

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

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Relatório de Estágio

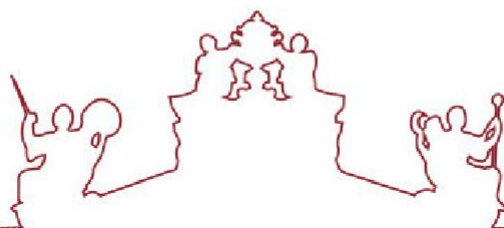
Prontidão materna no regresso a casa: Autocuidado e
Cuidados ao Recém-nascido

Milene dos Santos Flora Lózinho

Orientador(es) | Maria da Luz Ferreira Barros
Françoise Lopes

Évora 2021





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

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Relatório de Estágio

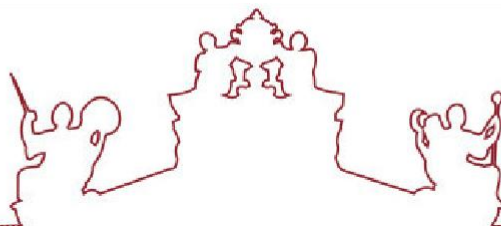
Prontidão materna no regresso a casa: Autocuidado e
Cuidados ao Recém-nascido

Milene dos Santos Flora Lózinho

Orientador(es) | Maria da Luz Ferreira Barros
Françoise Lopes

Évora 2021





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 | Otília Zangão (Universidade de Évora)

Vogais | Ana Maria Aguiar Frias (Universidade de Évora) (Arguente)
Françoise Lopes (Universidade de Évora) (Orientador)

Évora 2021



“A Enfermagem é uma arte, e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, quanto a obra de qualquer pintor ou escultor; pois o que é tratar da tela morta ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo, o templo do espírito de Deus? É uma das artes, poder-se-ia dizer, a mais belas das artes!”

Florence Nightingale

Agradecimentos

Com a realização deste relatório termino uma das etapas mais desafiantes da minha vida profissional e como tal não poderia deixar de agradecer a todas as pessoas que me acompanharam e marcaram ao longo deste percurso e que contribuíram para o meu desenvolvimento como pessoa e como profissional de saúde nesta área.

Começo por agradecer à minha orientadora, Professora Doutora Maria da Luz Ferreira Barros, pilar de todo o meu desempenho, pela sua dedicação e disponibilidade ao longo do meu percurso académico, através da sua competência profissional e científica partilhando os seus conhecimentos e formação em prol do meu desenvolvimento académico. Agradeço a todo o restante corpo docente do Mestrado de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus que nos acompanharam ao longo de todo o curso contribuindo para a nossa formação como profissionais especializados, bem como à Professora Doutora Françoise Lopes que supervisionou e orientou o estágio profissional com todo o seu apoio e dedicação.

A minha eterna gratidão às enfermeiras especialistas que me acompanharam ao longo do meu estágio profissional, Lurdes Tiago, Fátima Mooij, Carla Albino, Paula Sousa e Ana Luísa José por todo o profissionalismo, paciência, dedicação, apoio e disponibilidade, por me transmitirem todos os seus conhecimentos ao longo do meu desenvolvimento e aquisição de competências como enfermeira especialista. Nunca vou esquecer tudo o que fizeram por mim, por me ajudarem a ultrapassar todas as dificuldades e obstáculos que surgiram e por tudo o que aprendi convosco ao longo destes meses.

Muito obrigado a todos os meus colegas de trabalho bem como à minha Enfermeira Chefe Antónia Nabais por toda a ajuda e apoio ao longo do estágio profissional, por todas as trocas que precisei, por todas as dúvidas que tirei e pela força que me transmitiram nos momentos mais difíceis e pelos momentos de alegria que partilhámos. Um obrigado especial às minhas colegas Andreia Nobre e Patrícia Martins que me ajudaram nas questões informáticas para a realização deste relatório.

O meu grande obrigado a todas as utentes com quem tive contato e a quem prestei cuidados especializados, por aceitarem a minha participação nos cuidados prestados e por me proporcionarem momentos únicos como a realização do nascimento dos vossos filhos.



Agradeço de coração cheio à minha família, que nunca deixaram de acreditar em mim e não me deixaram desistir nem por um minuto, tendo sempre presente uma palavra de conforto, força e entusiasmo para continuar o meu percurso e por fazerem de mim a pessoa que sou hoje. Agradeço ao melhor namorado do mundo, amigo e companheiro, Cristiano Martins por toda a sua compreensão, apoio, paciência e motivação que me transmitiu ao longo deste tempo.

Por fim não poderia deixar de agradecer a todos os meus colegas de curso, em especial a dois grandes amigos que fiz e que ficarão presentes para o resto da minha vida, Marina Sanches e António Faroleira, que partilharam comigo este longo caminho e que tanto me apoiaram nos momentos mais difíceis, sem nunca me deixar desistir.

A todos o meu muito obrigado, estarão sempre no meu coração e na minha memória.

RESUMO

Título: Prontidão Materna no regresso a casa: Autocuidado e Cuidados com o recém-nascido

Introdução: O Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Escola Superior de Enfermagem da Universidade de Évora engloba o Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final que possibilita a aptidão de competências específicas desenvolvidas pelo enfermeiro especialista. **Objetivo:** Descrever de forma crítica e reflexiva o estágio realizado nas diferentes áreas da Especialidade e avaliar a prontidão materna no autocuidado e cuidados com o recém-nascido na alta. **Metodologia:** Descrição e análise de experiências vividas ao longo do estágio profissional e averiguação das preocupações maternas no momento da alta quanto ao autocuidado e aos cuidados ao recém-nascido. **Resultados:** Aquisição e desenvolvimento de competências específicas do enfermeiro especialista na área e averiguação das preocupações maternas centradas nos cuidados ao recém-nascido desvalorizando o autocuidado. **Conclusões:** As competências e autonomia adquiridas e os resultados obtidos contribuíram para uma avaliação positiva por parte dos supervisores clínicos.

Descritores (DeCS): Período pós-parto; Autocuidado; Recém-nascido; Alta do Paciente.

Abstract:

Title: Maternal Readiness on Homecoming: Selfcare and care for the Newborn

Introduction: *The Master's Degree in Maternal and Obstetric Health Nursing at the Higher School of Nursing at the University of Évora includes the Professional Nature Internship with a Final Report that enables the aptitude of specific skills developed by the specialist nurse. **Objective:** Critically and reflexively describe the internship carried out in the different areas of the speciality and assess maternal readiness in selfcare and care for the newborn. **Methodology:** Description and analysis of experiences lived during the professional internship and investigation of maternal concerns at the time of discharge regarding selfcare and newborn care. **Results:** Acquisition and development of specific skills of the specialist nurse in the area and investigation of maternal concerns centered on newborn care, devaluing selfcare. **Conclusions:** The skills and autonomy acquired and the results obtained contributed to a positive assessment by clinical supervisors.*

Descriptors (DeCS): *Postpartum Period; Selfcare; Newborn; Patient Discharged.*



Índice

1.	Introdução	1
2.	Contexto clínico do estágio de natureza profissional	6
2.1	Caracterização do Contexto	7
2.1.1	Caracterização do CHUA (Faro) – Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica, Bloco de Partos, Serviço de Obstetrícia, Grávidas e Ginecologia	10
2.1.1.1	Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica do CHUA	12
2.1.1.2	Bloco de Partos	14
2.1.1.3	Unidade de Grávidas do CHUA	16
2.1.1.4	Serviço de Ginecologia do CHUA	17
2.1.1.5	Serviço de Obstetrícia do CHUA	17
2.1.2	– Caracterização do Centro de Saúde de S. Brás de Alportel (UCC Alportellus)	18
2.2	– Metodologia.....	19
2.2.1	– Objetivos do estágio de natureza profissional.....	19
2.2.2	População-alvo	20
3.	Contributos para a melhoria da assistência em enfermagem em saúde materna e obstétrica	22
3.1	Contextualização.....	23
3.2	Metodologia	31
3.3	Resultados.....	32
3.3.1	Dados sociodemográficos.....	33
3.3.2	Dados Obstétricos.....	37
3.3.3	Escala de Auto percepção Materna das Competências Cuidaditas Neonatais (EAPMCCN)	43
3.3.4	Questionário de Preocupações Maternas de Sheil et al (1985)	49
4.	Análise reflexiva sobre o processo de mobilização de competências.....	53
4.1	Comuns dos enfermeiros especialistas.....	53
4.2	Específicas dos Enfermeiros em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica... ..	55
5.	Considerações finais	66
6.	Referências bibliográficas	68
	Apêndices	71
	Apêndice A – Reflexões críticas	71
	Apêndice B – Resumo do futuro artigo para publicação	130
	Apêndice C – Instrumento de Recolha de Dados	131
	Apêndice D – Tabela competências e atividades desenvolvidas no estágio de natureza profissional (Quadro 6).....	138

Apêndice E – Powerpoint mala para a maternidade	150
APÊNDICE F – PANFLETO MALA PARA A MATERNIDADE	161
Apêndice G – Registos de estágio em cuidados de saúde primários (6 semanas)...	163
Apêndice H – Registos de partos estágio profissional bloco de partos (6 semanas)	164
Apêndice I – Registo de partos estágio profissional bloco de partos (4 semanas) ..	165
Apêndice J– Registos de partos estágio profissional bloco de partos (8 semanas) .	166
Apêndice K – Registos de estágio profissional puerpério (6 semanas)	167
Apêndice L – Registos de estágio profissional de grávidas/ginecologia (6 semanas)	168
Anexos.....	169
Anexo A – Autorização Serviços académicos da Universidade de Évora.....	169
Anexo B – Autorização Comissão Ética CHUA.....	170
Anexo C – Estrutura Orgânica CHUA Faro – Departamentos Médicos	171

Índice de Tabelas

Tabela 1- Total de Partos e Cesarianas do Centro Hospitalar Universitário do Algarve em 2019	12
Tabela 2 - Distribuição da amostra por dados sociodemográficos.....	35
Tabela 3 - Distribuição da amostra por variáveis obstétricas	41
Tabela 5 - Estatística Dimensão cognitivo-motora na Alimentação	44
Tabela 6 - Estatística Dimensão Cognitivo-motora da Higiene e Conforto.....	46
Tabela 7 - Estatística Cognitivo-motora Temperatura corporal RN	47
Tabela 8 - Estatística cognitivo-motora Evitar Perigos.....	47
Tabela 9 - Estatísticas Dimensão Cognitivo-afetivo Sono e repouso	48
Tabela 10 - Estatísticas Dimensão Cognitivo-afetivo Comunicação/estimulação	48
Tabela 11 - Estatísticas Preocupações consigo própria – QPM (parte 1)	50
Tabela 12 - Estatística Preocupações consigo própria - QPM (parte 2).....	50
Tabela 13 - Estatísticas Preocupações com o bebé	51

Índice de Figuras

Figura 1 - Área de abrangência do Centro Hospitalar Universitário do Algarve, Distrito de Faro	10
Figura 2 - Distribuição dos Centros de Saúde no Algarve por ACES	11
Figura 3 – Fluxograma das etapas metodológicas.....	25
Figura 4 - Nacionalidade das Puérperas	33
Figura 5 - Estado Civil Puérperas	34
Figura 6 - Percentagem de escolaridade das Puérperas.....	35
Figura 7 - Planeamento da Gravidez.....	37
Figura 8 - Vigilância da Gravidez.....	37
Figura 9 - Local de Vigilância da Gravidez.....	38
Figura 10 - Percentagem de participação de Enfermeiros nas consultas.....	38
Figura 11 - Percentagem Puérperas que frequentaram as aulas de Preparação para a Parentalidade.....	39
Figura 12 - Percentagem do número de filhos	40
Figura 13 - Tipos de Parto	40
Figura 14 - Percentagem do tipo de Aleitamento ao RN.....	41

Índice de Quadros

Quadro 1 - Campos clínicos do Estágio de Natureza Profissional	8
Quadro 2 - Artigos selecionados para revisão da literatura	26
Quadro 3 - Síntese dos resultados obtidos nos estudos incluídos na presente revisão	27
Quadro 4 - Dimensões da EAPMCCN.....	43
Quadro 5 - Dimensões Questionário de Preocupações Maternas	49
Quadro 6 - Competências e atividades desenvolvidas no Estágio de Natureza Profissional	138

1. Introdução

O Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Escola Superior de Enfermagem da Universidade de Évora é reconhecido pela Ordem dos Enfermeiros e homologado pelo membro do governo responsável pela área da saúde conforme o último despacho nº 9891/2018 publicado no Diário da República, (República D. , Despacho nº 9891/2018 2ª Série, nº 142, 2018) tendo como objetivo especializar e atribuir o título de Mestre a enfermeiros que prestam cuidados à mulher/família/comunidade em todas as fases da saúde sexual e reprodutiva descritos no Regulamento nº 391/2019 publicado no Diário da República 2ª Série, nº 85 de 3 de Maio de 2019 (República D. , Despacho 391/2019, 2019). O Regulamento define as competências específicas do Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica no cuidar da mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar, período pré-concepcional, pré-natal, trabalho de parto e parto, pós-natal, climatério e em casos de processos de saúde/doença ginecológica. Defende que a mulher no âmbito do ciclo reprodutivo é a identidade beneficiária de cuidados de enfermagem desta especialidade e que deve ser vista de uma forma holística tanto na sua particularidade como nas suas inter-relações com conviventes significativos e o seu meio ambiente económico, político e cultural (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

O presente curso também partilha de orientações da *Internacional Confederation of Midwives e nursing and Midwives Council*, que se caracteriza por uma organização não governamental credenciada em colaboração com a Organização Mundial da Saúde (OMS), Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO), Fundo de população das Nações Unidas (UNFPA) entre outras agências da Organização das Nações Unidas (ONU) que tem como missão fortalecer as Associações de Parteiras e fazer avançar a profissão promovendo a autonomia de forma a prestar melhores cuidados na saúde reprodutiva das mulheres, recém-nascidos e famílias (Midwives, 2020).

Para obtenção do grau de mestre, no segundo ano do curso, decorre o Estágio de Natureza profissional com Relatório Final descrito no decreto de lei do Diário da República 2ª série nº 227 de 26 de Novembro de 2018 (República D. , Despacho nº 227, 2ª Série, 2018), uma unidade curricular de carácter prático que permite realizar experiências práticas de modo a possibilitar ao estudante a aquisição e o desenvolvimento de competências específicas da área de especialidade. Esta unidade curricular anual é dividida em 2 semestres, e com tempos de estágios variáveis entre quatro e oito semanas



em cada ensino clínico, em regime de supervisão clínica com perito da área e sob orientação pedagógica de docentes do Departamento de Enfermagem da Universidade de Évora/Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus (UÉESESJD). A experiência clínica no 1º semestre desenvolveu-se em contexto de Sala de Partos, Grávidas e Ginecologia bem como Cuidados de Saúde Primários. No segundo semestre, ocorreram as experiências clínicas no serviço de Puerpério e Bloco de Partos/Urgências Obstétricas e Ginecológicas.

De modo a respeitar a Diretiva Europeia, transposta para a Lei Portuguesa através da Lei nº9/2009 de 4 de Março (república, 2009), com várias atualizações, o programa de estudos/atividades do estágio profissional engloba:

- Vigilância e prestação de cuidados à grávida, incluindo pelo menos 100 exames pré-natais;
- Realização de pelo menos 40 partos eutócicos;
- Vigilância e cuidados prestados a pelo menos 40 parturientes;
- Participação em partos distócicos e/ ou partos de apresentação pélvica;
- Participação ativa em partos gemelares;
- Realização de episiotomias e iniciação à episiorrafia/perineorrafia;
- Vigilância e cuidados prestados a mulheres e recém-nascidos em situação de risco (gravidez, trabalho de parto e puerpério);
- Vigilância e cuidados a pelo menos 100 parturientes e recém-nascidos saudáveis;
- Observação e cuidados a recém-nascidos que necessitem de cuidados especiais, como prematuros, bem como peso inferior a 2,500kg;
- Cuidados a mulheres que apresentem patologias de foro ginecológico;

Neste sentido, no presente relatório serão apresentadas as experiências vividas ao longo do estágio profissional, bem como uma análise crítica e reflexiva sobre as atividades e os resultados obtidos no que diz respeito ao desenvolvimento de competências como futuros Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

O enfermeiro especialista é aquele que tem competência técnica, científica e humana capaz de prestar cuidados de enfermagem especializados, demonstrados através da sua responsabilidade profissional, capacidade de aprendizagem, realização de ensinamentos, gestão de cuidados bem como ética, aconselhamento e orientação com o objetivo de melhorar a prática de enfermagem na área (Ordem dos Enfermeiros, 2019).



Devido à Pandemia de Covid 19, causada pelo coronavírus SARS-COV 2 foi necessária a interrupção da unidade curricular por um período de tempo, voltando a ser retomada mais tarde sem qualquer interferência para os alunos, mas acarretando com ela inúmeras alterações no nosso dia-a-dia e nos cuidados prestados às mulheres.

Ao longo dos estágios, em contexto de formação como mestrandos, tivemos oportunidade de adquirir e desenvolver competências inerentes à área do mestrado, contribuindo para uma melhoria da prestação de cuidados e pudemos aprofundar uma área temática para disseminação do conhecimento em enfermagem de forma a contribuir para a melhoria dos cuidados de saúde materna e obstétrica.

De modo a podermos aprofundar, durante o estágio de natureza profissional com o relatório final, conhecimentos acerca de uma temática que nos inquieta enquanto enfermeiros, submetemos um projeto aos serviços académicos da Universidade de Évora sob o registo 19304 (anexo A), também submetido à Comissão de ética do Centro Hospitalar Universitário do Algarve (CHUA), tendo sido autorizado pelo Conselho de Administração a 14/09/2020 (anexo B) que visa desenvolver um relatório de descrição e reflexão pormenorizada e fundamentada, das atividades desenvolvidas ao longo do estágio bem como a temática da área de especialização. Decidimos escolher como problemática no puerpério: as preocupações maternas no momento da alta quanto ao autocuidado e cuidados ao recém-nascido. Com menos tempo de internamento hospitalar de forma a contribuir para a prevenção de contaminação nesta fase de pandemia, a alta precoce pode tornar-se insuficiente para a prontidão das mulheres no autocuidado e nos cuidados ao recém-nascido no momento da alta, podendo causar preocupações e ansiedades por parte das puérperas. O puerpério é caracterizado por inúmeras alterações e adaptações maternas físicas e psicológicas e o cuidar do recém-nascido exige uma aquisição de saberes e competências desde o nascimento. Durante o internamento na Maternidade as puérperas adquirem conhecimentos prestados pelos ensinamentos dos profissionais de saúde quanto ao autocuidado e os cuidados ao recém-nascido. No entanto, o regresso a casa após a alta hospitalar pode causar sentimentos de ansiedade e insegurança por se depararem com uma nova realidade ao cuidar de um ser tão frágil e dependente. Os conhecimentos adquiridos durante a gravidez e o curto internamento na maternidade não permitem o esclarecimento de todas as dúvidas (Graça, 2017).

Este relatório tem como objetivos:



- Descrever as competências adquiridas na prestação de cuidados especializados de enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica à mulher inserida na família e comunidade ao longo do ciclo sexual, reprodutivo e ginecológico.
- Avaliar a prontidão materna no momento da alta nomeadamente na identificação das preocupações maternas auto percebidas no autocuidado e nos cuidados ao recém-nascido.
- Analisar e descrever experiências e atividades desenvolvidas na prática clínica ao longo do estágio para obter competências nos cuidados de enfermagem especializados na área de saúde materna e obstétrica contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados na área;
- Desenvolver a capacidade reflexiva e de análise do meu processo ensino/aprendizagem;
- Realizar revisão bibliográfica da literatura acerca da temática que nos preocupa;
- Aprofundar de uma temática para disseminação do conhecimento de modo a contribuir para uma prática baseada na evidência.

Ao longo do estágio, considerámos importante seguir um modelo orientador que permitisse fundamentar a prática de enfermagem no autocuidado e nos cuidados prestados, pelo que escolhemos a autora e enfermeira Dorothea Orem, que define o autocuidado como sendo “o desempenho ou a prática de atividades que os indivíduos realizam em seu benefício para manter a vida, a saúde e o bem-estar”. Esta teoria é baseada nas suas três teorias inter-relacionadas desenvolvidas entre 1959 e 1985, e que são: a Teoria do Autocuidado, que descreve o porquê e como as pessoas cuidam de si próprias; a Teoria do Défice de Autocuidado, que descreve e explica a razão pela qual as pessoas podem ser ajudadas através da enfermagem; e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem, que descreve e explica as relações que têm de ser criadas e mantidas para que se produza Enfermagem. A teoria do autocuidado desempenha as funções que a própria pessoa desempenha nela própria ou que alguém que execute por ela de forma a preservar a saúde e o bem-estar (Santos B. et al, 2017). Esta teoria compreende as limitações e as condições de cada ser humano, isto é, a capacidade de autocuidado deve ser uma potencialidade que deve fazer parte integrante do ser humano, caso não seja possível a enfermagem deverá dar o seu benefício. Deste modo, consideramos que a teoria



de Dorothea Orem se adapta ao presente trabalho realizado, uma vez que o autocuidado das mulheres no pós-parto fica comprometido necessitando de apoio por parte do enfermeiro especialista no que diz respeito à própria mulher e ao recém-nascido.

O Relatório está redigido conforme as normas da American Psychological Association (APA, 2019) e em concordância com o Novo Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa. O texto encontra-se organizado em títulos e subtítulos que respeitam o Regulamento do Estágio de Natureza Profissional e Relatório Final de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. É constituído inicialmente com a presente introdução, seguindo-se a análise de contexto clínico do estágio de natureza profissional, contributos para a melhoria da assistência em Enfermagem em Saúde materna e Obstétrica, análise reflexiva de competências, considerações finais e respetivas referências bibliográficas bem como anexos e apêndices ao trabalho como complemento ao texto.



2. Contexto clínico do estágio de natureza profissional

O presente capítulo tem como objetivo caracterizar os contextos em que decorreu o Estágio de Natureza Profissional bem como identificar e descrever os recursos humanos, materiais, estrutura física e dados estatísticos de cada campo clínico. Iremos descrever detalhadamente o Centro Hospitalar Universitário do Algarve (CHUA) na Unidade de Faro de modo a aprofundar e disseminar conhecimentos acerca da temática de preocupações maternas no autocuidado e cuidados ao recém-nascido no momento da alta, de forma a garantir e justificar uma melhoria dos cuidados de saúde prestados às puérperas bem como a aquisição de competências profissionais por parte do enfermeiro especialista em saúde materna e Obstétrica (EESMO).

O EESMO, segundo as competências descritas pela Ordem dos Enfermeiros, cuida da mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal, promovendo o autocuidado, potencializando a saúde da puérpera, aconselhando acerca dos cuidados prestados ao recém-nascido e demonstrando um papel essencial na adaptação à parentalidade (OE, 2019). O puerpério caracteriza-se por um período de adaptações fisiológicas e psicológicas pelo que o EESMO se torna essencial no apoio a este período de transição e a prática clínica e desenvolvimento de conhecimentos favorece a evolução de competências (Nené, Marques, & Batista, 2016).

Ao longo do estágio tivemos em atenção os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (17 objetivos), nomeadamente o objetivo nº 3 que remete para a Saúde de Qualidade que tem como objetivo principal garantir o acesso à saúde de qualidade e promover o bem-estar para todos, em todas as idades e neste sentido, e no que respeita à prática da Enfermagem Obstétrica e Ginecológica o EESMO tem como dever contribuir para os objetivos relacionados com a área que englobam:

“- Até 2030, reduzir a taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100.000 nados-vivos;

- Até 2030, acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos, com todos os países a tentarem reduzir a mortalidade neonatal para pelo menos 12 por 1.000 nados-vivos e a mortalidade de crianças menores de 5 anos para pelo menos 25 por 1.000 nados vivos;

- Até 2030, assegurar o acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva incluindo o planeamento familiar, informação e educação bem como a integração da saúde reprodutiva em estratégias e programas nacionais;” (BCSD, 2020).



Todos estes objetivos contribuem para a promoção da saúde em todas as áreas da Obstetrícia e Ginecologia de forma a diminuir as desigualdades em saúde permitindo cuidados de saúde de qualidade para todos. Nos vários campos de estágio, os objetivos do desenvolvimento sustentável, estiveram sempre presentes na nossa prática clínica de forma a podermos contribuir para a melhoria dos cuidados em saúde proposta, nomeadamente na área da Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, contribuindo também para um desenvolvimento e avanço da investigação na área. Em Enfermagem existe sempre a necessidade de novos estudos de investigação para facilitar o desenvolvimento da disciplina de forma a poder oferecer à comunidade a melhor qualidade nos cuidados de saúde.

O estágio profissional respeita o regulamento académico da Universidade de Évora (UE) aprovado no Despacho nº9891/2018 de 14 de Julho de 2018 no Diário da república e permite aos estudantes adquirir e desenvolver competências específicas na área da especialidade e competências comuns aos enfermeiros especialistas (República D. , Despacho nº 9891/2018 2ª Série, nº 142, 2018).

2.1 Caracterização do Contexto

O estágio de Natureza Profissional do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Escola Superior de Enfermagem da Universidade de Évora é uma unidade curricular anual do 2º ano do curso, dividido em dois semestres, sendo que o primeiro semestre teve início a 16 de Setembro de 2019 e término em 25 de Janeiro de 2020 com a interrupção das férias do Natal (de 23/12/2019 a 31/01/2020). O segundo semestre realizou-se entre 10/02/2020 e terminou a 23/08/2020, com interrupção de estágios e férias da Páscoa devido à pandemia por Covid 19 entre 9/03/2020 e 31/05/2020, sendo retomado normalmente a 01/06/2020.

Esta unidade curricular deu-nos oportunidade de poder realizar o ensino clínico em vários campos de estágio e dar-nos a conhecer as várias realidades de cada instituição. O Estágio profissional divide-se em vários campos clínicos de quatro, seis e oito semanas, tendo um total de 36 semanas e 60 ECTS de acordo com a Diretiva Europeia através da Lei Portuguesa nº9/2009 de 4 de Março. Cada ensino clínico será descrito neste capítulo relativamente às suas características, à sua estrutura física, recursos humanos e materiais e aos seus dados estatísticos. Também será descrito as experiências vivenciadas, atividades realizadas e as competências adquiridas em cada um.

No seguinte quadro, iremos apresentar os campos clínicos e as datas dos estágios realizados, de modo a termos uma visão geral das instituições que receberam alunos da especialidade.

Quadro 1 - Campos clínicos do Estágio de Natureza Profissional

<u>Data</u>	<u>Estágio Profissional</u>	<u>Campo clínico/ Instituição</u>	<u>Semestre Letivo</u>
16/09/2020 a 27/10/2020	Grávidas e Bloco de Partos (6 semanas)	Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica do Centro Hospitalar Universitário do Algarve – Unidade de Faro	1ª Semestre
28/10/2020 a 07/12/2020	Ginecologia (6 semanas)	Serviço de Ginecologia do Centro Hospitalar Universitário do Algarve – Unidade de Faro	
09/12/2019 a 25/01/2020	Centro de Saúde – Cuidados de Saúde Primários (6 semanas)	Unidade de Cuidados na Comunidade do Centro de Saúde de S. Brás de Alportel (UCC Allportellus)	
10/02/2020 a 09/03/2020	Puerpério (6 semanas)	Serviço de Obstetria do Centro Hospitalar Universitário do Algarve – Unidade de Faro	2ª Semestre
01/06/2020 a 28/06/2020	Bloco de Partos (4 semanas)	Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica do Centro Hospitalar Universitário do Algarve – 2Unidade de Faro	
29/06/2020 a 23/08/2020	Bloco de Partos (8 semanas)	Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica do Centro Hospitalar Universitário do Algarve – Unidade de Faro	

Os estágios foram avaliados em regime de supervisão clínica por um especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e sob orientação pedagógica das docentes do Departamento de Enfermagem da escola, a professora doutora Maria da Luz Ferreira Barros com a colaboração da professora doutora Françoise Lopes.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE), no Regulamento da Competência Acrescida Diferenciada e Avançada em Supervisão Clínica, 2018, p. 16657 a: “Supervisão Clínica: é um processo dinâmico, sistemático, interpessoal e formal, entre o supervisor clínico e supervisionado, com o objetivo de estruturação da aprendizagem, a construção de conhecimento e o desenvolvimento de competências profissionais, analíticas e reflexivas. Este processo visa promover a decisão autónoma, valorizando a proteção da pessoa, a segurança e a qualidade dos cuidados”. O processo de supervisão clínico permite ao aluno uma orientação pedagógica que contribuirá para o desenvolvimento e atribuição de qualificação de competências para o exercício profissional do enfermeiro especialista, conferindo ao mesmo ferramentas para a prática profissional do dia-a-dia (República D. d., Regulamento nº 366/2018 , 2018, p. 16657).



Devido à Pandemia por covid-19 foi decretado Estado de Emergência em todo o país pelo que os estágios foram suspensos durante um determinado período, o que levou a alterações de datas e de campos de estágio para minimizar a disseminação do vírus. Estágios que se iriam realizar em campos clínicos diferentes do nosso local de trabalho que engrandeciam o nosso percurso académico foram cancelados, tendo sido necessário reajustar posteriormente os estágios da melhor forma possível. O estágio de observação que estava previsto no serviço de neonatologia não pode ser concretizado devido aos factos apresentados pela pandemia, não enriquecendo o estágio nesta área tão diferenciada. Contudo, os campos de estágios que passámos, conseguiram colmatar de alguma forma as falhas derivadas da situação que o mundo atravessa neste momento.

O EESMO tem um papel fundamental antes, durante e depois da gravidez, deve estar em todas as fases do ciclo sexual e reprodutivo da mulher, proporcionando um planeamento da gravidez, desenvolvimento embrionário e fetal, parto e pós-partos saudáveis. A mulher não é “Mãe” só a partir do parto, pelo que deve ter um crescimento e desenvolvimento na transformação de mulher-mãe, e o EESMO deve orientar nestes passos. O enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica assume também a responsabilidade pelo exercício na área do climatério, dando assistência à mulher que vivência os processos de saúde/doença durante o período menopáusico e ginecológico (OE, 2019). Assim, esta unidade curricular é o culminar do conjunto de competências adquiridas ao longo do ensino teórico-prático, sendo a aprendizagem demonstrada na prática clínica pelo aluno, tornando-se um marco importante no progresso e desenvolvimento da vida profissional do EESMO.

O estágio final de natureza profissional permite entender o cuidado centrado na mulher e ao meio que a rodeia, sendo o parto de quem pare e não de quem o realiza, pelo que deve ser respeitado as suas decisões e valores, sem qualquer juízo de valor e ter o direito de ser apoiada e orientada pelo EESMO de forma a proporcionar um momento ainda mais marcante e único. Na qualidade de mestrandos desta unidade curricular, utilizámos ferramentas importantes como a observação e a prestação de cuidados supervisionados pela enfermeira orientadora, que nos proporcionou a reflexão sobre os diversos cuidados à mulher, pois estes podem influenciar a vida da mulher e da sua família pela experiência que fica dos cuidados, como por exemplo no parto, e convém que a experiência seja positiva. As reflexões realizadas ao longo de cada ensino clínico ficam descritas em apêndice (Apêndice A).

2.1.1 Caracterização do CHUA (Faro) – Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica, Bloco de Partos, Serviço de Obstetrícia, Grávidas e Ginecologia

O Hospital Distrital de Faro inaugurado em 1975, com muitos anos de história, torna-se em 2013 o Centro Hospitalar do Algarve, E.P.E, criado pelo decreto-lei nº69/2013 (República D. d., Diário da República, 1.ª série — N.º 95 , 2013) resultante da fusão entre o Hospital de Faro e o Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio que inclui o Hospital de Portimão e o de Lagos. Em 23 de Agosto de 2017, ao abrigo do decreto-lei nº 101/2017 (República D. d., Decreto-lei nº 101, 1ª Série, 2017) foi alterada a designação para Centro Hospitalar Universitário do Algarve EPE e adquiridas as competências da Administração Regional de Saúde do Algarve IP relativas ao Centro de Medicina Física e de Reabilitação do Sul. O CHUA incentiva e apoia o trabalho na área da formação pré, pós-graduada, contínua e de investigação dos profissionais de saúde, colaborando através de vários protocolos com universidades e cursos nas áreas médicas de enfermagem e de ciências da saúde, pelo que se justificou a adoção da nova denominação como CHUA (CHUA, 2020) (Sul Informação, 2019).

Integrado no Sistema Nacional de Saúde (SNS), o CHUA constitui-se como uma pessoa coletiva de direito público, de natureza empresarial, dotado de autonomia administrativa, financeira e patrimonial e é composto por três unidades hospitalares, sendo Faro, Portimão e Lagos com duas maternidades públicas, somando-se os Serviços de Urgência Básica do Algarve e o Centro de Medicina Física e Reabilitação do Sul (CHUA, 2020). Os presentes responsabilizam-se pela prestação de cuidados de saúde diferenciados na região do Algarve em toda a sua extensão de 16 conselhos (figura 1) e a uma população de cerca de 445.270 habitantes, número que pode triplicar na época alta do turismo (Ciberforma, 2020).



Figura 1 - Área de abrangência do Centro Hospitalar Universitário do Algarve, Distrito de Faro

Fonte: (Codigo Postal, 2020)

No distrito de Faro existem 16 centros de saúde distribuídos por ACES (figura 2) com as suas respetivas extensões (68), unidades de Saúde Familiar (USF) e restantes Unidades Funcionais que prestam assistência integral nos cuidados de medicina geral e familiar e de enfermagem em regime ambulatorio ou domiciliário (ARS, 2020).



