a comunicação efetiva entre os intervenientes é indispensável. Em geral, a duração máxima deste período mostrou-se na prática inferior ou igual a 2 horas, mesmo quando há uso de fármacos para o alívio da dor, em partos eutócicos, a decisão e o tempo de espera é baseado na evidência da progressão da descida, da rotação e no padrão da FCF (Fatia & Tinoco, 2016). Durante a vivência do estágio foi o estágio onde se percebeu a ocorrência de distócia que culminou com os partos instrumentalizados, 10 Ventosas e 5 Fórceps. Uma vez ultrapassada a duração máxima deverá ser considerada a realização do parto instrumental ou a cesariana, consoante as condições obstétricas e a experiência do operador (DGS, 2015). Foram realizados 15 partos instrumentais, a prevalência do parto vaginal instrumentado varia em diferentes regiões, indo de 1 a 23% dos partos vaginais. Nos Estados Unidos em 2014 cerca de 3,2% dos partos foram instrumentados (Freitas, Martins-Costa, Ramos, Picoloto & Zanella, 2017).

Foram observados e avaliados continuamente o CTG, realizados exames vaginais para a validação da dilatação completa conforme a necessidade e queixas das parturientes, confirmando a variedade fetal, descida da apresentação e ainda características do líquido amniótico (LA), sendo realizado continuamente os registos conforme norma padrão de cada instituição. Conforme o Regulamento da OE n.º391/2019, o EEESMO deve possuir conhecimentos específicos para aplicar técnicas apropriadas ao parto de apresentação cefálica, de baixo risco, podendo ainda atuar no parto de apresentação pélvica e em situação de emergência. Durante os estágios no BP, as apresentações pélvicas foram detetadas em 6 ocorrências, onde o critério da equipa médica foi indicar a realização de cesariana (CSA).

Durante o período expulsivo foi adotada postura tranquilizadora, de confiança e segurança, permitindo troca e interação com a parturiente/pessoa significativa, a fim de, envolver ativamente todos os intervenientes no processo. Foi possível estabelecer sinergia e comunicação efetiva para orientações e ações coordenadas com a parturiente/pessoa significativa na realização dos puxos em momento adequado (efetuar os puxos concomitante com a contratilidade realizando o prolongamento e manutenção da força através do controlo da



respiração) assegurando as recomendações sobre variabilidade de posições no intraparto nos estabelecimentos onde foi permitido nomeadamente CHBM e HAFX, havendo a ocorrência de um parto de pé com apoio da cama ginecológica e outro sentada no banco de parto, porém a posição mais utilizada dos partos no segundo e terceiro estágio foi *Laborie Duncan* com decubito dorsal cama ginecológica em posição verticalizada, flexão e abdução das pernas da parturiente, de modo a favorecer a descida, ampliar o diâmetro do estreito inferior e expor suficientemente o períneo e a fenda vulvar, favorecendo a realização das manobras no decurso do parto. No momento prévio ao nascimento, procedeu-se à limpeza da vulva e períneo de acordo com as normas do serviço, colocação dos campos estéreis, realizando a manobra de Ritgen modificada, que consiste na proteção do períneo, através de preensão do mesmo por parte do EEESMO utilizando uma de suas mãos com a ajuda de uma compressa e a outra mão deve ser utilizada para sustentar o occipito do bebé (Lowdermilk & Perry, 2008). Com a realização desta manobra foram obtidos 17 períneos intactos, a episiotomia é um procedimento seletivo devendo ser utilizado conforme a necessidade. O Relatório de Primavera (2019) refere uma reflexão sobre a necessidade da prática da episiotomia.

Em relação às suturas, particularmente em cada ambiente de estágio foram adotados diferentes tipos de pontos de acordo com a preferência de cada supervisor, foram praticadas as suturas contínuas internamente e externamente: pontos simples, donates e invertidos. Inicialmente a prática foi realizada sob supervisão e com auxílio do EEESMO responsável e posteriormente foi sendo incorporado nas atividades desenvolvidas pela estagiária de forma autónoma. No tocante à aplicação local de gelo no períneo após o parto, foi respeitado o mecanismo de trabalho de cada EEESMO supervisor, sendo que apenas um não utilizou a técnica. O uso de gelo no períneo é uma técnica utilizada para auxiliar na redução do edema, prevenção de hematomas e em menor frequência no alívio da dor após o parto (Francisco, 2012).

No momento do nascimento foi efetuada a pesquisa do cordão umbilical de forma a identificar circulares cervicais. Entre os 40 partos eutócicos (PTE) realizados, 13 traziam circulares cervicais, 2 RN traziam circulares no braço. Em 1 RN o cordal umbilical era curto. A maior parte das circulares foram resolvidas manualmente e apenas uma circular apertada foi laqueada e seccionada. Em um dos nascimentos houve distócia de ombro que com a ajuda da EEESMO, do médico do serviço, utilizando a manobra de McRoberts (hiperflexão das coxas sobre o abdómen e pressão supra-púbica), foi desencravado o ombro e permitindo prosseguir o parto, sem maiores intercorrências. Após a exteriorização da cabeça e ombros foi informado a



mãe que ela mesma poderia vir pegar seu filho ajudando com o movimento a completar a exteriorização do RN. Após a saída completa dos recém-nascidos foi realizada a manobra de expressão para retirada de muco, sangue das cavidades nasal/oral, facilitação do início na respiração do RN, conforme preconiza o parto natural.

Imediatamente ao nascimento e sempre que o bem estar do RN não se encontrava comprometido, foi realizado o contacto pele-a-pele com a mãe, com cobertor aquecido por cima, de forma a estabelecer precocemente a vinculação parental e o aleitamento materno através da estimulação sensorial, e ainda a sua regulação térmica pelo mecanismo natural. Também foi proposto à pessoa significativa a possibilidade de cortar o cordão umbilical ou mesmo à própria mãe. No final deste estágio é fundamental favorecer o início da interação mãe-bebé uma vez que propicia o fenómeno da vinculação, estimulação sensorial e libertação de ocitocina materna (APEO, 2009; Lowdermilk & Perry, 2008).

Foi respeitado a clampagem tardia do cordão em todos os 40 PTE, sendo coletado em 10 PTE, após o 1º minuto a colheita de sangue do cordão para Kit de células estaminais. No caso de mulheres com grupo sanguíneo Rh-, após a clampagem foi procedida a colheita de sangue do RN para realização de análises e procedendo conforme os resultados, a profilaxia da isoimunização Rh da puérpera. Os benefícios da clampagem tardia foram explicados aos intervenientes. A OMS (2018) reitera a sua recomendação anterior de aguardar para clampar e cortar o cordão umbilical, baseia-se no facto da clampagem tardia do cordão, permitir a passagem contínua do sangue da placenta para o bebé durante mais 1/3 minutos após o nascimento, o que possibilita o aumento das reservas de ferro do bebé até 50%. Corroborando com The American College of Obstetricians and Gynecologists - ACOG (2017), que também refere a eficácia no aumento dos níveis de ferro e associa a benefícios neonatais significativos em prematuros, incluindo melhor estabelecimento do volume de hemácias, menor necessidade de transfusão de sangue e menor incidência de enterocolite necrosante e hemorragia intraventricular. Ao longo do percurso de aprendizagem em situações de anomalias do TP, tais como: distócias, parto vaginal instrumentado, presença de líquido tinto de mecônio (LTM) foi contactada a equipa multidisciplinar para atuação conjunta.

No 3º estágio do TP foi respeitada a fisiologia da dequitação com postura expectante ao mecanismo natural de descolamento e exteriorização da placenta. A expulsão da placenta dá-se em dois tempos. O primeiro ocorre pelo desprendimento da placenta da parede uterina e descida para o seguimento uterino inferior/vagina e o segundo quando se dá a saída da placenta através do canal de parto (Fatia & Tinoco, 2016). Foi realizada a observação dos mecanismos



de descolamento da placenta em Schultze ou Duncan. Quando necessário, foi incentivado a parturiente a realizar esforços expulsivos coordenados para facilitar a expulsão espontânea, bem como a realização de manobras que facilitam a dequitação espontânea, dentre elas, a Jacob Dublin (movimentos circulares sob o peso próprio da placenta) e após observação dos sinais de descolamento realizada a manobra de Brandt-Andrews (aplicando leve compressão do fundo uterino) foi sempre confirmada a formação do globo de segurança de Pinard.

O tempo de descolamento da dequitação é variável, na maioria dos casos ocorre em cinco ou sete minutos após a expulsão do concepto, a atitude expectante do EEESMO pode aguardar de 45 minutos a uma hora, levando em considerações fatores como o volume da perda hemática (Graça, 2010). Houve uma situação em que a dequitação ocorreu imediatamente após a expulsão do feto e em uma outra houve a necessidade da realização de dequitação artificial, havendo neste caso a atuação da equipa multidisciplinar, onde a médica do serviço procedeu à dequitação artificial.

Foi também feita a verificação das placentas, das suas estruturas e membranas para garantir a sua integridade e que nenhuma parte ficava retida dentro da cavidade uterina, também verificada a existência dos vasos no cordão umbilical (2 artérias e 1 veia). Realizado controlo das perdas hemáticas vaginais, procedido administração de ocitocina, conforme o protocolo institucional, como forma de conduta ativa do EEESMO na prevenção de complicações no pós-parto. Nos três BP onde se desenvolveram os estágios, foi realizada ocitocina endovenosa (EV). De acordo com Graça (2010, p. 359), a “administração profilática de medicação uterotómica com o objetivo de diminuir as perdas hemáticas é uma prática comum e eficaz.” A hemorragia pós-parto (HPP) ocorre em cerca de 5% dos partos, mas estima-se que a sua incidência seja de 10-15% quando não são instituídas medidas profiláticas. Esta é a principal causa de morte materna em todo o mundo, sendo responsável por cerca de 25% dos casos. As suas principais causas são: a atonia uterina (responsável por cerca de 70% dos casos), as lesões do canal de parto (responsáveis por cerca de 20%) e a retenção parcial da placenta (responsável por cerca de 10%) (Barbosa, 2013).

O 4.º e último estágio do TP ou puerpério imediato período de duas hora após o parto, nele está compreendido o período de Greengerg. Durante o puerpério imediato foi prestada assistência a todas as puérperas cujos partos foram realizados pela estagiária. Com objetivo de observação rigorosa e promoção da amamentação precoce, na 1ª hora de vida, este é o período ideal para iniciá-la, uma vez que o RN encontra-se alerta e pronto para mamar (Lowdermilk & Perry, 2008). Foi realizada observação e caracterização da mama e mamilos com identificação



de possíveis dificuldades a serem trabalhadas durante o internamento. A OMS aconselha o aleitamento materno exclusivo durante os seis primeiros meses de vida, independentemente da idade gestacional ao nascimento, estendendo a amamentação em complemento com outros tipos de alimentos até aos dois anos ((Levy & Bértolo, 2012; OPSS, 2018). Segundo dados do Relatório Primavera (2018), foi produzido um registo do aleitamento materno com a finalidade de gerar indicadores sobre a iniciação, exclusividade e duração do aleitamento materno em Portugal. O relatório publicado em 2014, com dados de 2013, refere que, 98,6% dos RN iniciaram aleitamento materno antes da alta hospitalar, 76,7% manteve aleitamento materno exclusivo até ao dia da alta. Das 213 crianças registadas aos 5 meses de vida, apenas 22% mantinham aleitamento materno exclusivo.

Ainda no puerpério imediato, procedeu-se à observação dos sinais hemodinâmicos da mãe e RN, bem como registos específicos de cada instituição. Havendo reavaliação em 15 minutos, e alargando para 30 minutos e/ou de acordo com o preconizado pela instituição; realizado cuidados de higiene do períneo, episiotomia se houvesse e aplicação de gelo local; procedida à palpação do fundo do útero, expressão do fundo do útero e observação das características dos lóquios; verificado e registado em escala numérica a avaliação da dor; realizado despiste de complicações prováveis, tais como, retenção urinária, hemorragias, instabilidade hemodinâmica e trombose venosa profunda (TVP). Foi oferecida alimentação leve após 1 hora da realização do parto. De acordo com Lowdermilk e Perry (2008), o EEESMO deve educar a mulher/família para a adoção de práticas saudáveis no que respeita à alimentação, cuidados de higiene e amamentação de forma a prevenir complicações. Nas puérperas submetidas à CSA, para além do que foi descrito anteriormente, foi avaliado cuidadosamente o nível de consciência, a mobilidade dos membros inferiores, realizado controlo da diurese, suas características e observação do penso cirúrgico. No final, com anuência da puérpera, foi apresentada a pesquisa da componente científica, e perguntado se gostaria de participar. Às puérperas que aceitaram o convite foi realizado o 1º momento de entrevista àcerca do tema, expectativas, experiências anteriores e registado o contato para posteriormente se proceder ao envio do questionário para o 2º momento.

Realizadas as transferências das puérperas e RN para o serviço de internamento de puérperas, fornecidas orientações objetivas e relevantes os cuidados prestados, validando os ensinamentos e trocas durante o período do internamento no BP.

Neste estágio no BP, ainda foi possível receber os recém-nascidos, quando não estavam a ser realizados os partos, a fim de permitir o desenvolvimento e aquisição de competências no



cuidado imediato ao RN e na sua adaptação à vida extrauterina, que é uma das competências específicas do EEESMO. Assim sendo, foram prestados cuidados especializados a 29 RN em BP e desenvolvidas competências de EEESMO, dando resposta às atividades propostas para o cuidado imediato ao RN, bem como, à promoção do conforto e bem estar da tríade. Neste contexto, é de extrema importância o conhecimento de como se deu a vigilância da gravidez, tipagem sanguínea, entre outros. Assim foi realizada a leitura de anotações e consulta aos registos como o BSG do processo da grávida, assim como de exames complementares de diagnóstico (ecografias e análises), antecipando desta forma, possíveis situações complexas na adaptação do RN à vida extrauterina. Foi realizada a verificação de materiais e equipamentos, para preparação da unidade do RN, verificando atempadamente todo o material necessário. Houve preocupação acentuada com o material a ser utilizado em caso de emergência: lariscópios, oxímetro de pulso e medicações de paragem cardiorrespiratória, sondas de aspiração e tubos para intubação oro-traqueal, de modo a permitir intervenções rápidas em caso de reanimação neonatal.

Ao prestar cuidados imediatos ao RN, foi verificada a hora exata da expulsão e recepcionado o RN procedendo à avaliação e pontuação dos parâmetros para classificação do Apgar no 1.º, 5.º e 10.º minutos. Este permite uma rápida avaliação da necessidade de reanimação do RN baseada em cinco sinais (frequência respiratória, frequência cardíaca, tónus muscular, irritabilidade reflexa e cor) que identificam o estado fisiológico do RN (Lowdermilk & Perry, 2008). Quando não há contra indicações, o RN fica com a mãe realizando contacto pele a pele favorecendo assim a vinculação parental precoce e aleitamento materno na primeira hora de vida, de acordo com a Recomendação nº48 da OMS (2018), que indica que se deve manter o RN sem complicações, em contacto pele a pele com a mãe após o nascimento.

Entretanto é realizada a secagem do RN e administração da vitamina K, ao colo da mãe, para a prevenção da doença hemorrágica no RN, conforme mencionado na recomendação nº 50 da OMS (2018), bem como fornecido lençol aquecido e gorro. Somente passado 1 hora se procede à pesagem e exame físico do RN, respeitando a sequência céfalo-caudal: características da pele e mucosas, cabeça, face, tórax, abdómen, reflexos neonatais, genitais externos, membros, para despiste complicações neonatais e do risco de morbimortalidade do bebé, após o que o RN é vestido. O hospital HSFX possui um impresso específico a ser preenchido com eventos normais e anormais do RN, um guião de exame físico que é uma importante ferramenta no processo de segurança do RN e à continuidade dos seus cuidados. Este formulário é preenchido pelo EEESMO e anexado ao processo da puérpera.



De entre os 29 RN recepcionados em apenas 2 foi necessária aspiração oral-nasal garantindo estabelecida e mantida via aérea superior, 1 foi encaminhado para neonatologia por prematuridade e 1 foi encaminhado para a neonatologia por apresentar gemido. Não foi necessário ao longo do estágio a realização de reanimação neonatal. Em todas as instituições é realizada a notícia de nascimento pelo EEESMO que realizou os partos e os respetivos registos de enfermagem no programa SClinic®. Apenas no HSFX é realizada a profilaxia da infeção ocular, com pomada oftalmológica específica. Executado a identificação do RN, com duas pulseiras, identificadas com os dados da mãe, uma fica no braço do RN e outra igual no braço da mãe que é aconselhada a retirá-la somente quando sair do hospital, bem como, uma pulseira com sensor anti-rapto, de uso exclusivo do RN enquanto permanecer na instituição. É explicado a mãe e à pessoa significativa os limites do sensor e seus benefícios para a segurança do bebé.

Avaliação: A estagiária considera alcançado e concluído o processo de aquisição de competências no parto, intra parto e puerpério imediato. O estágio em BP de facto foi o mais complexo de todos, reuniu um vasto conjunto de atividades técnicas de carácter variado e complexo, pelo que se revelou um desafio e uma experiência excepcional, mesmo considerando a experiência acumulada como enfermeira há 10 anos. O mecanismo de estágio onde o aluno / estagiário é integrado na rotina institucional torna possível uma vivência profissional rica, em que a formação e o estudo, assim como o aperfeiçoamento das técnicas ensinadas, são constantemente renovadas com a prática.

Sugestões/pontos negativos: Em relação aos pontos foi possível realizar um comparativo entre as unidades trabalhadas elencando as suas diferenças sob quatro pontos chaves: Em relação à estrutura física; Adesão ao parto verticalizado; Composição da equipa EEESMO e Satisfação das utentes. A ULSBA tem um espaço físico do BP restrito, inserido e interligado com o SUOG, internamento de grávidas com patologia e internamento de puérpera e isso é um ponto fraco. Os hospitais HSFX e CHBM conforme antes referido em maiores detalhes na caracterização dos ambientes físicos têm um estrutura física maior, com sub divisões e separação dos serviços. O HSFX tem uma estrutura física diferenciada, conseguindo manter a total privacidade dos intervenientes com ampla visibilidade da equipa a todas as salas de parto, que ficam dispostas à sua volta. Relativamente à adesão ao parto verticalizado, observou-se que este é incentivado no HSFX e CHBM, com liberdade de movimentos e mudanças de posições permitindo que parturiente escolha a mais favorável ao seu conforto. Na ULSBA não é possível manter a liberdade de movimentos e a adesão ao parto verticalizado ainda não é possível. A equipa de EEESMO da ULSBA, conta com um menor número de



EEESMO por turno, o CHBM trabalha com três a quatro elementos EEESMO na escala de turno (8 horas), ambas trabalham com um número muito reduzido de elementos. O HSFX com cinco EEESMO e mais dois enfermeiros de cuidados gerais por Plantão (12 horas) contando ainda conta com um EEESMO no SUOG no período da manhã a fim de dinamizar o serviço, adequando melhor o dimensionamento de pessoal. No elemento satisfação das utentes, em termos de vinculação com a equipa durante o TP, manter a mesma equipa reflete-se diretamente em bons resultados quanto à satisfação da mulher/pessoa significativa. Dar importância e reunir esforços para atender ao plano de parto, com a autonomia da parturiente no domínio do seu corpo, decidindo a posição de parir e encontrar profissionais preparados que lhe garanta empoderamento, segurança e autonomia no cumprimento das suas escolhas.

Alcance dos Objetivos: Foram cumpridos os objetivos propostos como futura EEESMO no que concerne à concretização e aquisição de competências específicas, de acordo com o Regulamento nº 391/2019 da OE. Foram atingidas médias finais de avaliação supervisionada quantitativa nos estágios respectivamente ULSBA de 15,75 valores, nota final do 1.º estágio BP; HSFX de 18 valores, nota final do 2.º estágio BP e no CHBM de 18 valores, nota final do 3º estágio BP.

3.4 **Aquisição e desenvolvimento de competências na prestação de cuidados no internamento de puérperas.**

Descrição: O processo para aquisição de competências e prestação de cuidados à puérpera ocorreu no Hospital do Garcia de Orta (HGO). Foram realizados 395 atendimentos, sendo 173 puérperas normais, 15 puérperas de risco. Foram 181 RN normais e 26 RN de risco. A ferramenta informática utilizada para registos foi o SCLINIC®.

Os atendimentos prosseguiram com uma metodologia de enfermagem sistematizada, guiada por um formulário, onde foram descritos os principais achados clínicos da anamnese, notas relevantes desde a admissão no SUOG, considerações específicas de cada puérpera e cada RN. Diagnósticos de doença preexistentes e detetadas durante a gravidez. Havia uma preocupação em consolidar o vínculo terapêutico entre a equipa de enfermagem e a puérpera. Para tal, era respeitado o princípio orientador de manter nos cuidados prestados sempre as mesmas enfermeiras com as mesmas puérperas, o que permitia à utente conhecer a enfermeira que a iria acompanhar, otimizando a prestação de cuidados e potenciando a satisfação da utente e adesão às instruções. O plano de cuidados e implementação das ações de assistência prestada



baseou-se numa visão holística, integrando e adaptando-se de acordo com as peculiaridades da díade e da tríade. No início do turno da manhã realiza-se uma reunião e discute-se entre a equipa e a chefe do serviço, as situações clínicas e sociais que envolvem as utentes, o que permite contactar a equipa multidisciplinar para atuação em situações pré identificadas.

Ao receber a puérpera na unidade de internamento foi necessário verificar a estabilidade hemodinâmica da puérpera e RN, proceder anotações de informações pertinentes para assegurar a continuidade dos cuidados, verificando se o trabalho de parto foi induzido ou não; o tipo de parto e reparação do períneo, se houver; hora do parto; o índice obstétrico (IO) atual da puérpera; a idade; anestesia /analgesia utilizada; medicações utilizadas e se ainda há prescrições a seguir; tipagem sanguínea e fator Rh da mãe, se foi colhido sangue ao RN, verificar se já há resultado, para providenciar medidas cabíveis; observar a situação atualizada das serologias e o resultado do exame para pesquisa de estreptococcus do grupo B, se havia alguma análise positiva; verificar como decorreu a intervenção no BP; observar as infusões endovenosas utilizadas e por fim, realizar o exame obstétrico: estado geral físico e emocional desde o parto, as características da mama e dos mamilos, como ocorreu a amamentação durante esse período, descrição do fundo uterino; lóquios, micções e períneo. Se a puérpera foi submetida a CSA, procede-se ainda a monitorização do penso cirúrgico, algalia e diurese com retirada em tempo estipulado em cada situação e de acordo com o tempo mantido em repouso no leito a partir do tipo de anestesia submetida e ainda aos necessários ensinamentos pós-cirúrgicos, a fim de prevenir complicações pós operatórias. Em todos os tipos de parto realizado orientações sobre o primeiro levante na presença e auxílio do enfermeiro. Relativamente ao RN é realizado o seu exame físico além de observar notas do nascimento, tais como, hora do nascimento, índice de Apgar (IA), peso, micções, dejeções, adaptação à mama, o horário da última mamada, bem como os cuidados prestados em sala de parto, nomeadamente as profilaxias utilizadas e quaisquer anormalidades verificadas e avaliação da vinculação parental precoce.

Houve neste estágio, especificamente duas situações, onde a intervenção do EEESMO foi determinante. A primeira num caso de mutilação genital, cuja mãe multilada, com uma RN sexo feminino e outra filha menor de 2 anos, nutria desejo, que verbalizou, em proceder à mutilação das filhas “ fez bem a mim, fará também a elas”. Houve intervenção específica da EEESMO no intuito de instruir e orientar a mãe, bem como, reter a alta hospitalar, até que se pudesse realizar a referência com o USF responsável, Assistência Social e regulação com os órgãos competentes de segurança pública para manutenção do bem estar das crianças. Num



outro caso, uma mãe portadora de paralisia cerebral, com grandes limitações motoras, inclusivamente uma hemiplegia direita. O trabalho de EEESMO possibilitou intensificar com a puérpera a sua autonomia, assim como envolver intensamente o pai e família, em torno do autocuidado e ajuda de suporte para assegurar o bem estar do RN. Também foi realizada referência com a USF responsável pela família e Serviço Social.

Durante o acompanhamento e prestação de cuidados no internamento de puérperas foi estimulado a puérpera à livre expressão das suas necessidades, inquietações e dúvidas, bem como interação durante os ensinamentos, formando um canal de comunicação positivo, promoção do vínculo terapêutico e adesão às orientações. Valorizou-se de forma empática, o empoderamento da capacidade resolutive da mãe em detrimento da desmistificação do medo de incapacidade, valorizando as suas dúvidas, adaptando as orientações e diminuindo as suas preocupações.

Durante o internamento de puérperas, que variam de 48 horas a 72 horas, em padrões de normalidade, procedeu-se à monitorização dos parâmetros vitais, exames obstétricos periódicos para deteção de desvios da normalidade física e psíquica, medidas farmacológicas e não farmacológicas para alívio da dor e desconfortos, medidas de segurança do doente, prevenção de infeções hospitalares e palpação dos membros inferiores para despiste de Trombose Venosa Profunda (TVP).

Realizando protocolos institucionais específicos para patologias como diabetes mellitus, hipertensão e pré-eclâmpsia, hemorragia no pós parto (HPP), não houve casos de síndrome de HELLP. Durante o estágio do puerpério houve dois casos relacionados com hipotonia uterina que foram rapidamente diagnosticados e corrigidos. No primeiro, foi realizado esvaziamento vesical e massagem no fundo do útero e no segundo com uma atuação multidisciplinar houve a retirada mecânica de coágulos, administração de medicação uterotómica e massagem uterina. De acordo com Dudas e Pedaline (2012) A HPP relacionada com a atonia uterina, é caracterizada como hemorragia grave que pode levar a morte materna, sendo estimada em 75% das mortes evitáveis. Portanto, são puérperas com risco acrescido as que tiveram perdas sanguíneas aumentadas no BP, as portadoras de doença hipertensiva e/ou diabetes mellitus pré existentes ou desenvolvidas durante a gravidez, bem como, as portadoras de doenças de base como: cardiopatas, doenças hemáticas, distúrbios tromboembólicos, doença crónica pulmonar obstrutiva, entre outros diagnósticos, que requerem vigilância mais intensa, com intervenções e intervalos de tempos específicos de monitorização conducentes com a patologia acometida, atendendo-se à presença de sinais de alerta, nomeadamente alterações dos níveis de pressão



arterial, sintomas visuais (fotofobia, visão turva, escotomas), epigastralgias, cefaleias intensas entre outros (Fraser e Cooper, 2009). A atuação em situações de risco determinou a aquisição e desenvolvimento de competências dinâmicas, realização de planos de ação, implementação e avaliação das intervenções prestadas.

A monitorização e vigilância da dor, foi realizada utilizando a escala numérica. Durante o puerpério os focos da dor são diversificados: dor na episiotomia/laceração perineais ou ferida operatória; contratilidade uterina, acentuada nas múltiparas e por ocasião da amamentação; cefaleias; dor nos mamilos, provocadas por fissuras, por má pega do bebé e nas mamas por ingurgitamento mamário, mastite ou abscessos. Neste contexto, foi possível implementar um plano de cuidados com tecnologias leves de alívio da dor sem uso de fármacos, entre as quais se destaca a aplicação de calor/frio, ensinamento de drenagem manual ou por máquina, hidratação do mamilo, estimulação a deambulação precoce e incentivo ao repouso materno simultâneo ao repouso do bebé. Bem como administração de analgesia prescrita. Foi possível intervir com a finalidade de potenciar a saúde da mulher e proteger a próxima gravidez, nomeadamente com administração da isoimunização Rh, quando necessária antes de 72 horas.

Implementar e avaliar intervenções de promoção, proteção e apoio à amamentação, consolidar ensinamentos através de técnicas que permite à mãe tornar-se independente no aleitamento do seu RN, fundamental para assegurar a decisão de amamentar. Desfazer preconceitos, diminuir dúvidas, minimizar as dificuldades, promover autoconfiança, respeitar a singularidade e individualidade de cada mãe/RN durante esse processo. Desmistificar questões, dar suporte sustentável dos benefícios na promoção da saúde da díade em relação a amamentação exclusiva, traçar estratégias respeitando crenças e padrões culturais da tríade.