Figura 2 - Distribuição dos Centros de Saúde no Algarve por ACES

Fonte: (Algarve, 2013)

A Unidade de Faro do CHUA é composta pelo edifício principal que tem 8 pisos, pelo edifício novo que é composto por 5 pisos e por outro edifício que faz parte integrante mas que se situa noutra área da cidade onde se encontra o Departamento de Psiquiatria. O CHUA Faro é constituído por seis departamentos médicos distribuídos pelos vários edifícios que constituem o Hospital, e dividem-se em: Cirurgia, Emergência, Urgência e Cuidados Intensivos, Materno-infantil, Medicina, Psiquiatria e Saúde Mental e Serviços Clínicos não departamentalizados, descritos em anexo (anexo C).

No edifício principal encontram-se distribuídos os Departamentos de Emergência e Urgência e Cuidados Intensivos, Cirurgia, Materno-infantil e Medicina, bem como alguns serviços não departamentalizados. No edifício apelidado de “novo”, construído alguns anos depois da sua inauguração, encontra-se os serviços de Consulta Externa e neste momento com a Pandemia que se instalou no mundo, as instalações deste edifício passaram fazer parte integrante para os doentes infetados com Covid-19 que necessitem de internamento. Foi necessário realizar-se adaptações e proceder a alterações em termos da organização dos serviços bem como mobilização de profissionais de saúde para conseguir isolar estes doentes e dar resposta às suas necessidades.

No presente relatório iremos descrever o Departamento Materno-infantil que

situado no 5º piso do edifício principal do CHUA, onde se encontram os serviços de Urgência Obstétrica e Ginecológica, Bloco de Partos e Unidade de Grávidas, Serviço de Neonatologia, Serviço de Obstetrícia e Serviço de Ginecologia. Este Departamento fica centrado todo no mesmo piso, para que seja mais fácil a mobilidade de mulheres perante a sua clínica.

Em 2019 segundo os dados fornecidos no site PORDATA, mostra-nos que em Portugal obteve-se um total de 85.963 partos, tanto em instituições hospitalares como no domicílio (PORDATA, 2020).

No Centro Hospitalar Universitário do Algarve, nas duas instituições (Faro e Portimão) os dados fornecidos pelo site SNS Transparência apresentou um total de 4.976 nascimentos, sendo que 3.813 (= 77%) foram partos eutócicos e instrumentados e 1.163 (=23%) foram cesarianas. Através dos dados obtidos, contruímos a seguinte tabela dos valores acumulados, para podermos identificar mais facilmente o nº de partos realizados em cada instituição do CHUA (Transparência, 2020).

Tabela 1- Total de Partos e Cesarianas do Centro Hospitalar Universitário do Algarve em 2019

Período	Região	Instituição	Nº Total de Partos	Nº Cesarianas
2019-01	Região de Saúde do Algarve	Centro Hospitalar Universitário do Algarve,EPE	326	105
2019-02	Região de Saúde do Algarve	Centro Hospitalar Universitário do Algarve,EPE	601	192
2019-03	Região de Saúde do Algarve	Centro Hospitalar Universitário do Algarve,EPE	893	276
2019-04	Região de Saúde do Algarve	Centro Hospitalar Universitário do Algarve,EPE	1210	367
2019-05	Região de Saúde do Algarve	Centro Hospitalar Universitário do Algarve,EPE	1521	452
2019-06	Região de Saúde do Algarve	Centro Hospitalar Universitário do Algarve,EPE	1817	550
2019-07	Região de Saúde do Algarve	Centro Hospitalar Universitário do Algarve,EPE	2177	666
2019-08	Região de Saúde do Algarve	Centro Hospitalar Universitário do Algarve,EPE	2533	775
2019-09	Região de Saúde do Algarve	Centro Hospitalar Universitário do Algarve,EPE	2849	871
2019-10	Região de Saúde do Algarve	Centro Hospitalar Universitário do Algarve,EPE	3183	976
2019-11	Região de Saúde do Algarve	Centro Hospitalar Universitário do Algarve,EPE	3506	1074
2019-12	Região de Saúde do Algarve	Centro Hospitalar Universitário do Algarve,EPE	3813	1163

Fonte: (Transparência, 2020)

2.1.1.1 Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica do CHUA

A estrutura física do Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica (SUOG) é composta por uma sala de espera comum para as utentes, duas salas de admissão com sala de observação ginecológica em ambas, uma sala de cardiotocografia e um wc comum.

No mesmo espaço, com uma porta de segurança que dá acesso restrito aos profissionais integrantes do serviço, temos o Bloco de partos e o serviço de Neonatologia. Não foi possível descrever o serviço de Neonatologia por não ser possível realizar o estágio devido à Pandemia por Covid-19.

O Serviço de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia, Unidade de grávidas e Bloco de Partos são geridos pela Diretora de Departamento e pela Enfermeira-chefe, com uma equipa multidisciplinar que é composta por uma equipa de 11 médicos especialistas em Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica, 8 médicos internos da especialidade, uma enfermeira chefe especializada em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, por um total de 27 EESMO, dezassete enfermeiras generalistas, uma enfermeira especialista em médico-cirúrgica, 16 assistentes operacionais, um médico anestesista e pediatra presencial disponível 24 horas por dia e 3 administrativas nos dias úteis. A equipa de enfermagem é dividida por sete enfermeiros no turno da manhã e da tarde e 6 enfermeiros no turno da noite, em horários de 8 horas por turno. São destacados dois EESMO para a sala de Partos, dois enfermeiros para o Bloco operatório, uma enfermeira especialista para a Admissão do SUOG e dois elementos EESMO para a unidade de grávidas. Para melhor gestão e logística do serviço, os elementos destacados para o bloco operatório, normalmente enfermeiros generalistas, quando não estão em cesarianas prestam apoio à admissão, unidade de grávidas e bloco de partos. Quanto aos assistentes operacionais estão três elementos no turno da manhã e da tarde e dois elementos no turno da noite. A equipa médica divide-se em turnos de 12 ou 24 horas, estando sempre uma equipa de emergência composta por 4 elementos, que dão apoio a todos os serviços do departamento de saúde materno-infantil.

O SUOG recebe todas as mulheres grávidas e/ou de foro ginecológico e o enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica tem como funções a triagem e controlo de entradas no serviço, bem como assistência a consulta de urgência obstétrica e/ou ginecológica, realização de Cardiotocografias (CTG's), vigilância de bem-estar materno-fetal, prestação de cuidados de enfermagem especializados da área como avaliação de trabalhos de parto. O sistema informático utilizado em todos os serviços é o SCLinic® à exceção do SUOG que utiliza o ALERT®. O Bloco de Partos e a Unidade de Grávidas partilham de uma Central Informatizada Omniview-Sis Porto, que permite a visualização das cardiotocografias em curso de modo a termos uma análise contínua dos CTG's a partir da sala de registos de enfermagem.

2.1.1.2 Bloco de Partos

O Bloco de Partos é composto por 4 salas de parto individuais, uma Sala de Observação (SO), um bloco operatório com uma Unidade de Cuidados Pós-anestésicos (UCPA), uma sala de recobro com espaço para 3 unidades, uma sala de cuidados imediatos ao recém-nascido com acesso direto ao serviço de Neonatologia. Dispõe também de uma sala de enfermagem, gabinete da enfermeira-chefe, casa de banho dos profissionais, sala de sujos, sala de consumo clínico, sala das máquinas e copa.

As salas de parto individuais são utilizadas durante o trabalho de parto e parto vaginal, na prestação de cuidados imediatos ao recém-nascido e na prestação de cuidados de enfermagem no puerpério imediato. Dispõem de janelas recebendo iluminação natural, com uma marquesa de parto eletrónica adaptada às várias posições de parto, um aparelho de cardiocografia com monitor de avaliação de parâmetros vitais, uma seringa infusora, mesa de apoio com material necessário à realização de um parto vaginal, rampa de oxigénio e de aspiração por vácuo, um cadeirão para o acompanhante e um balcão de apoio com banheira e balança para assegurar os cuidados imediatos de adaptação do RN à vida extrauterina. Todas as salas de parto possuem ainda um sistema de rádio, caso a parturiente queira escutar durante o seu internamento em sala de partos.

Dentro do Bloco de Partos existe uma sala operatória destinada à realização de cesarianas eletivas ou urgentes/emergentes bem como algumas cirurgias ginecológicas que seja necessária uma intervenção rápida. A sala está equipada com o material e equipamento cirúrgico necessário, marquesa operatória, carro de anestesiologia, ventilador, carro de medicação e material de enfermagem e cirúrgico, bisturi elétrico, rampa de oxigénio e aspiração por vácuo. Ao lado da sala operatória encontra-se a sala de reanimação do recém-nascido que dá acesso direto ao Serviço de Neonatologia, onde se prestam os cuidados imediatos ao RN após o nascimento por cesariana e em casos de necessária reanimação, onde dispõe de dois berçários aquecidos com rampa de oxigénio, aspiração por vácuo e todo o material de reanimação necessário. Também disponibiliza uma banheira e uma balança para os cuidados imediatos prestados.

O serviço dispõe de uma UCPA reservada e equipada para o recobro das cesarianas, e a sala de recobro para os partos vaginais. Nestas salas são assegurados os cuidados pós-cirúrgicos e os pós-parto imediato por parte da equipa de enfermagem. O Bloco de Partos partilha da mesma equipa médica e enfermagem que o SUOG.

Circuito da utente

As utentes que recorrem ao hospital são admitidas primeiramente no Serviço de Urgência Geral através de um sistema de Triagem de Manchester e encaminhadas para o Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica situado no 5º piso, partilhando com o Bloco de Partos o mesmo espaço físico e as entradas de utentes são controladas pelos funcionários do serviço sendo que em tempos de pandemia não são permitidas visitas ou acompanhantes, salvo raras exceções que se mostre necessário.

Na Admissão do SUOG a mulher é recebida pelo EESMO na sala de observação onde é feita uma segunda “triagem” dependendo de cada caso clínico. Se grávida, tem prioridade dependendo da queixa, da idade gestacional, multiparidade e história clínica. É realizado a avaliação do bem-estar fetal com monitorização cardiotocográfica, durante 20 a 30 minutos, avaliação dos parâmetros vitais materno e posteriormente é observada pela equipa médica em consulta.

No caso de se tratar de uma grávida em Trabalho de Parto em fase latente, em que as contrações são menos coordenadas, fortes e eficientes, apresentando colo amolecido, elástico e inferior a 4 cm de dilatação, a mulher é encaminhada para o internamento na Unidade de Grávidas. No internamento é realizado o acolhimento à grávida e prestados os cuidados consoante cada situação clínica. Por exemplo no caso de uma grávida em fase ativa do trabalho de parto, com dilatação superior a 4 cm, com apagamento do colo, descida do feto e contrações eficientes, é encaminhada para a sala de partos.

Na Sala de Partos, a parturiente tem direito a uma acompanhante durante o tempo que estiver em trabalho de parto (exceto durante o procedimento da analgesia epidural), durante o parto e durante o puerpério imediato, mas em tempos de pandemia, a pessoa significativa para a grávida só pode estar presente no momento expulsivo do parto e uma hora no recobro. A mulher grávida quando admitida em sala de partos é realizado o acolhimento, são monitorizados os parâmetros vitais, é colocado o cardiotocógrafo contínuo em registo em Central Omniview, recolhida história pessoal, obstétrica e familiar e questionado se pretende analgesia epidural. Em caso afirmativo é-lhe entregue o consentimento informado e contactado o médico anestesista destacado para a sala de partos. É colocado cateter venoso periférico com soroterapia adequada em curso e a vigilância e o acompanhamento do trabalho de parto são da responsabilidade do EESMO, que acompanha a parturiente até o momento do parto e realiza-o se for parto eutócico. No

caso de ser um parto instrumentado, este é realizado pelo médico obstetra que está de apoio à urgência e Sala de Partos.

Em situações de a mulher possuir um Plano de Partos, este é recebido e entendido da melhor forma a proporcionar todo o conforto e vontade da parturiente, desde que o serviço permita e tenha condições para tal e não ponha em risco a vida da mãe e do recém-nascido.

Após o parto, a puérpera é transferida para o recobro juntamente com o recém-nascido, permanecendo ambos em vigilância durante o puerpério imediato (cerca de 2 horas). É um período delicado, sendo necessário uma vigilância apertada, para deteção precoce de hemorragias pós-parto, atonias uterinas entre outras complicações pós-parto existentes. São avaliados os parâmetros vitais, avaliação do globo de segurança de Pinard, avaliação do períneo e queixas maternas (Graça, 2016; Nené Marques e Batista, 2016). O recobro promove um espaço e um momento mais íntimo e sossegado que promove a privacidade e o vínculo díade/tríade no contacto pele a pele com o RN iniciado após o parto e a amamentação. Em situações de cesariana os procedimentos no recobro são os mesmos, à exceção dos cuidados pós-anestésicos. Se o puerpério imediato decorrer sem intercorrências e sem complicações, a puérpera e o recém-nascido são transferidos para o serviço de Obstetrícia onde permanecem internados 48 horas em caso de parto vaginal e 72 horas em caso de cesariana.

2.1.1.3 Unidade de Grávidas do CHUA

Faz parte do Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica, a Unidade de Grávidas, composta por uma sala de enfermagem, cinco enfermarias de 3 camas sendo estas eletrónicas e adaptadas às várias posições para o conforto das grávidas, com um total de 15 camas para internamento de grávidas com patologia, ou em indução e/ou trabalho de parto. O internamento possui todo o material necessário para vigilância de saúde materno-fetal como bola de pilates e 4 aparelhos de CTG com ligação em todas as enfermarias à Central de monitorização OmniView permitindo a visualização das cardiotocografias em curso na sala de enfermagem. Mulheres que entrem em trabalho de parto ativo são transferidas para o bloco de partos.



2.1.1.4 Serviço de Ginecologia do CHUA

O Serviço de Internamento de Ginecologia situado também, no 5º piso, ao lado da Unidade de Grávidas, apresenta uma estrutura física com uma sala comum de enfermagem, gabinete médico e gabinete de Direção Clínica, sala de trabalho de enfermagem, sala de tratamentos, balcão de administração, seis enfermarias de 3 camas cada e dois quartos privados com wc utilizados para casos mais complexos como por exemplo aborto espontâneo ou feto morto que exige mais privacidade, tendo assim um total de 20 camas, um wc comum às utentes e outro para profissionais.

É composto por uma equipa de 9 médicos ginecologistas e 12 enfermeiros, sendo uma enfermeira especializada em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e outra com especialização em Reabilitação. O serviço recebe todas as doentes do foro ginecológico, tanto geral como ginecologia oncológica e senologia abrangentes a todo o algarve. O sistema informático utilizado é o SCLinic® para a realização de registos de enfermagem com o método de classificação informático de doentes internadas distribuídos pelo nº de enfermeiros distribuídos em cada turno.

2.1.1.5 Serviço de Obstetrícia do CHUA

O Serviço de Obstetrícia, com acesso restrito a profissionais mediante marcação de código de segurança e em tempo de pandemia sem acesso a visitas, é composto em termo físico estrutural por:

- um total de 34 camas, com 10 enfermarias de 3 camas, quatro quartos individuais, que sempre que possível incorpora puérperas com situações clínicas mais delicadas;
- um gabinete médico;
- um gabinete do enfermeiro-chefe;
- copa;
- sala de sujos;
- sala de Registo de Certidão de Nascimento;
- balcão administrativo;
- sala de enfermagem para realização de registos e passagens de turno;
- sala de tratamentos e de observação ginecológica;
- sala de trabalho para preparação de medicação, onde se encontra o carrinho da medicação, frigorífico, material de preparação de leite adaptado;



- sala de recém-nascido onde são prestados cuidados ao mesmo, equipada com banheiras e balanças para ensinos;
- sala de reuniões onde se realizam os ensinos da alta segura e está incorporado o Cantinho da amamentação;
- sala de arrumos/rouparia;
- wc comum e wc restrito a profissionais;

A equipa multidisciplinar de Obstetrícia é formada pela equipa de enfermagem composta pela enfermeira chefe que integra uma equipa de 22 enfermeiras generalistas, uma enfermeira especialista em Saúde Materna e Obstétrica e uma enfermeira especialista em saúde infantil, estando escaladas no turno da manhã 4 enfermeiras, no turno da tarde 3 e no turno da noite 2 enfermeiras. Equipa de 11 médicos obstetras, 1 pediatra assistente, 6 médicos internos da especialidade, 1 assistente social, 1 psicóloga e 2 técnicos de audiometria.

No Serviço de Obstetrícia os registos de enfermagem, são realizados através do programa informático SClinic®, com um processo informatizado para cada puérpera e cada bebé, com registo de classificação de doentes, realizado diariamente no turno da manhã, e o registo de vacinas na plataforma nacional, bem como a Notícia de Nascimento na data da alta do recém-nascido (RN).

O serviço dispõe de um sistema de segurança para os recém-nascidos, que consiste na colocação de uma pulseira eletrónica que está ligada a um sistema de vigilância informático com ligação ao posto de segurança. Após a colocação da pulseira no RN pelo enfermeiro, é ativado um código único de segurança em sistema informático, que quando há mobilização do RN para fora do serviço aciona um alarme, sendo necessária a sua desativação para que este possa sair da maternidade.

2.1.2 – Caracterização do Centro de Saúde de S. Brás de Alportel (UCC Alportellus)

A Unidade de Cuidados à Comunidade Alportellus abrange uma população local de 10662 habitantes, com um total de 5 médicos e 9 enfermeiros, fazendo parte integrante a assistência médica e de enfermagem na área da Saúde Materna e Obstétrica. Esta área é composta por um enfermeiro especialista em Saúde Materna e Obstétrica e pelos médicos de família assistentes. Segundo contagem de registos de nascimentos realizada pelos profissionais de saúde de Saúde Materna da instituição existem entre 80 a 90 partos

por ano no concelho de S. Brás de Alportel, permitindo assim um acolhimento da grávida e do recém-nascido mais pormenorizado.

O Departamento de Saúde Materna e Obstétrica é parte integrante do centro de saúde, situa-se no 1º piso das instalações e dele faz parte a equipa multidisciplinar composta por médico de família e enfermeiro especializado em saúde materna e obstétrica. É organizado por um gabinete de enfermagem, sala de tratamentos, cantinho da amamentação, sala de reuniões onde se realizam os Cursos de Preparação para a Parentalidade, gabinete administrativo, copa, wc utentes e wc para profissionais. O EESMO participa em consultas de Planeamento familiar que integram as consultas pré-concepcional, tabagismo e alcoolismo na gravidez, consulta de gravidez e consulta de Puerpério. Para além disso ainda participa nas consultas do recém-nascido e na visita domiciliária realizada à puérpera e ao recém-nascido até aos 28 dias de vida.

2.2 – Metodologia

No presente capítulo iremos descrever os objetivos propostos para o estágio profissional de modo a adquirir e desenvolver competências da especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, bem como a população-alvo e os métodos utilizados de aprendizagem. Como já referido anteriormente, a unidade curricular de Estágio de Natureza profissional decorreu em regime de supervisão clínica com um perito na área da enfermagem de saúde materna e obstétrica e sob orientação pedagógica de docentes do Departamento de Enfermagem da UÉESJSD.

2.2.1 – Objetivos do estágio de natureza profissional

A determinação dos objetivos do estágio de natureza profissional permite definir os resultados que se pretende atingir e sendo este um relatório de estágio torna-se importante descrevê-los de acordo com o regulamento da unidade curricular do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Universidade de Évora e com o Regulamento das Competências específicas do Enfermeiro especialista da Ordem dos Enfermeiros.

Deste modo, como objetivos gerais de estágio apresentamos:

- Adquirir e desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados em saúde materna e obstétrica à mulher inserida

na família/comunidade durante o período pré-concepcional, no âmbito da saúde sexual e reprodutiva e no período pré-natal;

- Adquirir e desenvolver competências na prestação dos cuidados de enfermagem especializados à mulher nos vários estádios do trabalho de parto e parto, em situações de saúde/desvio da saúde, puerpério e no processo de saúde/doença de foro ginecológico;
- Adquirir e desenvolver competências na prestação de cuidados à mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-parto, nomeadamente na identificação das preocupações auto percebidas no autocuidado e cuidados ao recém-nascido no momento da alta, desenvolvendo conhecimentos baseados em vertentes teórico-práticas e na Prática Baseada na Evidência;
- Demonstrar responsabilidade ético-deontológica e empenho na melhoria da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento de aprendizagens profissionais;
- Defender através de um relatório apresentado em provas públicas, a atuação no Estágio de Natureza Profissional.

2.2.2 População-alvo

A população-alvo do estágio engloba todas as mulheres/família inseridos na comunidade, com quem tivemos contacto e que prestámos cuidados de enfermagem especializados em todos os campos de estágio que passamos ao longo do percurso curricular, cuidados de saúde primários e diferenciados.

Nos cuidados de saúde primários, a população-alvo engloba todas as mulheres em idade fértil e família inseridas na Comunidade que fazem parte do Concelho de São Brás de Alportel e que frequentam o Centro de Saúde Allportellus.

A população-alvo dos cuidados de saúde diferenciados engloba todas as mulheres/família que procuram e frequentam os Serviço de obstetrícia, Ginecologia, Bloco de Partos, Unidade de Grávidas e SUOG do CHUA. O SUOG recebe todas as mulheres grávidas, estas são livres de escolher o local de nascimento do seu filho garantindo as melhores condições de segurança. O Algarve é caracterizado pela sua multiculturalidade, resultado de ser um destino turístico e de ser conhecido por grande número de fluxos migratórios, e para além de mulheres portuguesas, o SUOG do CHUA recebe mulheres de várias nacionalidades, verificando-se ao longo dos estágios uma



elevada afluência de mulheres de diversos países, como Brasil, Nepal, China, Roménia, Ucrânia e Índia. Muitas vezes o cuidar torna-se um verdadeiro desafio pela especificidade das diferenças raças, culturas, etnias, valores e até mesmo pela barreira linguística. Embora a Maternidade exista em todas as culturas mundiais, cada uma delas possui significados e costumes e rituais únicos característicos de cada uma na gravidez, no parto e no puerpério.

3. Contributos para a melhoria da assistência em enfermagem em saúde materna e obstétrica

O Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem (REPE) define que o: “enfermeiro especialista é o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além dos cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na sua área de especialidade” (REPE, 2015, p. 99). Ao longo do exercício profissional é essencial ao EESMO realizar uma contínua atualização de conhecimentos na área de Enfermagem baseada na Prática da Evidência de forma a adquirir melhoria, segurança e otimização dos cuidados prestados. A Ordem dos Enfermeiros em Portugal (OE, Tomada de decisão - Investigação em Enfermagem, 2006) afirma que a Investigação em Enfermagem é fundamental para o desenvolvimento profissional, contribuindo para a excelência da Enfermagem enquanto disciplina e profissão.

Por estes motivos os cuidados prestados pelo Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica são também essenciais no período pós-parto, de modo a prestar, orientar e garantir os melhores cuidados nesta fase tão delicada da vida de uma mulher tanto no autocuidado como nos cuidados ao recém-nascido. É da responsabilidade do EESMO identificar as preocupações e necessidades das puérperas de forma a este poder elaborar um plano de intervenções individualizadas que colmatem estas dificuldades de modo a prevenir e/ou diminuir complicações e a promover autonomia e uma saudável adaptação à parentalidade após a alta para o domicílio (OE, 2019).

Durante o internamento na Maternidade as puérperas adquirem conhecimentos prestados através dos ensinamentos realizados pelos profissionais de saúde quanto ao autocuidado e os cuidados ao recém-nascido. Normalmente o internamento no puerpério tem uma duração média de 48 a 72 horas, o que pode ser considerado um curto período de tempo para a aquisição e desenvolvimento de aptidões e competências, tornando-se insuficiente e o regresso a casa após a alta hospitalar pode causar sentimentos de ansiedade e insegurança quando se deparam com uma nova realidade de cuidar de um ser tão frágil e dependente. Torna-se importante identificar e compreender as dificuldades e preocupações sentidas pelas puérperas para da melhor forma ajudar a superar as mesmas. O EESMO durante o internamento da mulher e do RN no puerpério tem como objetivo dar da melhor forma resposta às necessidades e às preocupações das mulheres para que o



regresso a casa se realize de maneira tranquila, pelo que esta temática se tornou um interesse pessoal e profissional para estudo e disseminação do conhecimento ao longo do estágio de natureza profissional.

O interesse pela presente temática, proporcionou a realização e o desenvolvimento de uma revisão da literatura baseada na seleção de alguns artigos em bases de dados científicas segundo a estratégia PICO's, e a realização de um estudo com o objetivo de identificar as preocupações maternas auto percebidas das puérperas no autocuidado e nos cuidados ao recém-nascido. Após a aprovação da Comissão de Ética da Universidade de Évora e do CHUA visamos apresentar os dados obtidos. De forma a disseminar o conhecimento, iremos posteriormente realizar um artigo para publicação com o estudo dos resultados obtidos, ficando em apêndice o resumo do futuro trabalho (Apêndice B).

3.1 Contextualização

A revisão da literatura é um amplo método que permite a síntese de conhecimento e a incorporação dos resultados de estudo significativos na prática” (Sousa, Marques-Vieira, Severino, & Antunes, 2017). A Revisão combina e relaciona os conceitos atuais das várias pesquisas de estudos (experimentais e não experimentais) de uma questão específica com o objetivo de validar a objetividade e contextualizar os fenómenos analisados.

A revisão integrativa é um instrumento essencial no campo da Enfermagem, pois sintetiza as pesquisas utilizadas sobre determinada temática direcionando o conhecimento científico para a prática clínica. Atualmente, os enfermeiros são desafiados a procurar conhecimento científico baseados na Prática da Evidência de forma a promoverem a melhoria da prestação de cuidados à comunidade (Marcela Tavares de Souza, 2010).

Ao longo do estágio de natureza profissional de modo a contribuir para o desenvolvimento da disseminação do conhecimento acerca da temática que nos preocupa e interessa, começámos por realizar pesquisas de artigos em português, inglês e espanhol nos últimos dez anos (entre 2010 e 2019) em bases de dados como a PubMed, Scientific Electronica Library Online (SciELO), Repositório da Universidade de Évora, Repositório Científico de acesso aberto a Portugal (RCAAP) e Directory of Open Access Journals (DOAJ), com os descritores (DeCS): Período Pós-Parto; Autocuidado; Recém-nascido; Alta do Paciente e o booleano “AND”. Depois de encontrados 5 artigos que vão ao encontro da nossa temática realizámos uma revisão da literatura, que tem como objetivo

analisar, identificar, e sintetizar as evidências disponíveis da temática pesquisada intitulada: Prontidão materna na alta: autocuidado e cuidados ao recém-nascido na alta. A questão de partida foi: Quais as preocupações maternas auto percebidas pelas puérperas no autocuidado e nos cuidados ao recém-nascido no momento da alta hospitalar? Esta questão tornou-se pertinente pelo puerpério caracterizar-se como o período que ocorrem alterações físicas e psíquicas com o objetivo do corpo e da mente voltarem ao estado pré-gravídico. São vários os fatores que influenciam a adaptação a esta fase como o grau de conforto, nível de energia, saúde e bem-estar do recém-nascido e o apoio prestados pelos familiares, amigos e profissionais de saúde (Nené, Marques, & Batista, 2016). Com todas as alterações que o puerpério acarreta, o nascimento de um novo ser desencadeia inúmeras preocupações por parte das mães durante a transição para a parentalidade, tanto nos cuidados ao recém-nascido como no autocuidado. Com o nascimento de um filho nasce também todas as questões, incertezas, necessidades/preocupações maternas que se vivenciadas de forma obsessiva podem levar à incapacitação na tomada de decisões e na resolução de problemas durante esta fase. O stress associado à ansiedade, ao cansaço pode levar à diminuição do autocuidado (Caetano, Mendes, & Rebelo, 2017). Por estas razões, torna-se essencial identificar quais as principais preocupações maternas, de modo a que os profissionais de saúde da Especialidade de Saúde Materna consigam elaborar e gerir estratégias eficazes para dar apoio e desenvolver as competências maternas adequadas.

Depois da questão de partida, as pesquisas da literatura realizadas foram de encontro às etapas da revisão integrativa segundo Sousa et al, (2017) que se dividem em seis fases distintas: 1) identificação do tema e seleção da hipótese com realização da questão norteadora de pesquisa para a elaboração da revisão integrativa; 2) estabelecimentos de critérios para inclusão e exclusão das pesquisas; 3) busca pertinente e exaustiva dos estudos; 4) avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; 5) interpretação dos resultados; 6) apresentação da revisão/síntese da literatura selecionada.

Os artigos foram pesquisados em bases de dados já referidas anteriormente organizados consoante a estrutura PICO, Segundo Santos (2007) no artigo *Estratégia Pico para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências* defendem que a Prática Baseada na Evidência (PBE) deve ser organizada segundo esta estrutura, representada pelos acrónimos P (= População), I (= Intervenção), C (= Comparação) e o O (Resultados). Na PBE estes componentes são fundamentais para a elaboração da pergunta para a busca bibliográfica, isto é, uma pergunta de pesquisa bem estruturada simplifica e

maximiza a pesquisa em bases de dados evitando a realização de buscas desnecessárias. Na presente revisão da literatura, a População (P) inclui puérperas primíparas e múltiparas, a Intervenção (I) a prontidão/autoeficácia materna, a Comparação (C) entre o autocuidado e os cuidados ao Recém-nascido e o O (desfecho) como as preocupações maternas identificadas.

Os critérios de inclusão tiveram como destaque os textos completos, estudos realizados em humanos do sexo feminino em idade fértil nos últimos 10 anos, e os critérios de exclusão basearam-se na leitura e análise dos pontos de interesse dos textos encontrados. Foram encontrados vários artigos, tendo sido necessário realizar uma leitura e escolha rigorosa, obtendo 5 artigos acerca do objetivo principal que é compreender o nível de prontidão materna no autocuidado e cuidados com o recém-nascido. A seguinte figura trata o fluxograma realizado na escolha dos artigos para a presente revisão (figura 3).

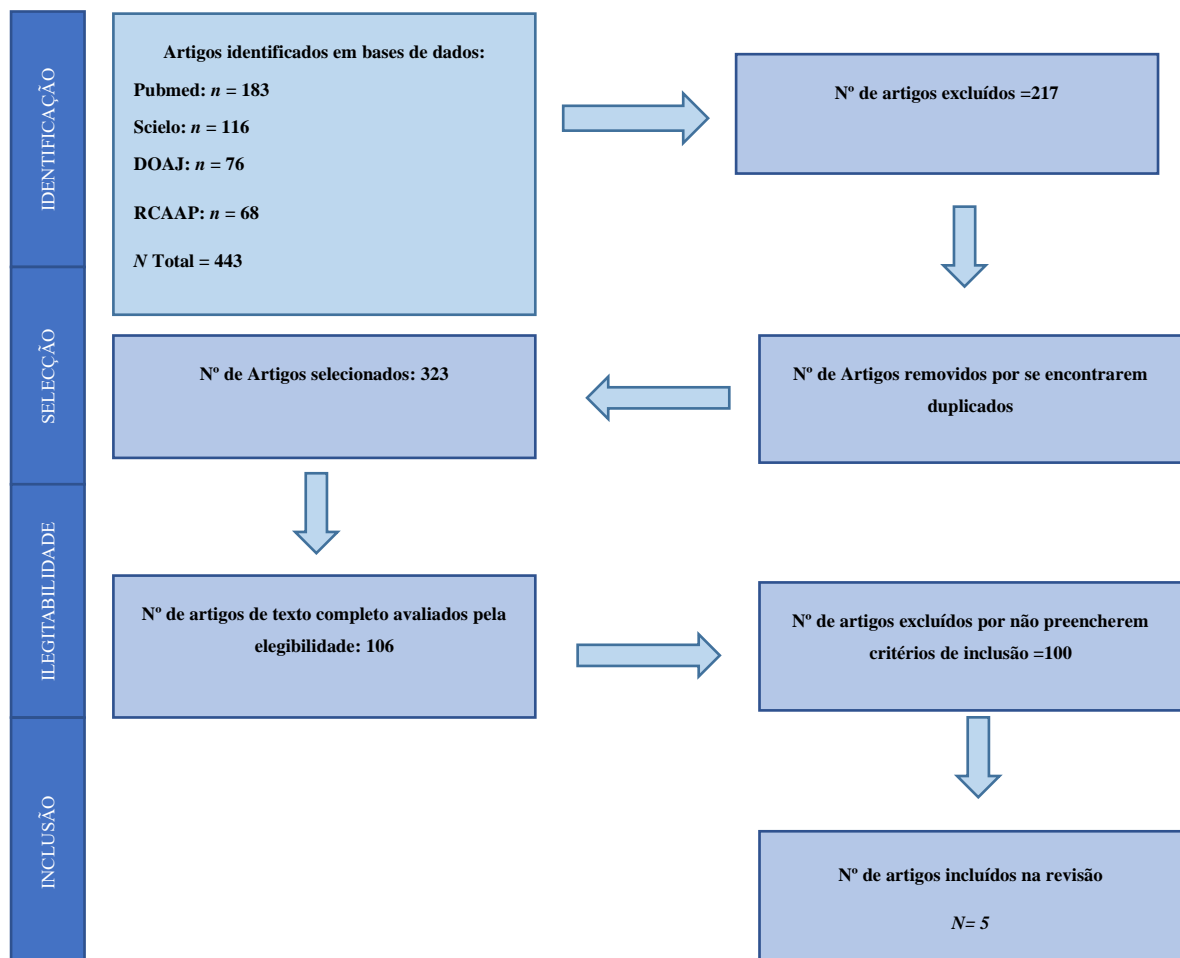


Figura 3 – Fluxograma das etapas metodológicas

Foram utilizadas as mesmas estratégias de pesquisa em todas as bases de dados segundo os critérios de inclusão e exclusão referidos anteriormente. No quadro seguinte estão apresentados os 5 estudos selecionados para esta revisão (quadro 2):

Quadro 2 - Artigos selecionados para revisão da literatura

Artigo	Objetivo	População	Método
1 – Caetano A.I.J.R., Mendes I.M.M.M.D., Rebelo Z.A.S.A. (2018) Preocupações maternas no pós-parto: revisão integrativa.	Identificar as principais preocupações maternas no período pós-parto.	17 estudos no período entre 1990 e 2016.	Revisão integrativa da literatura.
2 – Ana Aguiar Frias, Fátima Batista Damas (2019) Preocupações maternas no momento da alta hospitalar.	Perceber as principais preocupações sentidas pelas puérperas à data da alta hospitalar.	Amostra constituída por 127 puérperas selecionadas por conveniência entre 2 de Abril e 15 de Junho de 2018 numa maternidade no sul de Portugal.	Estudo descritivo quantitativo. Utilizou o Questionário de Preocupações maternas (QPM).
3 – Pereira M.C, Garcia E. S. G.F., Andrade M.B.T., Gradim C.V.C. (2012) Sentimentos da puérpera primípara nos cuidados com o recém-nascido.	Identificar os sentimentos da primípara frente ao cuidado com o recém-nascido.	Foram entrevistadas 11 primíparas no Brasil.	Estudo qualitativo com abordagem fenomenológica.
4 – Acosta D. F., Gomes V.L. O., Kerber N.P.C., Costa C.F.S. (2012) Influências, crenças e práticas no autocuidado das puérperas.	Conhecer as crenças, influências e práticas que permeiam o autocuidado das mulheres no puerpério.	Entrevistas semiestruturadas a 15 puérperas no Brasil.	Estudo exploratório-descritivo qualitativo.
5 – Machineski G. G., Reis N. N., Vieira C. S., Toso B.R.G.O., Caldeira S. (2018) Percepção das mães quanto à competência materna nos cuidados domiciliares do recém-nascido prematuro.	Compreender a percepção das mães quanto à competência materna nos cuidados ao recém-nascido pré-termo.	Entrevista a 14 puérperas	Estudo qualitativo de tipo descritivo.

Os estudos realizados têm como objetivo perceber as preocupações maternas durante o puerpério permitindo assim aos profissionais de saúde desenvolver estratégias para colmatar as suas necessidades. De forma a sintetizar a informação dos estudos integrativos desta revisão, apresentamos o quadro 3 onde apresentamos os resultados obtidos em cada estudo.

Quadro 3 - Síntese dos resultados obtidos nos estudos incluídos na presente revisão

Estudo	População/Amostra	Principais Resultados
Artigo 1	17 estudos no período de 1990 e 2016	Foram identificadas 6 dimensões: <ol style="list-style-type: none"> 1) Preocupações maternas e o cuidar do RN; 2) Preocupações maternas e recuperação funcional; 3) Preocupações maternas e transição para a parentalidade; 4) Preocupações maternas e relacionamento conjugal; 5) Preocupações maternas e família/apoio social; 6) Preocupações maternas e o apoio de profissionais de saúde;
Artigo 2	127 puérperas responderam ao Questionário de Preocupações Maternas	Identificas 5 dimensões: <ol style="list-style-type: none"> 1) Preocupações em relação a si; 2) Preocupações relacionadas com o bebé; 3) Preocupações com o companheiro; 4) Preocupações relacionadas com a família; 5) Preocupações relacionadas com a comunidade;
Artigo 3	Entrevista a 11 primíparas	3 dimensões: <ol style="list-style-type: none"> 1) Sentimentos ao cuidar do recém-nascido; 2) Cuidado físico com o recém-nascido 3) Sentimentos da mulher em relação ao companheiro frente ao cuidado com o RN.
Artigo 4	Entrevista a 15 puérperas	Crenças, influências e práticas no autocuidado das mulheres: restrições que podem trazer malefícios e incentivos que podem trazer benefícios.
Artigo 5	Entrevista a 14 puérperas	Foram identificadas 5 categorias: <ol style="list-style-type: none"> 1) Estresse vivido durante o internamento; 2) Memórias vividas após a alta da UCIN; 3) Experiência do stress após a alta hospitalar; 4) Imposições de maternagem; 5) Preocupação com o bem-estar do filho;

O artigo 1 é uma revisão integrativa da literatura baseado em 17 artigos com o objetivo de identificar as principais preocupações maternas no pós-parto e obteve como resultados as 6 dimensões apresentadas no quadro acima. Na dimensão 1, as preocupações maternas e o cuidar do recém-nascido estão essencialmente centradas na dificuldade na amamentação, na descodificação do choro, no cuidado físico e na adequação dos cuidados prestados essencialmente nos cuidados ao coto umbilical. A necessidade de ser outras pessoas a cuidar do bebé também influencia as preocupações maternas e a identificação de sinais e sintomas de cólicas, de doença e de comportamento pela falta de informação e conhecimentos. Quanto à dimensão 2, as preocupações maternas centram-se na sua recuperação funcional quanto às alterações físicas no retorno à figura corporal pré-gravídica, o desconforto perineal e psicológicas como o cansaço, autoestima e insegurança característicos do período pós-parto. A transição para a maternidade é a 3ª



dimensão das preocupações maternas, na preocupação em ser uma boa mãe, e como 4º dimensão o relacionamento conjugal que é influenciado por uma nova realidade, adaptação a novos horários e rotinas com o novo ser. As preocupações passam também pela adaptação do companheiro às mudanças corporais da mulher e a restrição de relações sexuais nas primeiras semanas pós-parto, que no pensamento da mulher pode promover a um afastamento do casal. A 5º dimensão baseia-se nas preocupações maternas com a família e apoio social, os conselhos e orientações por parte dos familiares e amigos pode influenciar o comportamento da puérpera e em caso de contradição pode acarretar algumas complicações. Na 6ª dimensão, o presente estudo mostra-nos que o apoio pelos profissionais de saúde às puérperas é essencial, quando as mesmas recorrem aos estes como recurso após a alta hospitalar.

O artigo 2 de Frias e Damas (2019) também divide o seu estudo em dimensões baseadas no Questionário de Preocupações Maternas realizado à população em questão, sendo a primeira dimensão as preocupações em relação ao autocuidado tendo mais preocupação os cuidados com as mamas, dor nas mamas, desconforto causado pelos pontos da episiorrafia, tensão emocional, cansaço e regresso à figura anterior à gravidez. A segunda dimensão relaciona-se com o bebé, em que a maioria das respostas são de “muita preocupação” em ser uma boa mãe, segurança e prevenção de acidentes, alimentação do bebé, reconhecer sinais de doença, crescimento e desenvolvimento normais, interpretação do comportamento do bebé, sensação de conforto ao lidar com o bebé, como vestir o bebé e cuidado físico. Na 3º dimensão, as preocupações relacionadas com o companheiro apresentam menos preocupação por parte das puérperas. No que diz respeito às preocupações referente à família (4ª dimensão) o grau de preocupação é moderado relativamente à mudança de estilo de vida familiar, recursos económicos e gerir exigências do lar e sem preocupação em relação à restrição de visitas. Na 5ª dimensão, nas preocupações relacionadas com a comunidade a preocupação materna está relacionada com o regresso ao trabalho e ter de deixar por algum tempo o filho.

O estudo qualitativo relativo aos sentimentos da puérpera primípara nos cuidados com o recém-nascido tem 3 dimensões relativas aos sentimentos das puérperas ao cuidar do recém-nascido, o cuidado físico com o recém-nascido e os sentimentos da mulher em relação ao companheiro frente ao cuidado com o recém-nascido. Em relação aos cuidados ao recém-nascido ressaltam as dificuldades e inseguranças por ser o primeiro filho, sendo que as dificuldades com o RN envolvem o banho, a alimentação, vacinação, teste do



pezinho e cuidados ao coto umbilical. No que diz respeito aos sentimentos da mulher em relação ao companheiro, as mulheres descrevem como se sentem felizes e satisfeitas em ter o companheiro para auxiliar nos cuidados ao RN, criando maior solidez no relacionamento conjugal.

O artigo 4 relata o estudo sobre crenças, influências e práticas que são transmitidas de geração em geração como heranças culturais e que podem trazer benefícios ou não para as puérperas. As entrevistas realizadas relatam algumas restrições que passam essencialmente por restrições alimentares, de higiene e sexuais, como por exemplo crenças de não lavar o cabelo durante a quarentena podendo causar “loucura”, não comer verduras causa cólicas no bebé, e evitar relações sexuais durante o período pós-parto. Este estudo mostra-nos a importância do conhecimento sobre herança cultural de cada puérpera por parte dos profissionais de saúde, para que da melhor forma se consiga desmistificar conceitos incorretos e promover condutas corretas.

O artigo 5 trata-se de um estudo de pesquisa qualitativa, realizado a 15 primíparas que têm em comum o nascimento de um filho prematuro com a necessidade de internamento na Unidade de Cuidados Intensivos neonatais e vêm-se restritas no que diz respeito ao contacto com o seu filho e aos cuidados prestados ao mesmo, podendo ter influência no desempenho dos cuidados ao RN após a alta hospitalar. Justifica-se mais uma vez a importância da presença e do apoio realizado pelos profissionais de saúde de forma a ajudar a ultrapassar as dificuldades que foram adiadas pelo internamento e que podem vir a causar ainda mais ansiedade e insegurança por parte das mães por serem prematuros. A hospitalização do RN prematuro leva à separação entre a mãe e o RN numa fase que é fundamental para a construção da díade mãe-filho e da transição para a parentalidade, causando estresse durante este período. O período após a alta hospitalar do RN também é relatado neste estudo como um fator desencadeante de estresse, porque em situações normais em que as mães ficam com o seu filho durante o internamento hospitalar, neste período os profissionais de saúde estão presentes para dar apoio neste processo de transição para a parentalidade, enquanto que na alta do RN para o domicílio, a primípara encontra-se pela primeira vez sozinha com o seu filho, sendo insuficiente o apoio que foi prestado durante o internamento na UCIN. Apesar da alta hospital significar alegria para a mãe por finalmente poder levá-lo para junto de si, ainda predomina o sentimento de insegurança e medo por parte da primípara. Nestas situações o apoio familiar por parte do companheiro e dos familiares nos cuidados ao recém-nascido são



fundamentais, minimizando dificuldades e medos em relação ao bebé prematuro. Este exige cuidados redobrados pois apresenta maior fragilidade, e segundo o relato de muitas mães a preocupação com o bem-estar do filho é maior, obrigando a mãe a desenvolver competências maternas acrescidas e isso pode causar preocupação e estresse, mas não quer dizer que o seu desempenho seja afetado, pois os profissionais de saúde estarão presentes para minimizar dificuldades.

O puerpério é caracterizado por alterações fisiológicas e psicológicas e acarreta consigo muitas preocupações/sentimentos por parte das mães no que diz respeito à adaptação ao novo papel parental, iniciando-se no fim da gravidez e crescendo com o nascimento. O parto é o momento fulcral da transição da gravidez para a maternidade tornando-a “real”, iniciando-se o vínculo da díade mãe-filho. A maternidade engloba uma dimensão histórica, cultural e social de acordo com os conceitos de “ser mãe” e o significado de um filho perante as experiências maternas vivenciadas durante a sua infância, pelos cuidados recebidos pela sua progenitora e pelas transformações históricas e sociais (Reis et al, 2018).

A dimensão histórica e cultural de cada mãe e criança tem influência nas preocupações maternas, isto é, segundo o artigo de Caetano et al e Pereira et al as preocupações parentais dependem das características das crianças e dos pais bem como do tempo histórico.

O puerpério sofre influências, crenças e práticas que são transmitidas de geração em geração, por relatos de ponto de vista positivos ou negativos vivenciados no período pós-parto pelas mulheres da família ou por parte de amigas. A liberdade de pesquisa na internet também pode influenciar as experiências de hoje, embora muitas vezes a informação que se encontra possa não ir ao encontro das realidades.

As preocupações maternas durante o puerpério refletem as necessidades das puérperas no período pós-parto para além das preocupações com os cuidados ao recém-nascido e podem ser classificadas como positivas e negativas, em que as positivas contribuem para a vinculação mãe-filho pela atenção que a mãe tem para com o filho mas também podem ter um ponto de vista negativo quando as preocupações se tornam obsessivas prejudicando a tomada de decisão e resolução de problemas.

Cabe a nós enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica desmistificar conceitos errados, retirar dúvidas, orientar as mulheres na fase de transição de gestante para puérpera tanto no autocuidado como nos cuidados com o recém-nascido permitindo

às mulheres terem um puerpério saudável.

Tendo em conta os resultados obtidos pela pesquisa selecionada, é-nos apresentado as principais preocupações maternas relativamente ao autocuidado e aos cuidados ao recém-nascido sentidas pelas puérperas, e estas refletem as necessidades sentidas durante o puerpério. Contudo, as necessidades sentidas pelas puérperas estão interligadas às suas particularidades como pessoa, tendo por base a sua história de vida, estilo social e inserção na comunidade. O autocuidado ressalta alguma importância por parte da puérpera, mas acaba por valorizar mais os cuidados ao recém-nascido. Nota-se a preocupação maior para com os cuidados com o recém-nascido e menos preocupação com os cuidados consigo mesma.

No entanto, todas as preocupações maternas devem ter o mesmo peso e significado, de maneira a contribuir para um puerpério saudável. Os profissionais de saúde tornam-se imprescindíveis nos ensinamentos e transmissão de informação e conhecimento às puérperas durante o internamento para que estas se sintam mais seguras e consigam ultrapassar facilmente as dificuldades que possam ocorrer aquando do regresso a casa. Desenvolver as capacidades maternas é da responsabilidade do enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica. Para além do apoio prestado durante o internamento no puerpério, o apoio após a alta também é fundamental, pois é no regresso a casa e quando as mães se vêm sozinhas que surgem as maiores dúvidas, derivado à alta precoce dos dias de hoje, nem toda a informação por vezes consegue ser transmitida ou captada, pelo que o apoio do profissional de saúde após a alta torna-se imprescindível.

3.2 Metodologia

Após aprovação das Comissões de Ética da Universidade de Évora e do CHUA, fez-se uma incursão pela investigação. Trata-se de uma metodologia exploratória, descritiva de tipo quantitativo. Tivemos como objetivo identificar o nível de perceção e preocupações maternas auto percebidas das puérperas no autocuidado e cuidados ao recém-nascido no momento da alta hospitalar.

Para a recolha de dados, utilizou-se um instrumento de medição aplicado às puérperas internadas no CHUA, na unidade de Faro (Apêndice C), com critério de exclusão as que não falam nem escrevem português. O questionário divide-se em três partes: dados

sociodemográficos e obstétricos; Escala de Autopercepção Materna das Competências Cuidativas Neonatais (EAPMCCN) (Marques e Santos, 2009) baseada em duas dimensões: cognitiva-motora e cognitiva-afetiva; e Questionário de Preocupações Maternas de Sheil et. Al (1985) composto por 5 dimensões no total: a si própria, ao bebé, companheiro, família e comunidade, sendo somente utilizadas neste estudo as duas primeiras dimensões. Os resultados obtidos foram tratados e analisados no sistema software SPSS 24.0 para Windows (Statistical Package for the Social Sciences), sendo apresentados e discutidos tendo por base a revisão da literatura realizada anteriormente.

3.3 Resultados

Neste capítulo vão ser apresentados os resultados obtidos em forma de tabelas e gráficos da análise descritiva presentes no instrumento de recolha de dados tendo por base a revisão da literatura apresentada anteriormente.

A amostra por conveniência é constituída por 155 puérperas internadas no serviço de Obstetrícia do CHUA Faro, excluindo aquelas que não falam nem escrevem português. O inquérito está dividido em 3 partes, sendo a primeira parte os dados sociodemográficos e obstétricos, a segunda parte a escala EAPMCCN de Mendes e Santos (2009) e a terceira o Questionário de Preocupações Maternas de Sheil (1985) com a versão piloto portuguesa de Mendes, Rodrigues, Santos e Pedrosa (2010).

A parte I relativa aos dados sociodemográficos e obstétricos subdivide-se em 23 questões, as primeiras sete perguntas têm como finalidade a recolha de informação acerca da nacionalidade, área de residência, idade, estado civil, escolaridade, profissão e agregado familiar. Os restantes dezasseis dizem respeito à informação obstétrica, nomeadamente os pontos mais importantes como o planeamento da gravidez, vigilância da gravidez e local, aulas de preparação para a parentalidade, problemas de saúde, experiência prévia com bebés, nº de filhos, tipo de parto e aleitamento e participação dos profissionais de enfermagem. Vamos proceder à análise descritiva da amostra estudada tendo presente primeiramente aos dados sociodemográficos.

3.3.1 Dados sociodemográficos

Nacionalidade

Quanto à nacionalidade verificamos que a maioria da amostra é de nacionalidade portuguesa (82.6%) e as restantes estrangeiras (17.4%) do Brasil (5.8%), moldávia (3.2%), Roménia e Ucrânia com 1,9% para cada e restantes nacionalidades com 4.6%. No Algarve nos meses da época alta do turismo poderíamos encontrar maior número de mulheres estrangeiras que pudessem parir na nossa instituição, mas este ano tornou-se um ano atípico para o turismo em Portugal derivado da pandemia.

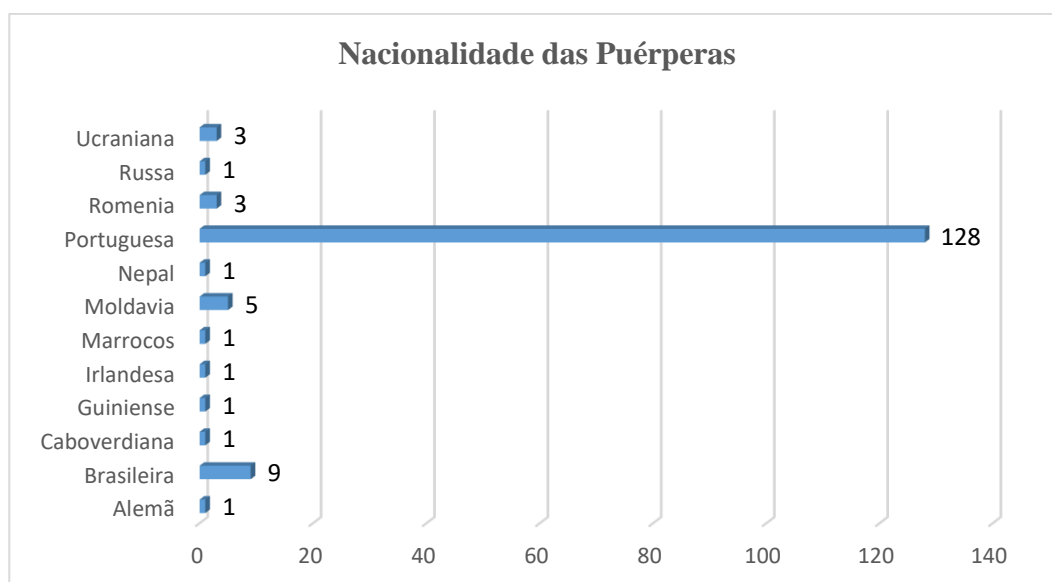


Figura 4 - Nacionalidade das Puérperas

Área de residência

No que diz respeito à área de residência, a maioria das puérperas refere viver no Algarve (154 puérperas) e somente uma puérpera refere viver fora do distrito. O Algarve divide-se em 16 concelhos distribuídos por três ACES (Barlavento, Central e Sotavento), sendo que 15 puérperas pertencem ao ACES de Barlavento (= 9.4%), 113 residem no ACES Central (= 72.7%), 26 no ACES Sotavento (16.7%), como podemos observar na tabela 2. Podemos afirmar que a maioria das puérperas que pariram no CHUA Faro pertencem ao ACES Central e Sotavento e em minoria pertence ao ACES Barlavento, justificando a procura pelo CHUA Portimão.

Idade

Relativamente à idade, podemos observar através da tabela 6 que a média de idade ronda os 31 anos de idade com um desvio padrão de 5,34. A idade mínima é de 17 anos e a máxima de 41 anos. Se agruparmos as idades das puérperas em três grupos etários, de 17-25, 26-33 e 34-41, verificamos que o grupo etário com maior percentagem se encontra entre as idades de 26 e os 33 anos (53.5%) e o grupo com menos taxa encontra-se entre os 17 e os 25 anos.

Estado civil

Quanto ao estado civil, observamos que a maioria das puérperas (N=115) são casadas/união de facto (74,2%) seguido de 38 puérperas solteiras (24.5%) e uma minoria são divorciadas (2=1.3%). Assim, podemos considerar dois grupos, mulheres casadas (= 74,2%) e não casadas (= 25.8%).

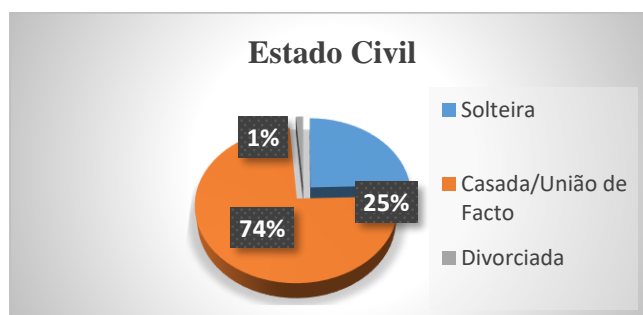


Figura 5 - Estado Civil Puérperas

Escolaridade

Podemos distribuir a amostra por três grupos em que até ao 3º ciclo de escolaridade (9º ano) existe uma menor percentagem (22.6%) relativamente aos outros grupos, com maior amostra no ensino secundário e/ou profissional (50.3%) seguido do ensino superior (27.9%). A maioria das mulheres da amostra são detentoras de habilitações literárias com o 10-12º ano de escolaridade ou ensinos profissionais, e uma percentagem abaixo com ensino superior, podendo assim afirmarmos que na nossa colheita de dados, as puérperas apresentam um bom grau de escolaridade.

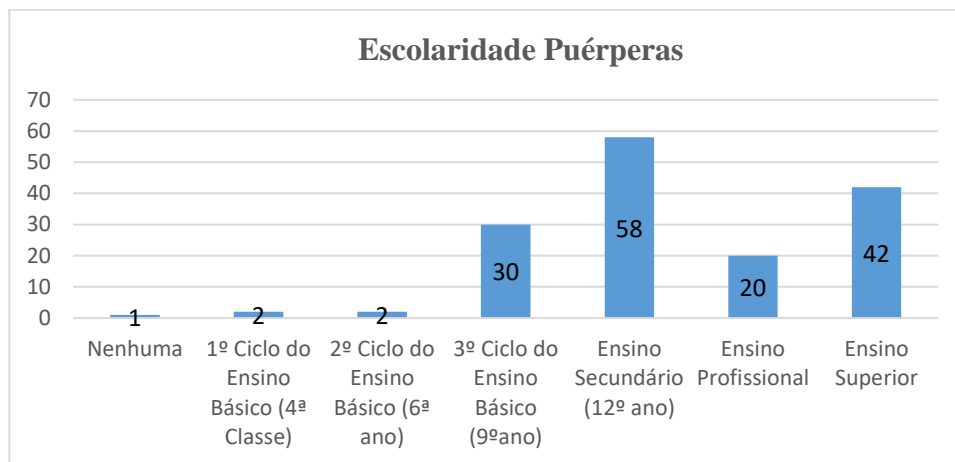


Figura 6 - Percentagem de escolaridade das Puérperas

Agregado familiar

No que diz respeito ao agregado familiar das puérperas, a maioria das mulheres vive com o marido/companheiro e com os filhos (56.1%), seguido das puérperas que vivem com o marido/companheiro (36.8%) e em minoria vivem as puérperas sem marido/companheiro que vivem sozinhas ou com outros familiares (7.1%).

No seguinte quadro apresentamos uma visão geral da distribuição da amostra pelos dados sociodemográficos.

Tabela 2 - Distribuição da amostra por dados sociodemográficos

Variáveis Sociodemográficas		Σ	%
1 – Nacionalidade	Portuguesas	128	82.6
	Estrangeiras	27	17.4
2 -Área de Residência	ACES Sotavento	26	16.7
	ACES Central	113	72,7
	ACES Barlavento	15	9.4
	Lisboa	1	0.6

3 - Idade	17 – 25 anos	23	14.8
	26 – 33 anos	83	53.5
	34 – 41 anos	49	31.7
4 – Estado civil	Casada/União facto	115	74.2
	Não casadas	40	25.8
5 - Escolaridade	≥ 3º ciclo (9º ano)	35	22.6
	12º ano/Ensino Profissional	78	50.3
	Ensino superior	42	27.9
6 – Agregado Familiar	Marido/Companheiro	57	36.8
	Companheiro/filhos	87	56.1
	Sozinha	6	3.9
	Outros familiares	5	3.2

O que se destaca é que a amostra é constituída maioritariamente por puérperas de nacionalidade portuguesa a residir no Algarve, pertencentes ao ACES Central, com idades entre os 26 e os 33 anos de idade, vivendo a maior parte com o companheiro e filhos uma percentagem significativa tem escolaridade secundária/ensino profissional.

Comparativamente aos dados mencionados na nossa revisão de literatura, apresentada no ponto 3.1 podemos observar que temos uma amostra com semelhanças, em que a amostra do estudo de Frias & Damas (2019) apresenta, tal como na nossa amostra, uma maioria de puérperas de nacionalidade portuguesa em união de facto/casadas, e com habilitações literárias com ensino secundário ou profissional.

3.3.2 Dados Obstétricos

Planeamento da Gravidez

Nos resultados obtidos podemos observar que 69.7% (=108 puérperas) da amostra refere que a gravidez foi planeada e 30.3% (=47 puérperas) refere que não existiu qualquer planeamento da gravidez. A maioria da amostra planeou a gravidez, o que indica que mostra desejo em ter filhos e dá importância a um planeamento da mesma.

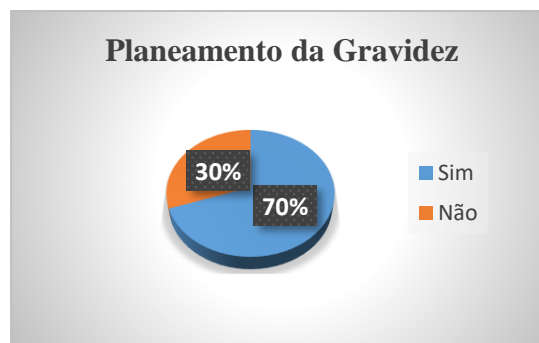


Figura 7 - Planeamento da Gravidez

Vigilância da Gravidez

Relativamente à vigilância da gravidez, a maioria da amostra realizou a vigilância da gravidez (98,1%) e somente uma pequena amostra não vigiou a gravidez (1,9%), o que nos indica que a maioria das mulheres que planeou engravidar afirma ter frequentado as consultas de vigilância da gravidez.

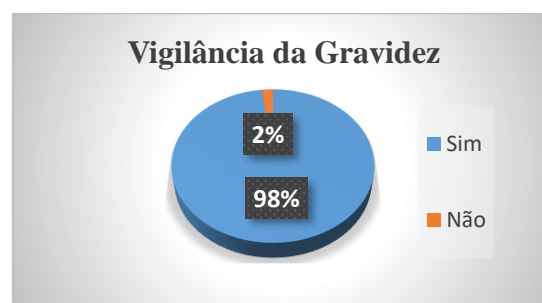


Figura 8 - Vigilância da Gravidez

Local de Vigilância da gravidez

No que diz respeito ao local de vigilância cerca de 63.2% das puérperas escolheram o centro de saúde para a vigilância da gravidez (98 puérperas), 18.7% seguiram a gravidez no Hospital de referência (29 puérperas) e 17.4% escolheram hospitais e clínicas privadas (27 puérperas). Do total da amostra somente uma puérpera não realizou vigilância da gravidez. Podemos observar que a maioria teve interesse e preocupação em vigiar a sua gravidez.

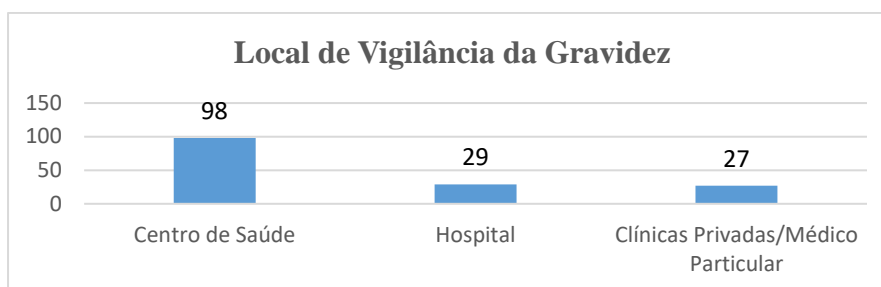


Figura 9 - Local de Vigilância da Gravidez

Participação do Enfermeiro nas consultas

Em relação à presença e participação do enfermeiro nas consultas de vigilância da gravidez, observamos na tabela 7 que 65.8% (=105 puérperas) da amostra afirma que o enfermeiro esteve sempre presente, sendo que a restante média 34.2% não teve sempre o enfermeiro presente, 17.4% refere “às vezes” e 16.8% refere “nunca”.

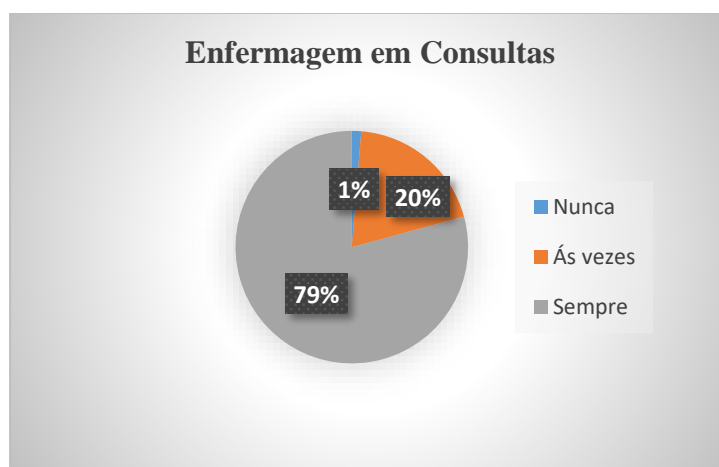


Figura 10 - Percentagem de participação de Enfermeiros nas consultas

Aulas de Preparação para a parentalidade

Dos resultados obtidos, somente 17.4% (27 puérperas) frequentaram as aulas de preparação para a parentalidade e as restantes 128 puérperas referem não ter frequentado (82.6%). A justificação por não terem realizado o curso de preparação para o parto deve-se ao estado de pandemia que a humanidade atravessa no momento, pelo que as aulas foram suspensas para minimizar os meios de contágio do vírus.

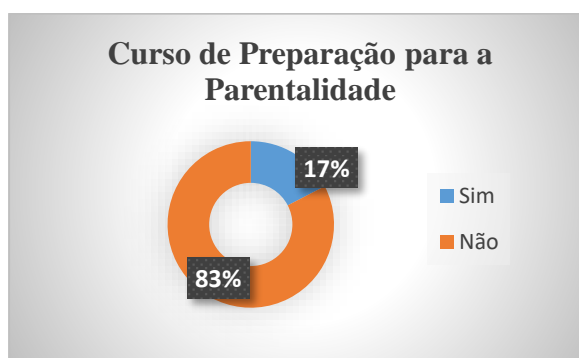


Figura 11 - Percentagem Puérperas que frequentaram as aulas de Preparação para a Parentalidade

Internamento durante a gravidez

Em relação ao internamento das mulheres durante a gravidez observamos que houve uma pequena minoria que necessitou de cuidados hospitalares com internamento (17 puérperas = 11%), pelo que as restantes não apresentaram qualquer tipo de complicação que justificasse o internamento hospitalar.

Números de filhos

Relativamente ao número de filhos, a maior parte da amostra possui apenas um filho (49%), seguido de 36.8% com dois filhos e 11% com 3 filhos. Apenas 3.2% da amostragem apresenta mais de 3 filhos, sendo que com 4 filhos temos uma percentagem de 2.6% e com 6 filhos 0.6%. Não obtivemos amostra para mães com 5 filhos. Analisando os dados obtidos observamos que os números que correspondem com menos valores são as mulheres com mais 3 ou mais filhos e a maior parte das mulheres possuem apenas um filho.

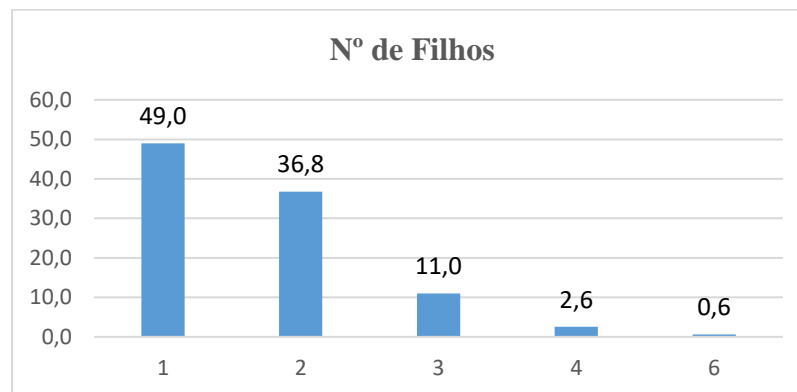


Figura 12 - Percentagem do número de filhos

Tipo de parto

A amostragem obtida revela-nos que a maioria dos partos são eutócicos com uma percentagem de 57.4%, seguido dos partos por cesariana com 25.8%. Em minoria temos os partos instrumentados com um total de 16.8% sendo que por ventosa corresponde a percentagem de 12.9% e por fórceps 3.9%.