O HGO promove um curso preparatório de amamentação e oferece às grávidas, intercalando com o CPP, promovendo o enraizamento da promoção a amamentação. Pinto e Schub (2013) refere que a educação é uma intervenção chave para aumentar as taxas de iniciação da amamentação e a duração do aleitamento materno. Foi abordado e realizado ensinamentos básicos de cuidados ao RN: como realizar boa pega, mamada eficaz, explicar os diferentes tipos do leite materno, sinais de saciedade, sono e repouso, higiene, cuidados com o coto umbilical, sinais de alerta. Orientar sobre calendário de vacinas e rastreios neonatais, e neste momento, questionar se a mãe permite, administração da vacina contra hepatite B.

Incluir o pai/pessoa significativa no desenvolvimento dos cuidados ao RN. Para tal, o banho no HGO por norma ocorre à tarde, para possibilitar ao pai/pessoa significativa a participação ativa, promovendo partilha e vinculação parental. Orientar e ensinar aos pais que



o choro do RN tem diversas causas e nem sempre é dor. Pode tratar-se da adaptação do bebé ao novo ambiente, fome, fralda molhada, necessidade de eructar, sensação de calor ou de frio, cansaço e dor, o choro é uma forma de comunicação do bebé. Ensinar técnicas de amamentação, posicionamento para dormir e avaliação da temperatura corporal. A alimentação com leite artificial somente foi utilizada em casos específicos, no Hospital Amigo dos Bebés a alimentação preconizada para o bebé é o leite materno com a promoção da amamentação. Não houve emergência causada por hipoglicemia. A equipa multidisciplinar atua pela manhã com a visita do pediatra e após isso nos casos sinalizados pelo EEESMO, que fica responsável pela dade. A situação clínica do RN, mais comum, foi a icterícia neonatal, que a literatura demonstra ocorreria em cerca de 60% dos recém nascidos a termo e 80% dos recém-nascido pré-termo, segundo dados da American Academy of Pediatrics (AAP, 2004).

O puerpério é um momento de grande labilidade emocional para as mulheres, causado por alterações hormonais, associado ao acréscimo de responsabilidades. Durante o estágio observou-se situações de tristeza e sentimento de impotência, preocupação da mãe em conseguir manter a decisão da amamentação, à cerca da imagem corporal e ainda no equilíbrio das tarefas domésticas. Segundo Lowdermilk e Perry (2008), a forma como a nova mãe se sente em relação a si própria e ao seu corpo durante o puerpério pode afetar a sua adaptação à maternidade, não devendo ser desvalorizada. O envolvimento do pai/pessoa significativa nos ensinamentos sobre cuidados ao RN e apoio nesta fase é fundamental, pois, a ponte de ligação da tríade deve estar firme para a alta hospitalar. Em situações onde o RN está internado na neonatologia, situação inesperada para os pais, desestabiliza a tríada por quebrar aquilo que foi idealizado e a realidade da vivência e neste contexto, o suporte emocional e psicológico, esclarecimento sobre a situação clínica do RN, o reforço do aleitamento materno, quando possível, o ensinamento da extração de leite materno para administração posterior, é primordial para manter a ponte entre a tríade. Durante o período do estágio não foi vivenciada a situação de luto.

Na preparação da alta da mãe e RN, no âmbito do HGO como futura EEESMO foram desenvolvida competências de articulação entre a equipa multidisciplinar: equipa médica de obstetrícia, pediatria, assistência social e EEESMO, uma vez que o ideal é a alta simultânea para avaliação das competências da mãe e adaptação do RN que pode condicionar e adiar a alta hospitalar. A preparação da alta foi um processo gradual, iniciado desde a admissão a partir da consolidação e validação dos ensinamentos. Segundo Lowdermilk e Perry (2008), este é um importante momento de educação em saúde, onde exploramos técnicas para o autocuidado,



atenção para sinais de alerta e complicações preveníveis, entre elas: identificar infecções no coto umbilical, ferida operatória, cuidados com o períneo e evolução dos lóquios; atenção para hipertermia pós parto; prevenção de complicações que interfiram no decurso da amamentação (fissuras, ingurgitamento, esvaziamento mamário), retirada/conservação e aquecimento do leite materno; preparação e administração de fórmulas artificiais quando necessárias, instruir sobre a contracepção durante a amamentação; baby blues; retorno das atividades físicas (exercício de kegel); levantar questões sobre sexualidade deixando espaço para colocação das dúvidas específicas; rever os cuidados com o RN; prevenção de acidentes e os recursos disponíveis na comunidade, instruindo e orientando a mulher/pessoa significativa.

No HGO a todas as puérperas é entregue uma carta com a minuta da alta para a ajudar a não se esquecer das orientações. Contendo dados gerais do parto e orientações do rastreio neonatal, para colheita entre o 3.º e o 6.º dia de vida; primeira consulta do bebé entre 10.º e 15.º dia de vida; aguardar a chamada do HGO para realizar o rastreio auditivo do bebé; marcar consulta de revisão pós-parto entre a 4.ª e a 6.ª semana; marcar consulta de planeamento familiar entre a 2.ª e a 3.ª semana pós parto; retirar agafos da sutura abdominal entre o 6.º e o 8.º dia de pós parto; lembrar consulta de revisão do puerpério que deverá ser agendada para cerca da 4.º à 6.ª semanas após o parto; orientação relativamente à medicação prescrita e indicação do número de telefone do serviço para contacto em caso de dúvidas sobre questões referentes ao puerpério ou RN.

Foi possível desenvolver muitos conhecimentos através da participação em atividades dinamizadas pelos serviços onde decorreu o estágio, através por exemplo da realização do Curso de Amamentação pelo Serviço de Formação e Aperfeiçoamento Profissional do HGO, com a duração de 20 horas.

Avaliação: A estudante Considera alcançado e concluído o processo de aquisição de competências no puerpério. Considera a formação em quaisquer área do conhecimento como cumulativa e gradual, onde o aperfeiçoamento das técnicas ensinadas são constantemente renovadas com a prática e as evidências dos novos estudos. Foram prestados cuidados de qualidade, planeandos e implementados através de intervenções executadas autonomamente pela aluna. Foi possível vivenciar situações de urgência/emergência em contexto de puerperio. O EEESMO deve ter conhecimento e competências teórico e prático em situações de emergência potenciando a saúde das mulheres e dos recém nascidos e o processo de adaptação à parentalidade (OE, 2010).



Sugestões/pontos negativos: Em relação a composição da equipa, por esta não ser composta na sua totalidade por membros EEESMO sendo necessário manter a equipa a funcionar com especialistas. O respeito pelas dotações seguras, dimensionamento de pessoal e sobrecarga do enfermeiro com um número de utentes cada vez maior, poderá inviabilizar o cuidado específico e individualizado, o que dificulta a consolidação e validação dos ensinamentos.

Alcance dos Objetivos: Foram cumpridos os objetivos propostos como futura EEESMO no que concerne à concretização e aquisição de competências específicas, atingindo média final de avaliação supervisionada de 19 valores na nota final do estágio.

RESULTADOS OBTIDOS DURANTE O PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO EEESMO

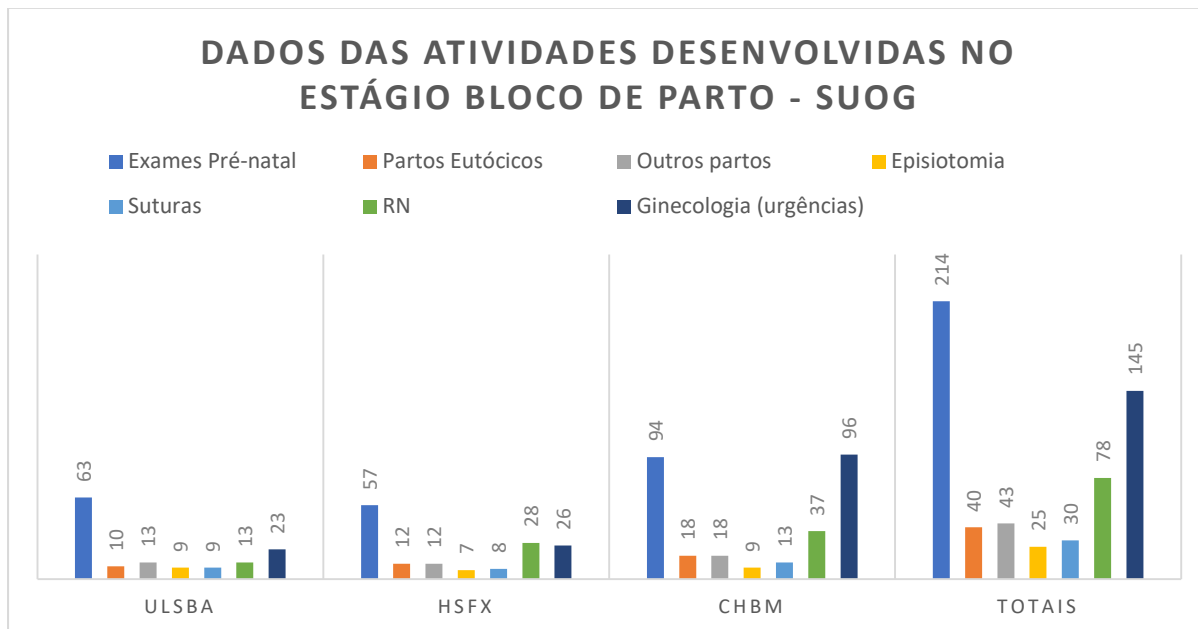


Figura 5 – Gráfico de dados desenvolvidos no estágio - Bloco de Parto SUOG
Fonte: O próprio

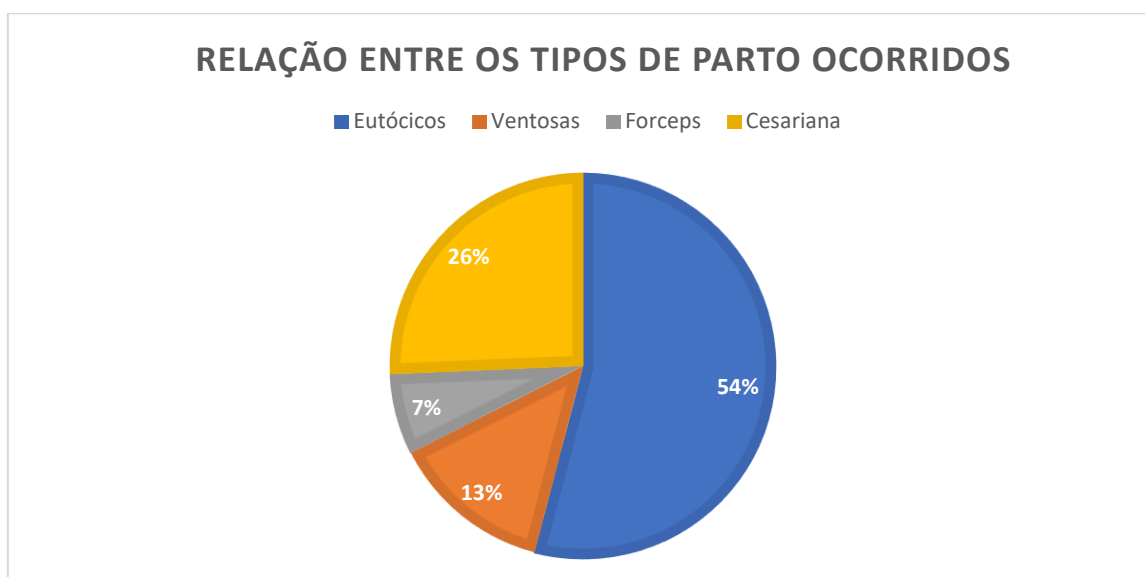


Figura 6 - Gráfico relação entre os tipos de parto ocorridos
Fonte: O próprio

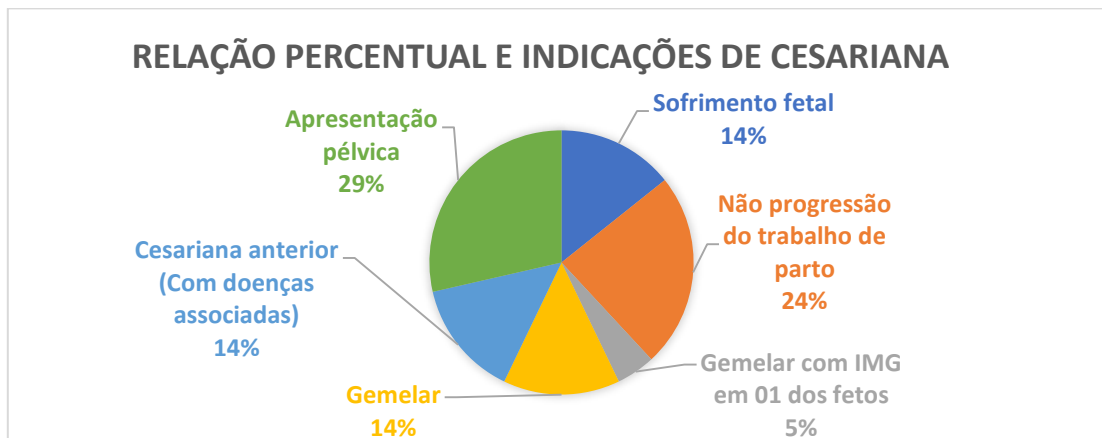


Figura 7 - Gráfico da relação percentual e indicações de cesariana
Fonte: O próprio

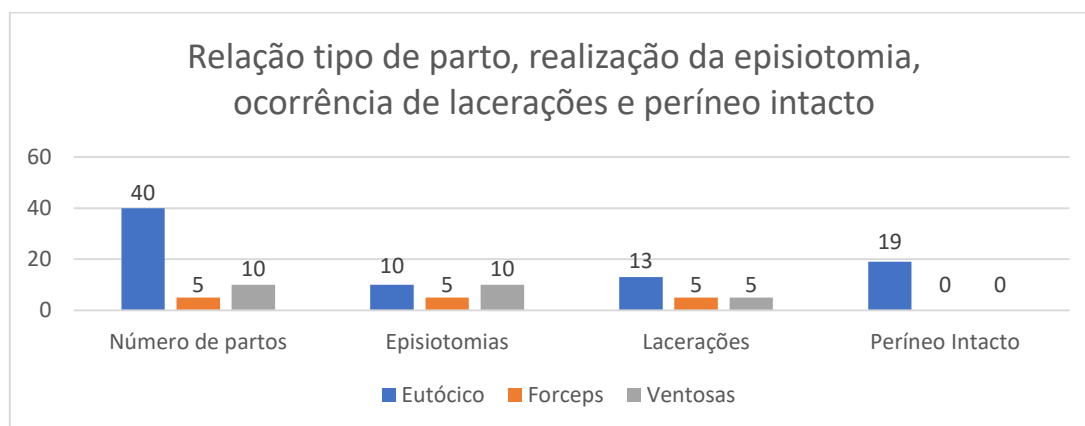


Figura 8 – Gráfico da relação tipo de parto, realização da episiotomia, ocorrência de lacerações e períneo intacto.
Fonte: O próprio

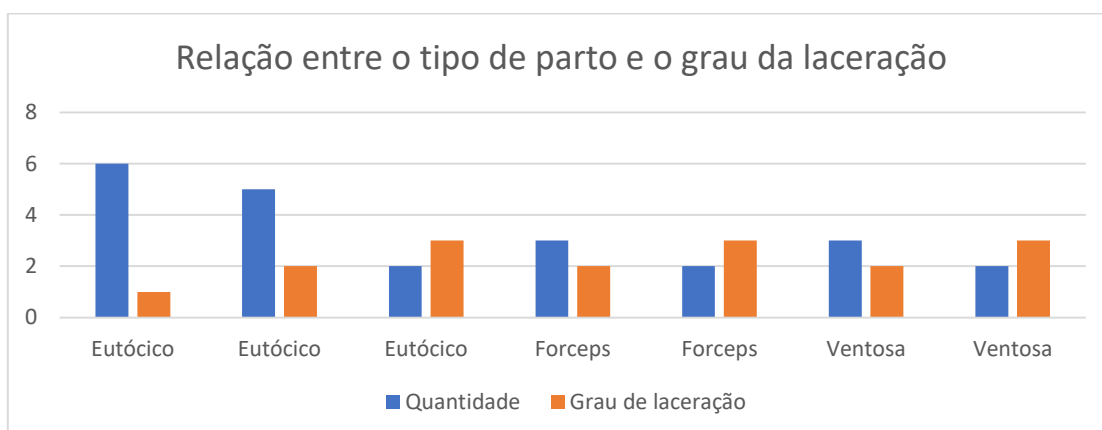


Figura 9 - Gráfico da relação entre o tipo de parto e o grau da laceração
Fonte: O próprio



O Regulamento nº 391/2019 da OE refere que o EEESMO detém competências para cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o puerpério, otimizar a saúde da puérpera e do recém-nascido e apoiar no processo de transição e de adaptação à parentalidade.

Ainda como aluna, na aquisição de aptidões para o 2.º ciclo, pelo desenvolvimento de habilidades de comunicação, reflexão e crítica. Motivada pelo desejo de continuidade e busca por conhecimentos mais aprofundados sobre a área da Saúde Materna Obstetrícia e Ginecológica (SMOG), foi possível o desenvolvimento durante o âmbito do mestrado, tendo elaborados, um total de três trabalhos científicos apresentados sob a forma de comunicação e exposição em congressos científicos:

Em 2018 - V Colóquio Luso Brasileiro sobre Saúde, Educação e Representações Sociais e X Fórum Internacional de Saúde, Envelhecimento e Representação Sociais (FISERS):

Comunicação Oral: “Os contributos do enfermeiro especialista de saúde materna na qualidade dos cuidados continuados no período pós natal”

Em 2018 - V Colóquio Luso Brasileiro sobre Saúde Educação e Representações Sociais e X Fórum Internacional de Saúde, Envelhecimento e Representações Sociais (FISERS):

Poster: “A infertilidade vivida. Narrativas de mulheres”

Em 2017 - 1.º Congresso Transdisciplinar Portugal – Brasil sobre o bebé

Comunicação oral: “A importancia do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia no cuidar da mãe e do bebé”



4. DESENVOLVIMENTO DA TEMÁTICA: O ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA NA CONTINUIDADE DOS CUIDADOS PÓS-PARTO

O ciclo gravídico-puerperal vai desde a concepção até o término do puerpério, dificilmente durante todo esse período a grávida receberá assistência de uma mesma instituição, em geral, se articulam neste processo, a USF e o hospital. No puerpério ocorrem modificações internas e externas, configurando-se como um período carregado de transformações psíquicas, onde a mulher continua a precisar de cuidado e proteção (Hoffmann, 2008). Esse período é marcado por mudanças que requerem enquadramento e adaptação de natureza biopsicossocial.

O pós-parto, também denominado puerpério, é uma fase intensa onde a mulher vive um período marcado por um complexo processo de transição, onde ocorrem ajustes físicos e psicossociais. Em relação ao seu final, entretanto, não existe consenso na literatura. Para alguns autores tem duração até à sexta semana pós-parto, quando há o retorno à normalidade da maioria das modificações gravídicas do sistema genital, hormonal e hematológico já ocorreu, para outros, após oito semanas, a OMS preconiza acompanhamento puerperal cuidadoso até o sexto mês (Vieira, Brito & Yazlle, 2008). O puerpério inicia-se logo após o parto e estende-se por seis semanas. Neste período ocorre a regressão dos órgãos, sistemas e hormonas que se desenvolveram durante a gravidez para os níveis e condições pré-gravídicas (Galvão, 2017). Segundo Vieira, Bachion, Salge & Munari (2010), o puerpério é o período de tempo compreendido entre seis a oito semanas após o parto, e didaticamente, pode ser dividido em três períodos distintos: puerpério imediato (1º ao 10º dia), tardio (11º ao 45º dia) e remoto (a partir do 45º dia). Para Graça (2010), o tempo do puerpério é caracterizado em termos de alterações fisiológicas e anatómicas que regridem geralmente até seis semanas após o parto, e pode ser classificado em três fases: puerpério imediato: período que ocorre logo após o nascimento e até as primeiras 24 horas; precoce, que decorre até o final da primeira semana e tardio, que é o período que termina com a sexta semana do pós parto.

No pós-parto existem riscos mediatos, imediatos e tardios com probabilidade de provocar morbimortalidade materna e infantil. A puérpera requer uma assistência qualificada, a fim de minimizar as dificuldades, reduzir a mortalidade materna e potencializar a saúde da mãe e do bebê. Segundo o Relatório primavera (2019) há considerações sobre sobressaltos nas taxas de mortalidade infantil em Portugal, ainda historicamente baixa e recentemente mais alta.



As alterações físicas, emocionais e sociais, associadas ao regresso à casa, a inserção do novo membro na família, gera na puérpera um misto de emoções, sentimentos de responsabilidade, amor, insegurança e medo de incapacidade. É neste conflito interno que ela vive o processo de amamentação e adaptação à parentalidade, sendo necessário um apoio presente e disponível e qualificado, nomeadamente o EEESMO. Segundo recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) citado por Madeira, Guedes, Amaral, Amorim & Pitanga (2002), os profissionais que prestam cuidados de saúde no ciclo gravídico-puerperal devem ter competência e capacitação para execução das funções obstétricas.

O Ministério da Saúde em Portugal através da resolução nº 175/2017, alarga a prestação de cuidados de saúde primários às especialidades de ginecologia e obstetrícia. Essa medida visa assegurar a melhoria da qualidade dos cuidados em SMO nomeadamente no pós parto. Durante o pós parto a mulher pode apresentar insegurança e instabilidade para promover o auto cuidado e os cuidados ao recém-nascido, défice de conhecimento quanto à amamentação, muitas vezes por se sentir incapaz de conciliar a sobrecarga diária de afazeres diários, cuidados com o recém-nascido, sobretudo à noite, o que a mantém em vigilância constante favorecendo estado de *stress* e fadiga, cefaleia e privação de sono, sofrimento mental, depressões e psicoses puerperais (Manzzo & Brito, 2015). Observou-se que a ausência de resposta a essas necessidades, quando não ocasionam riscos para a saúde, causam insegurança, medo, dúvidas e incertezas comprometendo a manutenção da decisão de amamentar. Esses sentimentos contribuem para que a vivência do puerpério ocorra de forma comprometedora para o bem estar da tríade.

A continuidade do cuidado em saúde materna após o parto constitui um grande desafio para os sistemas de saúde, visto que é necessário alterar a forma como atualmente este é disponibilizado. Especificamente no cuidado puerperal, este não acontece de forma preventiva, na grande maioria dos casos. Geralmente, se algo não está bem sob a ótica da utente, mediante a necessidade da convalescência, ela procura o serviço de saúde para tratamento. Esta postura, está em oposição ao modelo de promoção a saúde, onde o indivíduo em situações previsíveis, não deve sequer adoecer. Para Bowers, Cheyne, Mould e Page (2014), a continuidade do cuidado pode reduzir a procura por serviços adicionais, reduzir as admissões hospitalares, reduzir custos de permanência hospitalares no pós-parto, aumentar a satisfação da utente que estará rapidamente no seio familiar, para além de favorecer a formação da vinculação parental precoce. A importância do EEESMO nos cuidados no pós-parto constitui uma necessidade cada vez mais evidente, mediante a tendência de normalização do parto e da diminuição do



tempo de permanência da mulher e do bebé no hospital. No entanto, configura-se num desafio não somente pelo número de profissionais disponíveis, mas, também pela dificuldade de investimento na contratação de capital humano, nomeadamente EEESMO para integrar as equipas de saúde da família e apoio logísticos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO APROFUNDAMENTO TEMÁTICO

Os cuidados especializados no pós parto são aspetos da continuidade da assistência em SMO e denota uma linearidade evolutiva na potencialização da saúde da mulher e do bebé que são necessários antes, durante e depois da gravidez. Têm grande importância na detecção e tratamento precoce de condições adversas que podem comprometer a saúde da díade.

Após análise e interpretação dos dados recolhidos e seguindo a metodologia atrás indicada para o desenvolvimento deste estudo, apresentamos os resultados e discussão em dois momentos. No primeiro momento, foram realizadas as análises descritivas e percentuais dos dados sociodemográficos, clínicos e obstétricos envolvendo a mãe e o bebé desde o parto até o puerpério (Apêndice D). No segundo, foi realizada a análise das narrativas escritas pelas puérperas (Apêndice E). Através de um processo de codificação, a partir dos questionamentos, expresso num código em árvore onde, sob a forma de categorias e subcategorias, se revelam as experiências vividas e as expectativas das participantes durante o período puerperal.

O perfil sociodemográfico das participantes, 19 puérperas, com idades entre os 16 e os 39 anos. Verificou-se que 13 vivem em união de facto. Ao nível das habilitações literárias, 9 têm o ensino secundário, 14 exerciam atividade laboral a tempo completo e residem maioritariamente em Zona Urbana.

O perfil obstétrico evidencia que a maioria tem a primeira experiência puerperal. Relativamente a patologias provocadas pela gravidez, 4 apresentam patologias e os antecedentes do ramo materno aparecem com maior frequência relativamente ao ramo paterno. A classificação em relação ao risco demonstra que 14 tiveram gravidez de baixo risco. O parto eutócico é o mais frequente com 11 ocorrências, seguido de 5 partos vaginais instrumentalizados e 2 cesarianas. Em todos os partos foram utilizadas medidas farmacológicas e medidas não farmacológicas para o controlo da dor. Observou-se que a utilização do mecanismo não farmacológico está intimamente ligada às condições de estrutura física e de equipamentos do BP e que para além disso, a parturiente tem que concordar com a proposta de alívio da dor sem medicação. Sendo, necessário trabalhar com antecedência com a grávida e



pessoa significativa o mecanismo de distração da dor, visto que este depende de uma introjeção gradativa das mais valias desse mecanismo para os intervenientes.

Neste estudo foi possível administrar seis medidas não farmacológicas: Massagens aplicadas a 6 participantes; Duche aplicado a 15 participantes; Musicoterapia a 7 participantes; Bola de Pilates a 6 participantes e Alternância de Posições em 7 das participantes. Foi observada maior adesão pelo duche e medidas em que a participante possa estar na cama.

A experiência do TP foi classificada por 8 participantes como má, 7 participantes referem ser boa, 3 razoável e 1 muito boa. A maioria das puérperas faz referência ao curso de preparação para o parto, porém nem todas as localidades de abrangência das participantes detêm o serviço disponível a nível público. Sobre o plano de parto (PP), observou-se que a maioria não o fez, ou sabia que podia fazê-lo. Entre as participantes da pesquisa apenas 1 produziu seu PP, outras 2 referem ter feito o PP oferecido pelo hospital no ato da admissão.

Relativamente ao Aleitamento Materno Exclusivo (AME) observou-se que no primeiro momento 17 bebês estavam em AME, Aleitamento Misto 1 e 1 com Aleitamento Artificial. No segundo momento, quatro meses após a alta hospitalar, tínhamos 9 bebês que permaneciam em AME, 5 em aleitamento misto 5 em aleitamento artificial. Estes números podem ser explicados pela descontinuidade no acompanhamento ao longo das várias fases.

A análise qualitativa contou com a participação de 16 puérperas que responderam de forma escrita e/ou verbal sobre a sua experiência puerperal e expectativas, norteadas por um guião para narrativas livres (Resultados Quantitativos Output SPSS – Apêndice D)

Ao nível do conhecimento das participantes sobre os cuidados puerperais, verificou-se que o conhecimento sobre a temática, na sua maioria, formou-se através de mecanismos culturais e meios de comunicação. Relativamente a informações provenientes das políticas públicas, poucas tiveram acesso. Assim se expressam as participantes:

“Ainda não ouvi falar em cuidados pós-natal onde moro. Sei que em outras localidades têm. Acho que deveria ter essas orientações no centro de saúde” E 13

“Sim, ouvi falar em cuidados no pós-parto no curso de preparação para o parto” E 19

“Já ouvi falar sim! Mas todas essas coisas onde ouvi mais foi na internet. Eu tenho 35 anos e duas gravidezes. Mas, uma foi diferente da outra (pausa) mas eu tive a assistência do médico obstetra, da médica de família, só que não posso falar que (pausa e respiração



profunda) durante a consulta de gravidez, mas, nesta fase foi mais o que eu pesquisei na internet” E 15

Segundo a OMS. (2018), mulheres e recém-nascidos são mais vulneráveis durante e imediatamente após o parto. Estima-se que 2,8 milhões de grávidas e recém-nascidos morrem a cada ano, principalmente de causas evitáveis. A Região Europeia da OMS fez consideráveis progressos no fechamento do hiato de mortalidade materna entre países; a diferença entre as taxas mais altas e mais baixas estão a diminuir (European Health Report, 2018). De acordo com o Relatório Primavera (2018), Portugal apresenta variações na taxa de mortalidade infantil que passou de 2,9 em 2015 para 3,3 em 2018, ou da taxa de mortalidade materna, em que a taxa de mortalidade materna por 100.000 nados vivos era em 2015 de 7,0, passando em 2018 para 19,5 (INE/DGS/MS/PORDATA, 2019). A prestação de cuidados de saúde precoce é um importante fator para a diminuição da morbimortalidade materna-infantil. A continuidade dos cuidados e acompanhamento rigoroso da mãe e do bebé no período puerperal em domicílio, na prática parece ter menor cobertura de cuidados de saúde e conseqüentemente pode ser menor a sua qualidade (De Graft-Johnson, Daly, Otchere, Russell & Bell, 2005).

Sobre as informações que ouviram referente ao período puerperal a grande maioria das mulheres concordam ser importantes e referem os ensinamentos recebidos no hospital, as aprendizagens nos cursos de preparação para o parto e a deficiência de assistência no domicílio. Assim se expressam as participantes:

“Na maternidade após o parto poderiam ser dadas dicas e informações úteis. Nem todos os pais podem pagar o curso de preparação para o parto” E 10

“Ouvi falar sobre a alimentação agora que tenho um bebé e nunca ninguém antes me disse por exemplo: nós vamos ensinar-te, ou vamos te dizer, ou não sei o quê. E nas primeiras duas semanas foi um bocado complicado, foi adaptação para casa (pausa) no hospital é diferente tens ali as enfermeiras” E 15

Atualmente, os internamentos em unidades hospitalares são mais curtos e isso interfere diretamente na quantidade de informação partilhadas entre a puérpera e a equipa hospitalar, sendo assim necessário implementar os cuidados no pós parto em domicílio, respondendo às necessidades neste período das mães no cuidado dos seus bebés. Algumas intervenções com base na comunidade podem ser acompanhadas ou reforçadas por meio de visitas domiciliárias, para diminuir o retorno às urgências hospitalares, reforçar a manutenção da amamentação e possivelmente cultivar hábitos de vida saudáveis.



Quando questionadas sobre a forma como deveria ser o apoio durante esse período, a maioria concorda que deveria ser maior em tempo e partilha; referiram ter maior apoio no período do internamento e algumas mães referem que gostavam que o apoio fosse também no período em que já estão no domicílio. Esse apoio deveria abranger em conjunto a mãe e o bebé, sendo realizada escuta ativa, sem imposições e críticas. Referem necessidade de apoio psicológico. Citam o apoio familiar como um importante pilar de sustentação à puérpera. Assim se expressam as participantes:

“O apoio no meu caso teria sido muito importante principalmente ao nível psicológico.” E 13

“Acho que as mães deveriam ser acompanhadas se possível pelo mesmo médico e enfermeiras de forma mais atenta e menos a ralar com as mães.” E 9

“O apoio deveria ser maior que só no hospital em geral, para mãe e o bebé. Deveria haver mais cuidados inclusivamente ao nível psicológico. Às vezes não conseguimos perceber se há alguma coisa errada com o bebé e se não tivermos família perto ainda é pior.” E 11

“Não recebi apoio, só nas consultas de pediatria” E 13

O EEESMO presta cuidados centrados na recuperação física e no bem estar psicológico da mulher, recém-nascido e família, potencializando a promoção da saúde e a adaptação ao novo ser no seio familiar e à parentalidade (OE, 2011). A enfermagem tem na sua essência um compromisso com a integralidade e/ou o cuidado integral, o qual se concretiza pelo acolhimento, o vínculo e o diálogo e se sustenta em referenciais que apreendem o ser humano no seu contexto real e global (Backes, Pereira, Marchiori, Rupolo, Stein, Backes & Büscher, 2015).

Ao questionar de que profissionais gostariam de receber o apoio, a maioria referiu que gostava de receber mais apoio por parte das enfermeiras. Assim se expressam as participantes:

“Por parte das enfermeiras sobre os cuidados com o bebé e com os partos, com o sangue e com as mamas. Tive muita dificuldade, não foi possível pagar o curso de preparação para o nascimento” E 11

“Apoio das enfermeiras, pois sempre foram impecáveis” E 12

Relativamente aos cuidados esperados e expectativas das puérperas, são três os temas mais importantes e estreitamente inter-relacionados e que sobressaem na pesquisa: "apoio", "como se sentem as mulheres" e o (ambiente) " hospital ". O estudo demonstrou que as mulheres se referem ao apoio no domicílio que é na sua maioria prestado pela família e ao referir-se ao apoio profissional cita o hospital. Isto sugere a existência de uma lacuna nos cuidados pós alta.

A partir da introdução das entrevistas no programa WebQDA, foram sintetizadas 16 fontes internas para abrigar a análise qualitativa dos dados. Em seguida as fontes foram classificadas e foram estabelecidos os códigos sobre os questionamentos realizados pelas puérperas no decorrer das entrevistas. Esta codificação originou o código árvore.

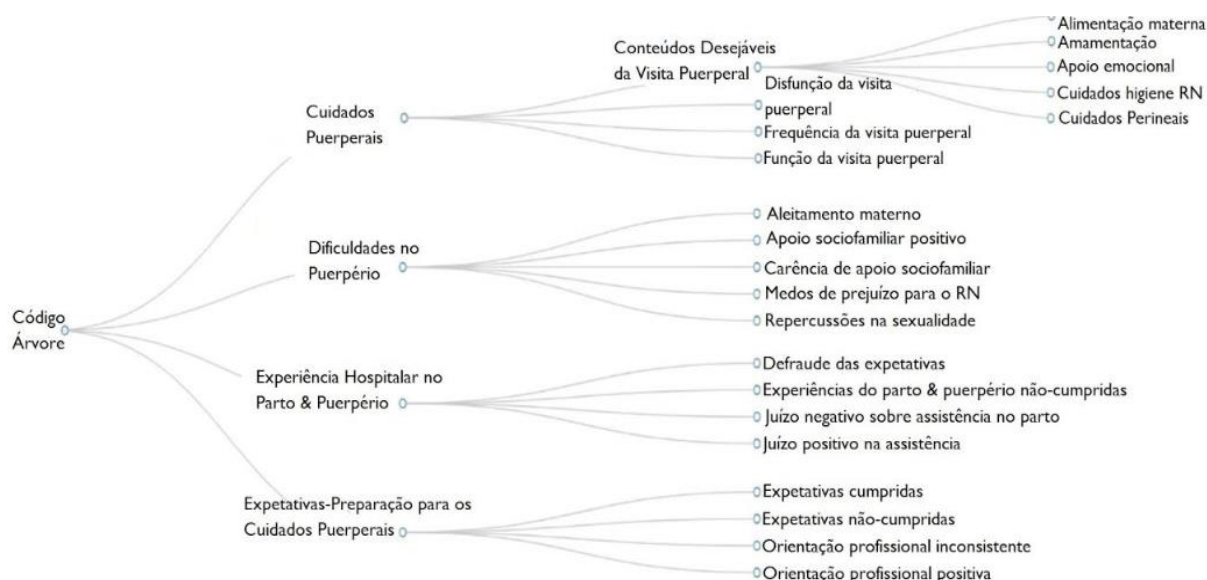


Figura 10 - Código Árvore (Apêndice F).

O Código Árvore foi realizado através da interpretação das entrevistas e após a codificação emergiram quatro grandes categorias: Cuidados puerperais; Dificuldades no puerpério; Experiência Hospitalar no parto e no puerpério e Expectativas-Preparação para os cuidados puerperais, relatadas sob a forma de cuidados recebidos e cuidados esperados. Posteriormente essas categorias foram seccionadas em sub categorias com a finalidade de especificação das necessidades que foram sentidas pelas puérperas. Assim, segue-se a discussão e confronto com a literatura disponível sobre temática.



Categoria I - Cuidados puerperais presentes em 13 puérperas nos seus relatos com 38 referências. Entre as necessidades citadas sobre a visita puerperal estão as sub categorias a seguir:

- Os conteúdos desejáveis a serem abordados na visita puerperal relatados por 6 puérperas com 14 referências;
- A Frequência da Visita Puerperal com relatos de 6 puérperas e 10 referências;
- Função da visita puerperal com 7 relatos de puérperas e 19 referências e
- Disfunção da visita puerperal com 5 relatos de puérperas e 8 referências

Relativamente aos Conteúdos desejáveis a serem abordados foi necessário dividir ainda em sub categorias com a finalidade de traduzir na integra as necessidades expressas pelas puérperas. Apoio emocional 6 fontes 10 referências; Amamentação com 3 fontes e 6 referências; Cuidados perineais com 4 fontes e 5 referências; Alimentação materna 2 fontes e 2 referências; referências e Cuidados de higiene do bebé 1 fonte 2 referências.

Apoio emocional, assim se expressam as participantes, assim se expressam as participantes:

“Qualquer mulher depois do parto deveria ter um acompanhamento psicológico (pausa) Eu falo por mim, o meu acompanhamento foi dado pelo meu marido, a minha filha e os meus sogros. Eu penso que se tivesse tido um parto normal, teria sido tudo mais fácil na recuperação, mais fácil do que na cesariana, mas infelizmente não foi assim.” E 15

“Deveria haver mais cuidados inclusivamente do nível psicológico. Às vezes não conseguimos perceber se há alguma coisa errada com o bebé e se não tivermos família perto ainda é pior.” E 11

A síndrome de tristeza pós-parto, também designada como *blues*, é uma síndrome transitória e de evolução benigna, que afeta cerca de 39 a 85% das mulheres, causando melancolia e choro tendo duração de algumas horas ou até vários dias, podendo estender-se eventualmente até à segunda semana do período pós-parto” (Tavares, 1999, citado por Apóstolo, 2009). Existem também as perturbações de labilidade emocional problemáticas e cabe aos profissionais de saúde, nomeadamente aos EEESMO, a realização de um acompanhamento adequado, diagnóstico precoce e encaminhamento destas situações.



Amamentação, assim se expressam as participantes, assim se expressam as participantes:

*“Comecei a dar a mama em casa, não consegui, a bebé chorava, a bebé não pegava muito bem. Comecei a tirar para a bomba porque a bebé não pegava” E 19
(A alimentação do RN)*

“Na minha opinião esse é o ponto em que deram pouca importância” E 1

“Não tive nenhuma complicação nem mastite, nem fissuras, nesta parte fui uma privilegiada por que correu super bem (pausa demorada) ele fez amamentação exclusiva” E 15

Segundo o Ministério da Saúde e Comissão Europeia para a Promoção do Aleitamento Materno-AM (2004) corroborando com o Ministério da Saúde e Observatório do AM (2012), os benefícios do AM justificam a preocupação, investimento e atenção dedicada à sua promoção. A evidência científica demonstra os ganhos em saúde resultantes da alimentação com leite humano. Desse modo, é indispensável que os profissionais de saúde que assistem as mulheres e famílias neste período, tenham capacidade para promover, motivar e favorecer o processo da amamentação, empoderando as mulheres, fornecendo ferramentas úteis para a resolução dos problemas enfrentados durante o processo, reforçando a decisão da mulher e suas famílias sobre a alimentação do bebé.

Cuidados Perineais, Alimentação materna e Cuidados higiene com o RN, assim se expressam as participantes:

“Tive muita dificuldade, com os pontos.” E11

“Como cuidar do meu corpo” E 9

“(Orientações sobre) uma alimentação saudável e equilibrada” E 15

“Eu tive que recorrer a um pediatra privado para saber como tinha que tratar o umbigo, eu já não me lembrava bem e ficava insegura com isso” E 17

As orientações realizadas pelo EEESMO sob os vários aspetos pretendem tornar os pais autónomos, ajudando-os a ficarem mais autoconfiantes e capacitados nas suas habilidades e competências no desenvolvimento dos cuidados, em ações preventivas e detecção de sinais de alerta, bem como, valorizar e estimulá-los aos momentos de interação e vinculação com o bebé (Faustino & Coelho, 2005). No hospital, a mulher encontra-se num sistema de apoio e ensinamentos contínuo com a equipa de saúde que a ajuda a executar medidas de autocuidado



para si e para o bebé. Após a alta hospitalar, é importante a continuação desse apoio até que a mulher se sinta independente e capaz de cuidar de si, do seu filho e que a família se adapte ao novo membro.

Relativamente a Frequência da visita puerperal, assim se expressam as participantes:

“É importante uma consulta de pós parto próxima do parto (pausa) por vezes, nem tudo isso funciona nos centros de saúde e temos que recorrer a outro tipo de ajuda.” E15

“Esse acompanhamento deveria ser mais que uma vez” E1

Relativamente à Função da visita puerperal, assim se expressam as participantes:

“O apoio deveria ser maior que só no hospital, é necessário cuidados com o bebé e com a mãe” E11

“Falo por mim eu gostava... que viesse à minha casa uma enfermeira, eu não me importava, pelo contrário eu gostaria muito. Por isso, é que há certas coisas, eu já ouvi isso, que não correm bem.” E15

Relativamente à disfunção da visita puerperal, assim se expressam as participantes:

“Por vezes, nem tudo isso funciona nos centros de saúde e temos que recorrer a outro tipo de ajuda (respiração profunda e alta - expressão de desânimo). Acabam por acontecer algumas coisas menos boas por causa dessa falha de acompanhamento”. E17

“não apenas para ver o sítio onde a criança vive” E1

Em Portugal, através do Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco é definido um esquema e periodicidade da consulta puerperal. No puerpério, que decorra sem complicações ou desvios da normalidade, preconiza-se uma consulta que se realizará entre a 4.^a e a 6.^a semanas após o parto e em situações específicas deve ser realizada uma consulta no puerpério até ao 15.^o dia pós-parto, são elas: Extremos da idade reprodutiva; Necessitem de avaliação de ferida cirúrgica e eventual remoção de material de sutura; Dificuldades no estabelecimento e manutenção do aleitamento materno; Sinalizadas pelo hospital e/ou no âmbito dos protocolos da USF. (DGS, 2015)

Para Carvalho e Tavares (2010), as visitas domiciliárias à puérpera e recém-nascido, nos primeiros dias após a alta hospitalar, garantem transição segura entre o meio hospitalar e o domicílio. Sendo o EEESMO o profissional apto para avaliação da díade, capaz de dar respostas às necessidades dos intervenientes neste período, além de orientar e tomar medidas



necessárias, bem como, encaminhar os mesmos aos recursos disponíveis na comunidade, promovendo e potencializando a melhoria na qualidade dos cuidados prestados (Lowdermilk & Perry, 2008).

Categoria II - Dificuldades no puerpério 8 puérperas nos seus relatos com 26 referências. Entre as dificuldades citadas relativas ao período do puerpério tardio, destacam-se as seguintes sub categorias:

- Aleitamento materno 3 puérperas e 13 referências;
- Medos de danos para o RN 5 puérperas e 12 referências;
- Repercussões na Sexualidade 4 puérperas e 8 referências
- Apoio sociofamiliar positivo 2 puérperas e 6 referências;
- Carência de apoio sociofamiliar 2 puérperas e 2 referências

Relativamente ao aleitamento materno, assim se expressam as participantes:

“A Amamentação foi um fracasso, ele não pegava bem no peito. Eu tentei tanto (pausa), eu sofri tanto com a amamentação sabe (voz triste e baixa). Eu insisti até aos quatro meses, mas aquilo estava me a atormentar (pausa). Eu fui tirando com a bomba alguma coisa para ele não ficar sem nada. Isso também era um sonho para mim, isso mexe muito comigo (pausa). Tirava sempre com uma bombinha, fui tirando cada vez menos” E19

“Pelo facto da mama ficar com infeção, decidi de acordo com o pediatra, dar o leite de fórmula” E11

Relativamente ao Medos de prejuízo para o RN, assim se expressam as participantes:

“A insegurança de o bebé não recuperar o peso.” E11

“Receio de acontecer algo inesperado, não ser capaz de resolver os problemas a tempo.” E18

“Quando cheguei a casa (voz alterada mais alta), eu tive um bocado de medo das coisas, não sei por que... Descobri que a minha filha teve a deslocação do braço e ninguém me disse nada disso, eu sem saber o que faço... para mim isso foi muito difícil. Se fosse outra mãe poderia entrar em pânico (pausa, a voz altera-se para tom alto). Também tenho pânico por causa da fratura, a bebé não se vai mexer, mas, o médico pediatra explicou-me que isso é normal durante o parto.” E16

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Crianças das Nações Unidas (UNICEF) para incentivar práticas que promovam o aleitamento materno em hospitais e



maternidades, lançaram em 1992 um programa mundial de promoção do aleitamento materno intitulado “Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés (IHAB)”, internacionalmente conhecido como *Baby Friendly Hospital Initiative* (BFHI). Esse programa está em sintonia com a ideia de continuidade de cuidados ao nível da prevenção primária, secundária e terciária, trabalhando as capacidades maternas necessárias para a manutenção do AM exclusivo durante os primeiros 6 meses de vida e pressupõe um acompanhamento contínuo das práticas relacionadas em conjunto com as famílias. Entre os hospitais do estágio, o Hospital Garcia de Orta e o Centro Hospitalar do Barreiro Montijo têm esta certificação de “Hospital Amigo dos Bebés”. Alguns estudos portugueses apontam para uma alta incidência no aleitamento materno, o que significa que mais de 90% das mães portuguesas iniciam o aleitamento materno. No entanto, esses mesmos estudos mostram que quase metade das mães desistem da amamentação durante o primeiro mês de vida do bebé, sugerindo que a maior parte das mães não conseguem cumprir o seu objetivo de dar de mamar, desistindo muito precocemente da amamentação. Por todas estas razões, é essencial que em Portugal se continuem a implementar medidas que promovam um maior sucesso do aleitamento materno. (Levy & Bértolo, 2012).

Relativamente às Repercussões na Sexualidade, assim se expressam as participantes:

“A experiência foi horrível, os pontos da costura ficaram a magoar-me durante 1 mês. Sinceramente, a experiência foi horrível, os pontos da costura ficaram doloridos por 1 mês.” E19

“A sexualidade ficou afetada por causa do corpo e da dor da cirurgia.” E13

“Em relação à parte da sexualidade tirando, como é obvio a parte do resguardo, preservada, não tive episiorragia, não tive lesões a nível do períneo e pronto (pausa) o retorno foi normal sem complicações e pronto correu tudo, tudo bem”. E15

“Desde as 23 semanas de gravidez que não tive relações sexuais, por um descolamento da placenta.” E16

A sexualidade não se configura apenas pela realização do coito, assumindo numa perspectiva mais ampla, diversas formas de vivência da intimidade do casal sendo distinta no homem e na mulher. A satisfação sexual tem sido positivamente relacionada com a satisfação conjugal. Os homens e as mulheres que relatam estar satisfeitos com os seus relacionamentos conjugais também relatam estar satisfeitos com os seus relacionamentos sexuais. Entretanto, foram encontradas diferenças entre homens e mulheres no que diz respeito às causas imediatas



da insatisfação sexual (DeLamater, 1991 citado por Pechorro, Diniz & Vieira, 2009). Aparentemente para as mulheres, a qualidade emocional das interações sexuais parece ser a influência mais importante nas suas avaliações do relacionamento sexual, indicando que as mulheres que estão insatisfeitas querem mais amor, afeição e carinho; para os homens, a quantidade da atividade sexual é mais importante, dado que os homens que se declaram insatisfeitos querem maior frequência e variedade quanto à atividade sexual (Pechorro, Diniz & Vieira, 2009). Nos primeiros meses após o parto a mulher pode estar menos motivada para ter relações sexuais por questões fisiológicas como traumas provocados pelo TP, com episiotomias e lacerações, défice de estrogénios, cujo nível adequado estará presente apenas entre seis a dez semanas pós-parto (Barradas et al, 2015); por fatores emocionais relacionados com fadiga, à eventual depressão pós-parto, perturbações na auto imagem e/ou atenções focadas no filho (Reeder, Martin & Koniak, 1995; Mendes, 2009). Para além disso, o espaço de privacidade, intimidade e sexualidade do casal passa, ainda que temporariamente, a ser ocupado pelo bebé que se impõe em função das suas necessidades. É importante sensibilizar o casal para o impacto que a gravidez e o parto são capazes de ter no seu relacionamento sexual, dado que essa consciencialização, abre portas ao diálogo e ao encontro de estratégias e descoberta de outras expressões afetivo/sexuais satisfatórias (Tavares, 1990).

Relativamente ao Apoio sociofamiliar positivo, assim se expressam as participantes:

“Tanto a família como o pai sempre me deram muito apoio (pausa)... foi uma experiência fantástica.” E 7

“Tive muito apoio da família que tornou essa experiência incrível senti-me muito bem.” E15

Relativamente a Carência de apoio sociofamiliar, assim se expressam as participantes:

“O meu namorado não ajuda a cuidar do bebé.” E 14

O apoio sociofamiliar, na maioria das vezes, é prestado pela família de origem do casal, pelo próprio cônjuge e pelos amigos, sendo muito importante para dar suporte psicológico e ajuda nas tarefas e sobrecargas domésticas da puérpera na adaptação ao novo membro da família. Neste caso, o EEESMO atua em consonância com a família e comunidade, servindo de suporte a nível mais geral na orientação sobre a legislação que enquadra a proteção à maternidade, nomeadamente a nível laboral e a partir da Segurança Social; a um nível mais



específico apresenta as instituições de apoio à saúde disponíveis na comunidade, o atendimento de enfermagem via telefone, visitas domiciliárias e cantinhos da amamentação. O EEESMO detém os conhecimentos específicos e devem estar aptos para responder às principais questões e inquietudes das puérperas (OE, 2015).

Categoria III - Experiência Hospitalar no parto e no puerpério

9 puérperas nos seus relatos com 21 referências. Entre as dificuldades citadas no período do puerpério tardio destacam-se as seguintes sub categorias:

- Juízo negativo sobre assistência no parto: 4 puérperas 13 referências;
- Defraude das expectativas: 4 puérperas 13 referências;
- Juízo positivo na assistência: 5 puérperas 8 referências;
- Experiências do Parto e Puerpério Não-Cumpridas: 2 puérperas 5 referências.

Relativamente ao Juízo positivo na assistência, assim se expressam as participantes:

“Ensinarão-me como devia cuidar de mim e do meu filho, quais os sinais de alerta em que devia procurar as urgências” E 17

“(Gostava) Das enfermeiras, foram impecáveis no hospital para mim e para o meu bebé” E 14

Relativamente ao Defraude das expectativas, assim se expressam as participantes:

“Quando eu visitei o hospital e (aumento do tom de voz) Bem! Era tudo às mil maravilhas, disseram que poderia escolher tudo e na verdade foi tudo diferente (pausa; tom baixo de voz; expressão de desânimo). Odiei aquele hospital. Se fosse para ter um outro filho (pausa emocionada), eu não teria mais nenhum filho lá.... Não foi uma péssima experiência (voz baixa; expressão tristeza) aquilo foi traumático.” E 19

“Eu fui vista pela médica e disseram-me que “está tudo bem, está tudo bem pode ir andando” e o que eu gostaria que fosse, por exemplo, “olha mãe tem que fazer isto e aquilo” e desta vez a mim não me disseram nada. Uma das enfermeiras (pausa; voz alterada tom de voz mais alto) “você já tem uma filha mais velha, por isso de certeza que sabe tudo” (pausa; tom de voz baixo e expressão de tristeza). Claro que antes de ouvir isto, eu gostava de ouvir outras coisas. Eu disse “o que é que eu tenho que fazer”(a enfermeira) ela disse “nada mãe, ponha à mama e ela tenta agarrar e mamar sozinha” um momento depois eu disse “não está a sair o leite” e ela disse “é normal no início” quando cheguei a casa ainda (pausa) lá está (pausa)... fui novamente pesquisar na internet porque o leite não descia. E 16



Relativamente ao Juízo negativo sobre assistência no parto, assim se expressam as participantes:

“mais ajuda no sentido dos pontos e da dor. Elas não acreditaram na minha dor (as enfermeiras não acreditaram), nos sintomas de fraqueza que eu sentia”. E 8

“Por incompetência, minha bebé ficou internada na neonatologia”. E 6

Relativamente a Experiências do Parto & Puerpério Não-Cumpridas, assim se expressam as participantes:

“A minha experiência no parto foi horrível, péssima. Às vezes a gente deixa passar (voz triste) mas e... (pausa) fica como experiência para próxima vez, eu queria, mas só que aquilo foi anormal. A amamentação foi um fracasso total” E 19

O parto é um fenómeno muito esperado na vida de uma mulher e do casal, um acontecimento que carrega o peso do medo de algo inesperado, mas também a felicidade de ver realizado um grande desejo. Vários estudos têm sugerido que a experiência no trabalho de parto pode influenciar o bem estar psicológico da mulher e a forma de interação entre a mãe e o bebé (DiMatteo et al., 1996; Figueiredo, 2001; Frias & Franco, 2008; Marut & Mercer, 1979; Robson e Kumar, 1980 citado por Costa, Figueiredo, Pacheco & Pais, 2003). O impacto que a experiência do parto tem em áreas vitais da díade, alerta para a importância de perceber como é que esse fenómeno foi vivido pela mulher e como é que essa experiência se pode repercutir na interação da díade, assunto que tem merecido a atenção de alguns autores com o intuito de promover circunstâncias que sejam mais positivas para a mulher.

Categoria IV – Expectativas - Preparação para os cuidados puerperais 9 puérperas nos seus relatos com 16 referências. De entre as expectativas citadas no retorno no período puerperal em casa destacam-se as seguintes sub categorias:

- Orientação profissional positiva: 8 puérperas 20 referências;
- Orientação profissional inconsistente: 2 puérperas 2 referências;
- Expectativas Não-cumpridas: 7 puérperas 18 referências;
- Expectativas cumpridas: 4 puérperas 11 referências.

Relativamente as orientações profissionais recebidas e as expectativas, assim se expressam as participantes:

“Deveria ter essas orientações no centro de saúde.” E 13



“Acho que o apoio no pós-parto deveria ser dado pelo enfermeiro especialista em saúde materna. O que foi dito no curso de preparação para o nascimento foi muito útil e tudo correu super bem e eu não tive nenhuma complicação.” E 15

“Acho que existem algumas falhas, não é fácil (pausa) é a falta de profissionais às vezes, as coisas não funcionam da melhor forma, não há nada a fazer por enquanto (pausa)” E 15

“Das pesquisas que eu fiz, não foi no hospital (pausa- baixa de tom de voz) e eu acho que deveria haver essa preparação” E 17

“Gostava de receber apoio pelo enfermeiro especialista que me acompanhou durante o parto.” E 8

“(Gostava) Das enfermeiras. Foram impecáveis no hospital para mim e para o meu bebé.” E 14

A assistência no puerpério, realizada por um profissional qualificado, nomeadamente o EEESMO propicia à mulher ferramentas e suporte para cuidar de si e do filho de uma forma qualificada. O EEESMO deve exercer uma escuta sensível e que valorize a singularidade feminina, influenciadas por expectativas sociais referentes ao exercício da maternidade. O puerpério é um período, onde a assistência à mãe deve ser integral e associada à assistência ao bebé e família, relativamente a quaisquer fragilidades que afetem um desses três elementos, o que representa um fator que deve ser avaliado de forma adequada, considerando que diversos fatores relacionados com a saúde da mulher no puerpério se repercutem na saúde do bebé. Nesse contexto, uma assistência de qualidade durante o puerpério é fundamental para a defesa e garantia dos direitos das mulheres e crianças. Atualmente, são escassos os trabalhos que se dedicam a estudar aspectos referentes à saúde da mulher no período de puerpério fora da instituição e sua influência na saúde da criança, observando aspetos da indissociabilidade do cuidado à mãe e à criança no puerpério e nos desafios do aleitamento materno com promoção da saúde e prevenção da morbimortalidade materna e infantil.

O programa Web5Qda fez uma análise das palavras mais frequentes nos relatos das puérperas, depois de uma análise para exclusão de palavras sem efeitos como preposições e conjunções de ligação, bem com filtragem coerente com a temática. Foi gerada uma nuvem dando maior e menor tamanhos às palavras de acordo com as frequências expressando um grau variado de necessidades e expectativas sob a óptica das puérperas onde se destaca o apoio como a palavra de maior expressividade e frequência.