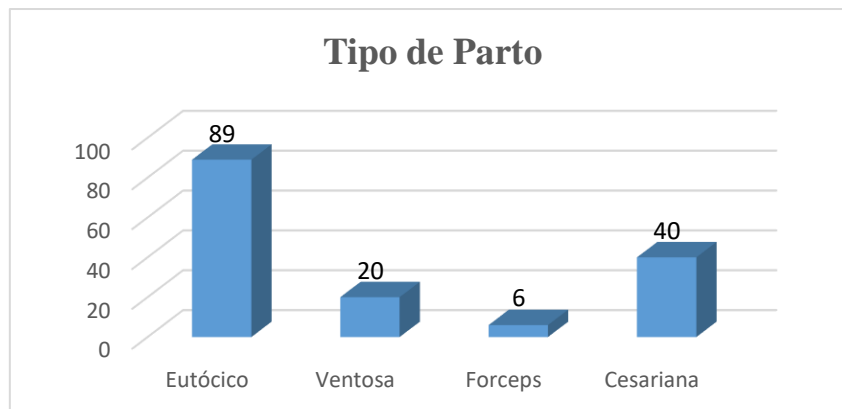


Figura 13 - Tipos de Parto

Tipo de aleitamento

A maioria das mulheres opta pelo aleitamento materno (125 puérperas = 80.6%), seguindo o aleitamento misto com 16.1% e o artificial com 3.2%. Os resultados mostram-nos que o aleitamento materno é a primeira opção por parte das mães.

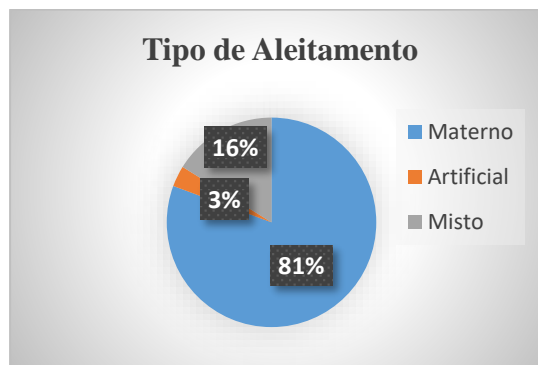


Figura 14 - Percentagem do tipo de Aleitamento ao RN

Apresentamos em seguida os dados obstétricos obtidos no seguinte quadro:

Tabela 3 - Distribuição da amostra por variáveis obstétricas

Variáveis Obstétricas		∑ Puérperas	%
1 – Planeamento da gravidez	Sim	108	69.7
	Não	47	30.3
2 -Vigilância da gravidez	Sim	152	98.1
	Não	3	1.9
3 – Local de Vigilância	Centro de Saúde	98	63.2
	Hospital	29	18.7
	Hospital/clínica privada	27	17.4
	Nenhum local	1	0.7
4 – Presença Enfermeiro nas consultas	Nunca	26	16.8
	Às vezes	27	17.4
	Sempre	102	65.8
5 – Aulas preparação para a parentalidade	Sim	27	17.4
	Não	128	82.6
6 - Internamento	Sim	17	11
	Não	138	89
7– Número de filhos	1 filho	76	49
	2 filhos	57	36.8
	3 filhos	17	11

	4 filhos	4	2.6
	5 filhos	0	0
	6 filhos	1	0.6
8 – Tipo de Parto	Eutócico	89	57.4
	Ventosa	20	12.9
	Fórceps	6	3.9
	Cesariana	40	25.8
9 – Tipo de Aleitamento	Materno	125	80.6
	Artificial	5	3.2
	Misto	25	16.1

Os dados revelam que a maioria das puérperas planeou e vigiou a gravidez optando em primeiro lugar pelo Serviço Nacional de Saúde em vez de instituições privadas, mas somente uma pequena percentagem teve oportunidade de participar nas aulas de preparação para a parentalidade, e uma minoria teve necessidade de internamento hospitalar por complicações durante a gestação.

A maioria das mulheres são primíparas, seguindo as que têm 2 filhos, sendo os partos maioritariamente eutócicos, realizados por EESMO's, dando preferência ao aleitamento materno, sendo a minoria a que recorre ao leite artificial para complementação ou preferência.

Em Frias & Damas (2019) na caracterização obstétrica da sua amostra, as puérperas também são maioritariamente primíparas com parto eutocico e com uma elevada percentagem na vigilância da gravidez no sector público, bem como a nossa amostra apresentada na tabela 3.

3.3.3 Escala de Auto percepção Materna das Competências Cuidaditas Neonatais (EAPMCCN)

A EAPMCCN criada por Marques & Sá (2004) para avaliar as competências maternas auto percebidas nos cuidados ao recém-nascido prematuro, tendo sido adaptada por Mendes e Santos em 2009, que é a utilizada neste estudo para avaliar as competências maternas nos cuidados ao recém-nascido de termo. A presente escala é constituída por 33 afirmações em que as puérperas respondem consoante o seu nível de concordância numa escala de Likert com 5 itens: “nunca”, “raras vezes”, “quase sempre” e “sempre” correspondentes a pontos de 1 a 5, que traduzem a intensidade com que a puérpera percebe a sua competência cuidativa, sendo o número 5 o valor representante de maior nível de competência e o 1 menor valor de competência. Quanto maior a pontuação final, mais elevada é a competência materna autopercebida.

Divide-se em duas dimensões, a cognitivo-motora que se baseia nas atividades práticas como por exemplo a alimentação, higiene, vestuário, temperatura corporal e a dimensão cognitivo-afetiva que envolve as competências afetivas relacionadas com a atenção, ternura, comunicação, estimulação, sono e repouso do recém-nascido. É através da avaliação destas dimensões que percebemos as competências da mãe perante as necessidades do bebé. No seguinte quadro apresentamos as afirmações pertencentes a cada dimensão e as afirmações a que cada item pertence na presente escala (Quadro 4).

Quadro 4 - Dimensões da EAPMCCN

Dimensão	Atividade	Afirmações	Item	
Cognitivo-motora	Alimentação	Definir o horário de amamentar	1	
		Diferenciar o vômito de bolçar	2	
		Dar conta quando está engasgado	8	
		Identificar sinais de fome	10	
		Dar conta se está bem alimentado	13	
		Colocar a mama	23	
		Pôr a arrotar	25	
	Higiene e conforto	Realizar a higiene do bebé aquando da muda da fralda	4	
		Dar conta das alterações da pele	9	
		Identificar as características da urina	12	
		Dar o banho	14	
		Vestir e despir o bebé	17	
		Fazer massagem abdominal quando está com cólicas	19	
		Realizar os cuidados ao coto umbilical	20	
		Perceber quando é preciso mudar as fraldas	21	
		Manter a pele do bebé cuidada	26	
		Aliviar as cólicas	29	
		Pegar no bebé durante o banho	30	
		Identificar as características das fezes	32	
		Manutenção de temperatura corporal	Selecionar a roupa necessária com as condições do tempo	6
			Selecionar a temperatura da água do banho	28
		Evitar perigos	Fazer o que é preciso para desentupir o nariz	7

Cognitivo-afetiva	Sono e repouso	Transportar o bebé de forma segura	11
		Fazer o que é preciso no caso de se engasgar	22
		Reconhecer quando o bebé não está bem	31
		Colocar o bebé a dormir na posição correta	33
	Comunicação/estimulação	Identificar os diferentes tipos de sono	5
		Perceber quando o bebé está irritado	3
		Perceber quando está com cólicas	15
		Perceber quando quer dormir	16
		Identificar quando quer atenção e conversa	18
		Acalmar quando está irritado	24
Identificar quando o bebé está cansado de me dar atenção	27		

Através dos valores obtidos nos questionários identificamos a intensidade com que a mãe autoavalia a competência nos cuidados com o RN, média, mediana e moda da soma das pontuações de cada dimensão da escala EAPMCCN em seguida.

Tabela 4 - Estatística Dimensão cognitivo-motora na Alimentação

Estatística Cognitivo-motora na Alimentação								
	Sou capaz de definir o Horário de Amamentar	Sou capaz de Diferenciar o vômito do Bolçar	Sou capaz de dar conta quando o bebé está engasgado	Sou capaz de identificar sinais de fome	Sou capaz de dar conta que o RN	Sou capaz de colocar a mama	Sou capaz de colocar o RN a arrotar	
N	Válido	155	155	155	155	155	155	155
Média		2,03	2,10	1,81	1,69	1,79	1,57	1,48
Mediana		2,00	2,00	1,00	1,00	2,00	1,00	1,00
Moda		1	1	1	1	1	1	1

Na dimensão cognitivo-motora relacionada com os 7 itens referentes à alimentação do recém-nascido, os dados obtidos revela-nos que a maioria das respostas dada pela amostra das puérperas corresponde à classificação “sempre”, apresentando uma moda de 1 em cada item apresentado, demonstrando competências na alimentação do RN.

Quanto à higiene e conforto do bebé, a tabela 6 mostra-nos que a maioria das puérperas respondeu “sempre” em todos os itens e “quase sempre” foi a maior moda na identificação das características da urina do RN, mostrando neste ponto a maior dificuldade de avaliação por parte da mãe. Na manutenção e temperatura corporal verificamos na tabela 10 que a maioria das mulheres não apresenta dificuldade na sua execução, tendo obtido uma resposta maioritariamente “sempre”.

No que diz respeito à dimensão cognitivo-motora para evitar perigos concluímos que a maioria da amostra tem conhecimento no que deve fazer perante os perigos que o RN pode estar sujeito, tendo sido a maioria das respostas “sempre”.



Na dimensão cognitivo-afetiva, encontramos o sono e repouso com a identificação dos diferentes tipos de sono do bebé, em que a resposta “quase sempre” foi a mais identificada, mostrando que as mães têm alguma dificuldade na compreensão neste sentido. Em relação à comunicação/estimulação todos os itens obtiveram como resposta “sempre” à exceção da perceção das cólicas que obteve como resultado “quase sempre”.

Caetano, Mendes, & Rebelo (2017) identificou no seu estudo preocupações maternas com o cuidar do RN centradas em várias áreas, nomeadamente na alimentação, choro, cuidado físico, adequação dos cuidados prestados, identificação de sinais/sintomas de cólicas, de doença e de comportamento. Na nossa amostra as preocupações maternas são mais centradas na identificação de características da eliminação do RN, no alívio das cólicas, nos cuidados ao coto umbilical e estratégias em caso de engasgamento.

Tabela 5 - Estatística Dimensão Cognitivo-motora da Higiene e Conforto

Estatísticas Cognitivo-motora Higiene e Conforto													
	Sou capaz de realizar a higiene do bebé aquando da muda da fralda	Sou capaz de dar conta das alterações da pele do RN	Sou capaz de identificar as características da urina do RN	Sou capaz de dar banho ao bebé	Sou capaz de vestir e despir o RN	Sou capaz de manter a pele do bebé cuidada	Sou capaz de identificar as características das fezes do RN	Sou capaz de pegar no bebé durante o banho	Sou capaz de aliviar as cólicas do RN	Sou capaz de fazer massagem abdominal quando está com cólicas	Sou capaz de realizar os cuidados ao coto umbilical	Sou capaz de perceber quando é preciso mudar a fralda	
N	Válido	155	155	155	155	155	155	155	155	155	154	155	155
Média		1,21	1,94	2,58	1,49	1,23	1,41	2,27	1,55	1,93	1,86	1,81	1,45
Mediana		1,00	2,00	2,00	1,00	1,00	1,00	2,00	1,00	2,00	2,00	1,00	1,00
Moda		1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Tabela 6 - Estatística Cognitivo-motora Temperatura corporal RN

Estatísticas		
	Sou capaz de selecionar a roupa necessária de acordo com as condições do tempo	Sou capaz de selecionar a temperatura da água do banho
N Válido	155	155
Média	1,66	1,50
Mediana	1,00	1,00
Moda	1	1

Tabela 7 - Estatística cognitivo-motora Evitar Perigos

Estatísticas Cognitivo-motora Evitar Perigos						
	Sou capaz de fazer o que é preciso para desentupir o nariz do RN	Sou capaz de transportar o RN de forma segura	Sou capaz de fazer o que é preciso no caso de engasgamento do RN	Sou capaz de reconhecer quando o bebé não está bem	Sou capaz de colocar o bebé a dormir na posição correta	
N Válido	155	155	155	155	155	155
Média	1,97	1,32	2,14	1,67	1,55	1,55
Mediana	2,00	1,00	2,00	1,00	1,00	1,00

Tabela 8 - Estatísticas Dimensão Cognitivo-afetivo Sono e repouso

Estatísticas Cognitivo-afetivo Sono e Repouso		
Sou capaz de identificar diferentes tipos de sons		
N	Válido	155
Média		2,71
Mediana		3,00
Moda		2

Tabela 9 - Estatísticas Dimensão Cognitivo-afetivo Comunicação/estimulação

Estatísticas Cognitivo-afetivo Comunicação/estimulação							
		Sou capaz de perceber quando o bebé está irritado	Sou capaz de perceber quando o RN está com cólicas	Sou capaz de identificar quando o bebé está cansado de me dar atenção	Sou capaz de acalmar o RN quando está irritado	Sou capaz de perceber quando o RN quer dormir	Sou capaz de identificar quando o RN quer atenção e conversa
N	Válido	155	155	155	155	155	155
Média		1,94	2,12	1,92	1,63	1,81	1,64
Mediana		2,00	2,00	2,00	1,00	2,00	1,00
Moda		1	2	1	1	1	1

3.3.4 Questionário de Preocupações Maternas de Sheil et al (1985)

O questionário de Preocupações maternas de Sheil et al (1985), versão piloto portuguesa de Medes, Rodrigues, Santos e Pedrosa (2010), a mediação da variável é realizada através de uma escala de 4 níveis com uma pontuação de 1 a 4, sendo Sem preocupação = 1; Pouca preocupação = 2; Preocupação moderada = 3; e Muita preocupação = 4; O maior valor corresponde ao nível mais elevado de preocupação e o menor ao nível mais baixo de preocupação. O questionário subdivide-se em 5 dimensões, preocupações em relação a si, preocupações em relação ao bebé, preocupações referentes ao companheiro, preocupações em relação à família e preocupações referentes à comunidade. No entanto, neste questionário só foi aplicado as duas primeiras dimensões relacionadas com as preocupações em relação a si e em relação ao bebé, contanto 29 afirmações. No quadro 5 iremos descrever cada item correspondente a cada dimensão utilizada neste questionário.

Quadro 5 - Dimensões Questionário de Preocupações Maternas

Preocupações em relação a si	Preocupações em relação ao bebé
1 - Alimentação	19 – Aparência física do seu bebé
2- Hábitos de exercício físico	20 – crescimento e desenvolvimentos normais
3 – Regresso à figura anterior à gravidez;	21 – alimentação do seu bebé
4 – Regresso da menstruação	22 - Cuidado físico;
5 – Corrimento vaginal	23 – sensação de conforto ao lidar com o seu bebé
6 – Desconforto causado pelos pontos	24 – Interpretação do comportamento do seu bebé
7 – Obstipação	25 – Não acordar com o choro do bebé
8 – Hemorroidas	26 – Reconhecer sinais de doença
9 – Dor nas mamas	27 – Viajar com o bebé
10 – Cuidado com as mamas	28 – Segurança (prevenção de acidentes)
11 – Cansaço	29 – Como vestir o seu bebé (demasiado fria para o ambiente)
12 – Tensão emocional	
13 – Incapacidade de concentração	
14 – Experiência de trabalho de parto	
15 – Sensação de estar fechada em casa	
16 – Sensação de “estar em baixo”	
17 – ter tempo para cuidar de si	
18 – ser uma boa mãe	



Tabela 10 - Estatísticas Preocupações consigo própria – QPM (parte 1)

Estatísticas Preocupações Consigo própria									
	Preocupação com a alimentação	Preocupação com os hábitos de exercício físico	Preocupação com o regresso à figura anterior à gravidez	Preocupação com o regresso da menstruação	Preocupação com o corrimento vaginal	Preocupação com o desconforto causado pela episiorrafia	Preocupação com as hemorroidas	Preocupação com a dor nas mamas	
N	154	155	155	155	155	155	155	155	155
Média	2,36	2,15	2,41	2,03	2,03	2,63	2,48	2,37	2,66
Mediana	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	3,00	3,00	2,00	3,00
Moda	1	2	2	1	1	3	1 ^a	1	3

Tabela 11 - Estatística Preocupações consigo própria - QPM (parte 2)

Estatísticas Preocupações consigo própria (parte 2)									
	Preocupação com o cuidado com as mamas	Preocupação com o cansaço	Preocupação com tensão emocional	Preocupação com a incapacidade de concentração	Preocupação com a experiência de trabalho de parto	Preocupação com sensação de estar fechada em casa	Preocupação com sensação de #estar em baixo"	Preocupação com tempo para cuidar de si	Preocupação com a aparência física do RN
N	155	155	155	155	155	155	155	155	155
Média	2,63	2,55	2,45	2,18	2,37	2,16	2,21	2,32	2,50
Mediana	3,00	3,00	3,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00
Moda	3	3	3	2	1	1	2	2	4

Tabela 12 - Estatísticas Preocupações com o bebé

Estatísticas											
	Preocupação como vestir o seu bebé	Preocupação com a segurança do RN (prevenção de acidentes)	Preocupação em viajar com o RN	Preocupação em reconhecer sinais de doença do RN	Preocupação em não acordar com o choro do RN	Preocupação em interpretar o comportamento do RN.	Preocupação com sensação de conforto ao lidar com o RN	Preocupação com o cuidado físico do RN	Preocupação com a alimentação do RN	Preocupação com o desenvolvimento e crescimento físico do RN	Preocupação com a aparência física do RN
N Válido	155	155	155	155	155	155	155	155	155	155	155
Média	2,47	2,85	2,50	3,01	2,47	2,81	2,68	2,79	3,04	3,05	2,50
Mediana	3,00	3,00	2,00	3,00	2,00	3,00	3,00	3,00	3,00	4,00	2,00
Moda	1	4	2	4	1	4	4	4	4	4	4

Na dimensão “preocupações em relação a si” as que se destacam com maior preocupação, tendo atribuído o nível 4 (= muita preocupação), são a preocupação em ser boa mãe, e no nível 3 (= preocupação moderada) destacam-se as preocupações com a dor nas mamas, cuidado com as mamas, preocupação com o cansaço e com a tensão emocional. Por outro lado, as dimensões que apresentam menos preocupação para as puérperas, com valores “sem preocupação” ou “pouca preocupação” são os itens alimentação, menstruação, obstipação, hemorroidas e o estar fechada em casa.

Para Frias & Damas (2019), nos resultados à sua pesquisa também destaca como mais preocupante para as puérperas os cuidados com as mamas, os desconfortos pelos pontos da episiorrafia, tensão emocional, cansaço e regresso à figura antes da gravidez e como menos preocupação apresentam-se os restantes itens. Confirmamos que o estudo de Frias & Damas (2019) acompanha os resultados obtidos na nossa colheita de dados.

Na dimensão “preocupações relacionadas com o bebé”, os valores da média sobem e as respostas são maioritariamente de valor 4, isto é “muita preocupação”, destacando-se os itens preocupações com a segurança do bebé, reconhecer sinais de doença no RN, interpretar comportamento do RN, sensação de conforto em lidar com o bebé, cuidado físico do RN., alimentação do RN, desenvolvimento e crescimento físico do RN, aparência física do bebé. Os valores que apresenta menos preocupação por parte das mães com os bebés são o vestir o bebé adequadamente e o não acordar com o choro do bebé. Os mesmos resultados se apresentam no estudo realizado por Frias & Damas (2019).

Em síntese o resultado obtido da amostra demonstra que as puérperas apresentam maior preocupação para com os cuidados com o recém-nascido do que nomeadamente com o seu autocuidado. Também para Caetano, Mendes, & Rebelo (2017) as preocupações maternas no pós-parto estão mais focadas nos cuidados com o recém-nascido e menos no autocuidado materno.



4. Análise reflexiva sobre o processo de mobilização de competências

O Enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialização de enfermagem, exercendo a sua prática profissional de acordo com os quadros éticos, deontológico e jurídica. A atribuição do título de enfermeiro especialista prevê que estes profissionais para além de partilharem um conjunto de competências comuns aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde, partilhem também de competências específicas do Regulamento de cada Especialidade em Enfermagem (OE, 2019).

Ao longo do Estágio de Natureza Profissional desenvolveram-se várias competências de acordo com as Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica descritas no Regulamento da Ordem dos Enfermeiros publicado em Diário da República, 2ª Série, nº 85 – 3 de maio de 2019. Neste capítulo iremos refletir e descrever sobre as competências adquiridas e as atividades desenvolvidas ao longo dos estágios realizados nas várias áreas de especialização.

O estágio de natureza profissional assegurou a aquisição de competências teórico-práticas, aptidões e atitudes necessárias às intervenções autónomas e interdependentes que fazem parte integrante da área de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

4.1 Comuns dos enfermeiros especialistas

As competências especializadas dependem do conhecimento dos Domínios das competências comuns, isto é, para um profissional de enfermagem adquirir as competências específicas da sua especialidade devem primeiramente adquirir as competências comuns do enfermeiro especialista.

Competências comuns são aquelas que são partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialização, demonstrando capacidade de conceção, gestão, supervisão de cuidados e investimento em formação e investigação. Já de competências específicas compreende-se que são competências que decorrem da intervenção de cada especialidade demonstrando um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas (OE, 2019).

Para o desenvolvimento das competências específicas, o enfermeiro deve ter conhecimento dos Domínios que fazem parte integrante das competências comuns de enfermagem que se dividem em quatro domínios:

- a) Responsabilidade profissional, ética e legal;
- b) Melhoria contínua da Qualidade
- c) Gestão de Cuidados
- d) Desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Relativamente às competências do domínio da responsabilidade profissional ética e legal, o enfermeiro especialista de acordo com os princípios éticos e deontológicos deve prestar cuidados que promovam e respeitem os direitos humanos bem como segurança, privacidade e dignidade de cada pessoa. No que diz respeito às competências relativas ao domínio da melhoria contínua da qualidade têm como objetivo garantir um papel dinamizador no desenvolvimento de iniciativas e metas institucionais para a melhoria da qualidade dos cuidados a nível organizacional. As competências do domínio da gestão dos cuidados são as seguintes: gerir os cuidados de enfermagem otimizando a resposta da sua equipa e a articulação com a equipa de saúde e adaptar a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados (OE, 2019).

Este relatório faz parte integrante das competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais em que o profissional desenvolve autoconhecimento e baseia a sua praxis clínica especializada em evidencia científica, isto é, o profissional responsabiliza-se pela sua própria aprendizagem quanto às suas necessidades formativas. Neste domínio, o enfermeiro especialista deve desenvolver competências comuns a todos que se baseiam em: investigar e colaborar com estudos de investigação interpretando, organizando e divulgando resultados provenientes da prática baseada na evidência que contribuem para o conhecimento e desenvolvimento da Enfermagem. Foi neste contexto que surgiu a necessidade de desenvolver e ampliar conhecimentos acerca da temática em questão, as preocupações maternas na alta no autocuidado e cuidado ao recém-nascido, neste relatório. A prática baseada na evidencia é fundamental para o desenvolvimento e



melhoria da prática de Enfermagem, como é importante para o desenvolvimento de competências do enfermeiro especialista nesta área. A investigação é essencial para o autodesenvolvimento como profissional especializado na área de enfermagem de saúde materna e obstétrica.

Dos vários objetivos deste relatório, um deles foi o aprofundamento de uma temática para disseminação do conhecimento de modo a contribuir para a prática baseada na evidência, neste caso no âmbito da prontidão materna no momento da alta no autocuidado e nos cuidados ao recém-nascido. Ao longo do estágio de natureza profissional tivemos oportunidade de realizar pesquisas bibliográficas em bases de dados, realizar uma revisão da literatura que se revelou uma ferramenta fundamental no desenvolvimento deste relatório. A pesquisa em bases de dados obriga-nos a abrir horizontes, validar conhecimentos, fundamentar conceitos, desenvolver opiniões e capacidades de articulação e de síntese de forma a priorizar e definir com clareza o que se pretende. Desenvolveram-se também algumas capacidades e competências na área de informática com incursão no programa SPSS[®] para a introdução e processamento dos dados recolhidos e podemos rever e desenvolver conceitos dados nas aulas de investigação durante o primeiro ano do curso de mestrado de enfermagem de saúde materna e obstétrica. O desenvolvimento das competências deste domínio é de extrema importância para o desenvolvimento pessoal de competências inerentes à prática de enfermagem como enfermeiro especialista.

4.2 Específicas dos Enfermeiros em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Este capítulo destina-se à descrição das competências específicas do enfermeiro especialista adquiridas ao longo do estágio de natureza profissional. De modo a mobilizar a aquisição de competências previstas para o desenvolvimento do estágio, delineámos objetivos e planeamos ações para a sua concretização. Assim, após uma reflexão e considerando os objetivos do estágio desenvolvemos ações, apresentadas no quadro 6 que se encontra em apêndice (Apêndice D).

O Estágio de Natureza Profissional do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica permite aos alunos o contacto com as várias áreas da especialidade, de modo a desenvolver as competências específicas de especialista. É na prática do estágio que podemos aplicar tudo o que se aprende na teórica ao longo do curso,

bem como ganhar outra ótica da prática profissional. O percurso académico prático, incluiu uma experiência nos Cuidados de Saúde Primários, onde conseguimos de certa forma acompanhar todo o percurso da saúde reprodutiva da mulher, desde o período pré-concepcional/planeamento familiar até ao climatério. O estágio em Centro de saúde proporcionou oportunidade aos alunos da especialidade de enfermagem de saúde materna e obstétrica, de realizar consultas de planeamento pré-concepcional, planeamento familiar em termos de prevenção de gravidez, prevenção de infeções sexualmente transmissíveis. Embora a consulta pré-concepcional esteja focada preferencialmente para mulheres/casais que desejem engravidar, deve abranger todas as mulheres em idade fértil. Foi importante na preparação para profissional especializado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica promovermos aos utentes uma vivência da sexualidade saudável e segura, isto é contribuir para a regulação da fecundidade respeitando o desejo do casal, aconselhamento sexual, reduzir a incidência das infeções sexualmente transmissíveis (IST) e do cancro do colo do útero e da mama, preparar para a parentalidade de forma responsável com o objetivo de melhorar a saúde e o bem-estar da mulher e da família e apoio no puerpério. A prevenção e planeamento são de extrema importância para promover uma vida sexual e futuras gravidezes saudáveis (DGS, Programa Nacional de Saúde Reprodutiva, 2008). Participamos regularmente na consulta de Enfermagem pré-concepcional com o objetivo de contribuir para o acompanhamento contínuo na fase reprodutiva de vida da mulher/casal. Para alguns autores, é importante promover a saúde da mulher/casal e do novo ser antes da sua conceção, detetando e corrigindo comportamentos de risco e doenças, promovendo a adesão a estilos de vida saudáveis como alimentação equilibrada e exercício físico (Nené, Marques, & Batista, 2016). Constatamos que é frequente mulheres chegam já com o diagnóstico de gravidez, à consulta sem terem passado pela fase do planeamento familiar por falta de conhecimento dos recursos disponíveis ou até mesmo por desvalorização da consulta. Compete aos enfermeiros especialistas em saúde materna informar, incentivar e alertar dos benefícios da consulta de pré-concepcional/planeamento familiar. Consideramos que desenvolvemos competências neste âmbito como podemos verificar no Quadro 6 em apêndice, apresentamos as ações e competências que o EESMO possui na área de Planeamento familiar pré-concepcional.



Ao longo do estágio e cuidados de saúde primários foi possível realizar várias consultas de planeamento familiar, aconselhando sobre os métodos anticoncepcionais, sendo sempre o mais solicitado a contraceção oral combinada, tendo também oportunidade de participação em colocação e retiro de implantes contraceptivos. Houve também a oportunidade de realizar-se o rastreio do cancro do colo do útero em mulheres em idade fértil (realização de citologias), sensibilizando a população para a importância do rastreio como prevenção de patologias futuras, tal como recomendado pela Direção Geral da Saúde na norma nº 18/2012 (DGS, Diagnóstico e Estadiamento do Cancro Invasivo do Cóló do Útero, 2012). Em todos os campos clínicos respeitamos os protocolos existentes, as normas e orientações da DGS e outras Guedelines.

A gravidez de baixo risco é aquela que após avaliação clínica baseada na Tabela de Goodwin Modificada, não apresenta nenhum fator de risco para a gravidez como aborto espontâneo, parto pré-termo, morte fetal e aumento da morbidade materna e/ou neonatal. De acordo com o Programa Nacional para a vigilância da Gravidez de baixo risco, é da responsabilidade do EESMO acompanhar o seu desenvolvimento nos Centros de saúde, embora a avaliação do grau de risco seja sempre avaliada em qualquer momento da gravidez podendo sofrer alterações no grau e consequentemente o respetivo encaminhamento para o Hospital de referencia. (DGS, Programa Nacional para a Gravidez de Baixo Risco , 2015). Durante o estágio, tivemos oportunidade de realizar consultas de vigilância pré-natal, seguindo as orientações da Direção Geral de Saúde (DGS), devem ser realizadas no mínimo 6 consultas durante o período gravídico de cada mulher, em que a primeira consulta se deve realizar antes das 12 semanas de gravidez, seguindo-se as próximas entre 4-6 semanas até às 30 semanas, 2-3 semanas entre as 30-36 semanas e 1-2 semanas após as 36 semanas até ao momento do parto. Entre as 36 e as 40 semanas, as grávidas devem ser encaminhadas para uma consulta de peri-parto no Hospital de referência (DGS, Programa Nacional para a Gravidez de Baixo Risco , 2015).

No centro de saúde realizavam-se aulas de preparação para a parentalidade, reunindo grupos de grávidas/casais a partir das 28 semanas de gestação, onde a enfermeira especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica apresentava aulas acerca de várias temáticas que se destinavam a ajudar as mulheres/casais a entender a gravidez, o parto e as principais recomendações para com o recém-nascido. As aulas consistiam em temas sobre as alterações fisiológicas na gravidez, mala para a maternidade, exercícios e

posturas corretas na gravidez, sinais de parto, alívio da dor no trabalho de parto, trabalho de parto e parto, amamentação, características e cuidados do recém-nascido. Os cursos de preparação para a parentalidade têm como objetivo ajudar a preparar a mulher/casal para o parto e parentalidade, tornam-se muito úteis por ajudar a diminuir os níveis de ansiedade esclarecendo as dúvidas, pois pais informados são pais mais confiantes para cuidar do seu bebé (OE, Recomendação N.º 2/2012 - Recomendações para a preparação para o nascimento, 2015).

Durante o estágio tivemos a oportunidade de realizar uma aula em que o tema era sobre a Mala para Maternidade, pois trata-se de um tema muito pertinente que traz sempre dúvidas para as mulheres aquando da realização da mala, com receios de se esquecerem de alguma coisa. A aula foi realizada em sala, com meio auxiliar de PowerPoint e com objetos para identificação visual. A realização da aula proporcionou uma interação positiva para com as grávidas/casais, transmitindo-nos sentimentos de entreajuda e satisfação pessoal e profissional por estarmos a tirar tantas dúvidas ao grupo. As aulas de preparação para o parto são uma forma de transmitir os nossos conhecimentos, de perceber quais as temáticas que mais as inquieta, de desenvolver competências de interação para com as grávidas/casal proporcionando uma relação terapêutica mais sólida, pois ficamos a conhecer-nos melhor e a conhecer os receios de cada mulher/casal. O feedback recebido pelo grupo teve um balanço positivo, tornando-se fundamental para promover uma autoavaliação da mesma, pelo que ajuda a refletir sobre os aspetos a melhorar e os pontos mais focados durante a sessão de forma a serem desenvolvidos e abordados nas próximas aulas. Foi realizado um panfleto ao longo do estágio resumindo o que é fundamental para a realização da mala, que se tornou bastante proveitoso e que o grupo aderiu bastante e que foram entregues após a aula (Apêndice E e F). Os objetivos do estágio definidos foram atingidos com a realização de várias consultas e exames pré-natais como apresentamos em apêndice (Apêndice D).

A consulta do puerpério na maioria das vezes era complementada com a consulta de saúde infantil, onde aproveitávamos a consulta materna para avaliação dos cuidados ao bebé. Em relação à mãe era informada e aconselhada na escolha do método anticoncepcional para prevenção de uma próxima gravidez e em relação ao bebé era realizado o teste de diagnóstico precoce, observação do recém-nascido e apoio na amamentação. No quadro 6 em apêndice, iremos encontrar descritas as competências e



as atividades relativas ao Cuidar da mulher em trabalho de parto e parto. Segundo Nené, Marques, & Batista, (2016) o trabalho de parto é caracterizado por vários fenómenos naturais que levam à extinção cervical, dilatação do colo uterino, progressão do feto pelo canal de parto e à sua expulsão, dividindo-se em 4 estádios:

- 1) Apagamento ou extinção e dilatação do colo do útero, que se subdivide em fase latente que compreende o apagamento e o início da dilatação entre o 0 e a 4 cm de dilatação e a fase ativa que compreende a dilatação e apagamento desde os 4cm até estar com dilatação completa;
- 2) Período expulsivo: inicia-se com a dilatação completa e termina com a expulsão do feto;
- 3) Dequitação: desde a expulsão do feto até à expulsão da placenta;
- 4) Puerpério imediato: corresponde às 2 primeiras horas após a saída da placenta sendo fundamental nos processos hemostáticos;

Ao longo do estágio em Bloco de Partos, foi possível realizar a admissão de várias mulheres em sala de parto, maioritariamente em fase latente do trabalho de parto, sendo realizado a colheita de dados, consultado o Boletim de Saúde da Grávida obtendo informações sobre dados antecedentes pessoais, familiares, história obstétrica e ginecológica, intercorrências durante a gravidez e valores analíticos. Após a entrevista, é colocado o CTG contínuo em curso em registo em central Omniview, de forma a poder-se avaliar contractilidade uterina e frequência cardíaca fetal. Na admissão é colhido sangue para análises para hemograma e coagulação, e caso não se conheçam valores de serologias também será realizado colheita, ficando com cateter venoso periférico com soroterapia em curso. Após o resultado das análises e avaliação cervical, caso ainda se possa realizar, é questionado à grávida se pretende analgesia epidural. Se a resposta for positiva, entrega-se o consentimento informado de forma estar informada sobre as vantagens e complicações que acarreta e informa-se o anestesista para a realização do procedimento. Caso a grávida não opte pela analgesia epidural ou a realização da mesma não seja exequível a grávida é informada que pode optar por outras medidas farmacológicas para o alívio da dor. As medidas não farmacológicas passam pela bola de pilates, deambulação, básculas, massagem, entre outros, desde que seja sempre possível



a monitorização cardiotocográfica. Neste âmbito, colaboramos com os supervisores clínicos na implementação de intervenções de promoção, prevenção e controlo da dor.