Figura 11 - Nuvem de Palavras.



5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O período de aprendizagem e desenvolvimento de competências específicas foi bastante intenso. Diariamente vivenciava situações novas e imprevisíveis, que me trouxeram crescimento a nível pessoal e profissional. Relativamente à componente teórico-prática, foi adotando uma postura a princípio observacional que gradativamente se foi tornando numa postura interventiva e autónoma, exercida com responsabilidade e ética, primando pela excelência dos cuidados em enfermagem avançada e especializada, baseada na evidência científica, tal como é preconizado no Regulamento n.º 391/2019. Assim sendo, o processo de aquisição de competências específicas do EEESMO proporcionou-me um intercâmbio de informações e saberes científicos, práticos e deontológicos, o exercício de boas práticas de cuidados em saúde, relações da terapêutica e do bem estar, observando aspetos de vulnerabilidade, através de uma visão holística do desenvolvimento humano na área de SMO. Os resultados obtidos, a partir da atuação nos diferentes hospitais, revela uma multiplicidade de realidades e diferentes formas de aplicação das técnicas do cuidado à mulher/RN e à família, inserida na comunidade. Foi possível uma evolução gradual e contínua na atuação da aluna estagiária, evidenciada pela crescente avaliação de um estágio para o outro segundo os pareceres dos supervisores de estágio. Foram prestados cuidados de qualidade, planeamentos e implementações com intervenções executadas autonomamente pela futura EEESMO. Foi possível vivenciar situações previstas para a aquisição de competências EEESMO nas áreas de cuidados primários, quanto à atenção básica de saúde, na prestação de cuidados hospitalares às grávidas com patologia, mulheres com afecções ginecológicas clínicas e cirúrgicas, assistência ao parto, puerpério e primeiros cuidados com o RN. Também foi possível atuar em contexto de urgência/emergência, o que ampliou a sensibilidade para situações críticas. O EEESMO deve ter o conhecimento teórico e prático em situações de emergência potenciando a saúde das mulheres e dos seus recém-nascidos, bem como, promover cuidados de qualidade culturalmente sensíveis durante o TP, realizando um parto limpo e seguro (ICM, 2013). Segue sob a forma de gráficos os resultados das atividades do estágio de natureza profissional durante a componente teórico-prática.

Concluimos que o processo de desenvolvimento e aquisição de competências é um processo contínuo, não se limitando apenas a um conjunto de conhecimentos teóricos e práticos apreendidos pelo estudante, não se encontra restrita ao desenvolver de uma tarefa, mas à soma



de conhecimentos prévios que permite desenvolver habilidades adaptativas e criativas que constroem o processo de aprendizagem e auxilia na resolução de problemas futuros. A reflexão entre a teoria e a prática mobiliza a capacidade para resolver problemas, gerar soluções específicas e adequadas às peculiaridades de cada situação. Neste ciclo, os aprendizes envolvem-se com novas experiências sobre as quais refletem diferentes perspectivas, permitindo assim a criação de conceitos e teorias que utilizarão no processo de tomada de decisões e resolutividade em aspectos situacionais do futuro (Cidral, 2003).

No processo de aquisição de competências da componente científica, a realização do estudo permitiu concluir que apesar da naturalização do parto ser cada vez mais pensada e executada, as melhorias da assistência no pós-parto decorrem em passos lentos. As declarações maternas demonstram que existem muitas mulheres que necessitam de apoio pós-natal e não o obtêm na sua área de residência, sendo necessário uma procura ativa por eles.

Essa perspectiva remete o EEESMO com sendo o profissional qualificado para responder a essas necessidades, a promoção da saúde e intervenção do EEESMO para todas as puérperas, RN e famílias durante o período puerperal, não é ainda não é uma realidade. O pós-parto apresenta processos fisiológicos e de adaptação biopsicossocial e pode apresentar alterações patológicas que podem passar despercebidas aos intervenientes e são de facto, fases de intervenção especializada. No entanto, é necessário investimentos no capital já existente e em novos capitais para uma efetiva abrangência da população alvo.

A divulgação dos resultados da investigação é por isso um dever ético do investigador e possibilita que o conhecimento seja disponibilizado, possa ser analisado e integrado com outros estudos que fazem referência aos resultados em contextos e metodologias diferentes, proporcionando evidência científica (Martins, 2008).

O conceito de puerpério tem sofrido modificações ao longo dos anos, acerca do tempo de duração ainda não é consensual, variando de autor para autor entre seis semanas e até seis meses. Relativamente aos cuidados especializados prestados, levando em consideração a vigilância do pré-natal e o parto, o puerpério fora do ambiente hospitalar é insuficiente em rigor de acompanhamento. Sendo necessária a realização de mais estudos sobre este tema para subsidiar novas políticas públicas de saúde. Numa perspectiva pessoal, acredito que é um importante contributo para a tríade e uma mais valia para a saúde pública contar com o EEESMO para desenvolver esse cuidado de forma segura e eficientemente, aumentando a satisfação e melhorando a qualidade de vida a nível materno e infantil.



Devido às pequenas dificuldades que foram surgindo, o projeto inicialmente proposto sofreu algumas alterações que foram discutidas e validadas com a docente orientadora. Como futura EEESMO ainda tenho um longo caminho a percorrer. Pretendo não só, obter o grau de Mestre, com a discussão pública do presente relatório, mas também, dar continuidade as pesquisas e à carreira docente.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aires, L. . (Dez/2015). Paradigma Qualitativo e Práticas de Investigação Educacional. ISBN:978-989-97582-1-6.
- Andrade, R. D., Santos J. S., Maia M. A. & Mello D. F. (2015). Fatores relacionados à saúde da mulher no puerpério e repercussões na saúde da criança: Revista de Enfermagem Anna Nery 19(1), pp.181-186.
- American Academy of Pediatrics. (2004). Subcommittee on Hyperbilirubinemia. Management of hyperbilirubinemia in the newborn infant 35 or more weeks of gestation. Pediatrics.114 (4), 297–316 pp. Consultado em Mai/2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15231951>.
- American Psychological Association. (2012). *Regras essenciais de estilo da APA/American Psychological Association* (6.^a ed.). (D. Bueno, Trad.). Porto Alegre:Penso Editora, Lda. (Obra original publicada em 2010).
- Apóstolo, J. (2009) O conforto nas teorias de enfermagem – análise do conceito e significados teóricos. Revista Referência (9), pp. 61-67. Consultado em: Jun/2019. Disponível em: <https://web.esenfc.pt/v02/pa/conteudos/downloadArtigo>.
- Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras – APEO (2009). *Iniciativa Parto Normal*. Documento de consenso. Loures: Lusociência, 2009.
- Barradas, A., Torgal, A., Gaudêncio, A., Prates, A., Madruga, C., Clara, E.& Varela, V. (2015). *Livro de Bolso Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica/Parteiras*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Bowers, J., Cheyne, H., Mould, G. & Page M. (2015) Continuity of care in community midwifery. Health Care Manag Sci (Jun/2015), 18 (2)195-204.Consultado em 8/Nov/2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24902656>.



CHBM. (2018). *Plano Estratégico CHBM, 2018*. In Serviço Nacional de Saúde. Recuperado de http://www.chbm.min-saude.pt/attachments/article/342/plano_estrategico16.pdf.

CHBM. (2019). In Serviço Nacional de Saúde. Recuperado de <http://www.chbm.min-saude.pt/>.

CHLO. (2018). *Plano de Ação de gestão Estratégica, 2018*. Recuperado de: http://www.chlo.min-saude.pt/images/documents/informacao_gestao/PEstrategico_2018.pdf.

Cidral, A. (2003). *Metodologia de Aprendizagem Vivencial Para o Desenvolvimento de Competências para o Gerenciamento de Projetos de Implementação de Sistemas de Informação/Tese de Doutorado*. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

Corbally, M., & O'Neill, C (2014). An introduction to the biographical narrative interpretive method. *Nurse Researcher*, 21:5, pp. 34-3.

Costa R., Figueiredo B., Pacheco A & Pais A. (2003). Parto: expectativas, experiências, dor e satisfação. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 4 (1), pp. 47-67. Consultado em Out/2019. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862003000100004&lng=pt&tlng=pt.

Davim, R. M. B., Torres, G. V & Melo, E. S. (2007). Estratégias não farmacológicas no alívio da dor durante o trabalho de parto: pré-teste de um instrumento. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(6), 1150-1156pp. Consultado em mai/2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692007000600015>.



De Graft-Johnson, J., Daly, P., Otchere, S., Russell N. & Bell, R. (2005). Household to Home Continuum of Maternal and Newborn Care. Baltimore, Maryland. Consultado mar/2019. Disponível em: <https://www.who.int/pmnch/media/publications/aonsectionII.pdf>

Decreto-lei n.º 14/85 de 06 de julho de 1985. Diário da República n.º 153/1985, Série I. Lisboa: Assembleia da República. Lisboa, Portugal.

Direção Geral de Saúde (2016) Doenças Oncológicas em Números – 2015 Programa Nacional para as Doenças Oncológicas. Lisboa, Portugal. Consultado em: Jul/19. Disponível em: <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-doencas-oncologicas-em-numeros-2015-pdf.aspx>

Direção Geral da Saúde (2015). Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco. Lisboa, Portugal. Consultado em: Jul/19. Disponível em: <https://www.dgs.pt/em-destaque/programa-nacional-para-a-vigilancia-da-gravidez-de-baixo-risco.aspx>.

European Health Report. (2018). Relatório Europeu de Saúde 2018: Mais do que números - evidências para todos. World Health Organization. ISBN 978 92 890 5343 3 Consultado em Set/19. Disponível em: <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/european-health-report-2018.-more-than-numbers-evidence-for-all-2018>

Fatia, A., Tinoco L. (2016). Trabalho de Parto. In: Batista MA, Marques R, Néné M, Sequeira, C. *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Lisboa: Lidel, 2016.

FIGO (2015). CTG Classification Revised Guidelines on Intrapartum Fetal Monitoring. Consultado em: Mar/2019. Disponível em: <https://www.figo.org/news/available-view-figo-intrapartum-fetal-monitoring-guidelines-0015088>.



Fleury, M. T. & Fleury, A. (2001). Construindo o conceito de competência. *Revista de Administração Contemporânea. RAC, Edição Especial.* pp 183-196.

Fortin, M. (2009) *O Processo de Investigação: da Conceção à Realização* (5ª ed.). Loures: Lusociência. ISBN: 978-972-8383-10-7.

Francisco, A.; Oliveira, S.; Leventhal, L & Bosco, C. (2012). Crioterapia no pós-parto: tempo de aplicação e mudanças na temperatura perineal. *Rev Esc Enferm USP* 2013; 47(3):555-561. Consultado em Mai/2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342013000300555&script=sci_abstract&tlng=pt

Frei A. J. & Mander R. T. (2011) he relationship between first-time mothers and care providers in the early postnatal phase: an ethnographic study in a Swiss postnatal unit (Suíça). *Midwifery* 27, pp716 - 722.

Frias, A., & Franco, V. (2008). Percepção do Parto e Envolvimento Emocional da Mãe com o Recém-Nascido. *International journal of development and educational psychology, INFAD Revista de Psicologia.* 1(1), 37-46. ISSN: 0214-9877.

Galvão A. Q. (2017). Qualidade e Segurança Puerpério normal e patológico. In: Martins Costa, A., et. al. *Rotinas em Obstetrícia.* (7ªed.). Porto Alegre: Artmed, 2017.

Gil, A. C. (1999). *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social.* (5ª.ed.). São Paulo: Atlas. ISBN: 8522422702.

Graça L. M. (2010). *Medicina Materno-fetal.* (4ª ed.). Lisboa: LIDEL.

Grupo Português de Triagem (2019). Sistema de Triagem de Manchester. Recuperado em: http://www.grupoportuguestriagem.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=4&Itemid=110.



Hoffmann I.C. (2008). *A percepção e o percurso das mulheres nos cenários públicos de atenção pré-natal*. Rio Grande do Sul: Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Maria.

HESE. (2019). In Serviço Nacional de Saúde. Recuperado de <https://www.sns.gov.pt/entidades-de-saude/hospital-espirito-santo-epe-evora/>.

HGO. (2019). In Serviço Nacional de Saúde. Recuperado de <http://www.hgo.pt/>

HGO. (2017). *Plano de Atividades do HGO. E.P.E, 2017*. In Serviço Nacional de Saúde. Recuperado de <http://www.hgo.pt/Hospital/InformacaoGestao/PlanosdeAtividades.aspx>.

HSFX. (2019). In Serviço Nacional de Saúde. Recuperado de: <http://www.chlo.min-saude.pt/>.

International Confederation of Midwives (2010). *Essential Competencies for Basic Midwifery Practice (Revised 2013)*. International Confederation of Midwives. Consultado em: Abr/2019. Disponível em: https://www.internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2018/10/icm-competencies---english-document_final_oct-2018.pdf.

Lemos, R.C.A., Almeida L.S., Castro A.C. & Jorge L.L.R. (Abr/2010). Visão dos enfermeiros sobre a assistência holística ao cliente hospitalizado. *Revista. Eletrônica de Enfermagem*. 12(2), 354-359 pp. ISSN 1518 – 1944.

Levy, L. & Bértolo, H. (2012). *Manual de Aleitamento Materno*. Lisboa: Comité Português para a UNICEF. Consultado em Mar/2019. Disponível em: <https://unicef.pt/media/1581/6-manual-do-aleitamento-materno.pdf>

Lowdermilk DL & Perry SE (2008). *Enfermagem na Maternidade*. (7.^a ed). Loures: Lusodidacta.



- Lowe, N.K. (Mai/2002). The nature of labor pain. *Am J Obstet Ginecol.*;186 (5), 16-24pp. Consultado em: Mar/2019. Disponível em: [https://www.ajog.org/article/S0002-9378\(02\)70179-8/pdf](https://www.ajog.org/article/S0002-9378(02)70179-8/pdf).
- Madeira, L. M. et. al. Formação do enfermeiro obstetra: uma proposta de especialização. *Revista Mineira de Enfermagem*, 6(1/2): 35-39, Jan./Dez, 2002. Consultado em Jan/2018. Disponível em reme.org.br/exportar-pdf/795/v6n1a07.pdf.
- Martins-Costa, S. H., Schroeder S. S., Casanova G. K. & Ramos J. G. L. (2017) Assistência ao parto. IN: Martins-Costa A., et. al. *Rotinas em Obstetrícia*. (7ªed.). Porto Alegre: Artmed, 2017.
- Martins-Costa, A., Zanella, T., & Glitz, L. (2017). Qualidade e Segurança Assistenciais em Obstetrícia. In: Martins-Costa A, et. al. *Rotinas em Obstetrícia*. (7ªed.). Porto Alegre: Artmed, 2017.
- Mascaro, M. S., et. al. (2002). Cardiotocografia Anteparto e Prognóstico Perinatal em Gestações Complicadas pelo Diabete: Influência do Controle Metabólico Materno. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 24(9), 593-599pp. Consultado em nov/2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-72032002000900005>
- Mazzo M. H. S. N. & Brito, R. S. (2015). Empirical indicators of the affected human needs of puerperal women: A methodological study. *Online Braz J Nurs*, Consultado em: Out/2019. Disponível <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4602>
- Melnyk B. M., Gallagher-Ford L. & Fineout-Overholt E. (2016). The establishment of evidence based practice competencies for practicing registered nurses and advanced practice nurses in real-world clinical settings: proficiencies to improve healthcare quality, reliability. *Revista Mineira de Enfermagem - Técnicas empreendidas para difusão da prática baseada em evidências entre enfermeir...patient outcomes and costs. Worldviews Evid Based Nurs*, 11(1). Consultado em: (2019). Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/wvn.12021/full>.



- Melo L.C., Gonçalves A.V. & Silva W.R. (Jun./ 2013) Escrita acadêmica na escrita reflexiva profissional: citações de literatura científica em relatórios de estágio supervisionado, *Bakhtiniana*, 8 (1), 95-119. Consultado em 20/06/2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/bak/v8n1/a07v8n1>
- Melo, C. R. M. & Peraçoli, J. C. (2007). Mensuração da energia despendida no jejum e no aporte calórico (MEL) em parturientes. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(4), 612-617pp. Consultado em: Nov/2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692007000400014>.
- McCloskey J.C. & Bulechek G.M. (2008). *Classificação das intervenções de enfermagem*. (4ª. ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Mouta, R. J. O., Pilotto, D. T. S., Vargens, O. M. C. & Progiante, J. M. (2008). Relação entre posição adotada pela mulher no parto, integridade perineal e vitalidade do recém-nascido. *Rev. enferm. UERJ*, 16(4): 472-476, out.-dez. Consultado em: Nov/2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/porta1/resource/pt/bde-16178>.
- Mrisho, M. et al. (2009). The use of antenatal and postnatal care: perspectives and experiences of women and health care providers in rural Southern Tanzania. *BMC Pregnancy and hildbirth* (Mar/2009), 9 (10). Consultado em: Ago/2018. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/9/10>.
- Nilsen, E., Sabatino, H. & Lopes, M. H. B. M. (2011). A dor e o comportamento das mulheres durante o trabalho de parto e as diferentes posições para o parto. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45 (3), 557-565pp. Consultado em jun/2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000300002>.
- Niven, C. A. & Murphy-Black, R. M. (2000). Memory for labor pain: a review of the literature. *Birth*, 27(4), 244-53pp. Consultado em: Ago/2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11251509>.



Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2018). Meio Caminho Andado Relatório Primavera, 2018. Lisboa: Observatório Português dos Sistemas de Saúde. Consultado em Set/2019. Disponível em: <http://opss.pt/relatorios/relatorio-de-primavera-2018.pdf>.

Odent, M. (2002). *A cientificação do amor*. (2ª. ed.). Florianópolis: Saint Germain.

OMS. (2018). WHO Recommendations: Intrapartum Care for a Positive Childbirth Experience. World Health Organization. ISBN 978-92-4-155021-5. Consultado em Set/19. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf>.

Ordem dos Enfermeiros. (2001). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica. Consultado em: 15/Jul/2018. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEE Saude Materna Obstétrica Ginecologica.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEE_Saude_Materna_Obstetrica_Ginecologica.pdf).

Ordem dos Enfermeiros. (2005). Segurança do doente. Revista Ordem dos Enfermeiros. Consultado em: Jul/2018. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/revistas/roe_17_julho_2005.Pdf.

Ordem dos Enfermeiros. (2006). Investigação em Enfermagem. Tomada de Posição. Consultado em: Jul/2018. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr.pdf.

Ordem dos Enfermeiros. (s.d.). Projeto Maternidade com Qualidade: Promover e aplicar medidas não farmacológicas no alívio da dor no trabalho de parto e parto. Consultado em: 24/Jun/18. Disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MaternidadeComQualidade/INDICADOR_Medidasnaofarmacologicas_Projeto Maternidade ComQualidade.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MaternidadeComQualidade/INDICADOR_Medidasnaofarmacologicas_Projeto_MaternidadeComQualidade.pdf)



- Pechorro P., Diniz A. & Vieira R. (2009). Satisfação sexual feminina: Relação com funcionamento sexual e comportamentos sexuais. *Análise Psicológica*, 27(1), 99-108. Disponível em http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-82312009000100008&lng=pt&tlng=pt. Acedido em 14/11/2019.
- Perry, S. (2008a). Enfermagem materna contemporânea. In: Lowdermilk, D, Perry, S. *Enfermagem na Maternidade*. (7ª ed.). New York: Lusodidacta.
- Perry, S. (2008b). Comunidade e cuidados no domicílio. In: Lowdermilk, D, Perry, S. *Enfermagem na Maternidade*. (7ª ed.). New York: Lusodidacta.
- Perry, S. (2008c). Cuidados no quarto trimestre. In: Lowdermilk, D, Perry, S. *Enfermagem na Maternidade*. (7ª ed.). New York: Lusodidacta.
- Pimenta, D.G., Azevedo, C.M., De Andrade, B.T., De Oliveira e Silva, C.S. & Mourão, X.G.L. (Abr;2013). O parto realizado por parteiras: uma revisão integrativa. *Enfermeria Global*, 12(2), 494-505. ISSN 1695-6141.
- Pordata.(2019). Consultado em: 15 Fevereiro. Disponível em: <http://www.pordata.pt>.
- Portaria n.º 175/2017 de 26 de maio de 2017. Diário da República n.º 102/2017, Série I. Lisboa, Portugal.
- Prates, A. & Madruga C. (2019). Projeto da Maternidade com Qualidade EESMO. Efetivar a ingesta durante ao trabalho de parto, segundo as diretrizes da OMS. Ordem dos Enfermeiros. Consultado em 2019. Recuperado de: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MaternidadeComQualidade/INDICADOR_Ingesta_ProjetoMaternidadeComQualidade.pdf.



Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia. (2019). Regulamento nº319/2019 de 3 de maio 2019. Diário da República nº 85/19, II Série. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal.

Reis, C. B. & Andrade, S. M. O. (2008). Representações sociais das enfermeiras sobre a integralidade na assistência à saúde da mulher na rede básica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(1), 61-70. Consultado em Nov/2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n1/10.pdf>

Resolução da Assembleia da República n.º 175/2017 de 24 de novembro 2017. Diário da República n.º 227/2017, Série I. Lisboa, Portugal.

Rezende, M.F. & Montenegro C.A.B (2014). *Obstetrícia Fundamental*. (13ªed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Ribeiro E. A. (Mai/2008). Perspectiva da Entrevista na Investigação Qualitativa. *Evidência: Olhares e Pesquisa em Saberes Educacionais*, 4 (4), p.129-148.

Ross, C. & Moore, S. (2016). Utilising Biographical Narrative Interpretive Methods: rich perspectives on union learning journeys and learner motivations, *Journal of Education and Work*, 29:4, pp. 450-469.

Sousa, M. J. & Baptista, C. S. (2011). *Como fazer investigação, dissertações, teses e relatórios* (4ªed.). Lisboa: Pactor. ISBN 978-989-693-001-1.

Souza A. S. R., Amorim M. M. R., Noronha Neto C. (Mai/2010). Revisão Sistemática Métodos farmacológicos de indução do trabalho de parto: qual o melhor? *FEMINA*, 38(5), p 277-287. Consultado em Set/2019. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n5/a010.pdf>



Turato, E. (2018). *Tratado da Metodologia da Pesquisa Clínico-Qualitativa* (6ª ed.). Petrópolis: Editora Vozes.

UFS Alcaides (2019). *Plano de Ação USF Alcaides, 2018*. In Serviço Nacional de Saúde. Recuperado de: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/contratualizacao/planosdeacao/Paginas/default.aspx>

ULSBA. (2019a). In Serviço Nacional de Saúde. Recuperado de: <http://www.ulsba.min-saude.pt/>.

ULSBA. (2019b). *Plano Local de Saúde (2018-2020)*. In Serviço Nacional de Saúde. Recuperado de <http://www.ulsba.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/15/2019/03/PLS-comunidade.pdf>.

Vieira, C., S., Brito, M., B. & Yazlle, M. E. H. D.(2008). Contraceção no puerpério. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 30 (9), 470-479pp. Consultado em Set/2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032008000900008

Vieira F., Bachion M. M., Salge A. K. M. & Munari D. B. (2010). Diagnósticos de enfermagem na Nanda no período pós-parto imediato e tardio. *Esc Anna Nery*, 14(1):83-89pp. Consultado em: Set/2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n1/1414-8145-ean-19-01-0181.pdf>.

Zanetti, M. L. (2013). Ensino e pesquisa na formação de profissionais do futuro. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. (Jun./ 2013), 21 (3), pp.653-654. Consultado em: Disponível em: Mai/2019 Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n3/pt_0104-1169-rlae-21-03-0653.pdf.



ANEXOS



ANEXO A - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (RCEEEESMO) de 2019

São critérios para avaliação da CM os seguintes parâmetros:

Perfil enquadrado em áreas ou funções relevantes — 71 a 100 pontos.
Perfil enquadrado noutras áreas ou funções — até 70 pontos (inclusive).

2 — O júri procede à Avaliação do Percorso Científico e Curricular (APCC) dos/as candidatos/as em obediência aos critérios adotados utilizando uma escala inteira de 0 a 100, sendo a classificação e ordenação final obtida pela média das pontuações atribuídas a cada candidato/a por cada um dos elementos do júri. Em caso de empate, o/a presidente do júri tem voto de qualidade.

X — Entrevista Profissional de Seleção (EPS)

1 — Finda a avaliação curricular, são admitidos/as a Entrevista Profissional de Seleção (EPS) os/as candidatos/as sorteados/as nos 3 primeiros lugares, considerando-se excluídos/as do concurso os/as restantes candidatos/as.

2 — A entrevista tem como objetivo clarificar aspetos relacionados com as competências metodológicas e resultados da investigação do/a candidato/a, e tem uma duração estimada de 20 minutos.

3 — São critérios de avaliação da entrevista o nível de conhecimento científico demonstrado pelo/a candidato, bem como as respostas às questões colocadas pelo júri e as suas perspetivas de desenvolvimento no lugar para a qual está a concorrer.

4 — A avaliação da entrevista é expressa numa escala numérica de 0 a 100.

5 — A classificação de cada candidato/a na entrevista é obtida pela média das pontuações de cada um dos elementos do júri.

XI — Ordenação final

1 — A ordenação final dos candidatos admitidos a Entrevista Profissional de Seleção resulta de uma classificação final (CF), que resulta por sua vez da média ponderada das avaliações obtidas nos diferentes métodos de seleção atribuindo-se um fator de ponderação de 90 % à avaliação do Percorso Científico e Curricular (APCC) e 10 % à entrevista profissional de seleção (EPS), segundo a seguinte fórmula:

$$CF = 90 \% APCC + 10 \% EPS$$

2 — Em caso de empate, o/a presidente do júri tem voto de qualidade.

XII — Audiência de interessados/as

1 — Das listas de candidatos/as admitidos/as e excluídos/as em requisitos gerais e em mérito absoluto, bem como da lista de classificação final e ordenação dos/as candidatos/as, há lugar a audiência de interessados/as, nos termos do disposto nos artigos 121.º e 122.º do Código do Procedimento Administrativo, procedendo-se a notificação dos/as interessados/as por mensagem de correio eletrónico e publicação no site da internet do ISCTE-IUL.

2 — O processo de concurso poderá ser consultado pelos/as candidatos/as na Unidade de Recursos Humanos, nos termos indicados na notificação referida no ponto anterior.

XIII — Constituição do júri

Em conformidade com o artigo 13.º do Decreto-Lei n.º 57/2016, o júri é constituído pela Doutora Carla Marina Madureira de Matos Molero, Diretora do CIS-IUL, que preside, pelo Doutor João Daniel de Sousa Graça, Investigador de Pós-Doutoramento no Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa e Coordenador do Projeto SUSTAINMEALS e pela Doutora Cristina Isabel Albuquerque Godinho, Professora Auxiliar Convidada no ISCTE-IUL. É vogal suplente a Doutora Mariana Ester Prada Fernandes, Investigadora do ISCTE-IUL.

XIV — Política de não discriminação e de igualdade de acesso

O ISCTE-IUL promove ativamente uma política de não discriminação e de igualdade de acesso, pelo que nenhum/a candidato/a pode ser privilegiado/a, beneficiado/a, prejudicado/a ou privado/a de qualquer direito ou isento/a de qualquer dever em razão, nomeadamente, de ascendência, idade, sexo, orientação sexual, estado civil, situação familiar, situação económica, instrução, origem ou condição social, património genético, capacidade de trabalho reduzida, deficiência, doença crónica, nacionalidade, origem étnica ou raça, território de origem, língua, religião, convicções políticas ou ideológicas e filiação sindical.

XV — Nos termos do Decreto-Lei n.º 29/2001, de 3 de fevereiro, o/a candidato/a com deficiência tem preferência em igualdade de classificação, a qual prevalece sobre qualquer outra preferência legal. Os/as candidatos/as devem declarar no formulário de candidatura, sob compromisso de honra, o respetivo grau de incapacidade, o tipo de deficiência e os meios de comunicação/expressão a utilizar no processo de seleção, nos termos do diploma supramencionado.

1 de abril de 2019. — A Ratora, *Maria de Lurdes Rodrigues*.

312205074

ORDEM DOS ENFERMEIROS

Regulamento n.º 391/2019

Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica

Preambulo

Com a entrada em vigor das alterações ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros introduzidas pela Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro, o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros identifica os títulos profissionais de Enfermeiro Especialista passíveis de serem atribuídos, conforme se encontra estabelecido no seu artigo 40.º, os quais correspondam aos seguintes: Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica; Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica; Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica; Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação; Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária.