Aperfeiçoamos a avaliação da cervicometria, considerando que segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) no acompanhamento do trabalho de parto, o toque vaginal não deve ser avaliado por rotina e deve ser realizado de 4 em 4 horas de forma a prevenir infeções maternas no período peri-parto (OMS, 2015).

As grávidas podem ser admitidas com rotura prematura das membranas ou bolsa íntegra. Na rotura prematura das membranas deve-se ter em atenção as características do líquido amniótico quanto à cor, quantidade, cheiro e consistência bem como a hora da sua rotura. Segundo protocolo interno hospitalar, em grávidas com rotura prematura das membranas igual ou superior a 18 horas deve-se iniciar antibioterapia profilática (ampicilina 1gr) de 4 em 4 horas. No caso de ser necessário a realização de amniotomia, que tivemos oportunidade de realizar algumas vezes durante o estágio, deve-se ter em conta a apresentação fetal, pois esta deve estar insinuada para prevenir complicações como por exemplo o prolapso do cordão.

Durante o estágio de Bloco de partos realizado no Centro Hospitalar Universitário do Algarve na Unidade de Faro, os estudantes cuidam de parturientes, mas encontramos muito poucas com planos de parto. O Plano de Partos revela-se como um projeto de nascimento, onde os pais refletem os seus desejos e vontades ao longo deste percurso e devem ser valorizados tanto pelos pais como pelos profissionais. Todos os planos de parto que foram apresentados durante o estágio, foram respeitados e foram seguidas as vontades de cada mulher no seu momento do parto e sempre explicado e informado do que poderá ser feito para que a realização e satisfação pessoal de cada mulher seja atendida da melhor forma. É tempo de dar a devida importância ao plano de parto, pois para cada mulher o parto é um momento único e deve ser vivido da melhor maneira possível para ela, respeitando moral e eticamente os seus desejos e vontades. Todas as competências nesta fase estão descritas no Quadro 6 em apêndice em relação ao trabalho de parto e parto e ao recém-nascido. Um dos objetivos de estágio era a realização de 40 partos, no mínimo, mas apresentando um balanço positivo, conseguiu-se realizar 87 partos eutócicos e participação em vários partos instrumentados e cesarianas, o que demonstra que as metas iniciais foram atingidas (Apêndice H, I, J). A prestação de cuidados imediatos ao recém-



nascido também se conseguiu atingir os objetivos propostos. Os partos foram realizados com técnica asséptica, com equipamento e material esterilizado, tanto na sua realização como realização da episiorrafia. Durante o parto a integridade do períneo foi sempre um dos objetivos a atingir, mas nem sempre foi possível e a episiotomia não se conseguia evitar. Outros pontos importantes que estava sempre presente na prática era a clampagem do cordão umbilical até deixar de pulsar em caso de mães com sangue Rh positivo dando oportunidade à mãe ou ao acompanhante significativo de o fazer, e o contacto pele a pele para desenvolvimento da díade mãe-filho logo após o nascimento. Seguidamente, dava-se a dequitação, através de mecanismo de Schultze ou de Duncan, com respetiva observação completa da placenta (integridade de corio-amnios e cotilédones completos) seguido a observação do globo de segurança de Pinard bem como o canal de parto para despiste de lacerações (Nené, Marques, & Batista, 2016). Não sendo uma prática rotineira, em casos de necessidade de episiorrafia ou em casos de sutura de lacerações, foi treinada a técnica com aperfeiçoamento ao longo do estágio. Após a realização da técnica do parto, eram realizados os devidos registos em sistema informático.

Ao longo do estágio de natureza profissional conseguimos superar os objetivos propostos, mas com o aparecimento da pandemia, surgiram vários constrangimentos na prestação dos cuidados que implicou novos tipos de pesquisa com atualizações permanentes das normas de DGS. Algumas práticas comuns do dia-a-dia fora tiveram que ser repensadas e reestruturadas. Para além do uso de máscara permanente, novos cuidados foram integrados na nossa prática diária, como a realização de testes para SARS-Covid 19, distanciamento social, alterações de horários, restrição de visitas, equipamentos individuais de proteção, entre outros. Todas as medidas de prevenção de contágio foram tomadas e adaptadas a cada serviço do Departamento de Saúde Materna e Obstétrica do CHUA de forma a continuar a garantir cuidados de qualidade à comunidade. A pandemia trouxe-nos inúmeras alterações no nosso dia-a-dia acarretando também com ela dúvidas e incertezas tanto por parte dos profissionais como por parte da comunidade, obrigando a uma permanente atualização dos cuidados de enfermagem para que pudéssemos transmitir confiança e tranquilidade na fase que atravessamos neste momento. Perante o estágio de Bloco de Partos, inicialmente as grávidas em trabalho de parto eram internadas sem direito a acompanhante, o que demonstrava insegurança e fragilidade da parte delas por se sentirem sozinhas, tornando este momento tão especial num momento estressante.



Neste momento como enfermeiras especialistas, o apoio emocional foi fundamental para que estas mulheres ultrapassassem mais facilmente a presença do acompanhante, e essencialmente que se sentissem seguras e protegidas durante o parto, por acreditarem que estavam com profissionais qualificados e informados na prestação dos melhores cuidados de qualidade. Para além de todas as alterações que a pandemia acarretou, impediu-nos de realizar estágios em outros campos de estágio diferentes do nosso local de trabalho, o que não permitiu adquirir, conhecer e partilhar outras experiências, outros métodos de trabalho que iriam enriquecer o estágio profissional, no entanto os estágios realizados tentaram colmatar todas as carências.

Segundo Graça (2017), o puerpério compreende o período de recuperação física e psicológica a seguir ao nascimento prolongando-se até 6 semanas de pós-parto e pode ser classificado em 3 fases: 1) pós-parto imediato (desde o nascimento até às primeiras 2 horas); 2) puerpério precoce (até ao final da primeira semana pós-parto); 3) puerpério tardio (até ao final da 6ª semana após o parto). Após o parto, as puerperas e os recém-nascidos permanecem cerca de 2 horas no recobro no Bloco de partos, para uma vigilância apertada do puerpério imediato, com intenção de prevenção de complicações pós-parto que podem surgir, como por exemplo hemorragias derivado de atonias uterinas. Neste tempo, é incentivada a amamentação na primeira hora de vida do recém-nascido, realizando a adaptação à mama e verificando os sinais de pega correta, ensinamentos acerca da posição para amamentar, horário e frequência de mamadas. Após 2 horas, se não houver qualquer tipo de complicação e o puerpério imediato se decorrer sem intercorrências é realizada a transferência para o internamento de puerpério. Já no internamento é realizada a admissão e acolhimento da puerpera e do recém-nascido, sendo normalmente em casos de parto eutócico o prazo de 48 horas de internamento e no caso de cesarianas 72 horas. Nos partos eutócicos e distócicos o levante da puérpera realizava-se após 6 horas pós-parto e nas cesarianas dependendo do tipo de anestesia. Com anestesia epidural o levante é programado às 24 horas pós-cirurgia e com raqui anestesia ao fim de 24 horas pós-cirurgia, a mulher é desalgaliada e aguardada micção espontânea mantendo a soroterapia em curso por cateter venoso periférico.

No que diz respeito ao puerpério, a pandemia para além das alterações já mencionadas, também levou a períodos de internamento mais curtos e com isso acarretou algumas preocupações relacionadas com os cuidados com o recém-nascido e com o



autocuidado mencionadas pelas próprias puérperas. Com isto, surgiu a inquietação pela temática presente neste relatório. A alta precoce tornou-se um método necessário em tempos de pandemia, de forma a manter diminuir o risco e prevenir o risco de contágio mas acarreta consigo as suas consequências, pois o tempo que a puérpera e o recém-nascido se encontram internados é curto e muitas vezes e para algumas mulheres não são suficientes para adquirirem todos os conhecimentos e competências de forma a retirar as suas dúvidas com os profissionais. O pós-parto é um período de muitas dúvidas e anseios e os profissionais de saúde especializados em enfermagem de saúde materna são fundamentais neste momento para apoiarem e transmitirem os seus conhecimentos às puérperas tanto no seu autocuidado e nos cuidados para com o recém-nascido. Os ensinamentos de enfermagem tornam-se fundamentais na prática do seu dia-a-dia, pois são uma mais valia para ajudar as puérperas neste momento tão complexo e proporcionam uma relação terapêutica empática de profissional para cliente. Durante o estágio de puerpério conseguimos atingir as metas inicialmente propostas com a prestação de cuidados a 64 puérperas e respetivamente a 64 recém-nascidos como defendemos no documento em apêndice (Apêndice K).

A Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem constitui a base para compreender as condições e as limitações da ação das pessoas que podem beneficiar com a enfermagem (Tomey, 2002). Ao longo do estágio começamos a perceber que as puérperas apresentavam várias preocupações/dúvidas relacionadas com o autocuidado e com os cuidados com o recém-nascido pelo que se sentiu necessidade de aprofundar esta temática realizando a entrega de questionários para preenchimento rápido com consentimento informado anexado, tendo tido bastante feedback e colaboração por parte das puérperas, com boa resposta no preenchimento dos inquéritos. Compete ao enfermeiro incentivar as puérperas para o autocuidado relativamente à avaliação dos lóquios (quantidade, cor e cheiro), sendo que nas primeiras horas pós-parto observam-se lóquios hemáticos com fluxos mais intensos e de cor vermelho vivo, e após 24 horas vai havendo uma diminuição gradual do fluxo passando para lóquios sero-hemáticos (de cor rosada) e posteriormente lóquios serosos (de cor acastanhada) (Nené, Marques, & Batista, 2016). A avaliação e higiene do períneo é outro ponto bastante importante para prevenção de infeções e ao longo do estágio foram realizados ensinamentos acerca da temática, para a realização de uma higiene cuidada e mudança de pensos frequentemente. O períneo inicialmente encontra-



se edemaciado causando desconforto perineal e a crioterapia pode ser um método de alívio da dor e do edema. Nos casos de cesariana, o penso da ferida cirúrgica deve ser realizado somente após 24 horas ou em casos de não se encontrar limpo e seco externamente. Em caso de apresenta sutura com agrafes, a puérpera na alta é encaminhada para o centro de saúde para os retirar ao 10º dia de pós-operatório. Foram reforçados ensinamentos acerca da amamentação, forma correta da pega, posições de amamentar, cuidados com os mamilos, entre outros, de modo a transformar a amamentação numa prática prazerosa para a mãe.

Os cuidados ao recém-nascido é o que mais preocupava as puérperas, mas ao longo de todo o internamento eram realizados ensinamentos sempre que se mostrasse necessário. Para além disso, todos os dias realizava-se ensinamentos sobre o banho do bebé à mãe e ao pai dando oportunidade de realizarem o primeiro banho do bebé, 24 horas após o nascimento, de forma a praticar e a retirarem todas as dúvidas. Também foram realizados ensinamentos acerca do coto umbilical para prevenção de infeções, nomeadamente observação do coto (cheiro, consistência e presença de sinais inflamatórios) informando que a desidratação umbilical é um processo natural e a sua queda acontece entre a primeira e a segunda semana após o nascimento. Os cuidados com a cólicas e as medidas de prevenção foram outro ponto a ser focado várias vezes nos ensinamentos, com a realização da massagem abdominal para prevenção das mesmas após cada muda de fralda (Nené, Marques, & Batista, 2016).

A icterícia fisiológica consiste na alteração da coloração da pele do recém-nascido cefalocaudal, iniciando-se normalmente pela coloração amarela da face e escleróticas, depois tronco e membros, devido à imaturidade do fígado ocorrendo reabsorção de bilirrubina pelo intestino que dificultam a sua eliminação. Neste âmbito, prestamos cuidados ao recém-nascido e apoiamos as mães. O tratamento é realizado através de fototerapia e devem ser realizados ensinamentos acerca da posição correta do bebé, da proteção ocular, permanência do RN despido no berço somente com a fralda, aumento da frequência das mamadas de modo a aumentar o volume ingerido para uma eliminação maior de bilirrubina pela urina e pelas fezes (Graça, 2017). Ao longo do estágio presenciamos e prestamos cuidados a 3 RN com icterícia fisiológica e podemos observar o trabalho realizado pelos pediatras, na observação e avaliação ao bebé, e uma das técnicas utilizadas quando apresentam icterícia fisiológica é a avaliação da pele e a sua

extensão bem como a avaliação dos níveis de bilirrubina através do bilirrubinómetro. Este aparelho determina os valores de concentração sérica de bilirrubina na pele de forma instantânea e não invasiva já que o detetor é colocado sobre a pele neonatal. Isto previne os neonatos de qualquer desconforto tipicamente associado à colheita de amostras de sangue, reduz os custos e por sua vez os testes são imediatos aumentando a eficácia do trabalho médico e de enfermagem.

No estágio no serviço de Ginecologia do CHUA, houve a oportunidade de prestar contacto a várias mulheres em idade fértil e em fase de climatério que apresentavam várias patologias do foro ginecológico, como carcinoma da mama, cancro do colo do útero e útero. Este estágio deu-nos oportunidade de observação em Bloco Cirúrgico de assistir a cirurgia de tumorectomia da mama e histerectomia total. A Senologia é a especialidade médica dedicada à prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação de todas as doenças da mama e a tumorectomia da mama é uma cirurgia conservadora que tem como procedimento a extração de parte da glândula mamária que contém o tumor com uma margem de segurança, onde apenas o segmento da mama que contém o tumor é retirado, sendo considerado o tratamento de eleição num estágio inicial da doença pois permite que ela preserve a maior parte possível da mama (PHIPPS, 2010). Ginecologia é uma área do qual se deve ter um grau elevado de sensibilidade e empatia por parte dos profissionais para trabalhar com sucesso. Quando pensamos na especialidade em Saúde Materna e Obstétrica, o nosso pensamento é sempre virado para a parte mais bonita da profissão que retrata o nascimento, puerpério e cuidados ao recém-nascido, mas não podemos esquecer que a ginecologia é uma especialidade muito peculiar e particular ao qual devemos ter atenção e dar-lhe o devido valor e o seu merecido reconhecimento. Este estágio deu-nos oportunidade de partilhar vivências e demonstrar a quão importante ela é no nosso percurso profissional conseguindo atingir os objetivos inicialmente propostos (Apêndice L).

Em suma, os objetivos do programa de estudos/atividades do estágio profissional foram atingidos na sua totalidade ao longo de todo o Estágio de Natureza Profissional, promovendo a consolidação das competências como EESMO e contribuindo para o crescimento profissional na área.

5. Considerações finais

Para obtenção do grau de Mestre de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica é necessário a aquisição e desenvolvimento de competências relacionadas com a área, aprendidos na teórica ao longo do primeiro ano do curso e associadas e colocadas em prática ao longo do Estágio de Natureza Profissional realizado no 2º ano. Consideramos que ao longo do estágio foram adquiridas a maioria das competências do EESMO, acreditando alcançar a excelência com a experiência ao longo dos próximos anos.

Este relatório foi reflexivo, demonstrou a importância da reflexão sobre as atitudes/competências e as atividades desenvolvidas ao longo da unidade curricular, permitindo dar resposta à Diretiva da UÉ bem como aos objetivos do desenvolvimento sustentável para 2030.

Seguir um modelo teórico foi muito útil e serviu como guia da prática clínica, na medida em que permitiu a inclusão de todas as circunstâncias de enfermagem para a orientação da prática e do conhecimento. Autores como Queirós (2013), referem que o conhecimento em enfermagem é um conhecimento que se cria, estrutura e reestrutura de modo dinâmico entre a teoria e o cuidar.

Podemos observar que existem muitas preocupações no momento da alta relativamente ao autocuidado e aos cuidados com o bebé, refletindo que a maioria das mulheres centram-se mais nos cuidados aos recém-nascido do que propriamente com o autocuidado. O seu nível de preocupação está mais focado nos cuidados com o recém-nascido, com um resultado de “grande preocupação” para com o bebé e pouca preocupação para com o autocuidado. O instinto de mãe prevalece nesta amostra, demonstrando que o bem-estar do novo ser é o que importa mais neste momento e por isso a sua preocupação está focado nele. Como profissionais de saúde especializados em saúde materna e detetando esta problemática na nossa prática diária, é nosso dever e de nossa competência incentivar o autocuidado e realizar ensinamentos relativamente ao bem-estar materno, nomeadamente nos cuidados com as mamas, no apoio a amamentação, nos cuidados com a episiorrafia e cuidados de higiene, que são os mais mencionados nos resultados dos inquéritos. Compreendemos que compete como EESMO, promover a saúde no que respeita aos cuidados ao recém-nascido sem desvalorizar o autocuidado de modo a despertar as mulheres para tal.



Ao longo do estágio deparamo-nos com algumas limitações no aprofundamento do tema escolhido pela sobrecarga que o estatuto trabalhador-estudante acarreta, bem como a abordagem dos dados colhidos ter apenas com estatística descritiva, ficando a necessidade de futuramente analisar os dados numa dimensão de investigação. Consideramos que esta é uma questão importante para pesquisas futuras com muito espaço para mais progresso na determinação das variáveis que apresentamos.

Tomando em conjunto tudo o que apresentamos no relatório, o estágio de natureza profissional com relatório final contribuiu para a aquisição de competências que permitem o exercício da Enfermagem Especializada em Saúde Materna e Obstétrica. Saliente-se também o interesse que despertou para a abertura de novos horizontes na prestação de cuidados de qualidade e no âmbito da pesquisa e investigação de forma a impulsionar estudos na área.

6. Referências bibliográficas

- Algarve, T. d. (2013). Obtido de http://trilhosdasaude-algarve.blogspot.com/2013/10/bem-vindos-ao-meu-blog-o-meu-nome-e_7.html
- ARS. (2020). *Cuidados de saúde primários - ACES*. Obtido de <http://www.arsalgarve.min-saude.pt/cuidados-de-saude-primarios/>
- BCSD. (2020). *Conselho Empresarial para o Desenvolvimento Sustentável*. Obtido de Objetivos do Desenvolvimento sustentável 2030: <https://www.ods.pt/objectivos/3-vida-saudavel/?portfolioCats=24>
- Caetano, A. B., Mendes, I. M., & Rebelo, Z. d. (Abril/Maio/Junho de 2017). Preocupações maternas no pós-parto: revisão integrativa. *Preocupações maternas no pós-parto: revisão integrativa*, pp. 149-160.
- CHUA, 2. (2020). *Centro Hospitalar Universitário do Algarve*. Obtido de <http://www.chualgarve.min-saude.pt/instituicao/>
- Ciberforma, 2. (2020). *distritos de faro*. Obtido de <https://codigopostal.ciberforma.pt/regiao/distrito/faro>
- Codigo Postal, C. (2020). Obtido de <https://codigopostal.ciberforma.pt/regiao/distrito/faro/>
- Cristina Mamédio da Costa Santos, C. A. (2007). *A ESTRATÉGIA PICO PARA A CONSTRUÇÃO DA PERGUNTA DE PESQUISA E BUSCA DE EVIDÊNCIAS*. Obtido de https://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n3/pt_v15n3a23.pdf
- DGS. (2008). *Programa Nacional de Saúde Reprodutiva*. Obtido de Saúde Reprodutiva e Planeamento familiar - Orientações Direção Geral da Saúde: <https://www.saudereprodutiva.dgs.pt/normas-e-orientacoes/planeamento-familiar--contracepcao/saude-reprodutivaplaneamento-familiar-edicao-revista-e-actualizada-pdf.aspx>
- DGS. (2012). Obtido de Diagnóstico e Estadiamento do Cancro Invasivo do Cólono do Útero: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0182012-de-21122012-png.aspx>
- DGS. (2015). *Programa Nacional para a Gravidez de Baixo Risco*. Obtido de Programa Nacional para a gravidez de baixo risco: <https://www.dgs.pt/em-destaque/programa-nacional-para-a-vigilancia-da-gravidez-de-baixo-risco-pdf11.aspx>
- Frias, A. A., & Damas, F. B. (Agosto de 2019). RIASE - Revista Ibero-Americana de saúde e envelhecimento. *Preocupações maternas no momento da alta hospitalar*, pp. 1846-1860.
- Graça, L. M. (2017). *Medicina Materno Fetal*. Lisboa: Lidel.
- Marcela Tavares de Souza, M. D. (2010). Revisão Integrativa: O que é e como fazer? *Einstein*, 102 - 6.
- Midwives, I. C. (2020). Obtido de <https://www.internationalmidwives.org/>
- Nené, M., Marques, R., & Batista, M. A. (2016). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Lisboa: Lidel.
- OE. (2006). *Tomada de decisão - Investigação em Enfermagem*. Obtido de <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/Toma>



- daPosicao_26Abr2006.pdf
- OE. (2015). Obtido de Recomendação N.º 2/2012 - Recomendações para a preparação para o nascimento:
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/Recomendacao_2-2012.pdf
- OE. (6 de Fevereiro de 2019). Obtido de
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- OMS. (2015). Obtido de Recomendações para prevenção e tratamento de infeções maternas no período periparto:
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/205681/WHO_RHR_16.01_por.pdf;jsessionid=F722285916A68E17AA6747D1E98F6DA0?sequence=4
- Ordem dos Enfermeiros, 2. (3 de Maio de 2019). *Regulamento nº 391/2019 Competências específicas do Enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica*. Obtido de Regulamento nº 391/2019 Competências específicas do Enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica:
<https://dre.pt/application/conteudo/122216892>
- PHIPPS. (2010). *Enfermagem Médico-cirúrgica, Perspectivas de Saúde e Doença, volume IV*. Lisboa: Lusodidacta.
- PORDATA. (2020). *total de partos em 2019 no sistema nacional de saude*. Obtido de total de partos em 2019 no sistema nacional de saude:
<https://www.pordata.pt/Portugal/Partos+total+e+em+estabelecimentos+de+sa%C3%BAde-152>
- REPE. (2015). Obtido de
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf
- República, D. (4 de Março de 2009). *Decreto lei nº 44/2009, Série I*. Obtido de
<https://dre.pt/application/conteudo/604779>
- República, D. (26 de Novembro de 2018). *Despacho nº 227, 2ª Série*. Obtido de
<https://dre.pt/application/conteudo/117105884>
- República, D. (25 de Julho de 2018). *Despacho nº 9891/2018 2ª Série, nº 142*. Obtido de Universidade de Évora, Aviso 9891/2018:
<https://dre.pt/application/conteudo/115762756>
- República, D. (3 de Maio de 2019). *Despacho 391/2019*. Obtido de Regulamento das Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica: <https://dre.pt/application/conteudo/122216892>
- República, D. d. (17 de Maio de 2013). Obtido de Diário da República, 1.ª série — N.º 95 : <https://dre.pt/application/conteudo/261078>
- República, D. d. (23 de Agosto de 2017). *Decreto-lei nº 101, 1ª Série*. Obtido de
<https://dre.pt/home/-/dre/108041480/details/maximized>
- República, D. d. (14 de Junho de 2018). *Regulamento nº 366/2018*. Obtido de Competência Acrescida Diferenciada e Avançada em Supervisão Clínica:
<https://dre.pt/application/conteudo/115504842>
- República, D. d. (3 de Maio de 2019). *regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Obtido de <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/122216892/details/normal?!=1>
- Santos B. et al, 2. (2017). Da formação à prática: importância das Teorias do



Autocuidado no processo de Enfermagem para a melhoria dos cuidados.
Journal of Aging & Innovation, 51.

- Sousa, L. M., Marques-Vieira, C. M., Severino, S. S., & Antunes, A. V. (2017). A Metodologia de revisão integrativa de literatura em Enfermagem. *Revista de Investigação em Enfermagem*, 17-26.
- Sul Informação, 2. (2019). *Hospital de Faro abriu há 40 anos*. Obtido de <https://www.sulinformacao.pt/2019/12/o-hospital-de-faro-abriu-ha-40-anos/>
- Tomey, A. &. (2002). *Teóricas de enfermagem e a sua obra (5ª Edição)*. Loures, Lisboa: Lusociência.
- Transparência, s. n. (2020). *total de partos no Centro Hospitalar do Algarve 2019*. Obtido de total de partos no Centro Hospitalar do Algarve 2019: <https://transparencia.sns.gov.pt/explore/dataset/partos-e-cesarianas/table/?disjunctive.regiao&disjunctive.instituicao&sort=tempo&refine.tempo=2019&refine.regiao=Regi%C3%A3o+de+Sa%C3%BAde+do+Algarve&refine.instituicao=Centro+Hospitalar+Universit%C3%A1rio+>

Apêndices

Apêndice A – Reflexões críticas

Reflexão crítica semanal (Bloco de Partos CHUA Faro)

A presente reflexão crítica tem como objetivo descrever ao enfermeiro supervisor do estágio clínico o decorrer e desenvolvimento do mesmo, de forma a que possa transmitir e relatar os conhecimentos e competências adquiridos e sentimentos e reflexões que acompanham cada estudante nesta etapa do Curso de Mestrado em Saúde Materna e Obstétrica.

Início o meu estágio no serviço de Blocos de Partos do Centro Hospitalar Universitário do Algarve na Unidade de Faro, sendo este composto por 3 departamentos, Admissão, Grávidas e Sala de partos. A admissão consiste no Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica, onde neste caso a mulher em início ou trabalho de parto pode fazer a sua admissão no Bloco de Partos. O serviço de Urgência é integrado na unidade de Bloco de Partos, fazendo parte a mesma equipa multidisciplinar em ambos, facilitando assim uma continuidade dos cuidados aquando da admissão da mulher. Aqui a grávida é observada e avaliada pelo médico obstetra e por enfermeiro especialista em Saúde Materna, podendo ser transferida para o serviço de Grávidas em início de trabalho de parto ou diretamente para a sala de partos caso esteja em trabalho de parto franco.

A admissão inicial tem extrema importância para o processo da mulher e para a prestação de cuidados com maior qualidade. É fundamental uma boa colheita de dados sobre a situação atual, assim como antecedentes pessoais e familiares, de forma a despistar possíveis problemas e a dar uma resposta adequada as necessidades ao longo do trabalho de parto tendo em conta cada situação. As grávidas têm habitualmente muitas dúvidas e preocupações e muitas vezes não as exprimem a menos que sejam questionadas, por isso é essencial criar um diálogo empático inicial acerca das suas preocupações e preferências, respeitando de acordo com o possível e disponível no serviço tendo em conta o bem-estar materno-fetal. É realizado o CTG contínuo durante cerca de 20 a 40 minutos, e colocado um cateter venoso periférico em caso de emergência e também para administração de fármacos e soroterapia durante o trabalho de parto e parto. Também pode ser necessário colheita de sangue para análises, caso falte alguns dados analíticos importantes ou para protocolo de analgesia epidural, caso a grávida o deseje. A analgesia epidural na maioria das vezes é o único desejo que faz parte do plano de partos. Este plano

tem como objetivo melhorar a comunicação com os profissionais de forma a que estes possam ir ao encontro do que os pais desejam e de forma a tornar o trabalho de parto num momento relaxado, embora eu tenha verificado que a maioria refere querer apenas o melhor para si e para o RN, deixando os cuidados nas mãos dos profissionais.

No serviço de Grávidas, o trabalho de parto é vigiado e acompanhado pela enfermeira obstetra, que orienta a grávida ao longo do primeiro estágio. Aquando da sua admissão nas Grávidas é-lhe apresentado o serviço, o quarto e os procedimentos iniciais como a preparação da primeira roupa do bebé e de forma a grávida instalar-se confortavelmente. A presença do profissional de saúde, o diálogo e o apoio à mulher e família nesta fase são sempre intervenções que têm que ser respeitadas em estágio pela sua elevada importância pela forma de orientar, dar apoio e manter uma boa vigilância e monitorização adequada do trabalho de parto. É importante o primeiro exame físico em que se avalia a apresentação e situação fetal, bem como a avaliação da frequência cardíaca fetal e a frequência e intensidade das contrações uterinas. No exame vaginal deve-se avaliar o apagamento e a dilatação do colo uterino e avaliação do estado das membranas. Esta semana foi o meu primeiro contacto com esta avaliação e realização de exame vaginal, onde tive e tenho tido oportunidade de avaliar os diferentes colos nas diferentes fases do trabalho de parto. Sabemos que, normalmente em primíparas primeiro dá-se a fase de apagamento e depois a dilatação do colo e em múltíparas na maioria ocorre tudo ao mesmo tempo. A avaliação do colo uterino, isto é o Índice de Bishop é de extrema importância para podermos perceber em que fase do trabalho de parto a grávida se encontra e a melhor forma de orientarmos para o parto. O índice de Bishop correlaciona uma série de dados durante a observação cervical da grávida, que, juntos, corroboram a decisão de indução e até mesmo a escolha do método mais adequado (Néné et al, Lidel 2016). Esses dados são a posição, consistência, comprimento e dilatação do colo do útero e a altura da apresentação face às espinhas isquiáticas (planos de Hodge).

Também já tive a oportunidade de realizar outras duas técnicas, como estratégia não farmacológica para acelerar o trabalho de parto, o descolamento das membranas e amniotomia. É uma manobra frequentemente usada na mulher que consiste na colocação do dedo do profissional junto ao orifício cervical interno, ultrapassando-o, para depois de exercerem movimentos rotativos contra a parede do útero permitindo o afastamento do córion em relação à decídua. Este procedimento aumenta a possibilidade de a grávida entrar em trabalho de parto nas 28 horas subsequentes, reduzindo assim a necessidade de



utilizar outros métodos (Néné et al, Lidel 2016). No entanto esta técnica pode trazer alguns riscos associados como a rotura acidental das membranas e hemorragia por placenta prévia ou baixamente inserida não diagnosticada. O descolamento das membranas é habitualmente desconfortável para a grávida e pode inclusivamente ocorrer alguma perda de sangue por via vaginal assim como a contractilidade uterina irregular nas 24 horas seguintes. Na realização desta técnica senti alguma dificuldade, pela pouca sensibilidade e experiência ainda que possuo, pois torna-se um procedimento minucioso que deve ser realizado com todo o cuidado, tal como a amniotomia.

A amniotomia (rotura das membranas) é uma técnica asséptica realizada com o auxílio de uma pinça para romper a bolsa amniótica, de forma a acelerar o trabalho de parto fazendo do que o bebé se mova para baixo, logo proporcionando mais pressão sobre o colo do útero. Contudo, esta técnica só deve ser usada com colos apagados e com algum nível de dilatação e a apresentação fetal deve estar apoiada para que o risco de prolapso uterino do cordão umbilical seja mais reduzido (Néné et al, Lidel 2016). A primeira vez que tive oportunidade de realização desta técnica, estava um pouco nervosa, sempre com receio de poder magoar a grávida ou o feto por me encontrar a usar uma pinça metálica em forma de gancho. A grávida que foi submetida a amniotomia, foi muito compreensiva e mostrou-se sempre calma, demonstrando confiança no meu trabalho, o que me encorajou mais e levou-me a conseguir realizá-la com sucesso. Para esta técnica é necessária alguma calma para que se realize com sucesso e também explicar todo o procedimento á grávida para que esta sinta confiança no profissional que está a sua frente, bem como mostrando empatia para com a mesma. Fiquei muito contente por ter conseguido realizá-la da melhor forma, com o apoio e orientação da minha orientadora que tem sido incansável. Agora já me sinto mais à vontade para o fazer, e vou aperfeiçoando a técnica.

No primeiro parto que realizei, encontrei uma grávida com índice obstétrico 2-0-1-0 provinda do serviço de urgência com dilatação de 4cm de colo fino com 100% de apagamento, bem apoiado e com variação cefálica, com contrações regulares. Foram colhidas análises sanguíneas para posterior colocação de cateter para analgesia epidural, mas apresentou um trabalho de parto muito rápido, com dilação completa pelo qual não foi possível proceder-se à analgesia epidural. O parto foi eutócico, sem intercorrências, mas com presença de pequena laceração mediana, com necessidade sutura. Durante a realização do parto senti um turbilhão de sensações, que passaram pelo sentimento



enorme de responsabilidade, concentração, ansiedade, e alegria por estar a fazê-lo. Sentia-me nervosa, mas tentei sempre não transmitir isso para a grávida e restante equipa, é necessário um autocontrolo de emoções nesta hora. Após o nascimento deparo-me com uma sensação de alívio e emoção ao mesmo tempo ao ver um recém-nascido saudável nos braços da sua mãe e ao ver a alegria e os sorrisos dos seus pais, e ter sido eu a ajudar no parto e contribuir para esta alegria. É emocionante. O contacto físico precoce entre mãe e filho tem uma importância prioritária na visão humanizada de cuidados ao bebé na sala de partos. No entanto, após este deslumbramento, temos que nos focar no que estamos a fazer, e continuar o nosso trabalho. Senti-me muito bem orientada pela minha enfermeira, que me ajudou a manter o controlo da situação na fase de expulsão e dequitação, pois aqui tenho a oportunidade de pôr em prática o que aprendi ao longo do curso. São realizados vários procedimentos e prestados vários cuidados à puerpera e recém-nascido.

Nesta segunda semana de estágio também tive oportunidade de assistir a uma cesariana, ao qual recebi o recém-nascido. Os cuidados imediatos prestados ao RN após o parto são essenciais para a adaptação do bebé ao meio extrauterino. É um momento delicado para este, marcado por inúmeras mudanças de transição do meio intra para o extrauterino. O meio intrauterino proporciona um ambiente de aconchego, temperatura e luminosidade constantes não necessitando de esforço para realizar as suas funções, mas com o nascimento o RN tem que se adaptar ao meio externo gradualmente superando as dificuldades inerentes ao seu desenvolvimento. São prestados os cuidados imediatos ao recém-nascido, que passam pela avaliação do índice de Apgar, avaliação do bem-estar fetal, avaliação do coto umbilical, controlo de temperatura, administração de vitamina K intramuscular, vestir e colocar corpo a corpo com a mãe e amamentação. Estes são os principais focos nas primeiras horas de vida.

Na minha opinião, penso estar a ter um estágio muito rico em aprendizagem, onde tenho estado a ser muito bem orientada de forma gradual e concisa ao longo deste período até agora, onde tenho tido oportunidade de pôr em prática o que se aprende na teórica. No entanto, a prática é o que nos dá incentivo e o que nos faz perceber finalmente como são feitos os procedimentos e a sua fundamentação. É importante conciliar a teoria com os procedimentos práticos, e sinto que neste momento estou a ter um melhor raciocínio acerca do trabalho de parto e parto. O estágio dá-nos oportunidade de compreender como tudo de processa, de forma a compreender vivamente as várias fases do trabalho de parto.



Sei que cada mulher é uma mulher, todas iguais e todas diferentes, e são estes desafios que me faz sentir mais vontade em aprender e praticar a arte de partear.

O serviço de Bloco de Partos do Centro Hospitalar Universitário do Algarve tem me dado oportunidade de assistir e colaborar com diversos casos clínicos de grávidas com várias patologias. Entre elas, podemos dar maior ênfase à Diabetes e HTA gestacional que se tornam as mais comuns entre as grávidas aqui assistidas. Segundo estatísticas encontradas em estudos realizados em Portugal, a Diabetes Gestacional tem vindo a aumentar o número de casos. Segundo estudos realizados pelo Instituto Nacional de Estatística e a DGS verifica-se um aumento significativo no número total de casos de diabetes gestacional, existindo uma maior prevalência em grávidas com idades iguais ou superiores a 40 anos. DGS, Observatório da Diabetes, Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes (<https://www.dgs.pt/programa-nacional-para-a-diabetes/documentos-e-comunicacoes/diabetes-factos-e-numeros-portugal-2014-pdf.aspx>); DGS Programa Nacional para a Diabetes, 2017 (<https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-serie-894111-pdf.aspx?v=11736b14-73e6-4b34-a8e8-d22502108547>).

A Diabetes Gestacional define-se como o aparecimento de níveis elevados de glicose no sangue detetada pela primeira vez durante a gravidez que surge quando a glicose na circulação sanguínea não consegue ser removida eficientemente para dentro das células do organismo. Isto acontece porque durante a gravidez as hormonas de crescimento e lactagénio placentário, que são essenciais ao desenvolvimento de uma gravidez e de um feto saudáveis, tornam o organismo mais resistente aos efeitos de insulina, bloqueando parcialmente a sua ação. Na maioria das mulheres o pâncreas reage a esta situação produzindo uma quantidade adicional de insulina suficiente para ultrapassar a resistência a esta hormona, caso contrário a glicose acumula-se na circulação sanguínea surgindo a patologia. Depois do parto, a quantidade de insulina produzida pelo pâncreas volta a ser adequada às necessidades fazendo com que os níveis de glicose regressem aos valores normais considerados antes da gravidez. A Diabetes Gestacional é uma patologia que contribui para classificação de elevado risco de gravidez. Apesar de ao longo dos anos em Portugal termos vindo a assistir a progressos na vigilância da gravidez, esta patologia continua ainda a ser uma situação de risco para as nossas grávidas. Esta patologia acarreta consigo inúmeros riscos tanto para a mãe como para o feto, tais como o aumento ponderal durante a gravidez e consequente aumento dos valores



tensionais, aumento da predisposição a infeções genitourinárias que são considerados um dos fatores primordiais no desenvolvimento de parto pré-termo e em relação ao filho de mãe diabética existe o risco de desenvolver macrosomia fetal, com todos os problemas que podem advir em relação ao parto tal como distocia de ombros, fratura de clavícula, entre outros. O diagnóstico da DG é feito durante os exames de rotinas pré-natais determinados pelas análises clínicas ao sangue, no caso de existir valores elevados aos esperados, será realizada a Prova de Tolerância à Glicose Oral (PTGO) com 75g de glucose às 24/28 semanas de gestação. As grávidas com diagnóstico de DG são referenciadas para o Hospital de referência para serem seguidas em consulta de Medicina Materno-fetal e diabetologia (LIDEL, Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, 2016). Nas grávidas com DG em que o controlo metabólico é conseguido com dieta e exercício, e sem evidência de complicações (hidrâmnios, macrosomia fetal, pré-eclampsia ou sofrimento fetal) o parto pode ocorrer entre as 40 e 41 semanas de gestação. Para as grávidas que são insulíndependentes o parto deve ser induzido as 39 semanas, devido ao risco de síndrome de dificuldade respiratória no RN ser superior dos RN de mães não diabéticas, e também para evitar complicações como já referenciei anteriormente como macrosomia fetal que pode levar a distocias e lesões do plexo braquial durante o parto. O parto deve ser preferencialmente vaginal, mas em casos de fetos com pesos superiores a 4Kg ponderam a cesariana eletiva.

Durante o trabalho de parto deve manter-se um controlo metabólico com valores de glicemia capilar entre 70 e 110mg/dl, sendo necessário o controlo de avaliação de glicemia segundo protocolo institucional. No serviço de Bloco de partos onde me encontro a realizar estágio, existe um protocolo para os partos em grávidas com diabetes gestacional para grávidas sem insulina e com insulina. O protocolo aplicado a grávidas que controlam os valores com dieta e exercício físico, deve de ser administrado soro polieletrolítico glicosado 1000ml a 125ml/hr, as glicemias capilares devem ser avaliadas de 4/4 horas, com administração de insulina SC de ação rápida segundo protocolo insulínico protocolado. Em grávidas com controlo glicémico com administração de insulina a abordagem utilizada é a mesma que na Diabetes prévia, em que deve ser administrado insulina em perfusão segundo os resultados da avaliação de glicemia de 1/1hr. após o parto deve suspender-se a administração de insulina e as pesquisas de glicemia se glicemia < a 120mg/dl em três avaliações consecutivas. Nos RN de mães diabéticas deve ser avaliado também um valor glicémico, para despiste de hipoglicemias



pela administração insulínica durante o parto.

Durante este estágio estive em contacto com alguns casos de grávidas com diabetes gestacional, mas houve um caso em particular que me despertou especial atenção pela sua complexidade e complicações durante o parto: Grávida admitida na sala de partos de 39 semanas + 2 dias de gestação, Gesta I Para 0, com diagnóstico de Diabetes gestacional controlada com dieta, rotura espontânea de membranas há cerca de 2 horas com estreptococos negativo, grupo sanguíneo O Rh +, com colo com 4cm de dilatação, mole, apresentação cefálica em plano de Lee nível -1, realizou analgesia epidural, e colocada com monitorização cardiográfica continua externa em registo em central omniview com traçado normal durante o trabalho de parto. Grávida obesa, iniciou perfusão de ocitocina segundo protocolo e apresenta valores glicémicos dentro dos parâmetros normais avaliados de 4 em 4 horas, e com estimativa de peso fetal de 3,800kg. Teve evolução do trabalho de parto para dilatação completa e entra em período expulsivo, onde foi assistida por enfermeira obstetra, mas com chamada de urgência médica por distócia de ombros por macrossomia fetal. O parto foi assistido por três médicos obstetras assistentes, que tentaram várias manobras tais como McRoberts e Rubin II e Woods até conseguirem a exteriorização do RN após alguns minutos, sem necessidade de instrumentalização. Após nascimento o RN foi encaminhado para sala de reanimação onde teve necessidade de reanimação cardiorrespiratória e aspiração de secreções pelo médico Pediatra, que reverteu a situação, apresenta peso de 4, 100kg. Para além disso, apresentava lesão a nível do ombro esquerdo, com necessidade de realização de RX urgente. Após o exame, foi diagnosticado fratura do úmero, mas sem lesão a nível do plexo braquial e foi encaminhado para UCI neonatal, onde permaneceu algumas horas. Foi colocada tala gessada no membro e administrada medicação analgésica. Sem alterações aparentes a nível neurológico, voltou para junto da sua mãe após incidente e iniciou leite materno. A mãe teve como consequências episiotomia e laceração do períneo mediana com necessidade de episiorrafia.

A distócia de ombros é uma das emergências obstétricas mais temidas devido às complicações maternas e neonatais que se lhe associam sendo uma importante causa de morbidade de mortalidade perinatal. Apesar de estarem descritos alguns fatores de risco como a macrossomia fetal, a diabetes gestacional e o parto instrumentado, esta é uma situação, na maioria das vezes, imprevisível. (obstétricas, 2011).

A complicação mais frequente da distocia de ombros é a lesão do plexo braquial

aparentemente relacionada com a força de tração aplicada à cabeça fetal, mas os mecanismos responsáveis ainda não estão totalmente esclarecidos, porque podem ocorrer também devido a fenómenos de posicionamento fetal intrauterino. As fraturas da clavícula e do úmero são complicações raras nas distocias de ombros, e que na grande maioria dos casos cicatrizam sem sequelas após imobilização. As complicações maternas mais frequentes são as lacerações vaginais e perianais e a hemorragia pós-parto causada por atonia uterina. Em casos raros, a rotura uterina e a deiscência da sínfise púbica podem surgir como complicações secundárias às manobras obstétricas utilizadas na resolução da situação clínica. Quando o diagnóstico da distocia de ombros se estabelece, após a serem efetuadas 2 a 3 trações descendentes sobre a cabeça fetal e não ocorre a exteriorização do ombro anterior, é muito importante estabelecer-se uma comunicação clara e concisa tentando evitar alarmar desnecessariamente a parturiente e o seu acompanhante de forma a todos a manterem a calma e não perder o controlo da situação. O trabalho em equipa é de extrema importância para que corra tudo bem e com o máximo controlo da situação (LIDEL, Emergências obstétricas, 2011; LUSODIDACTA, Livro de Bolso Ginecologia e Obstetrícia, 2008).

A atuação clínica de uma distocia de ombros passa pela antecipação da situação, pedido de apoio e manobras externas e internas. Devem ser identificados os fatores de risco e os sinais premonitórios de uma distocia de ombros, são estes a descida acentuada da apresentação durante os esforços expulsivos, seguida de uma subida anormal no intervalo das contrações, sinal de “tartaruga” que é o sinal em que após o nascimento da cabeça, a mandíbula e a nuca fetal se mantêm a deprimir o períneo materno, pelo que deve ser realizada episiotomia. Deve ser realizado pedido de apoio médico e se possível de mais 2 enfermeiros especialistas de forma a efetuarem as manobras externas necessárias. A manobra de McRoberts conjugada com a pressão suprapúbica deve ser efetuada por 2 ajudantes: segurando um em cada perna da parturiente e forçando a flexão das coxas até à parte lateral do abdómen após a qual se tenta novamente a tração inferior da cabeça fetal, deslocando-se assim a sínfise púbica num sentido ântero-superior, aumentando o diâmetro ântero-posterior da bacia. A pressão supra-púbica tem que ser efetuada de forma firme e sustentada por um dos ajudantes de forma a empurrar o ombro anterior na direção do tórax fetal e para baixo da sínfise púbica

As manobras internas devem ser realizadas pelo médico obstetra ou por um enfermeiro especialista com experiência, entre elas estão as manobras de Woods e Rubin

II. Na manobra de Woods introduz-se uma mão na vagina junto do tórax fetal, agarrando-se no braço e no ombro posterior, de forma a rodá-los na direção do tórax ao mesmo tempo que o ajudante efetua pressão na região supra púbica para deslocar o ombro anterior no sentido do dorso, mantendo sempre a parturiente em posição McRoberts. A rotação deve ser efetuada até que o diâmetro biacromial fique numa posição oblíqua, após se tenta novamente a tração inferior da cabeça. Na Manobra de Rubin II introduzem-se 2 dedos na vagina junto do dorso fetal, aplicando-se força para rodar o ombro na direção do tórax fetal, ao mesmo tempo que um ajudante efetua pressão na supra púbica na mesma direção. (LIDEL, Emergências obstétricas, 2011; LUSODIDACTA, Livro de Bolso Ginecologia e Obstetrícia, 2008); AdrianoPires/distcia-de-ombros-artigo-de-revisão). Por vezes, quando estas manobras não são suficientes, recorrem a partos instrumentados. Existem outras manobras e técnicas que não foram necessárias durante a realização do presente parto, tais como a manobra de zavanelli e a técnica de sinfisiotomia.

No exercício da nossa profissão também é importante não esquecer a parte psicológica materna associada a este tipo de situação, que pode ser traumatizante para a parturiente levando a mesma a pensar em não ter mais filhos pela experiência passada. Deve ser prestado apoio e explicado todos os fatores de risco que levam à distocia de ombros para que a própria mãe perceba o que aconteceu e o que foi realizado para a sua resolução, transmitindo o profissionalismo dos profissionais presentes durante o parto.

Outra das patologias que surgem nas nossas grávidas é a Hipertensão gestacional que surge após as 20 semanas de gestação sem proteinúria, desaparecendo após o parto sem ultrapassar o período de puerpério. Os fármacos mais usados entre muitos no tratamento da patologia são o labetalol/Atenolol e Nifedipina, podendo após o parto recorrer-se a inibidores da enzima de conversão (captopril e enalapril) que não interferem com a amamentação. Durante o trabalho de parto deve ser monitorizada a tensão arterial para despiste de outros fatores de risco. A vigilância da gravidez nas grávidas com esta patologia é essencial para prevenção de pré-eclampsia, eclampsia e síndrome de Hellp. Estes casos costumam ser tratados com administração de anti hipertensores e aplicação do protocolo com administração sulfato de magnésio. A sua administração deve ser suspensa em casos de sintomatologia de toxicidade ao medicamento, tais como perda de reflexo patelar, sensação de calor e rubor, sonolência, falta arrastada, paralisia muscular, dificuldade respiratória e paragem cardíaca, e deve ser administrado o antídoto (gluconato de cálcio 1mg EV). Em termos analíticos considera-se toxicidade ao medicamento se



apresentar um magnésinemia igual ou superior a 14mg/dl no sangue. Têm indicação para parto às 37 semanas as grávidas com HTA gestacional ou pré-eclampsia sem gravidade. Já as grávidas com pré-eclampsia grave ou síndrome de Hellp tem indicação para parto igual ou superior às 34 semanas de gestação, caso apresente complicações antes das 34 semanas a grávida deve ser internada para tratamento com corticoides. As grávidas com HTA crónica têm indicação para parto entre as 38 e 39 semanas, e em caso de condição materna ou fetal instável o parto pode ser em qualquer idade gestacional. (LIDEL, Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, 2016)

Durante o parto não se deve suspender a medicação anti hipertensora ou o sulfato de magnésio e a analgesia epidural +e recomendada desde que não exista contraindicação, pois no caso de Síndrome de Hellp é importante avalia-se os valores de plaquetas (trombocitopenia), pois o seu resultado pode influenciar a realização da analgesia locorregional caso os valores se encontrem <80000 de plaquetas. (LIDEL, Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, 2016).

Na Unidade de Grávidas ficam internadas as grávidas que estejam em início de trabalho de parto, isto é, quando existe rotura espontânea da bolsa de água, e/ou quando se instalam contrações uterinas regulares com sensação dolorosa, em frequência e intensidade ao mesmo tempo que se dá a extinção cervical, iniciando a dilatação.

As grávidas que se encontram internadas em fase latente do trabalho de parto ficam sob vigilância do EESMO, para monitorização por CTG da frequência cardíaca fetal, vulnerabilidade fetal e contrações, parâmetros vitais maternos, vigilância da evolução e características do colo uterino, rotura espontânea da bolsa de águas e características do liquido amniótico (cor e consistência) e vigilância da dor no trabalho de parto. A dor do trabalho de parto advém das contrações uterinas e da dilatação cervical e é importante que como profissionais de saúde que entendamos que a dor nestes casos têm um fenómeno sensitivo mas também afetivo, pois o nascimento de um filho é um marco muito importante na vida de uma grávida/casal, e por isso é de extrema importância que o enfermeiro especialista intervenha de forma a minimizar a dor tendo em conta os seus desejos e as suas necessidades, pois as experiencias anteriores, as representações culturais, o seu estado emocional e o apoio familiar são fatores essenciais para a interpretação da experiencia do trabalho de parto. É da responsabilidade do enfermeiro especialista promover o alívio da dor com métodos farmacológicos caso seja necessário e não farmacológicos, como a deambulação, os exercício na bola de nascimento, o banho



de imersão com água quente, musicoterapia, entre outros métodos que a parturiente sinta necessidade. Os métodos analgésicos farmacológicos usados na Obstetrícia depende da situação clínica da parturiente, das suas necessidades e essencialmente da sua vontade. Os fármacos sistémicos normalmente utilizados na prática são o paracetamol, tramal+metoclopramida, butilescopolamida que ajuda no amadurecimento do colo uterino e Petidina, sendo este opióide usado frequentemente pelo seu início de ação rápida (5 a 10min) pode ter algumas consequências fetais, pois pode baixar a vulnerabilidade observada no CTG, pois passa através da placenta para o feto podendo fazer depressão respiratória fetal e diminuição dos movimentos fetais. Embora este fármaco na grávida tenha um tempo de semi-vida curto, no feto e RN o tempo é bastante maior podendo chegar de 18 a 23 horas. a analgesia epidural também pode ser oferecida a todas as grávidas que estejam dispostas a isso. É-lhes entregue um consentimento informado para que leiam e reflitam. A analgesia epidural é a analgesia mais frequente utilizada em Obstetrícia, e é administrada durante a fase ativa do trabalho de parto para evitar que os seus efeitos prolonguem a duração do TP ou proporcionem um parto instrumentado (Néné et al, Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, Lidel 2016).

É na fase ativa do 1º estágio do trabalho de parto, que as grávidas são transferidas para as salas de parto. Na admissão à sala é realizado o acolhimento à parturiente e seu acompanhante. É oferecido a todas as parturientes que desejam a analgesia epidural. Esta técnica é realizada pelo médico anestesista e consiste na punção do espaço epidural a nível lombar (habitualmente entre a L3-L4 ou L4-L5) com a colocação do cateter que permite a instalação contínua ou intermitente do analgésico local Cloridrato de Ropivacaína 0.2% e do opióide Citrato de Sufentanil. A analgesia epidural pode acarretar algumas desvantagens sendo as mais comuns as lombalgias no puerpério, cefaleias no pós-parto relacionadas com a punção da meninge dura-máter e/ou o extravasamento do líquido cefalorraquidiano por eventual mobilização inadvertida da grávida durante o procedimento. É de direito a grávida estar informada de todas as vantagens e desvantagens e tirar todas as dúvidas com o médico anestesista. Este procedimento requer monitorização dos parâmetros vitais da parturiente e monitorização de CTG.

Durante a fase ativa do trabalho de parto existem particularidades que temos que ter em atenção, para além do índice obstétrico e idade gestacional, o grupo sanguíneo e a presença de Estreptococos do grupo B que devem seguir os protocolos. “A aloimunização Rh consiste na sensibilização ao antígeno D presente na superfície eritrocitária. Durante



a gestação e parto pequenas quantidades de hemácias fetais podem atingir a circulação materna. Nos casos em que a grávida é Rh negativo (desprovida do antígeno D) e a criança Rh positivo, a mãe pode ser sensibilizada e passa a produzir anticorpos anti-D. Estes atravessam a barreira placentária e acarretam doença hemolítica perinatal, a qual pode causar com repercussões graves, determinando morbidade e mortalidade fetal e perinatal aumentada. Na primeira consulta de pré-natal deve ser pedido o grupo sanguíneo e a pesquisa de anticorpos irregulares (teste de coombs indireto) a todas as grávidas. Se a grávida for RhD negativo e o teste de Coombs for negativo (não imunizadas) deve ser administrado a profilaxia com imunoglobulina anti-D. No momento do parto, está indicado a colheita de sangue para tipagem do RN através do cordão umbilical, porque se o RN for RhD positivo, a mãe deverá realizar novamente a profilaxia com imunoglobulina anti-D nas primeiras 72 hora após o parto. Antes da introdução da profilaxia com imunoglobulina anti-D a taxa de aloimunização em grávidas de risco rondava os 16% e a doença hemolítica do feto e RN era uma causa importante de morbidade e mortalidade perinatal. A sua administração pós-natal e pós-parto levou a uma redução destes valores (Nuno Montenegro et al, Protocolos de Medicina Materno-Fetal, LIDEL, 2014). O Estreptococos do Grupo B é uma bactéria gram-positiva assintomática colonizada no trato gastrointestinal e secundariamente ao aparelho geniturinário, estando associada a uma de 1 a 2% da infeção neonatal segundo estudos do NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence). A transmissão ao RN ocorre durante o trabalho de parto e parto de duas formas: por infeção intra-utero, que resulta da ascensão do agente bacteriano desde o canal de parto até à cavidade amniótica no decurso de uma rutura de membranas, ou pela passagem do feto pelo canal de parto de uma mulher colonizada. A transmissão com membranas intacta é rara mas pode ser possível, causando infeções do trato urinário, amnionite, bacteriemia e causando restrição do crescimento fetal. A colheita do exsudado vaginal e retal deve ser feito entre as 35 e 37 semanas de gestação e grávidas com cesariana eletiva programada também deve fazer colheita para pesquisa de SGB, uma vez que o parto ou a rutura das membranas poderá ocorrer antes da data prevista. Grávidas com resultado desconhecido e gestação pré-termo com rutura das membranas ou em trabalho de parto devem seguir com o protocolo. Se SGB positivo deve-se iniciar profilaxia antibiótica se início de TP, início de indução e rotura espontânea das membranas. O Protocolo do CHUA é seguido com ampicilina 2gr em dose inicial e 1gr de 4/4 horas em dose manutenção. Grávidas com gestação de termo em que seja

desconhecido o resultado do exame e que apresenta rotura das membranas igual ou superior a 18 horas e/ ou febre também deverão iniciar protocolo. Em grávidas alérgicas à penicilina, a ampicilina é substituída pela clindamicina 900mg. É da responsabilidade do EESMO pôr em prática estes protocolos, pois estes procedimentos previnem inúmeras complicações. Da minha parte, não tenho qualquer dúvida que estou apta na prática dos protocolos apresentados. Tenho observado que existem vários casos de Estreptococos do grupo B positivos no CHUA Algarve, e que devido aos protocolos em prática não tem ocorrido qualquer tipo de complicações pós-parto tanto para a puérpera como para o RN (Nuno Montenegro et al, Protocolos de Medicina Materno-Fetal, LIDEL, 2014; Néné et al, Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, Lidel 2016).

Tenho observado ao longo destas semanas de estágio no serviço de Bloco de partos, ao qual também faz parte integrante o serviço de grávidas, que têm dado entrada várias grávidas com diagnóstico de Ameaça de parto pré-termo (APPT) nas diferentes idades gestacionais. A Ameaça de Parto Pré-termo define-se pelo aparecimento da contractilidade uterina regular com alterações a nível do colo uterino antes das 37^a semanas de gestação. A conduta a seguir nestes casos é: apoio e empatia com a grávida, promover o repouso no leito, iniciar terapêutica tocolítica e esteroides, administração de terapêutica para neuroprotecção fetal e profilaxia do Estrepcocos do Grupo B. A administração de tocolíticos está indicada em gravidezes entre as 24 e as 34 semanas+0 dias de gestação quando estão em trabalho de parto pré-termo, e têm como objetivo principal completar o ciclo de maturação pulmonar fetal. Nuno Montenegro et al, Protocolos de Medicina Materno-Fetal, LIDEL, 2014. O protocolo institucional diz-nos que a conduta baseia-se na administração de:

1. Atosiban (inibidor dos recetores de ocitocina):
 - 1º passo: Atosiban 6,75mg/ml + 0,9ml de SF em bólus;
 - 2º Passo: Atosiban 7,5mg/ml em 90 ml de SF (2 frascos diluídos em 90ml de SF) em perfusão a 18cc/hr;
 - 3º Passo: Atosiban 7,5mg/ml em 90ml de SF (2 frascos diluídos em 90ml de SF) a perfundir a 6cc/hr.
2. Dexametasona 6mg – 4 doses IM de 12/12 horas (Maturação Pulmonar)
3. Profilaxia da infeção por Estrepcocos B:

- Ampicilina 2gr EV dose inicial
 - Ampicilina 1gr EV 4/4 horas em dose de manutenção até ao parto
4. Profilaxia da Paralisia Cerebral no RN (neuroprotecção) entre as 24 e 31 semanas + 6 dias de gestação:
- Sulfato de magnésio: - Dose inicial perfusão de 4 a 6gr EV durante 30 minutos; Dose de manutenção – perfusão EV de 1 a 3g/hr de 12 em 12 horas até ao parto;
 - Se toxicidade, deve ser administrado Gluconato de Cálcio;
 - Não deve ser administrado em caso de pré-eclampsia grave;

Também venho a receber grávidas nas salas de parto providas do serviço de grávidas por indução do trabalho de parto. A indução do trabalho de parto (ITP) define-se como a prática de induzir artificialmente a contractibilidade uterina de forma a que se inicie o trabalho de parto antes do que seria espontaneamente suposto, depois das 24 semanas de gestação. A necessidade de maturação cervical ou de indução do trabalho de parto deve ser avaliada caso a caso, considerando o estado de saúde materno e fetal entre os quais também os riscos que podem advir de uma gravidez prolongada, a idade gestacional o índice de Bishop, peso e apresentação fetal. As indicações para a ITP poderão ser de causa materna ou fetal, independentes ou associadas. As causas maternas podem ser: gravidez pós-termo (igual ou superior a 41 semanas), rotura prematura das membranas, situações de patologia associada (ex: HTA, pré-eclampsia, eclampsia e síndrome de Hellp), Diabetes gestacional, corioamniotite e gestação gemelar. As causas fetais podem ser por feto morto ou anómalo, restrição do crescimento fetal, antecedentes de distocia de ombros e suspeita de macrosomia. No entanto existem algumas contra-indicações na ITP: cirurgia uterina major anterior, antecedentes de rutura uterina, infeção ativa por herpes genital, placenta prévia, hemorragia genital com significado clínico, prolapso do cordão umbilical, incompatibilidade feto-pélvica, CTG preocupante e carcinoma invasivo do colo. As ITP estão associadas a maior risco de complicações como hemorragia peri-parto, cesariana, hiperestimulação uterina com hipoxia fetal e rotura uterina, provocando também maior desconforto à grávida. Os principais métodos utilizados na instituição são como já referi anteriormente noutra reflexão os métodos



mecânicos como o descolamento das membranas, amniotomia, e colocação de cateter com balão, mas também a administração de fármacos como as prostaglandinas como o misoprostol e oxitocina. O misoprostol atua como agente uterotónico, eficaz na maturação do colo, e normalmente comercializado em comprimidos de 100µg, 200µg ou 25µmg, que podem ser administrados via oral sublingual, vaginal e retal. A OMS recomenda a utilização de doses de 25µg de misoprostol via oral com intervalo de 2/2 horas, ou de 6/6 horas de a administração for via vaginal. Ter atenção que a sua utilização pode estar associada a uma maior incidência de taquissistolia sem repercussões na frequência cardíaca fetal. A oxitocina também atua como um agente uterotómico útil na estimulação da contractibilidade uterina pois começa a agir sobre o músculo uterino em média 3 a 5 minutos após o seu início. A sua administração é efetuada por via endovenosa, normalmente são 5U de oxitocina em 500ml/SF a perfundir a 40ml/hr. Implica a monitorização contínua da FCF, da contractibilidade uterina e da pressão sanguínea. Se ocorrer taquissistolias e/ou desacelerações da FCF deve-se suspender ou diminuir o ritmo de perfusão. Por isso é da responsabilidade do EESMO estar atento e desperto para alterações a nível do CTG. Os riscos da administração de oxitocina incluem a hipertonicidade, espasmos, descolamento prematuro da placenta, laceração do colo, hemorragia pós-parto e rutura uterina. Como complicações fetais pode ocorrer diminuição da FCF com eventual asfíxia fetal e hipoxia neonatal. A Oxitocina é utilizada como protocolo a seguir ao início da analgesia epidural (Néné et al, Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, Lidel 2016; DGS, Norma Indução do trabalho de parto, 002/2015).

Todos os registos têm que ser efetuados na folha de Partograma, que entende-se como uma representação gráfica do trabalho de parto, sendo considerado um grande recurso visual para analisar a dilatação cervical e a descida da apresentação em relação ao tempo. Avalia não só a evolução do trabalho de parto bem como a grávida e o feto. O seu registo inicia-se aquando da fase ativa do trabalho de parto, iniciando o seu preenchimento pela data e hora de admissão, dados da grávida como idade estacional, índice obstétrico, cesarianas anteriores, antecedentes pessoais e patologias associadas. Também podemos registar data e hora da rutura de membranas, características do líquido amniótico, parâmetros vitais maternos, classificação de CTG e FCF, apresentação ao canal de parto, dilatação do colo uterino e plano da apresentação e contrações. O partograma facilita a visualização da evolução do parto, sendo mais fácil identificar um trabalho de parto estacionário, ou outras complicações que possam ocorrer de forma a

tentar solucioná-las da melhor forma.

Existem dois tipos de parto, o eutócico e distócico. O parto Eutócico é o parto que compete ao EESMO, define-se como o parto natural assistido (OMS), por um processo dinâmico que inicia com o trabalho de parto, desenvolvimento e termina com o nascimento sem qualquer intervenção cirúrgica ou médica. O parto distócico compreende todos os partos que sejam pélvicos vaginal, parto vaginal instrumentado e cesariana. Entende-se por parto vaginal distócico a extração do feto com recurso a dispositivos instrumentais como os fórceps e ventosas, realizados pelos médicos Obstetras.

Um das grandes competências do EESMO é assegurar a vigilância e manutenção do bem-estar materno-fetal intraparto, tem como objetivo efetuar um parto em ambiente seguro, de forma a otimizar a saúde da parturiente e do RN na sua adaptação à vida extrauterina. O CTG é hoje em Portugal o método mais utilizado para a monitorização do bem-estar fetal e da contratilidade uterina materna. O CTG permite-nos descobrir e identificar alterações a nível da FCF reduzindo assim a morbimortalidade neonatal. Durante o trabalho de parto, as contrações uterinas diminuem o fluxo sanguíneo uteroplacentário, resultando na redução da quantidade de oxigénio do feto, num feto saudável esta situação é tolerada, mas no caso de existência de alterações pode levar à morte perinatal e ou sequelas neurológicas graves. Néné et al, Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, Lidel 2016 A sua interpretação pode ser realizada por vezes de diferentes formas por diferentes profissionais, mas sempre com o intuito detetar eventuais anomalias. Para a realização do CTG são colocados e transdutores sob o abdómen da grávida. O transdutor doppler colocado no foco fetal para captar a FCF e o transdutor de pressão (TOCO) colocado sobre o fundo uterino que capta as contrações uterinas, sendo fixos com fitas apropriadas e ligados a um cardiotocógrafo. A posição da grávida também é de extrema importância, uma vez que permite que se identifiquem com maior rigor as situações de potencial risco materno-fetal. O sistema de classificação de CTG serve para identificar o que é normal, o que requer avaliação e o que é anormal e requer o nascimento imediato. Na minha opinião, a avaliação e interpretação do CTG tem que ser treinada, de forma a poder detetar por vezes certas situações que possam não estar tão evidentes. Para mim no início foi mais complicada a sua interpretação, mas penso que agora depois de todo o contacto ao longo do estágio estou muito melhor em relação a isso.



Reflexão Crítica Estágio de Ginecologia

Neste momento encontro-me a realizar o 2º tempo de estágio no Serviço de Ginecologia do Centro Hospitalar do Algarve na Unidade de Faro, situado no 5ª piso, composto por 20 camas e recebe doentes do foro ginecológico, tanto geral como ginecologia oncológica e senologia. O presente documento autorreflexivo assiste-nos para relatar todo o progresso e desenvolvimento ao longo do estágio, de forma a transmitir ao enfermeiro supervisor os conhecimentos e competências adquiridas ao longo do ensino clínico.

Segundo a OMS, a Ginecologia é a especialidade de Medicina dedicada à saúde do aparelho reprodutor feminino (vagina, útero, ovários) e mama, permitindo a prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças como por exemplo o cancro, prolapso, amenorreia, dismenorreia, menorreia e infertilidade (*Livro de bolso de Ginecologia e Obstetrícia, Barry O'Reilly, Lusodidacta, 2008*). É importante conhecer o desenvolvimento do sistema genital feminino e a sua anatomia para a compreensão da sua fisiologia, fisiopatologia, tratamento de inúmeras doenças ginecológicas. Todo o estudo vai-me permitir compreender as patologias associadas a alterações do ciclo menstrual e também durante a fase de menopausa que infelizmente acompanham as mulheres ao longo do seu ciclo de vida.

O ciclo menstrual é o padrão das alterações hormonais, ovulação, alterações do endométrio e menstruação que são controlados pelo eixo hipotálamo-hipófise-ovariano. O hipotálamo é o centro controlador de onde partem as hormonas GnRH (Hormona Libertadora das Gonodotrofinas) e os neurotransmissores, inibidores ou estimuladores, em direção à hipófise. Esta por sua vez, secreta as Gonodotrofinas como a LH (Hormona Luteinizante) e a FSH (Hormona folículo-estimulante) que vão atuar sobre as gónadas. Ao hipotálamo também chegam sinais e informações que vão controlar o funcionamento e manutenção da homeostase endócrina. Ao contrário do ciclo menstrual, a menopausa corresponde ao fim das menstruações espontâneas e pode ser confirmada após doze meses consecutivos sem qualquer período menstrual. Trata-se de um processo biológico natural e perfeitamente normal da vida da mulher. Este período assinala o fim da fertilidade, dá-se uma redução da atividade dos ovários, em que estes deixam de produzir óvulos ao mesmo tempo que a produção das hormonas gonadotrofinas diminuem a sua produção. A menopausa pode acarretar algumas desvantagens para a mulher, pois ficam mais suscetíveis ao aparecimento de doenças do foro ginecológico.