Ainda de acordo com as alterações introduzidas pela referida Lei n.º 156/2015, o título de Enfermeiro Especialista é atribuído ao detentor do título de Enfermeiro, após ponderação dos processos formativos e da certificação de competências, numa área clínica de especialização, nos termos do regulamento da especialidade, aprovado pela Ordem dos Enfermeiros e homologado pelo membro do Governo responsável pela área da saúde.

Nesse sentido, e atentas as referidas alterações, importa aprovar o presente Regulamento, que tem por objeto definir o perfil de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

Nesta conformidade, nos termos conjugados da alínea c) do n.º 1 do artigo 42.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, após aprovação em Assembleia de Colégio, em 26 de janeiro de 2018, a Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica apresentou ao Conselho Diretivo, a sua proposta de Regulamento, tendo o mesmo sido aprovado na reunião de 18 de abril de 2018.

Foi ouvido o Conselho de Enfermagem, nos termos e para os efeitos do disposto na alínea a) do artigo 37.º, emitido Parecer pelo Conselho Jurisdicional, em observância dos termos conjugados da alínea h), do n.º 1 do artigo 27.º e da alínea h), do n.º 1 do artigo 32.º, todos do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, tendo a proposta de Regulamento sido submetida a consulta pública dos membros do respetivo Colégio da Especialidade, nos termos do disposto no artigo 101.º do Código de Procedimento Administrativo.

Assim,

A Assembleia Geral da Ordem dos Enfermeiros, reunida em sessão ordinária no dia 12 de maio de 2018, ao abrigo do disposto nas alíneas f) e g) do artigo 19.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovou o presente Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, tendo-se verificado, em fevereiro de 2019, no dia seguinte ao fim do prazo, a concessão tácita da homologação pelo Ministério da Saúde, nos termos da alínea c) do n.º 1 do artigo 42.º, alínea h) do n.º 1 do artigo 27.º, alínea f) do artigo 19.º, todos do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e no n.º 3 do artigo 17.º da Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro, pelo que se procede à respetiva publicação:

Artigo 1.º

Objeto

O presente regulamento define o perfil das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

Artigo 2.º

Âmbito e Finalidade

O perfil de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica integra, junto com o perfil das competências comuns, o conjunto de competências clínicas especializadas que visa prover um enquadramento regulador para a certificação das competências e comunicar aos cidadãos o que podem esperar.

Artigo 3.º

Conceitos

Os termos utilizados no presente Regulamento regem-se pelas definições previstas no artigo 3.º do Regulamento que estabelece as competências comuns dos enfermeiros especialistas.

Artigo 4.º

Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica

1 — As competências do Enfermeiro Especialista e Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica são as seguintes:

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

2 — Cada competência prevista no número anterior é apresentada com descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação no Anexo I do presente Regulamento, o qual faz parte integrante deste.

Artigo 5.º

Norma revogatória

Com a publicação deste documento é revogado o Regulamento n.º 127/2011, aprovado pela Assembleia Geral da Ordem dos Enfermeiros e publicado na 2.ª série do *Diário da República*, n.º 35, de 18 de fevereiro.

Artigo 6.º

Entrada em vigor

O presente Regulamento entra em vigor no dia seguinte ao da sua publicação no *Diário da República*.

ANEXO I

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

Em concordância com o conceito alvo de intervenção, definido e assente na premissa que “os cuidados de enfermagem tomam por foco

de atenção a promoção dos projetos de saúde que cada pessoa vive e persegue”, define-se a Mulher no âmbito do ciclo reprodutivo como a entidade beneficiária de cuidados de enfermagem desta especialidade, tendo subjacente o pressuposto de que a pessoa, como ser social e agente intencional de comportamentos é um ser único, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se — a Mulher, como a entidade beneficiária de cuidados de enfermagem desta especialidade, deve ser entendida numa perspetiva individual como a pessoa no seu todo, considerando a inter-relação com os conviventes significativos e com o ambiente no qual vive e se desenvolve, constituído pelos elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais; e numa perspetiva coletiva como grupo-alvo entendido como o conjunto das Mulheres em idade fértil ligadas pela partilha de condições e interesses comuns.

O enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica assume a responsabilidade pelo exercício das seguintes áreas de atividade de intervenção: (i) Planeamento familiar e preconcepcional — assistência à mulher a vivenciar processos de saúde/doença no âmbito da sexualidade, do planeamento da família e do período preconcepcional; (ii) Gravidez — assistência à mulher a vivenciar processos de saúde/doença durante o período pré-natal; (iii) Parto — assistência à mulher a vivenciar processos de saúde/doença durante o trabalho de parto e parto; (iv) Pós-parto — assistência à mulher a vivenciar processos de saúde/doença durante o período pós-natal; (v) Climatério — assistência à mulher a vivenciar processos de saúde/doença durante o período perimenopausa; (vi) Ginecologia — assistência à mulher a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica; (vii) Comunidade — assistência às mulheres em idade fértil, atuando no ambiente em que vivem e se desenvolvem, no sentido de promover a saúde sexual e reprodutiva e prevenir processos de doença.

O enfermeiro especialista de saúde materna e obstétrica — assume no seu exercício profissional intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos fisiológicos e processos de vida normais no ciclo reprodutivo da mulher e intervenções autónomas e interdependentes em todas as situações de médio e alto risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos patológicos e processos de vida disfuncionais no ciclo reprodutivo da mulher.

Faça ao exposto, e em cumprimento do disposto no n.º 2 do artigo 4.º do presente Regulamento, apresenta-se cada competência específica do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica, com descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação.

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

Descritivo:

Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período preconcepcional, estabelecendo e implementando programas de intervenção e de educação para a saúde de forma a promover famílias saudáveis, gravidezes planeadas e vivências positivas da sexualidade e parentalidade.

Unidades de competência	Critérios de avaliação
1.1 — Promove a saúde da mulher no âmbito da saúde sexual, do planeamento familiar e durante o período preconcepcional.	1.1.1 — Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projetos e intervenções de educação sexual e de saúde preconcepcional. 1.1.2 — Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projetos e intervenções de promoção da regulação da fecundidade e da fertilidade. 1.1.3 — Informa e orienta sobre recursos disponíveis na comunidade no âmbito do planeamento familiar e preconcepcional. 1.1.4 — Informa e orienta em matéria de planeamento familiar e preconcepcional. 1.1.5 — Promove a decisão esclarecida no âmbito do planeamento familiar e saúde preconcepcional. 1.1.6 — Faculta métodos contraceptivos e supervisiona a utilização.
1.2 — Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher no âmbito da saúde sexual, do planeamento familiar e durante o período preconcepcional.	1.2.1 — Concebe, planeia, coordena, implementa e avalia intervenções de rastreio e de diagnóstico da situação de saúde da mulher. 1.2.2 — Concebe, planeia, coordena, implementa e avalia intervenções de proteção da saúde e prevenção das infeções sexualmente transmissíveis. 1.2.3 — Identifica problemas relacionados com a vivência da sexualidade, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação. 1.2.4 — Identifica e monitoriza o potencial de risco preconcepcional e obstétrico, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação. 1.2.5 — Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com infeção sexualmente transmissível, incluindo os conviventes significativos.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
1.3 — Providencia cuidados à mulher com disfunções sexuais, problemas de fertilidade e infeções sexualmente transmissíveis.	<p>1.3.1 — Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com disfunções sexuais, incluindo os convites significativos.</p> <p>1.3.2 — Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com problemas de fertilidade, considerando as necessidades de saúde do parceiro.</p> <p>1.3.3 — Concebe, planeia, implementa e avalia medidas de suporte emocional e psicológico à mulher com disfunções sexuais e/ou com problemas de fertilidade, incluindo convites significativos.</p> <p>1.3.4 — Coopera com outros profissionais no tratamento da mulher com infeção sexualmente transmissível, incluindo os convites significativos.</p> <p>1.3.5 — Coopera com outros profissionais no tratamento da mulher com problemas de fertilidade, considerando as necessidades de saúde do parceiro.</p>

2 — Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal

Descritivo:

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

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
2.1 — Promove a saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento.	<p>2.1.1 — Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projetos e intervenções de promoção da saúde pré-natal.</p> <p>2.1.2 — Informa e orienta a mulher sobre sexualidade e contraceção no período pós-aborto.</p> <p>2.1.3 — Diagnostica e monitoriza a gravidez.</p> <p>2.1.4 — Promove a decisão esclarecida no âmbito da interrupção voluntária da gravidez, informando e orientando para os recursos disponíveis na comunidade.</p> <p>2.1.5 — Informa e orienta sobre estilos de vida saudáveis na gravidez.</p> <p>2.1.6 — Promove a decisão esclarecida no âmbito da saúde pré-natal, facultando informação à grávida sobre recursos disponíveis na comunidade.</p> <p>2.1.7 — Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projetos e intervenções de promoção da saúde mental na vivência da gravidez.</p> <p>2.1.8 — Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas de preparação completa para o parto e parentalidade responsável.</p> <p>2.1.9 — Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projetos e intervenções de promoção do aleitamento materno.</p> <p>2.1.10 — Promove o plano de parto, aconselha e apoia a mulher na decisão.</p>
2.2 — Diagnostica precocemente e previne complicações na saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento.	<p>2.2.1 — Informa e orienta a grávida e convites significativos sobre os sinais e sintomas de risco.</p> <p>2.2.2 — Identifica e monitoriza saúde materno-fetal pelos meios clínicos e técnicos apropriados.</p> <p>2.2.3 — Prescreve exames auxiliares de diagnóstico necessários à deteção de gravidez de risco.</p> <p>2.2.4 — Identifica e monitoriza desvios à gravidez fisiológica, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação.</p> <p>2.2.5 — Identifica e monitoriza desvios ao padrão de adaptação à gravidez, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação.</p> <p>2.2.6 — Avalia bem-estar materno-fetal pelos meios clínicos e técnicos apropriados.</p> <p>2.2.7 — Avalia e determina a adequação da estrutura pélvica em relação ao feto.</p> <p>2.2.8 — Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções com a finalidade de potenciar uma gravidez saudável.</p> <p>2.2.9 — Identifica e monitoriza trabalho de abortamento.</p> <p>2.2.10 — Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções com a finalidade de potenciar a saúde da mulher durante o abortamento e após o aborto.</p> <p>2.2.11 — Identifica complicações pós-aborto, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação.</p>
2.3 — Providencia cuidados à mulher e facilita a sua adaptação, durante o período pré-natal e em situação de abortamento.	<p>2.3.1 — Informa e orienta sobre medidas de suporte para alívio dos desconfortos da gravidez.</p> <p>2.3.2 — Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com desvios ao padrão de adaptação à gravidez.</p> <p>2.3.3 — Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez.</p> <p>2.3.4 — Coopera com outros profissionais no tratamento da mulher com complicações da gravidez, ainda que com patologia associada e/ou concomitante.</p> <p>2.3.5 — Aplica medidas de suporte básico de vida à mulher em situação crítica.</p> <p>2.3.6 — Assume a decisão de transferir, assegura a transferência e cuida da grávida durante o transporte.</p> <p>2.3.7 — Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com complicações pós-aborto.</p> <p>2.3.8 — Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de apoio à mulher, incluindo convites significativos, durante o período de luto em caso de abortamento.</p> <p>2.3.9 — Coopera com outros profissionais no tratamento da mulher com complicações pós-aborto.</p>

3 — Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto

Descritivo:

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

Unidades de competência	Critérios de avaliação
3.1 — Promove a saúde da mulher durante o trabalho de parto e otimiza a adaptação do recém-nascido à vida extruterina.	3.1.1 — Atua de acordo com o plano de parto estabelecido com mulher, garantindo intervenções de qualidade e risco controlado. 3.1.2 — Garante um ambiente seguro durante o trabalho de parto e parto. 3.1.3 — Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção do conforto e bem-estar da mulher e conviventes significativos. 3.1.4 — Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção da vinculação mãe/pai/recém-nascido/conviventes significativos. 3.1.5 — Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno. 3.1.6 — Coopera com outros profissionais na implementação de intervenções de promoção, prevenção e controlo da dor.
3.2 — Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e do recém-nascido.	3.2.1 — Identifica e monitoriza trabalho de parto. 3.2.2 — Identifica e monitoriza o risco materno-fetal durante o trabalho de parto e parto, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação. 3.2.3 — Identifica e monitoriza desvios ao padrão normal de evolução do trabalho de parto, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação. 3.2.4 — Avalia e determina a adequação da estrutura pélvica em relação ao feto durante o trabalho de parto. 3.2.5 — Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções adequadas à evolução do trabalho de parto, otimizando as condições de saúde da mãe e do feto. 3.2.6 — Aplica as técnicas adequadas na execução do parto de apresentação cefálica e, em caso de urgência, do parto de apresentação pélvica. 3.2.7 — Assegura a avaliação imediata do recém-nascido implementando medidas de suporte na adaptação à vida extruterina. 3.2.8 — Assegura reanimação do recém-nascido em situação de emergência. 3.2.9 — Coopera com outros profissionais no tratamento do recém-nascido com alterações morfológicas e funcionais. 3.2.10 — Identifica alterações morfológicas e funcionais do recém-nascido, referenciando as que estão para além da sua área de atuação.
3.3 — Providencia cuidados à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez e/ou com o trabalho de parto.	3.3.1 — Concebe, planeia, implementa e avalia medidas de suporte emocional e psicológico à parturiente e à mulher em trabalho de parto, incluindo conviventes significativos. 3.3.2 — Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à parturiente com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez durante o trabalho de parto. 3.3.3 — Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à parturiente em caso de retenção de placenta, efetuando em caso de urgência, extração manual e revisão uterina. 3.3.4 — Avalia a integridade do canal de parto e aplica técnicas de reparação, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação. 3.3.5 — Coopera com outros profissionais no tratamento da parturiente com complicações da gravidez e do parto. 3.3.6 — Assume a decisão de transferir, assegura a transferência e cuida da parturiente durante o transporte.

4 — Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal

Descritivo

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

Unidades de competência	Critérios de avaliação
4.1 — Promove a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal.	4.1.1 — Informa e orienta sobre recursos disponíveis na comunidade passíveis de responder às necessidades da puérpera e do recém-nascido, promovendo a decisão esclarecida. 4.1.2 — Informa e orienta a mulher sobre crescimento, desenvolvimento, sinais e sintomas de alarme no recém-nascido. 4.1.3 — Informa e orienta a mulher sobre sexualidade e contraceção no período pós-parto. 4.1.4 — Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno. 4.1.5 — Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção e apoio à adaptação pós-parto. 4.1.6 — Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projetos e intervenções de promoção da saúde mental na vivência do puerpério, potenciando a parentalidade responsável.
4.2 — Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e recém-nascido durante o período pós-natal.	4.2.1 — Informa, orienta e apoia a mãe no auto cuidado e a cuidar do seu filho. 4.2.2 — Identifica e monitoriza alterações aos processos de transição e adaptação à parentalidade, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação. 4.2.3 — Identifica e monitoriza o estado de saúde da puérpera e do recém-nascido, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação. 4.2.4 — Identifica complicações pós-parto, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação. 4.2.5 — Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções com a finalidade de potenciar a saúde da mulher após o parto.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
4.3 — Providencia cuidados nas situações que possam afetar negativamente a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal.	<p>4.3.1 — Concebe, planeia, implementa e avalia medidas de suporte emocional e psicológico à puérpera, incluindo conviventes significativos.</p> <p>4.3.2 — Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de recuperação pós-parto.</p> <p>4.3.3 — Concebe, planeia, implementa e avalia medidas corretivas ao processo de aleitamento materno.</p> <p>4.3.4 — Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com complicações pós-parto.</p> <p>4.3.5 — Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à puérpera com patologia associada e/ou concomitante.</p> <p>4.3.6 — Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de apoio à mulher, incluindo conviventes significativos, em caso de alterações morfológicas e/ou funcionais do recém-nascido.</p> <p>4.3.7 — Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de apoio à mulher, incluindo conviventes significativos, durante o período de luto em caso de morte fetal/neonatal.</p> <p>4.3.8 — Cooperar com outros profissionais no tratamento da mulher com complicações pós-parto.</p> <p>4.3.9 — Cooperar com outros profissionais no tratamento da puérpera com patologia associada e/ou concomitante.</p> <p>4.3.10 — Cooperar com outros profissionais no tratamento do recém-nascido com problemas de saúde no período neonatal.</p> <p>4.3.11 — Assume a decisão de transferir, assegura a transferência e cuida da puérpera e do recém-nascido durante o transporte.</p>

5 — Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério

Descritivo

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

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
5.1 — Promove a saúde da mulher apoiando o processo de transição à menopausa.	<p>5.1.1 — Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projetos e intervenções de rastreio e de promoção da saúde durante o climatério.</p> <p>5.1.2 — Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projetos e intervenções de promoção da saúde mental na vivência da menopausa.</p> <p>5.1.3 — Informa e orienta a mulher com alterações associadas ao climatério.</p> <p>5.1.4 — Informa e orienta a mulher sobre os recursos disponíveis, promovendo a decisão esclarecida.</p>
5.2 — Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher durante o período do climatério.	<p>5.2.1 — Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia intervenções de proteção da saúde e prevenção das alterações associadas ao climatério.</p> <p>5.2.2 — Identifica e monitoriza o estado de saúde da mulher no climatério, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação.</p> <p>5.2.3 — Identifica e monitoriza o potencial de risco de doenças causadas pelo decréscimo da função ovárica, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação.</p> <p>5.2.4 — Identifica alterações físicas, psicológicas, emocionais e sexuais decorrentes do climatério, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação.</p> <p>5.2.5 — Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com alterações associadas ao climatério.</p>
5.3 — Providencia cuidados à mulher que vivencia processos de adaptação à menopausa.	<p>5.3.1 — Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com disfunções sexuais associadas ao climatério, incluindo os conviventes significativos.</p> <p>5.3.2 — Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com patologia associada e/ou concomitante ao climatério.</p> <p>5.3.3 — Concebe, planeia, implementa e avalia medidas de suporte emocional e psicológico à mulher com complicações associadas ao climatério, incluindo conviventes significativos.</p> <p>5.3.4 — Cooperar com outros profissionais no tratamento da mulher com complicações associadas ao climatério.</p>

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

Descritivo

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

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
6.1 — Promove a saúde ginecológica da mulher.	<p>6.1.1 — Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projetos e intervenções de rastreio no sentido de promover a saúde ginecológica.</p> <p>6.1.2 — Informa e orienta a mulher sobre saúde ginecológica.</p> <p>6.1.3 — Informa e orienta a mulher sobre recursos da comunidade no âmbito da saúde ginecológica, promovendo a decisão esclarecida.</p>
6.2 — Diagnostica precocemente e previne complicações relacionadas com afecções do aparelho genito-urinário e/ou mama.	<p>6.2.1 — Diagnostica e monitoriza potencial de risco da mulher para afecções do aparelho genito-urinário e/ou mama.</p> <p>6.2.2 — Diagnostica e monitoriza afecções do aparelho genito-urinário e/ou mama, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação.</p> <p>6.2.3 — Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com afecções do aparelho genito-urinário e/ou mama, incluindo os conviventes significativos.</p> <p>6.2.4 — Cooperar com outros profissionais no diagnóstico das afecções do aparelho genito-urinário e/ou mama.</p>

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
6.3 — Providencia cuidados a mulher com afecções do aparelho genito-urinário e/ou mama e facilita a sua adaptação a nova situação.	6.3.1 — Informa e orienta a mulher em tratamento de afecções do aparelho genito-urinário e/ou mama. 6.3.2 — Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher em tratamento de afecções do aparelho genito-urinário e/ou mama. 6.3.3 — Concebe, planeia, implementa e avalia medidas de suporte emocionais e psicológicas à mulher em tratamento de afecções do aparelho genito-urinário e/ou mama, incluindo os conviventes significativos. 6.3.4 — Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com complicações pós-cirúrgicas de afecções do aparelho genito-urinário e/ou mama. 6.3.5 — Coopera com outros profissionais no tratamento da mulher com afecções do aparelho genito-urinário e/ou mama.

7 — Cuida o grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade

Descritivo

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

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
7.1 — Promove a saúde do grupo alvo	7.1.1 — Identifica infraestruturas de saúde da comunidade e as condições de acesso. 7.1.2 — Gere os recursos disponíveis na comunidade para dar resposta em situação de urgência/emergência e de transporte. 7.1.3 — Diagnostica e monitoriza o estado de saúde das mulheres em idade fértil. 7.1.4 — Identifica necessidades em cuidados de enfermagem relacionadas com a saúde sexual e reprodutiva. 7.1.5 — Identifica as causas diretas e indiretas da morbi-mortalidade materna e neonatal utilizando o conhecimento epidemiológico. 7.1.6 — Desenvolve estratégias para promover cuidados seguros em diferentes ambientes de nascimento. 7.1.7 — Advoga e promove estratégias de "empowerment" para as mulheres em idade fértil. 7.1.8 — Advoga o cumprimento da legislação em vigor relacionada com a saúde reprodutiva e maternidade/paternidade.
7.2 — Diagnostica precocemente e intervém no grupo alvo no sentido de prevenir complicações na área da saúde sexual e reprodutiva.	7.2.1 — Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projetos e intervenções no sentido de responder às necessidades de saúde sexual e reprodutiva. 7.2.2 — Valoriza as práticas de saúde tradicionais e contemporâneas, gerando os seus riscos e benefícios para a saúde das mulheres em idade fértil. 7.2.3 — Gere os benefícios e riscos dos locais de nascimento disponíveis. 7.2.4 — Avalia e dá parecer sobre condições apropriadas a prática clínica. 7.2.5 — Aplica o programa nacional de vacinação e informa sobre as condições de acesso aos serviços de imunização.
7.3 — Intervém na minimização das causas de morbi-mortalidade materno-fetal.	7.3.1 — Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projetos e intervenções no sentido de minimizar as causas diretas e indiretas de morbi-mortalidade materno-fetal. 7.3.2 — Coopera com outros profissionais em programas, projetos e intervenções para melhorar a qualidade global dos serviços no âmbito da saúde sexual e reprodutiva.

12 de maio de 2018. — A Bastonaria, Ana Rita Pedrosa Cavaco.

312232282

Regulamento n.º 392/2019

Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação

Preâmbulo

A reabilitação, enquanto especialidade multidisciplinar, compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que permite ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com as suas sequelas a maximizar o seu potencial funcional e independência. Os seus objetivos gerais são melhorar a função, promover a independência e a máxima satisfação da pessoa e, deste modo, preservar a autoestima.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas. O nível elevado de conhecimentos e experiência acrescida permitem-lhe tomar decisões relativas à promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação maximizando o potencial da pessoa.

A sua intervenção visa promover o diagnóstico precoce e ações preventivas de enfermagem de reabilitação, de forma a assegurar a manutenção das capacidades funcionais dos clientes, prevenir complicações e evitar incapacidades, assim como proporcionar intervenções terapêuticas que visam melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas atividades de vida, e minimizar o impacto das incapacidades instaladas (quer por doença ou acidente) nomeadamente, ao nível das funções neurológica, respiratória, cardíaca, ortopédica e outras deficiências e incapacidades. Para tal, utiliza técnicas e tecnologias específicas de reabilitação e intervém na educação dos clientes e pessoas significativas, no planeamento da alta, na continuidade dos cuidados e na reintegração das pessoas na família e na comunidade, proporcionando-lhes assim, o direito à dignidade e à qualidade de vida.

O avanço no conhecimento requer que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação incorpore continuamente as novas descobertas da investigação na sua prática, desenvolvendo uma prática baseada na evidência, orientada para os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, participando também em projetos de investigação que visem aumentar o conhecimento e desenvolvimento de competências dentro da sua especialização.

Com a entrada em vigor das alterações ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros introduzidas pela Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro, identificam-se os títulos profissionais de Enfermeiro Especialista possíveis de serem atribuídos, estabelecendo no seu artigo 40.º que a Ordem atribui os títulos de: Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica; Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica; Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica; Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação; Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária.



APÊNDICES



APÊNDICE A - Guião de Entrevista

PARTE I
CARACTERIZAÇÃO SÓCIODEMOGRÁFICA

1. Idade _____ anos	3. A sua Escolaridade	5. Situação laboral
2. O seu Estado Civil:	1. Ensino Básico (4ª Classe)	1. Desempregada
<input type="checkbox"/> 1. Solteira	2. Ensino Básico (9º Ano/Equiva/)	2. Emprego - tempo completo
<input type="checkbox"/> 2. Casada	3. Ens. Secundário (12º ano/Equiva/)	3. Emprego- tempo parcial
<input type="checkbox"/> 3. Separada/Divorciada	4. Licenciatura	6. Onde mora?
<input type="checkbox"/> 4. União de facto	5. Mestrado	<input type="checkbox"/> 1. Meio Rural
<input type="checkbox"/> 5. Viúva	6. Doutoramento	<input type="checkbox"/> 2. Meio Urbano
4. Profissão		

DADOS CLÍNICOS OBSTÉTRICOS

7. História das vezes em que engravidou	Antecedentes (alguma doença sua ou na família)
<input type="checkbox"/> 1. Partos de termo (entre 37 e 41 semanas)	
<input type="checkbox"/> 2. Partos Pré-termo (antes 37 semanas)	
<input type="checkbox"/> 3. Abortos (antes 20 semanas)	
<input type="checkbox"/> 4. Morte Fetal (após 20 semanas)	
<input type="checkbox"/> 5. Gravidez Ectópica	
<input type="checkbox"/> 6. Filhos Vivos	
<input type="checkbox"/> 7. IMG	

II PARTE
DADOS OBSTÉTRICOS E DO PARTO ATUAL

8. Classificação da Gravidez	8.3 Classificação do Parto	8.5 Tipo de Parto
<input type="checkbox"/> 1. Baixo risco	<input type="checkbox"/> 1. Pré-Termo	<input type="checkbox"/> 1. Eutóxico
<input type="checkbox"/> 2. Alto risco	<input type="checkbox"/> 2. Termo	<input type="checkbox"/> 2. Cesariana
	<input type="checkbox"/> 3. Pós-Termo	<input type="checkbox"/> 3. (Fórceps/Ventosa)
8.1 Número de fetos		
<input type="checkbox"/> 1. Gravidez simples		
<input type="checkbox"/> 2. Gravidez múltipla	8.4 Controlo da dor	8.6 Medicação usada
	<input type="checkbox"/> Epidural	<input type="checkbox"/> Ocitocina
8.2 Lesão do perinéu	<input type="checkbox"/> Massagens	<input type="checkbox"/> Antibiótico
<input type="checkbox"/> 1. Com episiotomia	<input type="checkbox"/> Duche/hidroterapia	
<input type="checkbox"/> 2. Com lacerações	<input type="checkbox"/> Musicoterapia	8.7 Fez Preparação para o Nascimento?
	<input type="checkbox"/> Bola Pilates	<input type="checkbox"/> 1. Sim
	<input type="checkbox"/> Alternância posturas	<input type="checkbox"/> 0. Não

9. Qual a duração do trabalho de parto? _____ Horas _____ minutos

DADOS SOBRE O BEBÉ

10. Sexo do bebé	12. Complicações com aleitamento	14. Outras complicações na amamentação
<input type="checkbox"/> 1. Masculino	<input type="checkbox"/> 1. Mastite	
<input type="checkbox"/> 2. Feminino	<input type="checkbox"/> 2. Fissuras	
	<input type="checkbox"/> 3. Ingurgitamento	
11. Alimentação	13. Complicações no bebé	
<input type="checkbox"/> 1. Leite materno exclusivo	<input type="checkbox"/> 1. Baixo peso ao nascer	
<input type="checkbox"/> 2. Leite materno e fórmula	<input type="checkbox"/> 2. Internado em Neonatologia	
<input type="checkbox"/> 3. Fórmula		

DADOS SOBRE O PUERPÉRIO

<p>15. Como enfrenta esta fase</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Com alegria</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Com apreensão</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Com tristeza</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Com medo</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Com segurança</p> <p><input type="checkbox"/> 6. Com insegurança</p> <p><input type="checkbox"/> 7. Com ansiedade</p> <p><input type="checkbox"/> 8. Com irritação</p> <p><input type="checkbox"/> 9. Com choro frequente</p> <p><input type="checkbox"/> 10. Sentimento de incapacidade</p>	<p>17. Participação do pai</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Satisfeita</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Insatisfeita</p> <p>18. Imagem Corporal</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Satisfeita</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Insatisfeita</p> <p>19. Autoestima</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Preservada</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Baixa auto-estima</p> <p>20. Sono e repouso</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Preservado</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Afetado</p>	<p>21. Sexualidade</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Preservada</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Afetada</p> <p>22. Dificuldades desta fase da vida que queira referir:</p>
<p>16. Como mãe sente-se</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Satisfeita</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Insatisfeita</p>		



III PARTE

GUIÃO PARA AS NARRATIVAS

N^o da Narrativa: _____ Data: ___/___/___ Local da recolha de dados: _____

Aspetos Éticos	Lembrete
Legitimação da Recolha de dados	Pedir à participante que assine o consentimento informado
Questão	Narrativa
1. A senhora já ouviu falar em cuidados pós-parto?	
2. Sobre o que ouviu, ou recebeu orientações, fale sobre o que acha correto	
3. Caso tenha mais filhos, como foi sua experiência puerperal e qual ou quais profissionais a assistiram neste período?	
4. Como acredita e desejaria que fosse dado este apoio?	
5. Que apoio profissional gostava de receber?	