Em ginecologia existem diversos exames complementares de diagnóstico com variedade de custo e complexidade que são usados para diagnóstico das várias patologias. Temos como exemplo, a Ultra-sonografia transvaginal ou pélvica, TAC, RMN, colposcopia, histerossalpingografia e citologia, mamografia entre outros... A ultra-sonografia transvaginal é realizada com a paciente em posição ginecológica e utiliza-se um transdutor revestido por um preservativo de látex, que é introduzido pelo introito vaginal até alcançar o colo uterino para avaliação do canal vaginal, colo do útero, útero, ovários e cavidade pélvica. Produz ondas de som que depois são transformadas pelo computador em imagens dos órgãos internos, como útero, trompas de falópio, ovários, colo do útero e vagina. Através das imagens produzidas por este exame, é possível diagnosticar diferentes problemas da região pélvica, como quistos, infeções, gravidez ectópica, câncer, ou até confirmar uma possível gravidez. Uma vez que o exame de ultrassom tem várias vantagens, pois não é doloroso, não emite radiação e produz imagens nítidas e detalhadas, é quase sempre um dos primeiros exames recomendados pelo ginecologista quando é necessário avaliar a causa de alguma alteração no sistema reprodutor da mulher ou simplesmente para fazer exames de rotina. Já a ultrassonografia transabdominal proporciona um estudo global da pelve, sendo o melhor método para avaliar tumores volumosos que se estendam para fora dos limites da pelve. A RNM (Ressonância Nuclear Magnética) também tem a sua importância na avaliação da pelve feminina pois oferece informações complementares à ultrassonografia, contudo o seu emprego é limitado pelo seu elevado custo. O mesmo não poderemos dizer pela TAC (Tomografia Axial Computorizada) porque se torna mais limitada na avaliação da doença ginecológica (*Livro de bolso de Ginecologia e Obstetrícia, Barry O'Reilly, Lusodidacta, 2008; Ginecologia Fundamental, José Carlos J. Conceição, Editora Atheneu, Ed.1, 2005*).

A colposcopia é o exame que permite a observação direta do colo do útero, da vagina e vulva, podendo identificar alterações celulares benignas, tumores vaginais entre outros. O instrumento utilizado nesta técnica é o colposcópico, que permite observar e ampliar a imagem até 40 vezes mais e permite também fazer uma biopsia de uma amostra de tecido da região infetada, de forma a detetar lesões celulares que necessitam posteriormente de tratamento. A principal vantagem deste exame é o diagnóstico precoce do cancro do colo do útero. Em Portugal, o cancro do colo do útero associado à infeção por Papiloma Vírus Humano afeta cerca de 13-14 mulheres em cada 100.000 e surgem

cerca de 1000 novos casos todos os anos causando em média 350 mortes de mulheres por ano. A colposcopia deve ser realizada sempre que sejam encontradas alterações na citologia, que consiste num exame médico que consiste na recolha de células da superfície externa do colo do útero e do canal endocervical com um escovilhão próprio. Estas células depois são espalhadas numa lâmina de vidro e colocadas num frasco em meio líquido de cultura e enviadas para laboratório. Este exame permite avaliar o aspeto, o crescimento e função das células de forma a detetar alguma anomalia celular. Durante este estágio tive oportunidade de participar na Consulta de Patologia do Cólo, onde pude ver a realização de colposcopias e a realização de uma conização. A conização é o tratamento cirúrgico que consiste na remoção de um fragmento do colo do útero. Este procedimento tem duas funcionalidades, confirmar o diagnóstico e tratar a doença. O tratamento é feito sob controlo colposcópico, necessitando de anestesia local e pode ser praticado em ambulatório. Pode ser realizado com laser ou com ansa diadérmica, a escolha depende de vários fatores e é feita pelo médico tendo em conta as características da doente e do tipo de lesão. As complicações que pode acarretar é o risco de hemorragia, e a mulher tem que ser alertada para os sinais e sintomas da complicação de forma a detetá-la.

A Histerossalpingografia é um exame que implica a visualização radiográfica da cavidade uterina e das trompas de Falópio após injeção de um contraste pelo colo do útero. Este exame revela-se útil na avaliação de tumores uterinos, obstrução das trompas e outras anomalias. Também é usado em casos de diagnóstico de infertilidade, ou antes de uma inseminação artificial e em caso de diagnóstico de doença uterina e/ou tubar. Normalmente o procedimento é realizado com a mulher em posição de litotimia, é introduzido na vagina um espéculo, enche-se uma cânula com contraste hidrossolúvel sob fluoroscopia direta. Antes da realização do exame, há que apurar se a doente é alérgica a contraste de iodo e após o exame deve ser informada que poderá sentir cólicas de tipo menstrual e dor no ombro devido à irrigação subfrénica provocada pelo contraste que passa para a cavidade peritoneal. O enfermeiro especialista após o exame avalia a presença de náuseas e vómitos, lipotimia ou mal-estar e realiza ensinamentos acerca de secreções vaginais que podem surgir nos próximos 2 dias. *Ginecologia Fundamental, José Carlos J. Conceição, Editora Atheneu, Ed.1, 2005; Enfermagem Médico-Cirúrgica, Perspectivas de Saúde e Doença, PHIPPS, volume IV, Lusodidacta, 2010*

A mamografia consiste num exame radiológico da mama, é o exame realizado especificamente para o estudo da mama, sendo um importante meio de diagnóstico



precoce do cancro da mama, especialmente massas ou nódulos de pequena dimensão ou difusos, podendo detetar a doença mesmo antes de a mulher sentir qualquer sintoma ou alteração ao autoexame e exame clínico. É realizada com alta resolução que permite a deteção de pequenas lesões com o mínimo de radiação, não oferecendo risco para as mulheres. A mamografia efetuada com regularidade, permite uma redução da mortalidade/morbilidade do cancro da mama, cabendo a mulher um papel proativo a nível da prevenção da doença. O sucesso do tratamento depende, em grande parte do diagnóstico precoce. Hoje, existem vários programas de prevenção do cancro da mama que estão disponíveis a todas as mulheres interessadas. A mamografia não requer preparação especial, mas a mulher deve ser informada de que não deve usar desodorizante ou creme, pois estes podem assemelhar-se a calcificações agrupadas na radiologia. O ensino antes do exame é essencial uma vez que a maioria das mulheres sente enorme ansiedade relativamente ao exame e à possibilidade de cancro de mama. A técnica é realizada com a mulher em pé junto do aparelho de RX, é colocada uma mama de cada vez entre a plataforma e a chapa e a maioria das mulheres sente algum desconforto pela compressão da mama. Após o exame os cuidados consistem em proporcionar informações claras sobre como e quando serão comunicados os resultados e aproveitar para realizar ensinamentos para o auto-exame da mama à doente (*Ginecologia Fundamental, José Carlos J. Conceição, Editora Atheneu, Ed.1, 200; Enfermagem Médico-Cirúrgica, Perspectivas de Saúde e Doença, PHIPPS, volume IV, Lusodidacta, 2010*).

Durante o estágio tenho tido oportunidade de estar em contacto com várias patologias ginecológicas, e principalmente com esta patologia mamária. Neoplasia da mama é a lesão maligna que atinge mais a mulher, e atualmente em Portugal surgem 6000 novos casos de cancro da mama por ano, ou seja, 11 novos casos por dia, morrendo por dia 4 mulheres com esta patologia. Contudo, a prevenção do cancro da mama vem ajudar a diminuir esta incidência. Esta doença tem um impacto muito forte na mulher a nível físico e psicológico, atingindo a sua autoestima (<https://www.ligacontracancro.pt/servicos/detalhe/url/programa-de-rastreio-de-cancro-da-mama/>).

A Senologia é a especialidade médica dedicada à prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação de todas as doenças da mama. O tratamento e o tipo de cirurgia dependem do tamanho do tumor, grau, dimensão e quantidade de tecido circundante que tem que ser removido. Tive oportunidade de ir ao Bloco Operatório Central assistir a



cirurgias da mama, tumorectomia da mama como tratamento de cancro da mama. Dos vários casos que assisti, relato o caso clínico de uma mulher de 53 anos, que foi internada no serviço de Ginecologia com diagnóstico de neoplasia da mama direita, diagnosticada após a realização de mamografia de rastreio que revelou um nódulo com cerca de 1cm. Foi realizada biopsia e o relatório histológico identificou um carcinoma ductal, sendo submetida a tumorectomia da mama. Foi internada no dia anterior a cirurgia para realização de linfacintografia no Hospital de Alvor para identificação do gânglio de sentinela e operada no dia seguinte sob anestesia geral, onde foi realizada biopsia do gânglio de sentinela, sendo o seu resultado negativo. Adoente foi preparada para cirurgia, foi realizada tricotomia na região axilar, banho com clorhexidina, avaliação de parâmetros vitais e glicemia capilar, confirmação de jejum, colocação de cateter venoso periférico e soroterapia prescrita, marcação do local cirúrgico pelo médico cirurgião e colocação de meias antitrombóticas

A tumorectomia da mama é uma cirurgia conservadora que tem como procedimento a extração de parte da glândula mamária que contém o tumor com uma margem de segurança, onde apenas o segmento da mama que contém o tumor é retirado, sendo considerado o tratamento de eleição num estágio inicial da doença pois permite que ela preserve a maior parte possível da mama. Alguns tecidos e linfonodos saudáveis adjacentes também são geralmente removidos. Após a cirurgia conservadora a maioria das mulheres faz radioterapia, ou quimioterapia ou terapia hormonal como terapia adjuvante. O local da incisão é adaptado ao local onde está o tumor. Hoje, muitos dos tumores que são tratados desta forma são muito pequenos e não se sentem à palpação. Por isso, para que o Cirurgião tenha a certeza do local onde está o tumor, são usados métodos de marcação de tumores não palpáveis. O Centro de Mama dispõe de vários métodos de localização de tumores como a marcação com corante negro (carbono), marcação com guia metálico (arpão) e marcação com cliques metálicos. No caso de cancro invasivo recomenda-se a remoção de alguns ou de todos os gânglios linfáticos da axila, e passa a ser chama de tumorectomia alargada. Existem em média cerca de 20 a 30 gânglios linfáticos na axila. Antes da cirurgia muitas vezes é necessário a realização de linfacintografia de forma a identificar o gânglio sentinela, isto é identificar o gânglio linfático do território glanglionar mais próximo da lesão para o qual o cancro poderá ter disseminado. Para se encontrar este gânglio e perceber-se se ele foi envolvido pelo cancro injeta-se um contraste no local da lesão, sendo esse o gânglio a retirar na cirurgia. É



realizada a biópsia do gânglio sentinela e enviado para anatomia patológica no momento, e caso o resultado seja positivo é necessário proceder-se à remoção de todos os gânglios desse território ganglionar, procedimento este também chamado de esvaziamento axilar ganglionar ou linfadenectomia. Este procedimento normalmente tem um impacto significativo na vida da pessoa, apresentando dificuldade no movimento e parestesias no braço (*Ginecologia Fundamental, José Carlos J. Conceição, Editora Atheneu, Ed.1, 200;* *Enfermagem Médico-Cirúrgica, Perspectivas de Saúde e Doença, PHIPPS, volume IV, Lusodidacta, 2010;* <http://www.oncoguia.org.br/conteudo/cirurgia-conservadora-da-mama/1396/265/>).

Outro tratamento cirúrgico do cancro da mama é a mastectomia, que consiste na remoção cirúrgica de toda a mama e divide-se em vários tipos: mastectomia simples ou dupla, mastectomia poupadora da pele ou do mamilo e mastectomia radical. A mastectomia simples é a mais comum, é caracterizada pela remoção de toda a mama, incluindo mamilo exceto os linfonodos axilares e o tecido muscular da mama e tem como principal indicação os tumores intraductais extensos ou multicêntricos, enquanto que a mastectomia dupla ou bilateral consiste na remoção das duas mamas como método preventivo em mulheres com alto risco de desenvolver cancro na outra mama. A mastectomia total pode aproveitar a pele da mama e o mamilo para a reconstrução mamária imediata, caso o tumor não tenha uma dimensão grande e que não esteja próximo da superfície da pele. A mastectomia radical clássica (técnica de Halsted) consiste na ressecção de todo o tecido mamário como na mastectomia simples, mas acrescido da remoção dos músculos peitorais maior e menor e esvaziamento axial, mas é uma técnica neste momento em desuso. Nos dias de hoje pratica-se a mastectomia radical modificada que mantém a remoção de toda a mama, mas preservam o musculo peitoral maior (técnica de Patey), ou ambos os músculos peitorais (técnica de Madden). São indicadas para tumores infiltrantes, nos quais o volume ou a multicentricidade não permitem a cirurgia conservadora. O esvaziamento axilar está indicado sempre que o tumor primário seja infiltrante, independentemente do seu volume. Os efeitos colaterais da mastectomia podem incluir dor, hematoma, seroma e limitação dos movimentos dos braços e ombros.

A radioterapia e quimioterapia têm a finalidade de auxiliar no tratamento loco-regional e controlar o surgimento de metástases à distância.

Relativamente às cirurgias realizadas existem cuidados de enfermagem especializados que são fundamentais para o bem-estar da doente tanto físico como

psicológico. A descoberta de um nódulo mamário suscita umas das reações emocionais mais fortes e devastadoras que a mulher, seja em que idade for, pode sentir. O EESMO que presta cuidados a doentes durante este período crítico deve ter consciência das repercussões físicas e psicológicas pelo que passam de forma a proporcionar apoio emocional de uma forma informativa e solícita. O diagnóstico de cancro da mama é extraordinariamente traumático, mas a maioria das mulheres supera bem a cirurgia e a perda da mama, pois a preocupação mais imediata é a irradiação do cancro. Normalmente as preocupações e as questões relacionadas com a imagem e a sexualidade surgem após a mastectomia. A perda de uma mama pode desencadear sentimentos idênticos aos provocados pela amputação de um membro, as reações incluem raiva, negação, depressão e isolamento. O luto pela perda de uma parte do corpo é normal, pelo que a doente deve ter ocasião de ultrapassar a sua perda. Tive oportunidade de ouvir um testemunho em tom de desabafo de uma doente que se deparou com uma mastectomia radical e que falou sobre os seus pensamentos, medos, e alterações no seu corpo após iniciar tratamento de quimioterapia que lhe trouxeram muitos dissabores. Para além da perda da mama, a perda de cabelo segundo ela foi o que mais lhe custou, ver a sua aparência mudar sem poder fazer nada. Estas alterações acarretam sentimentos negativos e depressivos na mulher, e neta fase o enfermeiro especialista deve estar atento a estes sinais de forma a encaminhar a doente a procurar estratégias de autoajuda (*Ginecologia Fundamental, José Carlos J. Conceição, Editora Atheneu, Ed.1, 2005; Enfermagem Médico-Cirúrgica, Perspetivas de Saúde e Doença, PHIPPS, volume IV, Lusodidacta, 2010*).

A mulher com patologia da mama submetida a intervenção cirúrgica passa por um importante processo de reformulação da imagem corporal, pelo impacto que a cirurgia tem, esta fase é vivenciada de um modo traumático pela mulher sendo considerada uma mutilação, dependendo da importância dada pela mulher à imagem corporal. A imagem corporal normalmente é considerada um fenómeno multidimensional envolvendo aspetos fisiológicos, psicológicos e sociais. Estudos realizados referem que existe a necessidade de realização de mais estudos que contemplem características socioculturais nas mulheres com cancro de mama.

Após a cirurgia da mama, neste estágio clínico, existem muitas intervenções de enfermagem que têm que estar presentes na prática diária, como os cuidados pós-operatórios que se baseiam no conforto físico, no apoio nutricional, prevenir complicações e preparar a doente para a alta e para os cuidados no domicílio. A dor após

cirurgia da mama varia de acordo com o procedimento, pelo que deve ser feita a administração de analgésicos e medidas de conforto prescritos. O levante pós-cirúrgico deve ser realizado consoante a prescrição médica e em doentes submetidas as mastectomias da mama devem ser ensinadas a sair da cama pelo lado não-afetado, sendo necessário proporcionar apoio ao lado operado, durante os primeiros dias de pós-operatório, uma vez que os movimentos do braço e do ombro do lado operado estão limitados durante, pelo menos 24 horas.

Os cuidados à ferida operatória dependem do tipo de cirurgia realizada. Normalmente o penso deve ser realizado 48 horas após a cirurgia com técnica asséptica, caso se mantenha limpo e seco externamente. A ferida operatória deve-se manter seca, na medida em que um ambiente húmido e quente é mais propenso a infeção. O controlo da glicemia capilar também deve ser realizado no caso de doentes diabéticas, pois o aumento de glicemia interfere com a cicatrização da ferida operatória. O enfermeiro deve dar instruções da realização de penso e extração de pontos ou agrafes consoante indicação médica.

Outra das ações de enfermagem prioritárias após a mastectomia é manter o braço e a mão do lado operado elevados, sobre almofadas, de forma a ficarem mais elevados que o cotovelo e este, por sua vez mais elevado que o ombro. Esta posição deve ser mantida quando a mulher se encontra deitada ou sentada a fim de prevenir concentração linfática e venosa. O EESMO deve vigiar a estase venosa e linfática medindo o perímetro do braço afetado cerca de 15cm acima e abaixo do cotovelo comparando-o com as medidas do braço antes da cirurgia e com o braço não-afetado. Existe em Faro uma associação de apoio a mulheres com cancro da mama, que oferecem a “almofada coração”, como o próprio nome indica, são em forma de coração, adequadas para a elevação do membro afetado. O hospital de Faro colabora com esta associação de forma a dar a conhecer a associação e a entregar às doentes as almofadas, como forma de se sentirem que podem ter mais um apoio emocional. O braço do lado operado deve ser mantido relativamente imóvel durante 24 horas a fim de reduzir qualquer pressão sobre a sutura. Para facilitar a circulação linfática, deve ensinar-se a doente a realizar exercícios de mão, que consiste em apertar uma bola, abrir e fechar a mão e fazer extensão e flexão do punho. Os exercícios de mobilização do braço e ombro mais vigorosos só devem ser iniciados segundo indicação médica. O levantamento de pesos também deve ser restrito, pelo que não está indicado os esforços físicos com o braço afetado. Após a alta, a doente



ainda tem restrições quanto ao tipo e quantidade dos exercícios que lhe são permitidos fazer com o braço e o ombro do lado afetado. Os exercícios mais vigorosos, destinados a restabelecer a mobilização completa do ombro, devem ser adiados até serem retirados o dreno e os pontos, se for o caso. Os exercícios mais vigorosos que se costumam fazer são os exercícios com barra, alargamento, retração e protração das omoplatas, estiramento lateral e dos músculos torácicos, e aproximação dos cotovelos. Outras práticas que devem ser ensinadas a estas doentes, são os cuidados pós-alta, em que a doente deve certificar-se que o braço afetado jamais é usado para avaliação de tensão arterial, injeções ou punções venosas, usar luvas de borracha para lavar a loiça, usar o braço não afetado para tirar alguma coisa do forno quente, ou usar luvas próprias, ter cuidado ao cortar as unhas e cutículas, usar luvas para jardinagem, evitar queimaduras solares, usar repelentes em zonas onde possa haver insetos, tratar imediatamente cortes e arranhões, e usar loção ou creme para manter a suavidade e elasticidade da pele. *Enfermagem Médico-Cirúrgica, Perspectivas de Saúde e Doença, PHIPPS, volume IV, Lusodidacta, 2010;*

O linfedema é um dos grandes problemas que podem surgir posteriormente, pelo que o EESMO deve ensinar a doente a reconhecer sinais de parestesia, peso, sensação de compressão, edema, dor, diminuição da força e mobilidade e infeção. Aquando da alta pode verificar-se edema, especialmente se for realizada resseção dos gânglios linfáticos, quanto maior for o número de gânglios extraídos maior é a probabilidade de edema. Por isso deve-se sublinhar a importância dos exercícios de reabilitação, o cumprimento destas indicações ajuda a evitar a forma crónica do linfedema. O tratamento pode passar pela aplicação de ligadura elástica, pela elevação do membro, massagem, exercícios, cuidados à pele, descompressão manual e compressão materna. *Enfermagem Médico-Cirúrgica, Perspectivas de Saúde e Doença, PHIPPS, volume IV, Lusodidacta, 2010;*

Nas mulheres com cancro da mama que são submetidas a mastectomias a imagem corporal tem tendência a ficar comprometida, pois a mama é um símbolo corpóreo da sexualidade e pode levar a perda de auto-estima e sentimentos de inferioridade e rejeição, levando muitas vezes ao comprometimento da relação conjugal e da própria sexualidade. Existem vários estudos clínicos que demonstram a fragilidade destes casos clínicos e é nesta fase que como profissionais de saúde especializados em saúde materna e obstétrica devemos estar despertos para deteção dos mesmos bem como sinais, sintomas e comportamentos de risco, com o objetivo de apoiar e encaminhar da melhor forma a mulher e o próprio casal de forma a poderem superar esta etapa com sucesso



(<http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v23n3/v23n3a07.pdf>; http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862012000200014).

Outros casos que me deparei durante o estágio de internamento no Serviço de Ginecologia são as neoplasias do colo do útero, útero e ovário. O cancro do colo do útero tem sempre a sua origem pela infeção do Papilomavírus Humano (HPV). Este vírus transmite-se por contacto sexual, tanto homens como mulheres. Existem mais de 120 tipos diferentes de HPV, dos quais 40 afetam preferencialmente os órgãos genitais (vulva, vagina, colo do útero, pénis e ânus). Dividem-se em tipos de alto e baixo risco em função das doenças que causam. Entre os HPV de alto risco incluem-se os 16 e 18 que são responsáveis por 75% das lesões mais graves, e os de baixo risco incluem os 6 e 11 que são responsáveis pela maioria das doenças benignas (como por exemplo, os condilomas e verrugas genitais). A melhor forma de prevenção é a vacinação, pois só ela permite uma proteção eficaz contra os tipos de HPV incluídos na vacina. Segundo a DGS, todos os rapazes e raparigas dos 9 aos 14 anos devem ser vacinados com 2 doses da vacina, e acima dos 15 anos devem ser vacinados com 3 doses, cumprindo o tempo de intervalo entre cada uma.

O cancro do colo do útero normalmente é um tumor de crescimento lento e é precedido de alterações celulares chamadas displasia. A displasia celular indica a presença de uma lesão precursora a que se dá o nome de neoplasia intra-epitelial cervical (NIC) e que se divide em I, II e III estádios. A NIC I caracteriza-se pela displasia ligeira a moderada, a NIC II displasia moderada a grave e NIC III refere-se a displasia grave a carcinoma. Normalmente não existem sinais e sintomas de displasia pelo que o diagnóstico baseia-se em achados citológicos. A deteção precoce é importante para se alcançar resultados positivos, e é realizada através do exame Papanicolau de rotina (citologia). Este rastreio deve começar a ser realizado 3 anos após o início da atividade sexual ou a partir dos 21 anos de idade. Todos os esfregaços anormais devem seguidos de colposcopias e biopsia, para investigação de alterações celulares. Tive oportunidade de assistir a várias colposcopias a mulheres derivadas de alterações no exame papanicolau, presentas na consulta da patologia do colo do útero do serviço de Consulta Externa do Hospital de Faro. Alguns casos, na colposcopia não foi detetada qualquer alteração, pelo que volta ao rastreio após 6 meses. Se ao fim de 1 ano o exame for negativo a doente tem alta.

O cancro do útero é assintomático nos estádios iniciais, à medida que a doença



evolui a mulher poderá ter um ligeiro corrimento vaginal aquoso e por vezes perdas de sangue, principalmente após o coito. Num estágio avançado da doença poderá verificar-se corrimento com cheiro fétido devido a desprendimento do tecido epitelial. A dor, geralmente é um sinal tardio e pode envolver a pelve. É dever o EESMO alertar as mulheres para as manifestações clínicas da doença, para que possam estar despertas para a situação, entre os quais os sintomas precoces englobam o corrimento vaginal, fluido e aquoso, as perdas de sangue após o coito, metorragia, hemorragia pós-menopausa e polimenorreia, e os tardios englobam o corrimento vaginal escuro e de cheiro fétido, dor pélvica. Abdominal ou lombar, dor nos flancos, perda de peso, anorexia, anemia, edemas dos membros inferiores pela hipertrofia dos gânglios linfáticos deixando a circulação venosa obstruída, disúria e retorragias (*Enfermagem Médico-Cirúrgica, Perspectivas de Saúde e Doença, PHIPPS, volume IV, Lusodidacta, 2010*).

O tratamento do cancro do colo do útero é tratado de acordo com o estágio da doença, através de conização excisional, procedimento de excisão electrocirúrgica (LEEP), cirurgia laser se a mulher desejar ter filhos. Se a fertilidade não for um problema pode-se optar pela histerectomia. Nalguns casos de cancro mais invasivo poderá ser necessário a quimioterapia e radioterapia. A histerectomia simples ou radical é o procedimento cirúrgico mais indicado no tratamento do cancro do colo do útero em estádios I e II. Na histerectomia radical faz-se a extração do útero, dos tecidos de suporte, da vagina distal e dos gânglios linfáticos da pelve. Os cuidados de enfermagem junto da doente submetida as histerectomias durante o seu internamento baseiam-se nos cuidados pré e pós-operatórios. No serviço de Ginecologia do Hospital de Faro os procedimentos de enfermagem no pré-operatório passam pela avaliação inicial da doente, verificação do conhecimento da doente sobre o procedimento e os cuidados previstos, avaliação de sinais vitais e índice de massa corporal, tricotomia, realização de enema de limpeza, algaliação, colocação de cateter venoso periférico com soroterapia que esteja prescrita, calçar meias antitrombóticas e providenciar toca e bata. São retirados todos os adornos e próteses dentárias. A doente deve estar em jejum para a cirurgia. A profilaxia antibiótica é administrada intra-bloco. Quanto aos cuidados de enfermagem pós-operatórios, estes devem focar-se no conforto da mulher, avaliação de parâmetros vitais, administração de analgésicos e antieméticos caso seja necessário, manter o uso das meias antitrombóticas conforme indicado, proceder ao levante assim que possível de forma a promover a maior auto-cuidado da mulher e incentivar a deambulação, vigiar sinais de tromboembolia,



registar eliminações e perdas vaginais, vigilância do penso e ferida cirúrgica. Relativamente aos ensinamentos, devemos ensinar sobre as alterações da dieta para prevenção de obstipação, sobre os cuidados à ferida operatória, sinais de infeção do aparelho urinário, ensinamentos sobre evitar levantamento de pesos, e ensinamentos sobre a relação sexual que deverá evitar durante as 6 primeiras semanas de pós-operatório.

Na minha visão ótica, o serviço de Ginecologia do Hospital de Faro engloba todas as qualidades e qualificações para tratamento das demais patologias do foro ginecológico e oncológico relacionado. É composto por profissionais de saúde qualificados e aptos para lidar e cuidar de doentes deste foro, tanto a nível técnico e psicológico, podendo ter tido a oportunidade de ver a satisfação das doentes. É um serviço do qual se deve ter um grau elevado de sensibilidade e empatia por parte dos profissionais para trabalhar com sucesso. Quando pensamos na especialidade em Saúde Materna e Obstétrica, o nosso pensamento é sempre virado para a parte mais bonita da profissão que retrata o nascimento, puerpério e cuidados ao recém-nascido, mas não podemos esquecer que a ginecologia é uma especialidade muito peculiar e particular ao qual devemos ter atenção e dar-lhe o devido valor e o seu merecido reconhecimento. Este estágio deu-me oportunidade de partilhar estas vivências e de me mostrar quão importante ela é no nosso percurso profissional.

Reflexão Crítica – Estágio Centro de Saúde S. Brás de Alportel

No âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Escola Superior de Enfermagem João de Deus da Universidade de Évora, encontro-me neste momento a realizar o estágio na Unidade de Cuidados na Comunidade do Centro de Saúde de S. Brás de Alportel (UCC Allportellus) na área da Consulta e seguimento de Saúde Materna e Obstétrica.

A Unidade de Cuidados à Comunidade Allportellus abrange uma população local de 10662 habitantes, fazendo parte integrante a assistência médica e de enfermagem na área da Saúde materna e obstétrica. Esta área é composta por um enfermeiro especialista em Saúde Materna e Obstétrica e pelos médicos de família assistentes. Segundo contagem realizada pelos profissionais de saúde de Saúde Materna da instituição existem entre 80 a 90 partos por ano no concelho de S. Brás de Alportel, permitindo assim um acolhimento da grávida e do recém-nascido mais pormenorizado.

A Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica visa a avaliação e a promoção da saúde desde a preconceção até ao puerpério, e o enfermeiro especialista é responsável



pela realização de consultas de planeamento familiar, consultas de gravidez e puerpério. A consulta de Enfermagem de Planeamento familiar divide-se em duas vertentes, pode ser realizada para prevenção da gravidez e/ou para consulta pré-concepcional. A consulta de prevenção da gravidez deve ser realizada em mulheres em idade fértil para aconselhamento do contraceptivo adequado nas várias fases da sua vida em que se encontra, seja por exemplo uma adolescente que queira iniciar a sua vida sexual, ou uma puérpera que queira iniciar contraceção pós-parto, ou em mulheres que estejam em pré-menopausa. Existem vários tipos de métodos contraceptivos, entre os quais a contraceção hormonal combinada, progestativa, de emergência, dispositivos uterinos, métodos barreira e naturais, esterilização, contraceção pós interrupção voluntária da gravidez, no pós-parto, na adolescência e na perimenopausa. É importante identificarmos e entendermos a história clínica de cada mulher, de forma a aconselhar o contraceptivo mais adequado a cada uma. Por exemplo uma puérpera que queira iniciar a sua vida sexual após o parto, mas está a amamentar deve fazer uma pilula progestativa, isenta de esteroides, que diminuem e não alteram a qualidade do leite materno, e deve iniciar 21 dias após o parto. Durante a amamentação existem três métodos que podem ser utilizados na contraceção, que é a pílula progestativa, o implante subcutâneo e o Dispositivo Intra-Uterino. O implante mamário é eficaz e seguro durante a amamentação, tem uso até 3 anos e é frequente não menstruar, e o dispositivo Intra-uterino (DIU) é igualmente eficaz durante a amamentação, em geral é colocado na consulta de puerpério e tem duração de 3, 5 ou 10 anos consoante o dispositivo escolhido. É de extrema importância o aconselhamento de adequação do contraceptivo, para que a mulher o possa gerir da melhor forma prevenindo a gravidez, sem nunca esquecer a recomendação do uso de preservativos de forma a prevenir as infeções sexualmente transmissíveis.

A consulta de Planeamento Familiar de Enfermagem engloba também a consulta pré-concepcional, que contribui para promover a saúde da própria mulher/casal que querem engravidar, corrigindo comportamentos de riscos que sejam detetados e devidamente aferidos pelo profissional que os deteta. Esta consulta tem como objetivo modificar hábitos e identificar alterações que podem ser tratadas ou equilibradas antes do início da gravidez, contribuir para o sucesso da gravidez através da identificação precoce de fatores de risco modificáveis e promoção da sua correção, identificar indivíduos e famílias de risco genético e referenciar para aconselhamento especializado casais com história familiar de anomalias congénitas, como a trissomia 21 por exemplo, defeitos no



tubo neural défices cognitivos, entre noutros. Na equipa multidisciplinar o enfermeiro especialista tem um papel de grande relevância, pois a relação de proximidade que se estabelece com a mulher/casal, os seus conhecimentos científicos e as suas competências relacionais permitem desenvolver cuidados de enfermagem de qualidade. O papel do EESMO na consulta de enfermagem pré-concepcional é direcionado à promoção, tendo como intervenções acolher, avaliar, informar, prescrever e encaminhar a mulher/casal. O acolhimento é um momento importante, pois permite a colheita de informação para delinear desde o início um plano de intervenção usando o processo de enfermagem, que vai facilitar na prestação de cuidados de qualidade e desenvolver estratégias adequadas para responder às necessidades identificadas a cada mulher/casal. Também é de extrema importância que consigamos criar uma relação de ajuda e empatia com a mulher/casal transmitindo confiança, e para que isso seja possível o EESMO tem que ter capacidades para estar disponível para ouvir, aconselhar/informar e ter estratégias para adequar às necessidades de cada um, de forma a poder se necessário realizar o encaminhamento para outro profissional ou instituição que possa melhorar a resposta às necessidades observadas. Durante a consulta de Enfermagem o EESMO tem como intervenções:

- Colher dados para identificação de necessidades e riscos na futura gravidez (história pessoal e familiar);
- Elaborar um plano de cuidados de enfermagem em função dos problemas identificados e estabelecer prioridades;
- Observar o estado geral e avaliar os sinais vitais;
- Avaliar peso, altura, IMC, exame mamário e exame ginecológico);
- Avaliação laboratorial: determinação do grupo sanguíneo e fator RhD, hemograma, glicemia em jejum, rastreio de hemoglobinas, serologias da Rubéola, toxoplasmose, e citomegalovirus, rastreio de Hepatite B, Sífilis e HIV; ,
- Verificar o boletim de Vacinas;
- Rastreio do cancro do Colo do útero, se não foi efetuado há menos de 3 anos;
- Identificar e registar o método contraceptivo usado;
- Registar a data da última menstruação e incentivar ao registo regular da mesma;
- Avaliação do consumo de tabaco, álcool e/ou outras substâncias;
- Identificar comportamentos de riscos de forma a encaminhar para os serviços adequados;



- Avaliação de fatores de risco social, tais como pobreza, imigração, desemprego, refugiados e condições habitacionais precárias;
- Realizar registos de Enfermagem no Boletim de Saúde Reprodutiva/Planeamento familiar e em sistema informático;
- Encaminhar mulher/casal para consulta médica para eventual prescrição de ácido fólico para evitar riscos de ter crianças com defeito no tubo neural, que deve ser iniciado antes de parar a contraceção;
- Deve ser recomendado o aumento de aporte de iodo em todas as mulheres em preconceção, gravidez e aleitamento, que deve ser iniciado antes de parar a contraceção;^{2;3;4}

Na Unidade de Cuidados à Comunidade de S. Brás de Alportel tive oportunidade de assistir e participar em consultas de Planeamento familiar em que tivemos mulheres que estão a utilizar os implantes como métodos contraceptivos e que estão satisfeitas e que procederam à sua substituição no momento adequado, e tive também mulheres em consulta pré-concepcional que pretendem engravidar e que recorrem para avaliação do estado reprodutor, para análises de rotina e toma de medicação pré-concepcional de forma a planear a gravidez em segurança.³ Participei em várias consultas nas quais posso destacar 3 consultas entre elas a consulta a uma jovem de 22 anos de idade com índice obstétrico de gesta 1 Para 1, com um parto eutócico em 14/12/2015, vida sexual ativa, utilizando o método contraceptivo Implanon colocado em Dezembro de 2016, da qual está bem-adaptada com menstruações regulares, grupo sanguíneo A Rh positivo e sem antecedentes pessoais relevantes. Esta recorreu à consulta para trocar o implante, durante a consulta foram avaliados os sinais vitais, realizada colheita de dados atual e procedemos à troca do implante pelo médico com técnica asséptica. Nesta consulta é importante relembrar os ensinamentos da colocação, manutenção e duração do contraceptivo, os cuidados com a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, incentivar a realização de citologia a partir dos 23 anos e informar que se pretender engravidar novamente deve realizar nova consulta de planeamento familiar para reavaliação e iniciar administração de ácido fólico antes de retirar o método contraceptivo que está a usar. Na minha opinião, os ensinamentos realizados foram úteis e de extrema importância, por a utente encontrar-se em idade fértil e referir projetos para uma futura gravidez após o término da duração do próximo implante.