APÊNDICE B - Termo de Consentimento Informado



Largo do Senhor da pobreza, 2B – Évora. Telefone: 266 730 300

Consentimento Informado Esclarecido e Livre

Relatório realizado no âmbito do Mestrado em Saúde Materna e Obstetria 2017-2019

Autora: Antónia Jossiceli dos Santos **Orientadora:** Professora Doutora Ana Maria de Aguiar Frias

O presente relatório intitulado: “Contributo do ESMO na qualidade dos cuidados continuados no período pós natal, insere-se no desenvolvimento do relatório final, no âmbito do Mestrado em Saúde Materna e Obstetria 2017-2019, que decorre na Escola Superior de Enfermagem São João de Deus-Universidade de Évora.

Pretende-se apontar para uma real necessidade de continuidade dos cuidados de excelência no período puerperal, identificando as necessidades a partir da perspectiva das utentes

O resultado deste trabalho será apresentado na Escola Superior de Enfermagem São João de Deus-Universidade de Évora, no final de 2019, podendo, se assim o desejar, contactar a sua autora, para se inteirar dos resultados obtidos.

Este estudo não lhe trará nenhuma despesa ou risco. Qualquer informação será confidencial e não será revelada a terceiros, nem publicada. A participação neste estudo é voluntária, pelo que pode retirar-se a qualquer momento ou recusar participar, sem que tal facto tenha consequências. Se concorda com a proposta que lhe foi efetuada, queira por favor assinar com “X” a seguir.

Grata pela sua colaboração.

Enfermeira Antónia Jossiceli dos Santos
Aluna do Mestrado Em enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, da Universidade de Évora
Tm:+351 963530549, josisans@gmail.com

Antónia Santos

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela responsável do trabalho, que acima assina. Desta forma, aceito participar neste estudo, respondendo a este questionário, permitindo a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato, que me são dadas pela investigadora.

Este documento será assinado por mim em duplicado, e entrego um dos exemplares à investigadora.

Mestranda Antónia Jossiceli dos Santos
Telemóvel: +351 963530649

E-mail: josisans@gmail.com



APÊNDICE C – Resultados Quantitativos Output SPSS

RESULTADOS

PARTE I- CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

<p>Idade</p> <p>Participaram 19 puérperas, com idade entre os 16 e os 39 anos. Na amostra, a média de idades era de 30,68 (DP=6,24) A mediana é de 31 anos e tem múltiplas Modas, como se vê na figura 1.</p> <p>Nota: as tabelas são retiradas do Output do ficheiro SPSS</p>	<p><i>Tabela 1 Estatísticas descritivas da Idade das participantes</i></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Idade</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Valid</td> <td>19</td> </tr> <tr> <td>Missing</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Mean</td> <td>30,68</td> </tr> <tr> <td>Median</td> <td>31,00</td> </tr> <tr> <td>Mode</td> <td>29^a</td> </tr> <tr> <td>Std. Deviation</td> <td>6,237</td> </tr> <tr> <td>Minimum</td> <td>16</td> </tr> <tr> <td>Maximum</td> <td>39</td> </tr> </tbody> </table> <p>a. Multiple modes exist. The smallest value is shown.</p>	Idade		Valid	19	Missing	0	Mean	30,68	Median	31,00	Mode	29 ^a	Std. Deviation	6,237	Minimum	16	Maximum	39
Idade																			
Valid	19																		
Missing	0																		
Mean	30,68																		
Median	31,00																		
Mode	29 ^a																		
Std. Deviation	6,237																		
Minimum	16																		
Maximum	39																		
<p>Estado Civil</p> <p>Na maioria dos casos as puérperas vivem em união de facto (n=13; 68,4%). Nas restantes 7 (21,1%) são casadas e 2(10,5%) são solteiras (10,5%)</p> <p>Nota: as tabelas são retiradas do Output do ficheiro SPSS</p>	<p><i>Tabela 2 Participantes de acordo com o estado civil</i></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Frequency</th> <th>Percent</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Solteira</td> <td>2</td> <td>10,5</td> </tr> <tr> <td>Casada</td> <td>4</td> <td>21,1</td> </tr> <tr> <td>União de facto</td> <td>13</td> <td>68,4</td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td>19</td> <td>100,0</td> </tr> </tbody> </table>		Frequency	Percent	Solteira	2	10,5	Casada	4	21,1	União de facto	13	68,4	Total	19	100,0			
	Frequency	Percent																	
Solteira	2	10,5																	
Casada	4	21,1																	
União de facto	13	68,4																	
Total	19	100,0																	
<p>Escolaridade</p> <p>A maior parte das participantes (n=9; 47,4%) possui o ensino secundário como habilitações.</p> <p>Das restantes 31,6% (n=6) são licenciadas, três (15,8%) tem o 9ºano e uma é mestre.</p> <p>Nota: as tabelas são retiradas do Output do ficheiro SPSS</p>	<p><i>Tabela 3 Representação das participantes de acordo com as habilitações literárias</i></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Frequency</th> <th>Percent</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>EB-9Ano</td> <td>3</td> <td>15,8</td> </tr> <tr> <td>ES-12ºAno</td> <td>9</td> <td>47,4</td> </tr> <tr> <td>Lic</td> <td>6</td> <td>31,6</td> </tr> <tr> <td>MSc</td> <td>1</td> <td>5,3</td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td>19</td> <td>100,0</td> </tr> </tbody> </table>		Frequency	Percent	EB-9Ano	3	15,8	ES-12ºAno	9	47,4	Lic	6	31,6	MSc	1	5,3	Total	19	100,0
	Frequency	Percent																	
EB-9Ano	3	15,8																	
ES-12ºAno	9	47,4																	
Lic	6	31,6																	
MSc	1	5,3																	
Total	19	100,0																	
<p>Situação Laboral</p> <p>A nível da atividade laboral das participantes (n=14; 73,7%) de mulheres trabalhando em Tempo Completo (n=2; 10,5%) de mulheres trabalhando em Tempo Parcial (n=3; 15,8%) de mulheres trabalhando em Tempo Completo.</p> <p>Nota: as tabelas são retiradas do Output do ficheiro SPSS</p>	<p><i>Tabela 4 Estatísticas descritivas de acordo com a situação laboral das participantes</i></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Frequency</th> <th>Percent</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Desempregada</td> <td>3</td> <td>15,8</td> </tr> <tr> <td>EmpregadoTC</td> <td>14</td> <td>73,7</td> </tr> <tr> <td>EmpregadoTP</td> <td>2</td> <td>10,5</td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td>19</td> <td>100,0</td> </tr> </tbody> </table>		Frequency	Percent	Desempregada	3	15,8	EmpregadoTC	14	73,7	EmpregadoTP	2	10,5	Total	19	100,0			
	Frequency	Percent																	
Desempregada	3	15,8																	
EmpregadoTC	14	73,7																	
EmpregadoTP	2	10,5																	
Total	19	100,0																	
<p>Zona de Residência</p> <p>A maioria das participantes residem na zona urbana (n=14; 73,7%) o restante reside em zona rural (n=5; 26,3%)</p> <p>Nota: as tabelas são retiradas do Output do ficheiro SPSS</p>	<p><i>Tabela 5 Estatísticas descritivas de acordo com a zona de residência das participantes</i></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Zona</th> <th>Frequency</th> <th>Percent</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Rural</td> <td>5</td> <td>26,3</td> </tr> <tr> <td>Urbano</td> <td>14</td> <td>73,7</td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td>19</td> <td>100,0</td> </tr> </tbody> </table>	Zona	Frequency	Percent	Rural	5	26,3	Urbano	14	73,7	Total	19	100,0						
Zona	Frequency	Percent																	
Rural	5	26,3																	
Urbano	14	73,7																	
Total	19	100,0																	

Parte II – DADOS CLINICOS OBSTETRICOS

Antecedentes Pessoais e Familiares

Distribuição das patologias que com maior ou menor frequência das participante da pesquisa. (n=14; 76,6%) São saudáveis. (n= 4; 21,2%) Têm patologias provocadas pela gravidez e (n=1; 5,3%) patologias que independem do estado gravídico. Em relação aos Antecedentes Familiares, levando em consideração apenas os ascendentes diretos da grávida (n=30; 79% são saudáveis. Dos restantes as patologias que exercem influência direta sob o estado gestacional igualham-se em proporções os antecedentes do ramo materno e parterno (n= 1; 2,6%)Hipertensão arterial sistêmica. (n=1; 2,6%) Diabetes Mellitus) Ramo materno. (n=2; 5,3%) Miocardiopatias e Insf. Cardíaca no Ramo paterno. Dos restantes (n=3; 7,9% e n=1; 2,6%) para o Cancro Ramo materno e Ramo parterno respectivamente.

Nota: as tabelas são retiradas do Output do ficheiro SPSS

Tabela 6 Representação das patologias das participantes e dos antecedentes diretos

Antecedentes Pessoais	Patologia	Frequency	Percent
Saudáveis	Sem doenças	14	76,7
Patologia da Gravida	Pele asópica	1	5,3
	Hipertensão Gestacional	1	5,3
	Diabetes Gestacional	1	5,3
	Trombocitopenia	1	5,3
	Anemia	1	5,3
Total		19	100
Antecedentes Familiares	Patologia	Frequency	Percent
Saudáveis	Sem doenças	30	79
Patologia ramo materno	Cancro de mama	3	7,9
	Hipertensão	1	2,6
	Diabetes mellitus	1	2,6
Patologia ramo paterno	Cancro de Tíróide	1	2,6
	Miocardiopatia e Insuf. Cardíaca	2	5,3
Totais		38	100

Índice Obstétrico das participantes

Em relação a classificação do parto a nível do tempo de gravidez, do último parto das participantes (n=19;100%) foram partos a termo. (n=14; 73,7%) Primípara, sem abortos, mortes fetais, gravidezes equitópicas e IMG. (n=5; 26,3%) Multiparas, dentre elas (n=3; 60%) tiveram partos pré termospartos a termo. (n=2;40%) tiveram abortos (n=1;20%) tiveram Morte fetal acima de vinte semanas e . (n=1;20%) fez uma IMG.

Nota: as tabelas são retiradas do Output do ficheiro SPSS

Tabela 7 Estatísticas descritivas relativamente ao índice obstétrico das participantes

	Parto a Termo	Parto. Pré-Termo	Aborto	Morte Fetal	Gravidez Ectópica
Primípara	14	0	0	0	0
Multipara	5	3	2	1	0
Total	19	3	2	1	0

<p>Utilização de fármacos com medida preventiva</p> <p>Em relação a utilização preventiva nas participantes em protocolos de antibióticos na amostra (n=11; 57,9%) não fez uso de antibióticos, enquanto que (n=8;42,1%) fez algum tipo de protocolo com a utilização de antibiótico. Nota: as tabelas são retiradas do Output do ficheiro SPSS</p>	<p>Tabela 12 Estatísticas descritivas da utilização de antibióticos pelas participantes</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Frequência</th> <th>Porcent.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Não</td> <td>11</td> <td>57,9</td> </tr> <tr> <td>Sim</td> <td>8</td> <td>42,1</td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td>19</td> <td>100,0</td> </tr> </tbody> </table>		Frequência	Porcent.	Não	11	57,9	Sim	8	42,1	Total	19	100,0																		
	Frequência	Porcent.																													
Não	11	57,9																													
Sim	8	42,1																													
Total	19	100,0																													
Plano de parto																															
<p>Tabela 12 Estatísticas descritivas relativamente ao tipo de plano de parto das participantes</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Frequência</th> <th>Porcent.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Não Fez</td> <td>16</td> <td>84,2</td> </tr> <tr> <td>Institucional</td> <td>2</td> <td>10,5</td> </tr> <tr> <td>Plano feito pela grávida</td> <td>1</td> <td>5,3</td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td>19</td> <td>100,0</td> </tr> </tbody> </table>		Frequência	Porcent.	Não Fez	16	84,2	Institucional	2	10,5	Plano feito pela grávida	1	5,3	Total	19	100,0	<p>Tabela 13 Estatísticas descritivas relativamente ao existência do plano de parto das participantes</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Frequência</th> <th>Porcent.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Não conhecia</td> <td>10</td> <td>52,6</td> </tr> <tr> <td>Sim</td> <td>3</td> <td>15,8</td> </tr> <tr> <td>Não</td> <td>6</td> <td>31,6</td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td>19</td> <td>100,0</td> </tr> </tbody> </table>		Frequência	Porcent.	Não conhecia	10	52,6	Sim	3	15,8	Não	6	31,6	Total	19	100,0
	Frequência	Porcent.																													
Não Fez	16	84,2																													
Institucional	2	10,5																													
Plano feito pela grávida	1	5,3																													
Total	19	100,0																													
	Frequência	Porcent.																													
Não conhecia	10	52,6																													
Sim	3	15,8																													
Não	6	31,6																													
Total	19	100,0																													
<p>Em relação ao conhecimento das participantes sobre a existência do plano de parto e se realizaram o plano de parto (n=10; 52,6%) afirmara, não saber do que se tratava o plano de parto enquanto que (n=3; 15,8 Sabiam e fizeram plano de parto e (n=6=31,6%)afirmaram saber do que se trata mas não fizeram. Desses percentual que conhecia e fez a a planificação do parto apenas 1 parturiente fez seu próprio plano as restantes fez um plano oferecido pela instituição realizadora do parto. Nota: as tabelas são retiradas do Output do ficheiro SPSS</p>																															
<p>Curso de preparação para o parto</p> <p>Das participantes da pesquisa (n=7; 36,8%) realizaram o curso de preparação para o nascimento. As demais (n=12; 63,2%) não realizaram o curso por falta de recursos e por não ser ofertado nos centros de saúde onde estavam sendo seguidas. Referendo as que participaram que foi muito útil as aulas. Nota: as tabelas são retiradas do Output do ficheiro SPSS</p>	<p>Tabela 14 Estatísticas descritivas relativamente a realização do curso de preparação para o parto das participantes</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Frequência</th> <th>Porcent.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Não</td> <td>12</td> <td>63,2</td> </tr> <tr> <td>Sim</td> <td>7</td> <td>36,8</td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td>19</td> <td>100,0</td> </tr> </tbody> </table>		Frequência	Porcent.	Não	12	63,2	Sim	7	36,8	Total	19	100,0																		
	Frequência	Porcent.																													
Não	12	63,2																													
Sim	7	36,8																													
Total	19	100,0																													
<p>Controlo da dor por Anestesia</p> <p>As participantes que utilizaram anestesia foram apenas as submetidas ao parto cirúrgico cesariana que compreende (n=3; 15%) e dentre elas (n=2; 10,5%) submetidas a RaquiAnestesia e (n=1; 5,3%) foi submetida a Anestesia Geral. Nota: as tabelas são retiradas do Output do ficheiro SPSS</p>	<p>Tabela 15 Estatísticas descritivas relativamente a utilização de anestesia pelas participantes</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Frequência</th> <th>Porcent.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Não</td> <td>16</td> <td>84,2</td> </tr> <tr> <td>Sim</td> <td>3</td> <td>15,8</td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td>19</td> <td>100,0</td> </tr> </tbody> </table>		Frequência	Porcent.	Não	16	84,2	Sim	3	15,8	Total	19	100,0																		
	Frequência	Porcent.																													
Não	16	84,2																													
Sim	3	15,8																													
Total	19	100,0																													
<p>Controlo da dor por Analgesia Epidural</p> <p>A maioria das participantes utilizaram Epidural (n=16; 84,2%) as demais chegaram em período expulsivo (n=3; 15,8%). Nota: as tabelas são retiradas do Output do ficheiro SPSS</p>	<p>Tabela 16 Estatísticas descritivas relativamente a utilização de anestesia pelas participantes</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Frequência</th> <th>Porcent.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Não</td> <td>1</td> <td>6,25</td> </tr> <tr> <td>Sim</td> <td>15</td> <td>93,75</td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td>16</td> <td>100,0</td> </tr> </tbody> </table>		Frequência	Porcent.	Não	1	6,25	Sim	15	93,75	Total	16	100,0																		
	Frequência	Porcent.																													
Não	1	6,25																													
Sim	15	93,75																													
Total	16	100,0																													

Controlo de medidas não farmacológicas

Tabela 16 Estatísticas descritivas relativamente ao controlo da dor através de massagem aplicada às participantes

	Resposta	Porcent.
Não	13	68,4
Sim	6	31,6
Total	19	100,0

Tabela 17 Estatísticas descritivas relativamente ao controlo da dor através da utilização do duch pelas participantes

	Resposta	Porcent.
Valid	Não	15
	Sim	3
	Total	18
Invalid	Systems	1
Total	19	100,0

Tabela 18 Estatísticas descritivas relativamente ao controlo da dor através da musicoterapia aplicada às participantes

	Resposta	Porcent.
Não	12	63,2
Sim	7	36,8
Total	19	100,0

Tabela 19 Estatísticas descritivas relativamente ao controlo da dor através da utilização da bola de pilates aplicada às participantes

	Resposta	Porcent.
Não	13	68,4
Sim	6	31,6
Total	19	100,0

Tabela 20 Estatísticas descritivas relativamente ao controlo da dor através de alternância de postura aplicada às participantes

	Resposta	Porcent.
Não	12	63,2
Sim	7	36,8
Total	19	100,0

Em relação a utilização de medidas não farmacológicas da dor está intimamente ligada as condições de estrutura dos Blocos de parto, para além disso, é necessário trabalhar a parturiente e pessoa significativa no envolvimento das distrações da dor. O trabalho depende de um mecanismo que é introjetado nos intervenientes desde o período da realização do pré-natal, onde lhes são explicados e abordados a utilização de métodos que promovem o alívio da dor através da distração do foco da mesma.

O controlo da dor através da aplicação de massoterapia foi aplicada (n=6; 31,6%) da amostra e as demais não referiram se foi oferecido, não assinalaram a opção (n=13; 68,4).

O controlo da dor através do Duch foi aplicada a (n=15; 78%) da amostra não foi aplicado controlo da dor através do duch. Enquanto que (n=3; 15,8%) pode utilizar esse método e (n=1; 5,3%) não assinalou no guião.

O controlo da dor através da Musicoterapia foi aplicada (n=7; 36,8%) as demais participantes referiram não ter utilizado esse método (n=12; 63,2%).

O controlo da dor através da utilização da Bola de Pilates foi aplicada (n=6; 31,6%) as demais referiram não utilizar o método (n=13; 68,4%).

O controlo da dor através da Alternância de Posturas foi aplicada (n=7; 36,8%) da amostra utilizou o de mudança de posições para alívio e controlo dos desconfortos, as demais (n=12; 63,2%) assinalaram que não utilizaram o método.

Nota: as tabelas são retiradas do Output do ficheiro SPSS

Lesões perineais

Em relação a ocorrência de lesões do períneo detre as participantes da pesquisa pode-se constatar (n=8; 42,1% matuveram períneo íntacto,

Tabela 21 Estatísticas descritivas relativamente as lesões do períneo que apresentaram as participantes

Tipo de lesão	Resposta	Porcent.
Períneo íntacto	8	42,1

as demais (n=6; 31,6%) sofreram episiotomia, (n=4; 21,1%)sofreram lacerações e (n=1; 5,3%)sofreram episiotomia e lacerações.

Nota: as tabelas são retiradas do Output do ficheiro SPSS.

Episiotomia	6	31,6
Laceração	4	21,1
Episiotomia & Laceração	1	5,3
Total	19	100,0

Experiência do Trabalho de Parto

Em relação a com experienciaram o trabalho de Parto as participantes da pesquisa na maioria classificou como Má(n=8; 42,1%) Raznável (n=15; 15,8%) Boa (n=7; 36,8%) e Muito boa (n=1; 5,3%).

Nota: as tabelas são retiradas do Output do ficheiro SPSS

Tabela 22 Estatísticas descritivas relativamente a experiência no trabalho de parto das participantes

	Frequência	Porcentagem
Muito boa	1	5,3
Boa	7	36,8
Raznável	3	15,8
Má	8	42,1
Total	19	100,0

Parte IV – DADOS SOBRE O BEBÊ

Alimentação

No momento da alta hospitalar em relação ao aleitamento materno exclusivo (n=17; 89,5%) enquanto em aleitamento misto, ou seja, materno e fórmula (n=1; 5,3%) e o restante por fórmula (n=1; 5,3%).

Nota: as tabelas são retiradas do Output do ficheiro SPSS

Tabela 23 Estatísticas descritivas relativamente a alimentação do RN no momento da alta hospitalar

	Frequência	Porcentagem
Leite materno exclusivo	17	89,5
Leite materno e fórmula	1	5,3
Fórmula	1	5,3
Total	19	100,0

Alimentação

Relativamente a alimentação do bebé no segundo momento da pesquisa os dados são em relação ao aleitamento materno exclusivo (n=9; 47,4%) enquanto em aleitamento misto (n=5; 26,3%) e o restante por fórmula (n=5; 26,3%).

Nota: as tabelas são retiradas do Output do ficheiro SPSS

Tabela 24 Estatísticas descritivas relativamente a alimentação do RN no segundo momento da entrevista das participantes

	Frequência	Porcentagem
Exclusivo Materno	9	47,4
Misto	5	26,3
Fórmula	5	26,3
Total	19	100,0

Baixo peso ao nascer

Relativamente ao baixo peso ao nascer ($n=16$; 84,2%) recém-nascidos estavam com peso adequado para idade, os demais ($n=3$; 15,8%) estavam abaixo do peso.

Nota: as tabelas são retiradas do Output do ficheiro SPSS

Tabela 25 Estatísticas descritivas relativamente a complicações no bebé

	Frequência	Porcentagem
Não	16	84,2
Sim	3	15,8
Total	19	100,0

Internamento na Neonatologia

Relativamente a internamentos na neonatologia observou-se na amostra que ($n=2$; 10,5%) recém-nascidos foram internados, os demais ($n=17$; 89,5%) estavam na companhia da mãe no internamento de puérperas.

Nota: as tabelas são retiradas do Output do ficheiro SPSS

Tabela 26 Estatísticas descritivas relativamente a complicações no bebé

	Frequência	Porcentagem
Não	17	89,5
Sim	2	10,5
Total	19	100,0

Mastite

Na maior parte das puérperas ($n=14$; 73,7%) não tiveram complicações com a mastite. Nas demais ($n=5$; 26,3%) apresentaram esta complicação em alguma altura do puerpério.

Nota: as tabelas são retiradas do Output do ficheiro SPSS

Tabela 27 Estatísticas descritivas relativamente a complicações na amamentação

	Frequência	Porcentagem
Não	14	73,7
Sim	5	26,3
Total	19	100,0

Ingurgitamento

Relativamente ao ingurgitamento as puérperas da pesquisa ($n=10$; 52,6%) não tiveram essa complicação durante a amamentação. Enquanto ($n=9$; 47,4%) apresentaram esta complicação em alguma altura do puerpério.

Nota: as tabelas são retiradas do Output do ficheiro SPSS

Tabela 28 Estatísticas descritivas relativamente a complicações na amamentação

	Frequência	Porcentagem
Não	10	52,6
Sim	9	47,4
Total	19	100,0

Complicações Fissuras

Relativamente as fissuras a maioria das participantes ($n=12$; 63,2%) referiram não tiver essa complicação durante a amamentação. Enquanto ($n=7$; 36,8%) apresentaram esta complicação no início do processo da amamentação.

Nota: as tabelas são retiradas do Output do ficheiro SPSS

Tabela 29 Estatísticas descritivas relativamente a complicações no bebé

	Frequência	Porcentagem
Não	12	63,2
Sim	7	36,8
Total	19	100,0

Parte V – DADOS SOBRE O PUERPÉRIO
Relativamente aos sentimentos da mãe durante a fase puerperal no domicílio
Tabela 30 Estatísticas descritivas como enfrenta a fase puerperal relativamente alegria

	Enfrentou	Deitou
Não	9	47,4
Sim	10	52,6
Total	19	100,0

Tabela 31 Estatísticas descritivas como enfrenta a fase puerperal relativamente apreensão

	Enfrentou	Deitou
Não	18	94,7
Sim	1	5,3
Total	19	100,0

Tabela 32 Estatísticas descritivas como enfrenta a fase puerperal relativamente tristeza

	Enfrentou	Deitou
Não	14	73,7
Sim	5	26,3
Total	19	100,0

Tabela 33 Estatísticas descritivas como enfrenta a fase puerperal relativamente medo

	Enfrentou	Deitou
Não	12	63,2
Sim	6	31,6
Não assinalou ou	1	5,3
Total	19	100,0

Tabela 34 Estatísticas descritivas como enfrenta a fase puerperal relativamente segurança

	Enfrentou	Deitou
Não	16	84,2
Sim	3	15,8
Total	19	100,0

Tabela 35 Estatísticas descritivas como enfrenta a fase puerperal relativamente insegurança

	Enfrentou	Deitou
Não	9	47,4
Sim	10	52,6
Total	19	100,0

Tabela 36 Estatísticas descritivas como enfrenta a fase puerperal relativamente ansiedade

	Enfrentou	Deitou
Não	7	36,8
Sim	12	63,2
Total	19	100,0

Tabela 37 Estatísticas descritivas como enfrenta a fase puerperal relativamente irritação

	Enfrentou	Deitou
Não	16	84,2
Sim	3	15,8
Total	19	100,0

Tabela 38 Estatísticas descritivas como enfrenta a fase puerperal relativamente choro frequente

	Enfrentou	Deitou
Não	11	57,9
Sim	7	42,1
Total	19	100,0

Tabela 39 Estatísticas descritivas como enfrenta a fase puerperal relativamente sentimentos de incapacidade

	Enfrentou	Deitou
Não	12	63,2
Sim	7	36,8
Total	19	100,0

Em relação aos sentimentos da mãe ao enfrentamento do período puerperal. Relativamente ao enfrentamento desta fase com sentimentos de alegria (n=10; 52,4%) as demais (n=9; 47,4%) não refere esse sentimento. Relativamente ao enfrentamento desta fase com sentimentos de apreensão, a maioria das puérperas não refere esse sentimento (n=18; 94,7%) as demais (n=1; 5,3%) assinala esta opção. Relativamente ao enfrentamento desta fase com sentimentos de tristeza, a maioria das puérperas não refere esse sentimento (n=14; 73,7%) as demais (n=5; 26,3%) refere sentir tristeza em algum momento. Relativamente ao enfrentamento desta fase com sentimentos de medo a maioria das puérperas referiu não sentir medo (n=12; 63,2%). Enquantoas (n=6; 31,6%) referiu sentir medo e (n=1; 5,3) não assilou essa opção. Relativamente a maioria das puérperas referiu não ter segurança ao enfrentamento desta fase (n=16; 84,2%) as demais (n=3; 15,8%) sente-se segura. Na exposição do sentimento de insegurança observou-se que também a maioria referiu que sente insegurança (n=10; 52,6%) e as demais (n=9; 47,4%). Relativamente ao enfrentamento desta fase com sentimentos de ansiedade a maioria referiu sentir (n=12; 63,2%) as demais (n=7; 36,8%) não referiu esse sentimento.

Relativamente ao enfrentamento desta fase com sentimentos de irritação a maioria referiu não sentir esse sentimento ($n=16$; 84,2%). Enquanto que ($n=3$; 15,8%) referiu esse senti-lo.
 Relativamente ao enfrentamento desta fase com choro frequente e sem explicação a maioria referiu não sentir ($n=11$; 57,9%) as demais ($n=7$; 42,1%) referiu esse sentimento com frequência.
 Relativamente ao enfrentamento desta fase com sentimentos de incapacidade a maioria referiu não sentir ($n=12$; 63,2%) as demais ($n=7$; 36,8%) referiu sentir em algum momento esse sentimento.
 Nota: as tabelas são retiradas do Output do ficheiro SPSS

Como se sente como mãe

Relativamente a como as participantes se sentem como mãe, a maioria ($n=16$; 84,2%) referiu estar satisfeita, as demais ($n=3$; 15,8%) referiu estar insatisfeita como mãe.

Nota: as tabelas são retiradas do Output do ficheiro SPSS

Tabela 40 Estatísticas descritivas como a participante se sente enquanto mãe

	Quantidade	Porcentagem
Satisfeita	16	84,2
Insatisfeita	3	15,8
Total	19	100,0

Participação do pai

Relativamente a como a participação dos pais no tocante ao apoio da mãe, a maioria ($n=17$; 89,5%) referiu estar satisfeita, as demais ($n=2$; 10,5%) referiu estar insatisfeita como mãe.

Nota: as tabelas são retiradas do Output do ficheiro SPSS

Tabela 41 Estatísticas descritivas como a participante se sente quanto a participação do pai do bebé

	Quantidade	Porcentagem
Satisfeita	17	89,5
Insatisfeita	2	10,5
Total	19	100,0

Imagem Corporal

Relativamente a como as participantes se sentem em relação a sua imagem corporal neste período, a maioria ($n=11$; 57,9%) referiu estar satisfeita, as demais ($n=7$; 36,8%) referiu estar insatisfeita e ($n=1$; 5,3) não assinalou esta opção.

Nota: as tabelas são retiradas do Output do ficheiro SPSS

Tabela 42 Estatísticas descritivas como a participante se sente relativamente sua imagem corporal

	Quantidade	Porcentagem
Não refere	1	5,3
Satisfeita	11	57,9
Insatisfeita	7	36,8
Total	19	100,0

Auto Estima

Relativamente a como as participantes se sentem em relação a auto estima, a maioria ($n=13$; 68,4%) referiu estar satisfeita, as demais ($n=6$; 31,6%) referiu estar insatisfeita.

Nota: as tabelas são retiradas do Output do ficheiro SPSS

Tabela 43 Estatísticas descritivas como a participante se sente relativamente sua auto estima

	Quantidade	Porcentagem
Preservada	13	68,4
Baixa	6	31,6
Total	19	100,0

Sono e Repouso

Relativamente a como as participantes se sentem em relação ao descanso, a maioria ($n=14$; 73,1%) referiu estar afetado, as demais ($n=5$; 26,9%) referiu estar preservado.

Nota: as tabelas são retiradas do Output do ficheiro SPSS

Tabela 44 Estatísticas descritivas como a participante se sente relativamente ao sono e repouso

	Quantidade	Porcentagem
Preservado	5	26,9
Afetado	14	73,1
Total	19	100,0

Sexualidade

Relativamente a como as participantes se sentem com relação a integridade da sua sexualidade, a maioria ($n=11$; 57,9%) referiu estar preservada, enquanto ($n=8$; 42,1%) referiu estar afetada.

Nota: as tabelas são retiradas do Output do ficheiro SPSS

Tabela 45 Estatísticas descritivas como a participante se sente relativamente a integridade da sua sexualidade

	Quantidade	Porcentagem
Preservada	11	57,9
Afetada	8	42,1
Total	19	100,0



APÊNDICE D – Output SPSS



```
FREQUENCIES VARIABLES=Idade1
  /STATISTICS=STDDEV MINIMUM MAXIMUM MEAN MEDIAN
  /ORDER=ANALYSIS.
```

Frequencies

Statistics

Idade1		
N	Valid	19
	Missing	0
Mean		30,68
Median		31,00
Std. Deviation		6,237
Minimum		18
Maximum		39

Idade1						
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent	
Valid	18	1	5,3	5,3	5,3	
	20	1	5,3	5,3	10,5	
	24	1	5,3	5,3	15,8	
	26	1	5,3	5,3	21,1	
	27	1	5,3	5,3	26,3	
	28	1	5,3	5,3	31,6	
	29	2	10,5	10,5	42,1	
	31	2	10,5	10,5	52,6	
	32	1	5,3	5,3	57,9	
	33	1	5,3	5,3	63,2	
	35	2	10,5	10,5	73,7	
	36	2	10,5	10,5	84,2	
	38	2	10,5	10,5	94,7	
	39	1	5,3	5,3	100,0	
	Total		19	100,0	100,0	

```
FREQUENCIES VARIABLES=Idade1
  /STATISTICS=STDDEV MINIMUM MAXIMUM MEAN MEDIAN MODE
  /ORDER=ANALYSIS.
```

Frequencies

Statistics

Idade1

N	Valid	19
	Missing	0
Mean		30,68
Median		31,00
Mode		29 ^a
Std. Deviation		6,237
Minimum		16
Maximum		39

a. Multiple modes exist. The smallest value is shown

Idade1

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	16	1	5,3	5,3	5,3
	20	1	5,3	5,3	10,5
	24	1	5,3	5,3	15,8
	26	1	5,3	5,3	21,1
	27	1	5,3	5,3	26,3
	28	1	5,3	5,3	31,6
	29	2	10,5	10,5	42,1
	31	2	10,5	10,5	52,6
	32	1	5,3	5,3	57,9
	33	1	5,3	5,3	63,2
	35	2	10,5	10,5	73,7
	36	2	10,5	10,5	84,2
	38	2	10,5	10,5	94,7
	39	1	5,3	5,3	100,0
	Total		19	100,0	100,0

FREQUENCIES VARIABLES=EstadoCivil2 Escolaridade3
/ORDER=ANALYSIS.

Frequencies

Statistics

		EstadoCivil2	Escolaridade3
N	Valid	19	19
	Missing	0	0

Frequency Table

EstadoCivil2

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Solteira	2	10,5	10,5	10,5
	Casada	4	21,1	21,1	31,6
	União de facto	13	68,4	68,4	100,0
	Total	19	100,0	100,0	

Escolaridade3

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	EB-9Ano	3	15,8	15,8	15,8
	ES-12ºAno	9	47,4	47,4	63,2
	Lic	6	31,6	31,6	94,7
	MSc	1	5,3	5,3	100,0
	Total	19	100,0	100,0	

```
FREQUENCIES VARIABLES=SituaLaboral5 Residencia6
/ORDER=ANALYSIS.
```

Frequencies

Statistics

		SituaLaboral5	Residencia6
N	Valid	19	19
	Missing	0	0

Frequency Table



SituaLabora15

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Desempregada	3	15,8	15,8	15,8
	EmpregadoTC	14	73,7	73,7	89,5
	EmpregadoTP	2	10,5	10,5	100,0
Total		19	100,0	100,0	

Residencia6

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Rural	5	26,3	26,3	26,3
	Urbano	14	73,7	73,7	100,0
Total		19	100,0	100,0	

```
FREQUENCIES VARIABLES=PartosTermo71 PartosPreTermo72 Aborto73 MorteFetal74
GravidezEctopica75
    FilhosVivos76 IMG77
/ORDER=ANALYSIS.
```

Frequencies

Statistics

		PartosTermo71	PartosPreTermo72	Aborto73	MorteFetal74	GravidezEctopica75
N	Valid	19	19	19	19	19
	Missing	0	0	0	0	0

Statistics

		FilhosVivos76	IMG77
N	Valid	19	19
	Missing	0	0

Frequency Table

PartosTermo71

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	16	84,2	84,2	84,2
	2	3	15,8	15,8	100,0
Total		19	100,0	100,0	



PartosPreTermo72

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	16	84,2	84,2	84,2
	Sim	3	15,8	15,8	100,0
	Total	19	100,0	100,0	

Aborto73

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	16	84,2	84,2	84,2
	Sim	2	10,5	10,5	94,7
	3	1	5,3	5,3	100,0
	Total	19	100,0	100,0	

MorteFetal74

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	18	94,7	94,7	94,7
	Sim	1	5,3	5,3	100,0
	Total	19	100,0	100,0	

GravidezEctopica75

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	19	100,0	100,0	100,0

IMG77

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	18	94,7	94,7	94,7
	Sim	1	5,3	5,3	100,0
	Total	19	100,0	100,0	

DATASET ACTIVATE DataSet1.

```
SAVE OUTFILE='C:\Users\Prof Margarida\Google '+
'Drive\0-Aulas-MSMO-Relatorio-2018-2019\Defesas-Publicas\AntoniaJossice
li\Antonia-Mulheres.sav'
/COMPRESSED.
FREQUENCIES VARIABLES=FilhosVivos76
/ORDER=ANALYSIS.
```

Frequencies

Statistics

FilhosVivos76

N	Valid	19
	Missing	0

```
FREQUENCIES VARIABLES=FilhosVivos76
/ORDER=ANALYSIS.
```

Frequencies

Statistics

FilhosVivos76

N	Valid	19
	Missing	0

```
FREQUENCIES VARIABLES=FilhosVivos76
/ORDER=ANALYSIS.
```

Frequencies

Statistics

FilhosVivos76

N	Valid	19
	Missing	0

FilhosVivos76

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 filho	15	78,9	78,9	78,9
	2 ou mais filhos	4	21,1	21,1	100,0
Total		19	100,0	100,0	

```
FREQUENCIES VARIABLES=DoençaFamiliar7A
/ORDER=ANALYSIS.
```

Frequencies

Statistics

DoençaFamiliar7A

N	Valid	19
	Missing	0

DoençaFamiliar7A

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2	10,5	10,5	10,5
0	6	31,6	31,6	42,1
Asma, atopia na pele	1	5,3	5,3	47,4
Cancro de mama mãe. Anemia grávida	1	5,3	5,3	52,6
Gravida com Diabetes controlada com dieta	1	5,3	5,3	57,9
Hipertensão Mae. Diabetes mellitus Mãe. Cancro de Toreóide Pai	1	5,3	5,3	63,2
Hipertensão Pai	1	5,3	5,3	68,4
Mãe Cancro de mama	1	5,3	5,3	73,7
mãe cancro de mama Pai Miocardiopatia e Insuficiencia Cardiaca	1	5,3	5,3	78,9
Não refere	2	10,5	10,5	89,5
Problemas cardiacos pai e Diabetes Avó	1	5,3	5,3	94,7
Trombocitopenia	1	5,3	5,3	100,0
Total	19	100,0	100,0	

```

FREQUENCIES VARIABLES=Gravidez8 NumFetos81 LesaPerineo82 ClassificaParto83
ControloEpidural84
    ControloMassagem84 ControloDuche84 ControloMusicoterapia84 ControloPila
tes84 ControloPosturas84
    Anestesia84 TipoParto85 FarmacoOcitocina86 FarmacoAntibiotico86 PlanoDe
Parto9 TipoDePlanoDeParto91
    CursoPParto92
    /ORDER=ANALYSIS.

```

Frequencies

Statistics

		Gravidez8	NumFetos81	Lesaperineo82	ClassificaParto83	ControloEpidural84
N	Valid	19	19	19	19	19
	Missing	0	0	0	0	0



Statistics

		ControloMassagem84	ControloDuche84	ControloMusico84	ControloPilates84	ControloPosturas84
N	Valid	19	18	19	19	19
	Missing	0	1	0	0	0

Statistics

		Anestesia84	TipoParto85	FarmacoOcitocina86	FarmacoAntibiotico86	PlanoDeParto9
N	Valid	19	19	19	19	19
	Missing	0	0	0	0	0

Statistics

		TipoDePlanoDeParto91	CursoPParto92
N	Valid	19	19
	Missing	0	0

Frequency Table

Gravidez8

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baixo risco	14	73,7	73,7	73,7
	Alto risco	5	26,3	26,3	100,0
Total		19	100,0	100,0	

NumFetos81

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Gravidez simples	19	100,0	100,0	100,0

Lesaperineo82

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	.00	8	42,1	42,1	42,1
	Episiotomia	6	31,6	31,6	73,7
	Laceração	4	21,1	21,1	94,7
	Episiotomia & Laceração	1	5,3	5,3	100,0
	Total	19	100,0	100,0	

ClassificaParto83

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Pre-termo	1	5,3	5,3	5,3
	Termo	17	89,5	89,5	94,7
	Pós-termo	1	5,3	5,3	100,0
	Total	19	100,0	100,0	

ControloEpidural84

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	3	15,8	15,8	15,8
	Sim	16	84,2	84,2	100,0
	Total	19	100,0	100,0	

ControloMassagem84

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	13	68,4	68,4	68,4
	Sim	6	31,6	31,6	100,0
	Total	19	100,0	100,0	

ControloDuche84

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	15	78,9	83,3	83,3
	Sim	3	15,8	16,7	100,0
	Total	18	94,7	100,0	
Missing	System	1	5,3		
Total		19	100,0		

ControloMusicoterapia84

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	12	63,2	63,2	63,2
	Sim	7	36,8	36,8	100,0
	Total	19	100,0	100,0	

ControloPilates84

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	13	68,4	68,4	68,4
	Sim	6	31,6	31,6	100,0
Total		19	100,0	100,0	

ControloPosturas84

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	12	63,2	63,2	63,2
	Sim	7	36,8	36,8	100,0
Total		19	100,0	100,0	

Anestesia84

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	.00	16	84,2	84,2	84,2
	RaquiAnestesia	2	10,5	10,5	94,7
	GeraloAnestesia	1	5,3	5,3	100,0
	Total	19	100,0	100,0	

TipoParto85

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	.00	1	5,3	5,3	5,3
	Eutocico	11	57,9	57,9	63,2
	Cesariana	2	10,5	10,5	73,7
	Forceps/ventosa	5	26,3	26,3	100,0
	Total	19	100,0	100,0	

FarmacoOcitocina86

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	19	100,0	100,0	100,0



FarmacoAntibiotico86

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	11	57,9	57,9	57,9
	Sim	8	42,1	42,1	100,0
Total		19	100,0	100,0	

PlanoDeParto9

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	.00	10	52,6	52,6	52,6
	Sim	3	15,8	15,8	68,4
	Não	6	31,6	31,6	100,0
Total		19	100,0	100,0	

TipoDePlanoDeParto91

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não Fez	17	89,5	89,5	89,5
	Institucional	2	10,5	10,5	100,0
	Total	19	100,0	100,0	

CursoPParto92

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	12	63,2	63,2	63,2
	Sim	7	36,8	36,8	100,0
Total		19	100,0	100,0	

```

FREQUENCIES VARIABLES=DuraçãoTP93
  /STATISTICS=STDDEV MINIMUM MAXIMUM MEAN MEDIAN MODE
  /ORDER=ANALYSIS.

```

Frequencies



Statistics

DuraçãoTP93

N	Valid	19
	Missing	0
Mean		20,32
Median		14,00
Mode		14
Std. Deviation		19,310
Minimum		1
Maximum		78

DuraçãoTP93

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent	
Valid	1	1	5,3	5,3	5,3	
	3	1	5,3	5,3	10,5	
	7	2	10,5	10,5	21,1	
	9	2	10,5	10,5	31,6	
	10	1	5,3	5,3	36,8	
	14	4	21,1	21,1	57,9	
	16	2	10,5	10,5	68,4	
	18	1	5,3	5,3	73,7	
	24	1	5,3	5,3	78,9	
	36	1	5,3	5,3	84,2	
	48	2	10,5	10,5	94,7	
	78	1	5,3	5,3	100,0	
	Total		19	100,0	100,0	

```

FREQUENCIES VARIABLES=ExperienciaParto94 RNsexo10 RNalimentaçãoNaAltaHospit
alar11
RNalimentaçãoNoSegundoMomento111 ComplicaMastite112 ComplicaFissuras112
ComplicaIngurgitamnto112
OutrasBxPesol13 OutrasNeol13 Notas14 EnfrentaPuerpAlegria151 EnfrentaPu
erpApreensão152
EnfrentaPuerpTristeza153 EnfrentaPuerpMedo154 EnfrentaPuerpSegurança155
EnfrentaPuerpInsegurança156
EnfrentaPuerpAnsiedade157 EnfrentaPuerpIrritação128 EnfrentaPuerpChoroF
req129
EnfrentaPuerpIncapacidade1510 SenteMãe16 ParticipaPai17 ImagemCorporal1
8 Autoestima19 SonoRepouso20
Sexualidade21
/STATISTICS=STDDEV MINIMUM MAXIMUM MEAN MEDIAN MODE

```

/ORDER=ANALYSIS.

Frequencies

Frequency Table

ExperienciaParto94

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Muito boa	1	5,3	5,3	5,3
	Boa	7	36,8	36,8	42,1
	Razoável	3	15,8	15,8	57,9
	Má	8	42,1	42,1	100,0
	Total	19	100,0	100,0	

RNsexo10

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Masculino	10	52,6	52,6	52,6
	Feminino	9	47,4	47,4	100,0
	Total	19	100,0	100,0	

RNalimentaçãoNaAltaHospitalar11

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Leite materno exclusivo	17	89,5	89,5	89,5
	Leite materno e fórmula	1	5,3	5,3	94,7
	Fórmula	1	5,3	5,3	100,0
	Total	19	100,0	100,0	

RNalimentaçãoNoSegundoMomento111

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Exclusivo Materno	9	47,4	47,4	47,4
	Misto	5	26,3	26,3	73,7
	Formula	5	26,3	26,3	100,0
	Total	19	100,0	100,0	

ComplicaMastite112

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	14	73,7	73,7	73,7
	Sim	5	26,3	26,3	100,0
Total		19	100,0	100,0	

ComplicaFissuras112

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	10	52,6	52,6	52,6
	Sim	9	47,4	47,4	100,0
Total		19	100,0	100,0	

ComplicaIngurgitamento112

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	12	63,2	63,2	63,2
	Sim	7	36,8	36,8	100,0
Total		19	100,0	100,0	

OutrasBxPeso113

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	16	84,2	84,2	84,2
	Sim	3	15,8	15,8	100,0
Total		19	100,0	100,0	

OutrasNeo113

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	17	89,5	89,5	89,5
	Sim	2	10,5	10,5	100,0
Total		19	100,0	100,0	



EnfrentaPuerpAlegria151

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	9	47,4	47,4	47,4
	Sim	10	52,6	52,6	100,0
	Total	19	100,0	100,0	

EnfrentaPuerpApreensão152

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	18	94,7	94,7	94,7
	Sim	1	5,3	5,3	100,0
	Total	19	100,0	100,0	

EnfrentaPuerpTristeza153

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	,00	14	73,7	73,7	73,7
	1,00	5	26,3	26,3	100,0
	Total	19	100,0	100,0	

EnfrentaPuerpMedo154

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	12	63,2	63,2	63,2
	Sim	6	31,6	31,6	94,7
	4	1	5,3	5,3	100,0
	Total	19	100,0	100,0	

EnfrentaPuerpSegurança155

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	16	84,2	84,2	84,2
	Sim	3	15,8	15,8	100,0
	Total	19	100,0	100,0	

EnfrentaPuerpInsegurança156

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	9	47,4	47,4	47,4
	Sim	10	52,6	52,6	100,0
Total		19	100,0	100,0	

EnfrentaPuerpAnsiedade157

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	7	36,8	36,8	36,8
	Sim	12	63,2	63,2	100,0
Total		19	100,0	100,0	

EnfrentaPuerpIrritação128

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	16	84,2	84,2	84,2
	Sim	3	15,8	15,8	100,0
Total		19	100,0	100,0	

EnfrentaPuerpChoroFreq129

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	11	57,9	57,9	57,9
	Sim	7	36,8	36,8	94,7
	9	1	5,3	5,3	100,0
Total		19	100,0	100,0	

EnfrentaPuerpIncapacidade1510

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	12	63,2	63,2	63,2
	Sim	7	36,8	36,8	100,0
Total		19	100,0	100,0	

SenteMãe16

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Satisfeita	16	84,2	84,2	84,2
	Insatisfeita	3	15,8	15,8	100,0
	Total	19	100,0	100,0	

ParticipaPai17

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Satisfeita	17	89,5	89,5	89,5
	Insatisfeita	2	10,5	10,5	100,0
	Total	19	100,0	100,0	

ImagemCorporal18

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não refere	1	5,3	5,3	5,3
	Satisfeita	11	57,9	57,9	63,2
	Insatisfeita	7	36,8	36,8	100,0
	Total	19	100,0	100,0	

Autoestima19

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Preservada	13	68,4	68,4	68,4
	Baixa	6	31,6	31,6	100,0
	Total	19	100,0	100,0	

SonoRepouso20

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Preservado	5	26,3	26,3	26,3
	Afetado	14	73,7	73,7	100,0
	Total	19	100,0	100,0	



Sexualidade21

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Preservado	11	57,9	57,9	57,9
	Afetado	8	42,1	42,1	100,0
	Total	19	100,0	100,0	

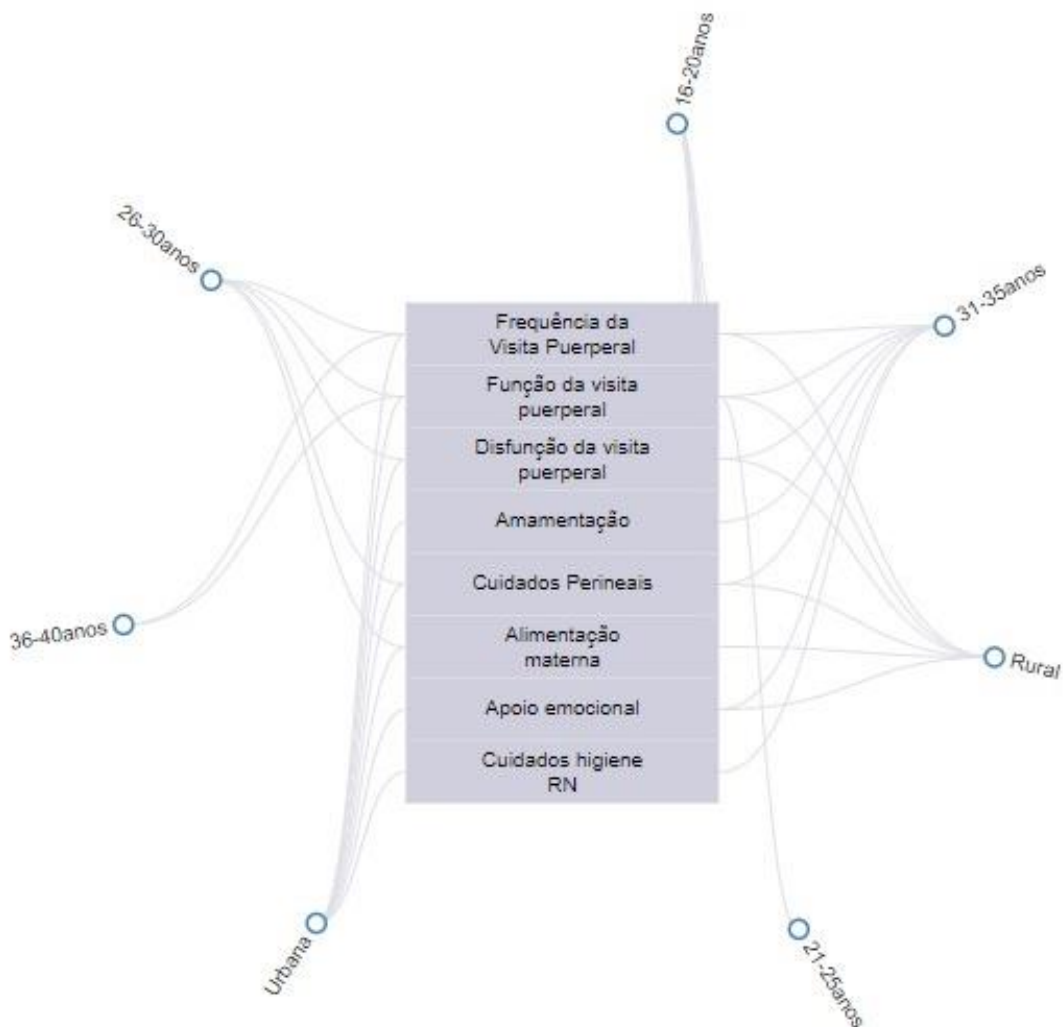
```
FREQUENCIES VARIABLES=DificuldadesOutras22 R1 R2 R3 R4 R5  
/STATISTICS=STDDEV MINIMUM MAXIMUM MEAN MEDIAN MODE  
/ORDER=ANALYSIS.
```

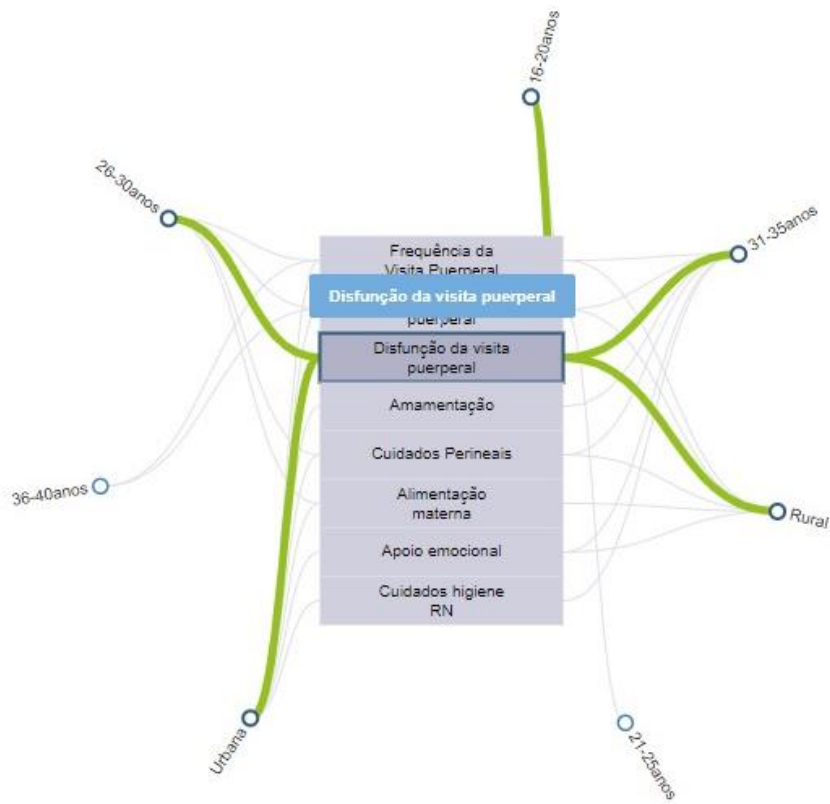
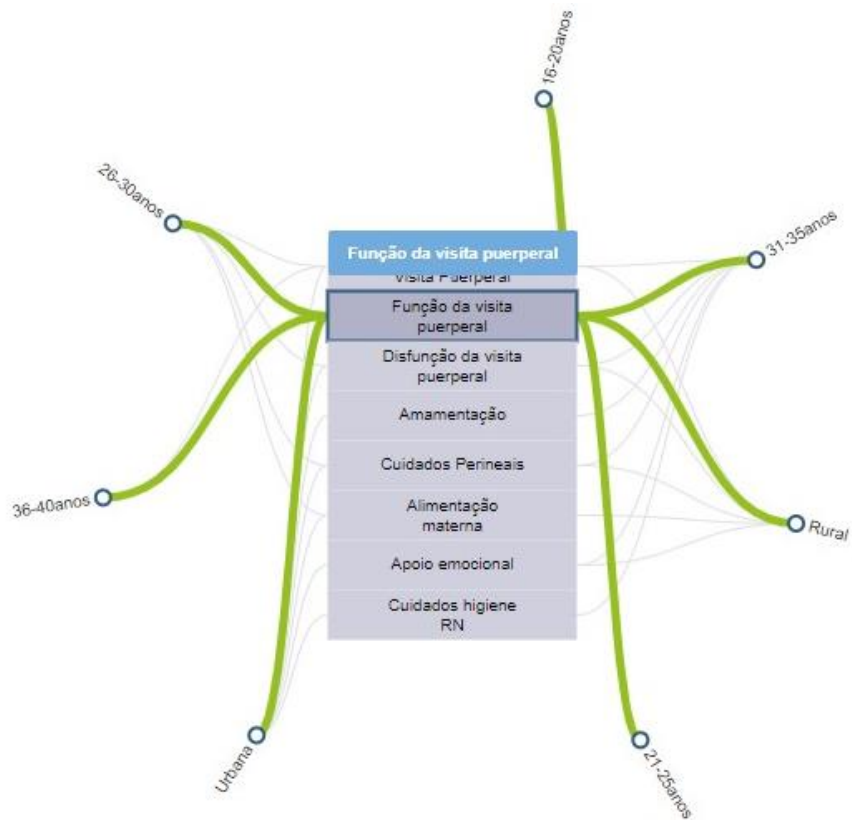


APÊNDICE E – Resultados Qualitativos - WebQDA

CUIDADOS NA MATERNIDADE. PERSPETIVAS MATERNA (0,07%/100)

Matrizes > CuidadosPuerperais X idade & residencia





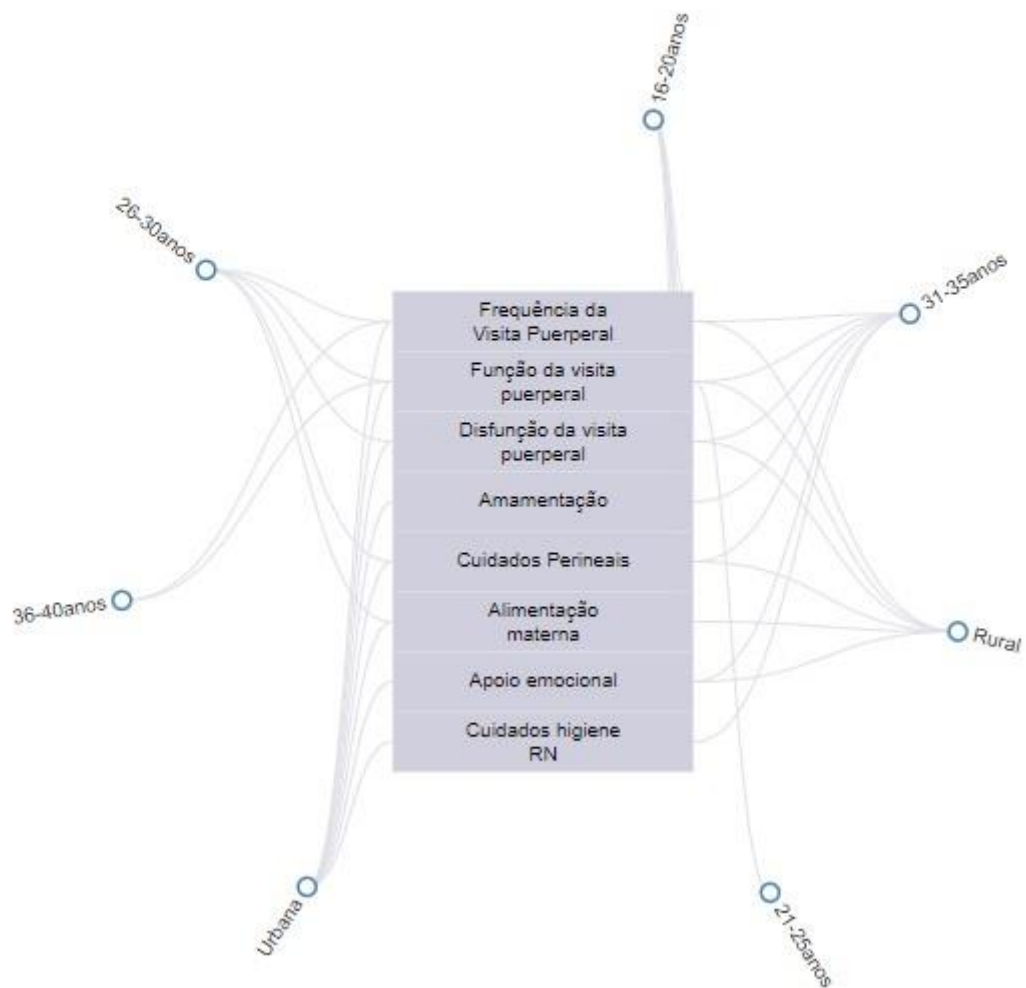


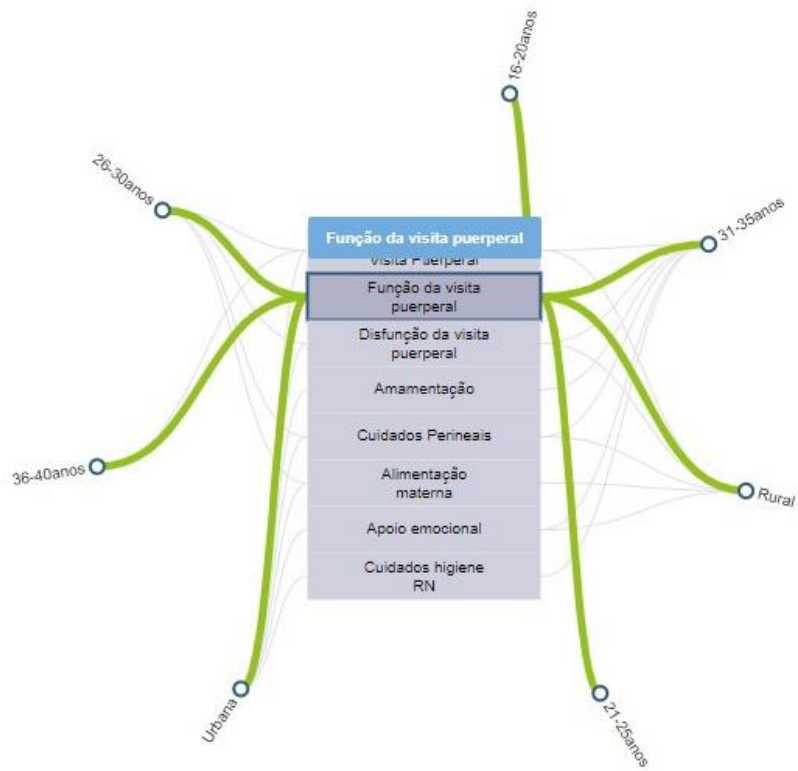


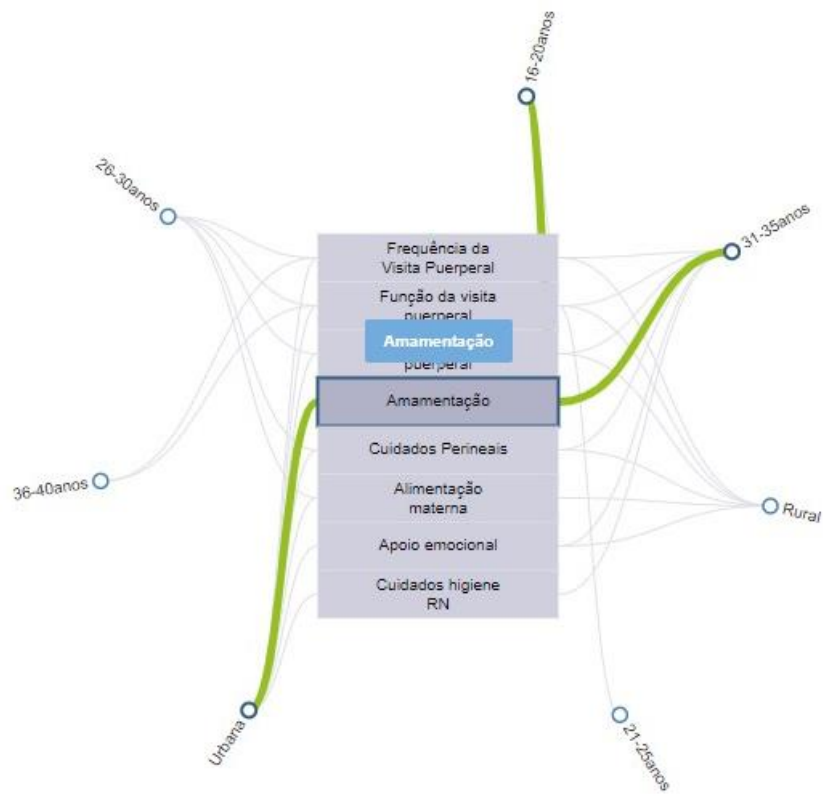
CuidadosPuerperais X idade & residencia							
Matriz (E)	16-20anos	21-25anos	26-30anos	31-35anos	36-40anos	Rural	Urbana
Frequência da Visita Puerperal	2	0	4	3	1	2	8
Função da visita puerperal	1	1	5	11	1	6	13
Disfunção da visita puerperal	3	0	3	2	0	2	6
Amamentação	1	0	0	5	0	0	6
Cuidados Perineais	0	0	3	2	0	1	4
Alimentação materna	0	0	2	0	0	1	1
Apoio emocional	2	0	0	8	0	3	7
Cuidados higiene RN	0	0	0	2	0	0	2

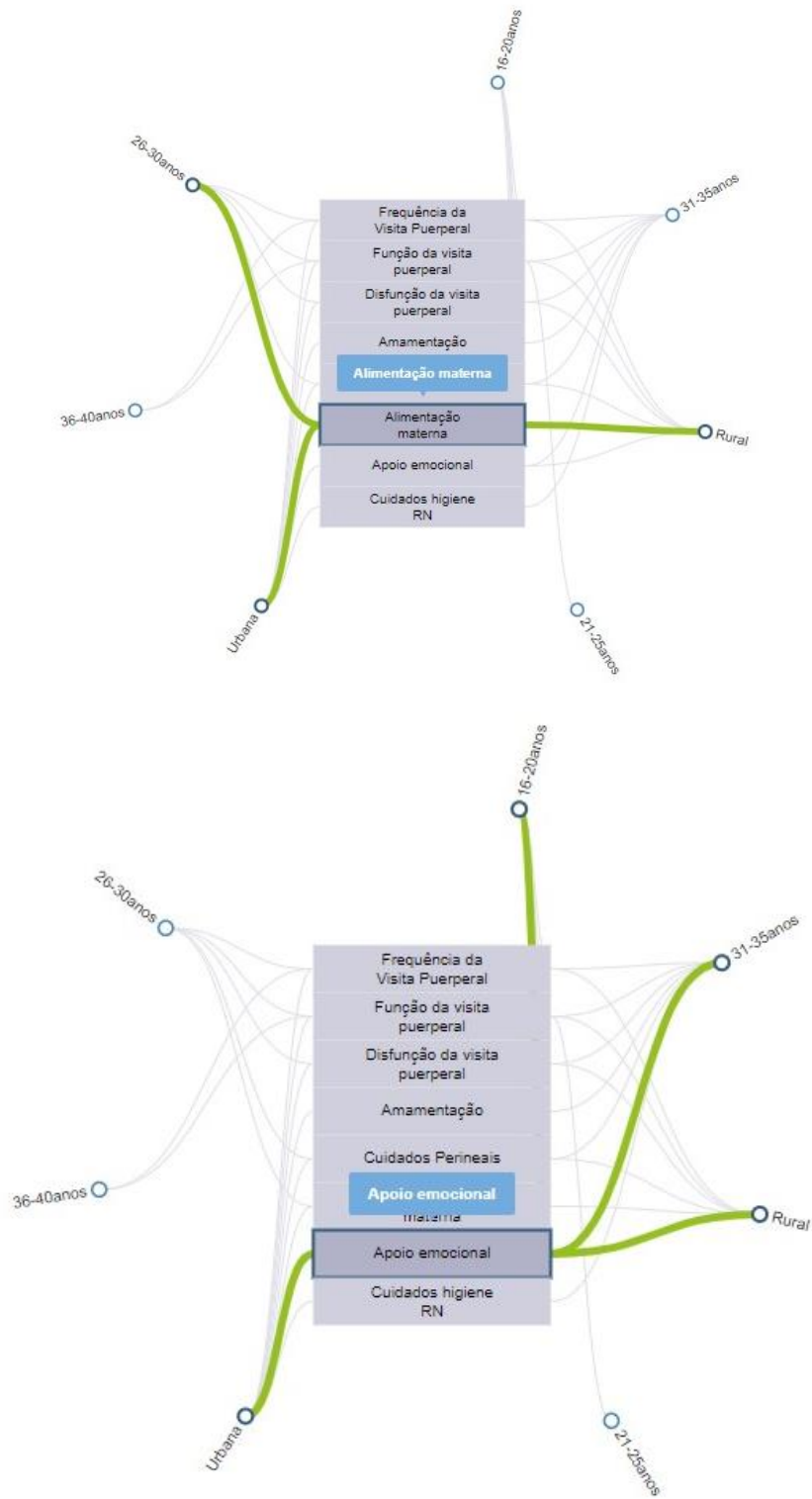
CUIDADOS NA MATERNIDADE. PERSPETIVAS MATERNA (0,07%/100)

Matrizes > CuidadosPuerperais X idade & residencia



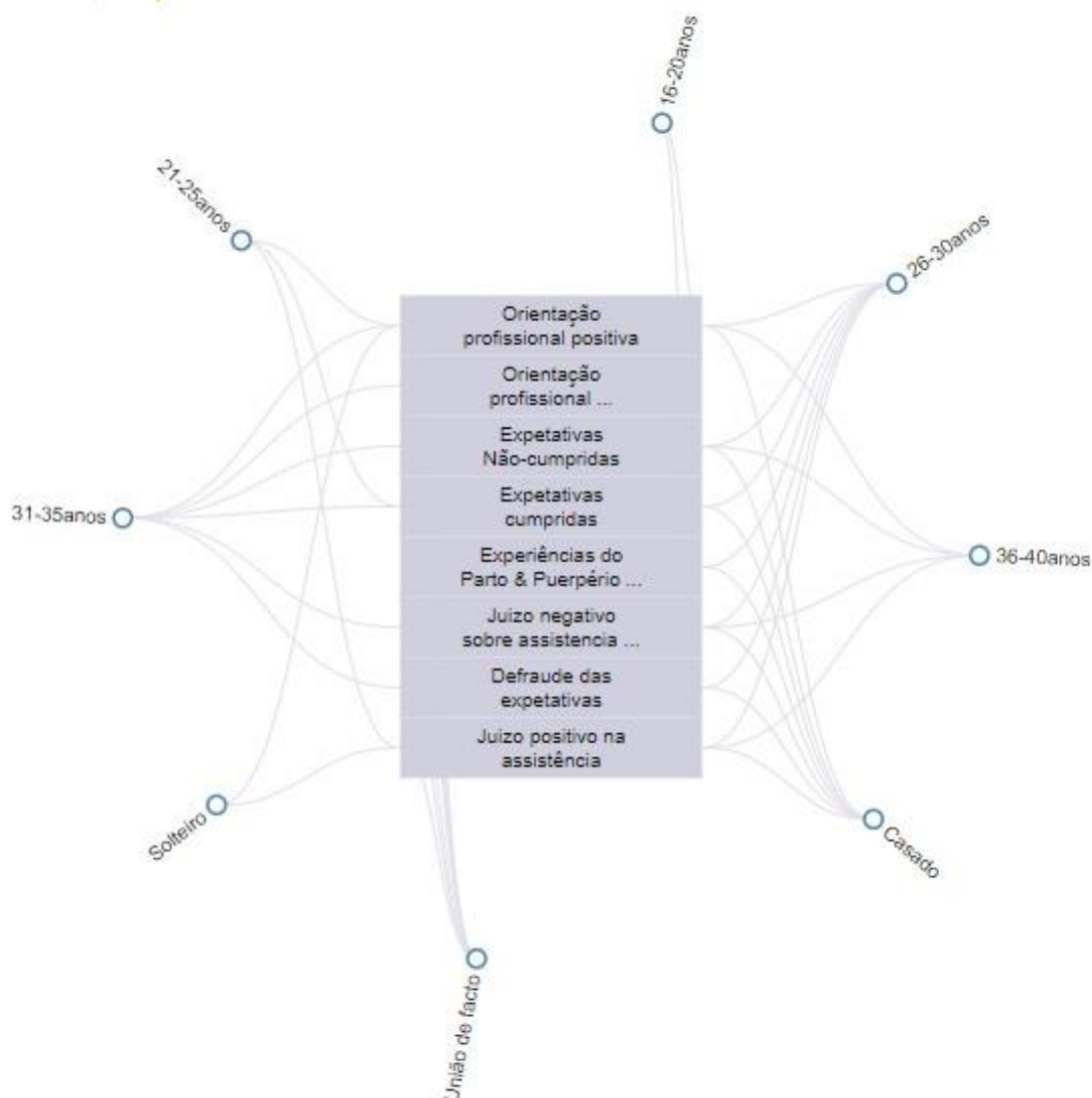


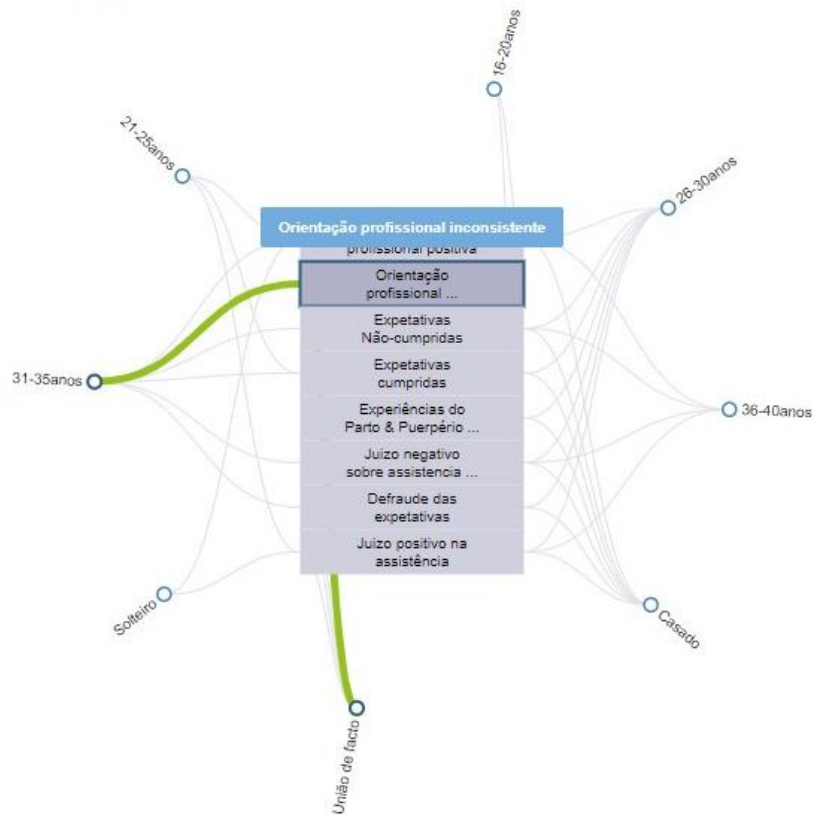
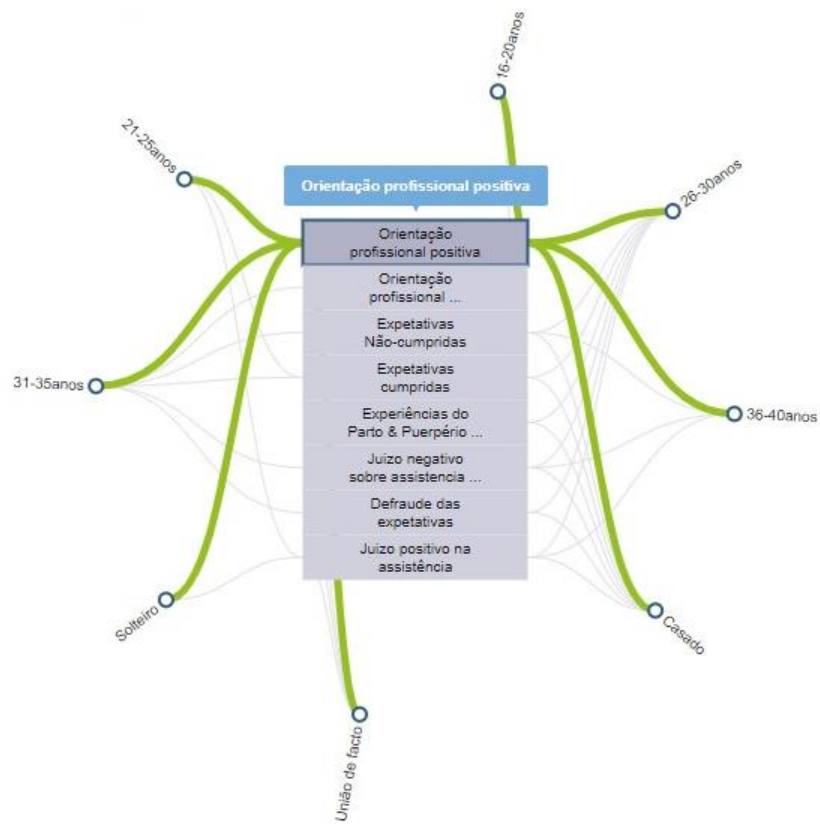


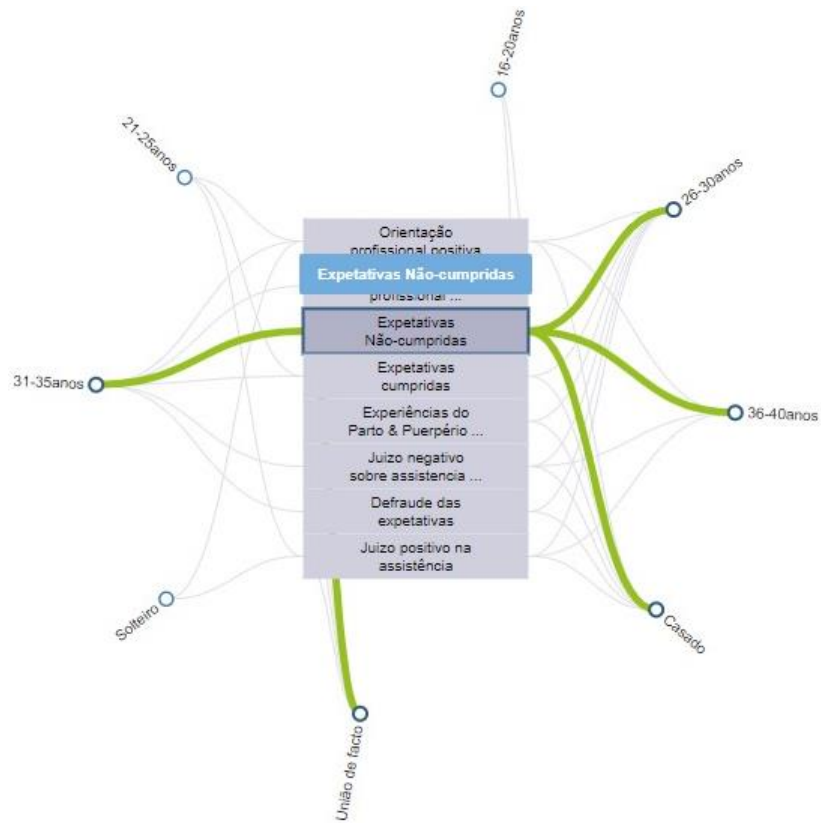


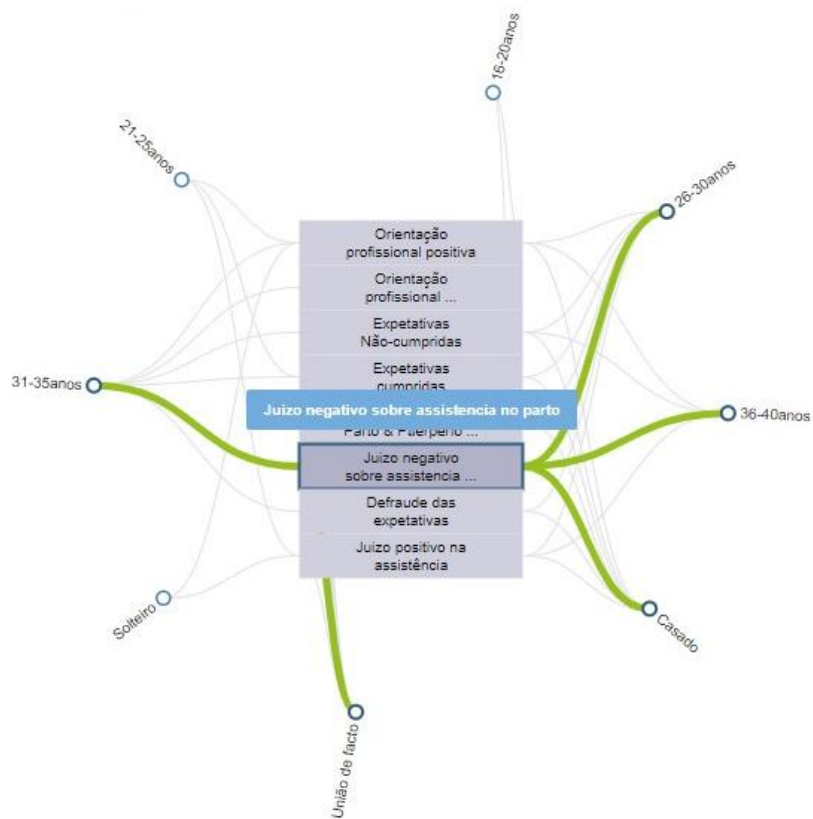
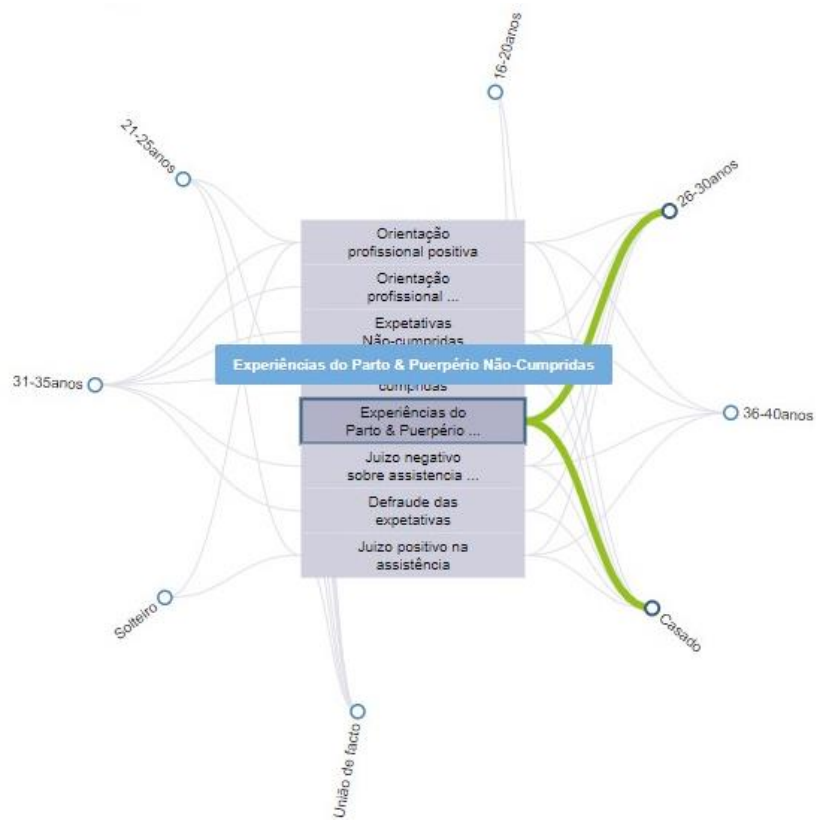
CUIDADOS NA MATERNIDADE. PERSPETIVAS MATERNA (0,07%/100)

Matrizes > Expetativas X Idade & estado civil













Matriz (E)	Expetativas X Idade & estado civil								
	16-20anos	21-25anos	26-30anos	31-35anos	36-40anos	Solteiro	Casado	Separada	União de facto
Orientação profissional positiva	2	1	11	5	1	1	12	0	7
Orientação profissional inconsistente	0	0	0	2	0	0	0	0	2
Expetativas Não-cumpridas	0	0	10	6	2	0	12	0	6
Expetativas cumpridas	0	3	7	1	0	0	7	0	4
Experiências do Parto & Puerpério Não-Cumpridas	0	0	5	0	0	0	5	0	0
Juizo negativo sobre assistencia no parto	0	0	9	1	3	0	11	0	2
Defraude das expetativas	0	0	9	4	0	0	8	0	5
Juizo positivo na assistência	2	2	3	0	1	2	4	0	2



APÊNDICE F – Código Árvore