A segunda consulta que também dou destaque é a consulta de planeamento familiar a



uma mulher de 44 anos de idade, Gesta 1 Para 1, com parto eutócico com filho de 21 meses, com antecedentes pessoais de consumos tabágicos ativos e ooforectomia esquerda, a fazer contraceção com implante desde o pós-parto. Recorre à consulta de planeamento familiar porque pretende retirar o implante devido a hipermenorreia. Foram recolhidos outros dados clínicos e com o desenvolver da consulta conseguimos perceber que deseja engravidar, sendo também esta a segunda causa para querer retirar o implante, apesar de notarmos que não estava à vontade para contar-nos o seu desejo. Refere que o companheiro não tem qualquer poder de decisão sobre a possível gravidez, que a decisão está unicamente nas suas mãos, mas que, no entanto, ele não se importa com a sua decisão. O seu discurso é um pouco defensivo e como se a autculpabilizar-se por ter a idade que tem e querer engravidar novamente, correndo os riscos que podem ocorrer, mas pretende ir para a frente na sua decisão. Como EESMO é importante a estabelecer empatia com a mulher para conseguir identificar todos os fatores, riscos e medos que possam existir de forma a promover e melhorar os cuidados necessários prestados a mulher/casal, transmitindo todas as recomendações pertinentes para que a gravidez se possa realizar com o mínimo de riscos previstos, seguindo as normas da Circular Normativa da DGS no que diz respeito à Consulta pré-concepcional. É importante transmitir à utente que o pai tem um papel fundamental na promoção da gravidez e incentivá-la a querer que o pai participe da sua “decisão”. No caso específico, também é relevante alertar sobre todos os riscos que uma gravidez tardia pode acarretar e com os antecedentes pessoais que a mulher em causa têm, sem fazer qualquer juízo de valor.

A 3ª situação clínica retrata uma mulher de 40 anos com antecedentes pessoais 2 partos eutócicos, fumadora, obesa e com historial de flebites de repetição a fazer o método contraceptivo oral combinado. A combinação das hormonas esteroides e progesterona causam efeitos colaterais sérios nas mulheres aumentando os riscos de sofrerem de doenças cardiovasculares por aterosclerose. Diversas pesquisas mostram que mulheres com patologias cardíacas, hipertensas, tabagistas, diabéticas ou obesas que consomem a pílula combinada possuem uma maior tendência para a aterosclerose, correndo o risco de desenvolverem doenças como o acidente vascular cerebral. A mulher em questão apresenta vários fatores de risco, pelo que foi recomendada a suspensão da pilula atual com estrogénio e progestagénio que estava a fazer há cerca de 20 anos, com o quadro de flebites recorrentes, por uma pilula progestativa. É de extrema importância que o EESMO esteja disperso para estes tipos de situações de forma a poder prevenir o aparecimento de

certas doenças e ter consciência de encaminhar a utente para a especialidade médica indicada. O despiste do risco de doenças cardiovasculares em mulheres com fatores de risco pré-existentes e predisposição genética medicadas com pilulas combinadas é uma das principais competências do Enfermeiro especialista nas consultas de planeamento familiar.

Na minha opinião a prestação de cuidados de enfermagem a mulheres em idade fértil, a grávidas/casais e recém-nascidos é uma das áreas de intervenção prioritária do Plano Nacional de Saúde, pois a prevenção e vigilância através de intervenções a nível do planeamento e seguimento da gravidez mostra ter grandes benefícios a longo prazo. Como EESMO é importante a divulgação e promoção da consulta pré-concepcional de forma a contribuir para a redução da mortalidade e morbilidade materna, neonatal e infantil. A consulta de planeamento familiar trás ainda mais benefícios a mulheres com patologias como a hipertensão, diabetes, cardiopatias, hemoglobinopatias, doenças renais, epilepsia, depressão, entre outras que podem vir a afetar a gravidez, e o acompanhamento destas mulheres deve ser feito em colaboração com o Hospital de referência, neste caso o Hospital Central de Faro.

Relativamente á consulta de Enfermagem da gravidez, o seu risco deve ser identificado desde a primeiro contacto com a grávida. O risco de gravidez é classificado através da Tabela de Goodwin Modificada dividida em baixo, médio e alto risco e integra os seguintes itens: história reprodutiva da mulher (idade e paridade), história obstétrica anterior, a idade e a existência de patologia associada. A identificação do risco é realizada através da avaliação clínica, laboratorial e imagiológica desde a preconcepção e em qualquer momento durante a gravidez. É da responsabilidade do EESMO realizar a vigilância da gravidez de baixo risco, isto é, depende da existência de patologia ou não. Considera-se gravidez de Baixo risco aquela que não é possível identificar nenhum fator acrescido de morbilidade materna e/ou fetal após avaliação clínica de acordo com a avaliação do risco pré-natal baseada na escala de Goodwin modificada. De acordo com o Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de baixo risco ³, a vigilância classificada como sendo baixo risco poderá ser acompanhada no centro de saúde de referência. Segundo uma revisão de literatura da Cochrane confirma uma maior satisfação com a continuidade de cuidados e recomenda a vigilância da gravidez por enfermeiras especialistas em saúde materna e obstétrica. Segundo o Programa Nacional da vigilância da gravidez de baixo risco os objetivos da vigilância pré-natal são a avaliação do bem-



estar materno-fetal através da historia clínica e dos dados dos exames complementares de diagnostico, identificar desvios da normalidade e fatores de risco no decorrer da gravidez, promover a educação para a saúde integrando o aconselhamento e o apoio psicossocial, preparação para o parto e parental idade e informação sobre os deveres e direitos parentais. ^{3:8} Também é de extrema importância o EESMO criar empatia, saber escutar e estabelecer um clima de confiança por isso é relevante que as consultas sejam feitas sempre pelo mesmo profissional de saúde. Na gravidez de baixo risco preconiza-se que a primeira consulta seja realizada antes das 12 semanas de gravidez e as restantes devem ser realizadas a cada 4-6 semanas até as 30 semanas, a cada 2-3 semanas entre as 30 e as 36 semanas e a cada 1-2 semanas após as 36 semanas até ao parto. (3) Normalmente isto dá um total de 7 a 8 consultas durante a gravidez de termo.

A assistência à grávida desde as primeiras semanas de gravidez é essencial para se detetarem precocemente fatores de risco que possam comprometer a adequada evolução da mesma e o bem-estar do feto. A primeira consulta do 1º trimestre antes das 12 semanas, permite realizar atempadamente os rastreios, intervenções e medidas de educação para a saúde e contribui para a otimização dos resultados maternos e perinatais. A primeira consulta é sempre mais longa e deve ser disponibilizado mais tempo de forma a realizar todos os procedimentos e requisições necessárias.

Na primeira consulta de vigilância da gravidez (antes das 12 semanas) o EESMO tem como intervenções:

- Estabelecer uma relação terapêutica com a grávida e progenitor;
- Determinar os dados da consulta pré-concepcional e recolher os dados da história clínica;
- Validar o resultado do diagnóstico imunológico da gravidez;
- Avaliação de fatores de risco social;
- Cálculo da Idade gestacional e da data prevista para o parto;
- Avaliação de bem-estar materno (peso, altura, tensão arterial, IMC, análise sumária à urina para pesquisa de proteinúria, pesquisa de edemas, sinais de anemia e colposcopia se a última tiver ocorrido há mais de 3 anos);
- Exame físico e ginecológico;
- Preenchimento do Boletim de Saúde da Grávida;
- Validação do Boletim de Vacinas e verificar atualização;

- Avaliar o risco da gravidez e o seu encaminhamento hospitalar, caso seja necessário;
- Realizar rastreio da violência doméstica;
- Prescrever os exames laboratoriais previstos do 1º trimestre (análises, ecografia de 1º trimestre)
- Assegurar a prescrição de ácido fólico e iodeto de potássio caso a grávida não tenha iniciado na preconceção.
- Aplicar protocolo para realização do Rastreio Combinado do 1º Trimestre, que consiste na realização de um exame bioquímico e ecográfico em paralelo.
- Registrar toda a informação colhida;
- Informar do direito ao cheque dentista;
- Informar dos sinais de alerta e de aborto e fisiologia e desconfortos da gravidez no 1ª trimestre;^{3;8}
- Avaliar o Risco de Gravidez de acordo com a Tabela de Goodwin Modificada;

A segunda consulta de vigilância de 1º trimestre deve ocorrer entre as 14 e as 16 semanas e 6 dias e tem como objetivos a avaliação dos exames pedidos, reavaliação da idade gestacional e corrigir a data provável do parto caso seja necessário comparativamente há data da ecografia de 1º trimestre, avaliação do bem-estar materno-fetal, fatores de risco pré-natal e solicitar pedido para novos exames de 2º Trimestre. Relativamente aos ensinamentos deve-se informar a grávida/casal dos sinais de alerta e de aborto, os desconfortos da gravidez no 2º trimestre e validar a administração de ferro elementar.

Reflexão Crítica Estágio Puerpério

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Escola Superior de Enfermagem João de Deus da Universidade de Évora, realizo o estágio profissional na Unidade de Puerpério (Obstetrícia) do Centro Hospitalar Universitário do Algarve na Unidade de Faro. O serviço de internamento de Obstetrícia é composto por 34 camas, entre os quais quartos organizados por 3 unidades de enfermagem e 4 quartos individuais, que sempre que possível incorpora puérperas com situações clínicas mais delicadas, que irei retratar ao longo desta reflexão. A equipa do serviço de Obstetrícia é formada pela enfermeira chefe que integra uma equipa de 23 enfermeiras, estando escaladas no turno da manhã 4, no turno da tarde 3 e no turno da



noite 2 enfermeiras. Parte integrante desta equipa é a enfermeira especialista em saúde materna e obstétrica e enfermeira especialista em saúde infantil, com as devidas competências que as caracterizam.

O enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica no que diz respeito ao puerpério tem como principal competência cuidar da 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. Isto é, promove a saúde da mulher e do recém-nascido no período pós-natal, informando e orientando sobre os recursos disponíveis na comunidade passíveis de responder às necessidades da puérpera e do recém-nascido, sobre crescimento, desenvolvimento, sinais e sintomas de alarme do recém-nascido, sobre sexualidade e contraceção no período pós-parto. Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e recém-nascido durante o período pós-natal, informando, orientando e apoiando a mãe no autocuidado e no cuidado à criança, e identificando complicações pós-parto da puérpera e RN que estão para além da sua área de atuação. Por último, outra competência passa por providenciar cuidados nas situações que possam afetar negativamente a saúde da mulher e RN no período pós-natal, implementando e avaliando medidas de suporte emocional e psicológico, intervenções de recuperação pós-parto, apoio ao aleitamento materno e cooperação com outros profissionais no apoio e tratamento de patologia associada da puérpera ou com problemas de saúde do recém-nascido.

O Puerpério define-se pelo período de 6 semanas após o parto no qual ocorre uma regressão das alterações anatómicas e fisiológicas inerentes à gravidez com o objetivo do corpo e mente da mulher voltarem ao estado que a caracterizava antes da gravidez e prepará-la para a amamentação. Pode ser dividido em puerpério imediato (nas primeiras 24 horas), puerpério precoce (até ao final da 1ª semana) e puerpério tardio (até ao final da 6ª semana). No CHUA Faro as mulheres depois do parto são transferidas para o recobro onde passam lá as primeiras 2 horas de pós-parto e onde são iniciados os cuidados no puerpério imediato. Após o recobro, se não existirem complicações, as puérperas são transferidas para o serviço de Internamento de Obstetrícia. A transferência é realizada pela enfermeira e pela assistente operacional do Bloco de Partos. Já no internamento é realizado o acolhimento da puérpera e do RN e é colocado uma pulseira anti-rapto no mesmo. O acolhimento é um conjunto de comportamentos e atitudes presentes ao longo de todo o processo de cuidados à puérpera e ao recém-nascido que têm como finalidade



facilitar a orientação e integração dos mesmos no ambiente hospitalar e no serviço com o objetivo de diminuir os problemas relativos à hospitalização e obter a sua colaboração e participação. Momento importante que inicia um processo de socialização que permitirá à puérpera conhecer a estrutura física, equipa de profissionais e toda a envolvência do processo de cuidados. Esta atitude engloba um conjunto de comportamentos que poderão influenciar positiva ou negativamente a atitude da pessoa face ao internamento, à equipa de cuidados e ao hospital. Durante o estágio tive oportunidade de realizar a atualização da Norma de Acolhimento do Serviço de Obstetrícia do CHUA Faro, que foi aprovada pelo Conselho de Administração. Fiquei muito contente por poder ser útil na realização do mesmo, por poder participar e por me transmitirem confiança para essa tarefa.

Após realizado o acolhimento existem alguns procedimentos de enfermagem nas primeiras horas após o parto que são imprescindíveis ao bem-estar da mulher. Entre eles, a avaliação de sinais vitais, a coloração das mucosas e a tolerância ao ortostatismo são indicadores importantes das perdas hemáticas. A hipotensão e a taquicardia podem indicar perdas hemáticas importantes, e estas devem ser avaliadas e interpretadas em conjunto com a involução uterina de acordo com o tamanho e consistência do útero. Os lóquios devem ser observados no sentido de despistar perdas hemáticas abundantes ou cheiro fétido, bem como a avaliação da temperatura corporal que pode nos alertar de alguma infeção. A episiorrafia também tem que ser observada para despiste de infeção e deiscência. Normalmente causa dor e desconforto pelo que deve ser aplicado gelo local por períodos de 15 minutos várias vezes ao dia e proceder com uma higiene cuidada e adequada de forma a diminuir o edema, hematomas, ou outras complicações locais. A mobilização precoce (nas primeiras 6 a 8 horas após o parto) deve ser promovida, uma vez que diminui a incidência de fenómenos tromboembólicos e melhora o trânsito intestinal. No caso dos partos por cesariana existe um risco aumentado de complicações como hemorragias, lesão do órgão pélvico, fenómenos tromboembólicos e complicações infecciosas. Nas primeiras 24 horas pós-cirurgia devem ser avaliados os parâmetros vitais mais frequentemente, normalmente está programado para 1 vez turno, a analgesia fixa também deve ser realizada seguindo o protocolo institucional prescrito pelo médico assistente, deve manter-se a algaliação nas primeiras 24 horas para controlo de diurese. No caso de ser cesariana com anestesia epidural a puérpera deve manter repouso no leito nas primeiras 24 horas e se for por raqui anestesia durante 48 horas para evitar efeitos secundários como por exemplo as cefaleias e hipotensões. Quanto à ferida operatória,



recomenda-se que o penso seja refeito após 48 horas ou em caso de repasse ou humidade de forma a evitar a infeção da mesma. Esta complicação segundo GRAÇA ocorre em cerca de 5% dos partos por cesariana sendo os fatores de risco associados a obesidade, hemorragia e diabetes, entre outros.³

As alterações fisiológicas do puerpério ocorrem ao nível dos vários órgãos como o útero, colo uterino, vagina e períneo e dos vários sistemas como o sistema circulatório, urinário, hematológico, endócrino e gastrointestinal. Como aluna EESMO tenho como objetivos de estágio, identificar, avaliar, e orientar a puérpera relativamente a estas alterações. A avaliação física da mulher faz parte das grandes competências da enfermeira especialista em saúde materna, de forma a identificar e detetar possíveis alterações, pelo que a mulher deve ser avaliada fisicamente em todos os turnos, em particularmente no turno da manhã. Começo por observar o estado geral da puérpera, bem como a sua pele e cor, as mamas devem ser observadas quanto à sua consistência (mole ou dura), características do mamilo e presença de colostro ou leite. O colostro é o primeiro leite produzido quando se inicia a amamentação, sendo ideal para o recém-nascido por ser rico em água, proteínas, carboidratos, leucócitos, anticorpos, antioxidantes entre outros indispensáveis ao crescimento do recém-nascido. O colostro tem uma importante função na imunidade passiva do recém-nascido e tem aspecto de mais espesso e amarelado do que o leite maduro. Normalmente nas 72 horas a seguir ao parto a mama vai ficando mais pesada e cheia e o colostro passa a leite, podendo as mamas ficar mais duras, quentes e hipersensíveis. Nesta altura faço os ensinamentos às puérperas informando que quando não existe um esvaziamento adequado poderá dar origem a ingurgitamento mamário e que devem estar atentas aos sinais de alerta como rubor, calor, dor, mamilos gretados e uma massa palpável a que muitas caracterizam de “durões”. A massagem e a aplicação de água morna têm bastantes benefícios nestas situações.

Relativamente ao útero tenho que realizar a sua palpação e avaliar e verificar o seu fundo. O retorno do útero ao seu estado anterior à gravidez designa-se de involução uterina, tendo início logo após a dequitação com a contração do músculo liso uterino e a administração de ocitocina endovenosa. Imediatamente após o parto o útero pesa cerca de 1000 gramas e o seu tamanho assemelha-se a uma gestação de 20 semanas sendo o seu fundo palpável a nível do umbigo. Normalmente o útero regride cerca de 1 a 2 cm em cada 24 horas. Ao fim da 1ª semana o volume uterino corresponde a uma gestação de 12 semanas e o fundo palpa-se acima da sínfise púbica e entre a 4ª e a 6ª semanas após o



parto o útero readquire o seu tamanho normal, pesando cerca de 100gramas. Informo sempre as puérperas que a involução uterina causa muitas vezes dor que pode intensificar com a amamentação como resultado da libertação da ocitocina e que pode durar até 3/4 dias após o parto. O processo de involução uterina é afetado pelo tipo de parto pela paridade e amamentação, e tive oportunidade de observar e comprovar que mulheres submetidas a cesarianas e mulheres que não amamentam apresentam volumes uterinos superiores ao normal.

Após a dequitação ocorre imediatamente a contração do local onde a placenta estava implantada, as fibras musculares miométrais contraem-se tornando-se o principal fator de hemóstase, ao mesmo tempo que vão ocorrendo fenómenos de trombose a nível dos vasos placentares. A cicatrização e a regeneração do endométrio, exceto o local de inserção da placenta, só estarão finalizadas na 3ª semana pós-parto, e o local onde se encontrava inserida a placenta apenas estará regenerado por volta da 6ª semana após o parto. O colo uterino durante a fase de puerpério vai encerrando progressivamente, logo após o nascimento o colo é mole, mas progressivamente vai contraindo tornando-se firme e readquirindo a sua forma anterior ao parto. No final da 1ª semana o orifício interno é permeável a um dedo e o canal cervical volta a estar formado. O orifício externo do colo vai modificar-se e deixa de ter a aparência puntiforme ou redonda e surge com uma forma de fenda ou recorte transversal resultantes das lacerações laterais surgidas aquando do parto. Quanto à vagina, esta regressa ao seu estado habitual por volta da 3ª semana. A diminuição dos estrogénios provoca uma espessura mais reduzida da mucosa vaginal e ausência das rugosidades, por isso o espessamento e o pregueamento da mucosa e produção de muco cervical reaparecem mais tardiamente nas mulheres que amamentam. As lacerações e as episiorrafias são comuns pelo que devem sempre ser observadas e avaliadas por nós, para despiste de infeções e deiscências. Incentivar o autocuidado de higiene do períneo é de extrema importância como medida de prevenção de infeções.^{2;3} A higiene cuidada, a manutenção deste local o mais seco possível e a mudança dos pensos higiénicos é essencial para que a cicatrização decorra sem incidentes (infeções). A maioria das puérperas a quem prestei cuidados partilhavam muitas vezes da mesma dúvida, quais os produtos a usar na sua higiene íntima... Não existe um produto específico, deve-se procurar um produto com pH propício a flora vaginal, mas principalmente ter atenção a secar a pele para evitar humidade que provoca infeções. A sutura é mais uma das questões que preocupam as puérperas, mas habitualmente a linha de sutura neste tipo de feridas

são absorvíveis, não necessitam de ser extraídas acabando por cair por volta do 8º ou 10º dia após o parto. O desconforto e as dores na região perineal variam na intensidade e na duração de acordo com os traumatismos perineais. A episiorrafia, as lacerações, hematomas e equimoses do períneo dificultam a deambulação e alguns posicionamentos, principalmente a posição de sentada, e como EESMO a minha função é realizar ensinamentos de forma a promover o conforto e o autocuidado, entre as quais: aplicação de gelo local intermitente (de 8/8 horas e durante 15 minutos) durante 2 dias após o parto, pois favorece a vasoconstrição diminuindo o edema e a hemorragia; antes de se sentar contrair os glúteos; de preferência amamentar em decúbito lateral; cuidados de higiene perineal; exercícios de Keguel para acelerar o processo de recuperação e evitar problemas urinários. Normalmente estes desconfortos desaparecem passado um mês, embora se possa prolongar até 6 semanas. No caso de cesariana, a ferida operatória também causa dor abdominal pelo que os ensinamentos passam por informar as puérperas que: devem evitar esforços ou levantar pesos, ao levantar-se da cama deve virar-se de lado e utilizar o braço para o impulso, quando tosse ou espirra deve apoiar a sutura abdominal de modo a aliviar o esforço, caso tenha sutura intradérmica, esta é absorvível, ou se tiver necessidade de retirar pontos ou agrafos deve fazê-lo entre o 8º e 10º dia pós-parto e que depois de os retirar deve hidratar bem a pele circundante. Tive oportunidade de verificar durante o estágio que muitas mulheres levavam consigo uma cinta abdominal, que eu aconselho ser usada somente nas cesarianas de forma a ajustar e a aconchegar o abdómen nos primeiros dias e deve ser colocado abaixo do umbigo. O uso da cinta muito apertada dificulta a recuperação e compromete a normal localização dos órgãos pélvicos na mulher no futuro.

Durante a fase do puerpério, as perdas hemáticas são denominadas de lóquios, normalmente é intenso nas primeiras horas após o parto podendo conter coágulos (decídua e restos de trofoblasto) verificando-se uma diminuição gradual da quantidade depois das primeiras 24 horas. A cor dos lóquios também se alteram caracterizando-se por lóquios hemáticos (compostos por eritrócitos, fragmentos de decídua e restos de trofoblasto) lóquios sero-hemáticos que surgem mais ou menos ao 4º dia pós-parto e são compostos por sangue envelhecido, soro, leucócitos e restos tecidulares, e lóquios serosos que após o 10º dia de pós-parto tornam-se mais amarelados e com um aspeto mucóide e espesso por serem compostos por leucócitos, decídua, muco, soro e bactérias, podendo ter uma duração de duas a 6 semanas. O volume total dos lóquios expulsos ao longo do puerpério são de 200 a 500ml, sendo que como EESMO devo estar atenta a perdas



hemáticas excessivas que podem ser sinal de atonia uterina que se designa pela incapacidade do músculo uterino em se contrair eficazmente. A vagina tem tendência a voltar ao normal entre a terceira e a oitava semana.

O parto pode provocar traumatismos a nível do aparelho urinário que podem diminuir a vontade de urinar nas horas seguintes ao parto. Em consequência e também devido ao aumento da diurese, o risco de distensão da bexiga está aumentado, podendo ser causador de hemorragia. Por isso é muito importante a vigilância e estimulação da eliminação nas primeiras 24 horas após o parto. A tonicidade da bexiga volta ao seu normal cerca de 5 a 6 dias após o parto. Quanto à eliminação intestinal, o jejum durante o trabalho de parto e puerpério imediato, desidratação, hipersensibilidade perineal e hemorroidas podem dificultar a normalização dos hábitos intestinais. Muitas mulheres apresentam hemorroidas que ficam exacerbadas devidos aos esforços expulsivos, podendo causar obstipação. Devemos fazer ensinamentos acerca da alimentação adequada, à ingestão de água, aplicação de clisteres para facilitar a eliminação intestinal nesta fase e aplicação de gelo local. No puerpério a parede abdominal mantém-se distendida, recuperando gradualmente a sua tonicidade, normalmente até 6 semanas após o parto. A hiperdistensão da parede abdominal durante a gravidez pode levar a rotura das fibras elásticas da pele e a diástese dos músculos retos do abdómen, pelo que é recomendado a prática de exercício físico adequado. Durante o puerpério as mulheres queixavam-se de dores na região abdominal mais ou menos intensas, que resultam das contrações uterinas após a dequitação, e habitualmente estão presentes nas primeiras 24 a 48 horas após o parto e especialmente durante a amamentação porque o reflexo de sucção do recém-nascido estimula a secreção de ocitocina que por sua vez leva à contração do útero (involução uterina).

O puerpério apresenta todas estas alterações fisiológicas, no entanto também pode apresentar algumas complicações que costumam ser frequentes, como por exemplo as hemorragias, infeções, fenómenos tromboembólicos e alterações psicológicas. As principais causas de hemorragia durante o puerpério são a atonia uterina, as lacerações obstétricas e retenção de restos placentários, por isso é da competência do enfermeiro especialista a avaliação diária do fundo do útero, da episiorrafia e dos lóquios. A conduta dependa da gravidade da hemorragia e da etiologia. Segundo Graça, as infeções mais frequentes no puerpério são as infeções urinárias derivado da grande suscetibilidade da puerpera neste período, as infeções da episiotomia quando a higiene não é adequada, mas,



no entanto, são de fácil tratamento derivado da excelente irrigação sanguínea do local anatómico. A infeção manifesta-se por dor no local, presença de sinais inflamatórios, febre e deiscência da sutura. A infeção da ferida operatória ocorre em cerca de 5% dos partos por cesariana e os fatores de risco são a corioamnionite, obesidade, nuliparidade, hemorragia e diabetes.

A mastite puerperal é outra das complicações que pode acontecer em mulheres que amamentam e manifesta-se por sinais inflamatórios como a mama tensa e vermelha até ao abscesso mamário. Durante os primeiros 2 ou 3 dias a mama produz colostro passando depois para o leite de transição, a que chamam a subida do leite. O ingurgitamento mamário provoca desconforto derivado da dor, edema e tensão. O mamilo fica raso e a pele brilhante, pode haver calor e rubor, o leite não flui e pode ocorrer febre. Muitas vezes esta fase acontece ainda durante o internamento, e como enfermeiros especialistas devemos centrar-nos na prevenção e alívio dos sintomas realizando os ensinamentos acerca da massagem que as mulheres devem fazer, a aplicação de calor (massajando com o chuveiro com água morna) e para prevenir o ingurgitamento mamário recomenda-se a amamentação o mais precoce possível e em horário livre, assegurando uma pega correta do recém-nascido. Quando a mama já está turgida e dolorosa é importante o esvaziamento correto da mama fazendo a drenagem ou extração prévia de uma pequena quantidade de leite antes de amamentar e depois da mamada. Em casos mais graves muitas vezes é necessário recorrer-se a toma de antibioterapia ou de anti-inflamatórios não esteroides. A maceração dos mamilos é outra complicação comum que pode levar facilmente ao aparecimento de mastites, com o consequente aparecimento de fissuras causadas pela sucção e pela forma que o bebé pega na mama, permitindo vias de entrada de microorganismos dando origem a infeções. Tive contato com 2 puerperas que apresentaram mamilos macerados e gretados pelo que realizei vários ensinamentos entre os quais: lavar sempre as mãos antes e depois de amamentar, envolvendo os mamilos com um pouco de colostro ou leite e deixar secar ao ar pois alivia a dor e promove a cicatrização; aplicar pele menos uma vez por dia água morna corrente e massajando, evitando a aplicação de sabões e fricção; hidratação do mamilo com aplicação de creme próprio; assegurar de que a boca do bebé está bem adaptado ao mamilo e à aréola mamária e esperar que o bebé largue espontaneamente o mamilo ou interromper a sucção introduzindo um dedo entre a aréola e a língua do bebé de modo a interromper a sucção e desfazer o vácuo. Quanto a alterações psicológicas o puerpério é o período do ciclo de



vida da mulher em que esta se encontra mais vulnerável a desencadear ou a agravar perturbações psiquiátricas. Esta também é uma fase acompanhada de alterações hormonais e de comportamentos de adaptação que podem levar a essas alterações. Os sintomas depressivos no pós-parto compreendem 3 categorias, o blues pós-parto, a depressão e a psicose puerperal, organizadas de acordo com a intensidade e severidade dos sintomas. O Blues pós-parto decorre das alterações hormonais associadas à exaustão do parto, confronto bebé-imaginado com o bebé-real, sentimentos de já não estar no centro das preocupações em prol do bebé, tomada de consciência das responsabilidades parentais, entre outras. A Depressão pós-parto é um caso mais grave, podendo ocorrer no primeiro ano após o parto, acreditando-se que a etiologia está na combinação de fatores genéticos, hormonais (como por exemplo o decréscimo súbito e abrupto dos níveis de estrogénio que influencia a regulação de serotonina e consequentemente o humor) e também com antecedentes pessoais psicológicos. A Depressão pós-parto pode ter um risco muito grande para a própria mulher como para a relação mãe/filho pois respondem menos aos sinais do bebé e de forma menos ajustada e no relacionamento com o companheiro e familiares próximos. O apoio a estas mulheres e família nesta fase é de extrema importância para que consigam perceber, superar e saber lidar com a situação. A Psicose puerperal refere-se a um conjunto de manifestações delirantes associadas a uma mudança abrupta do humor, com início rápido normalmente até aos 15 dias após o parto. O tratamento pode passar pela toma de medicação antipsicótico e com necessidade de internamento em casos extremos. Tem como fatores de risco antecedentes pessoais como por exemplo a depressão, doença bipolar, perturbações da ansiedade e psicóticas. Puérperas que apresentam antecedentes pessoais deste foro, deve ser contactado a equipa multidisciplinar incluindo psicólogo ou psiquiatra.

Como profissionais de saúde especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, não podemos só estar focados na parte física, mas também na psicológica, e tentar perceber os sinais e sintomas que as puérperas possam transmitir de modo a despistar algumas alterações psicológicas que podem ocorrer durante o internamento no puerpério. Pude observar que poucas mulheres apresentavam alguns desvios de comportamento de Blues pós-parto sendo esses o choro fácil verbalizando incapacidade para cuidar do próprio filho ou até mesmo quando diziam “vêm ver o bebé ou também me vêm visitar?”. Estas eram algumas destas frases que ouvia entre conversas, e que quando não aceites e não detetadas podem levar a problemas psiquiátricos mais graves.

Também durante o estágio tive contacto com uma jovem puérpera, menor de idade, que mantinha uma relação com um homem mais velho cerca de 40 anos, engravidando acidentalmente, com uma gravidez não vigiada e escondida perante a família e sociedade, que me despertou vários sentimentos, entre eles o de entreadjudada. A gravidez na adolescência geralmente não é desejada ou planeada e resulta em grandes dificuldades de aceitação pela grávida, companheiro e/ou seus familiares, o que muitas vezes leva à procura dos profissionais de saúde numa fase mais tardia, o que impossibilita muitas vezes uma interrupção voluntária da gravidez, sendo este o caso desta puérpera. Durante o internamento não quis falar sobre o companheiro, e a sua avó com quem vivia atualmente foi quem esteve sempre presente, apoiando-a e assumindo o papel de paternidade. Tiveram apoio por parte da Assistente Social e por parte da Psicóloga, que segundo a puérpera ajudou bastante.

Quando a adolescente engravida todo o seu projeto de vida se vê subitamente interrompido e com uma transição forçada para a vida adulta pela interrupção ou abandono da vida escolar e inserção precoce no mercado de trabalho. Estas mães adolescentes correm mais risco de desenvolver alterações psicológicas, pelo que como profissionais de saúde devemos ter o dever de realizar o encaminhamento da adolescente às respetivas ajudas existentes.

Durante o internamento de Obstetrícia, também é da competência do enfermeiro especialista em saúde materna os cuidados ao recém-nascido. Os primeiros dias de vida do recém-nascido constituem um período de adaptação para o próprio, para os pais e restante família. O processo de vinculação mãe/RN inicia-se desde o primeiro contacto entre ambos e tem um papel fundamental no decorrer dos primeiros dias de vida, ditando a qualidade dos futuros cuidados ao RN. Os bebés têm características próprias, quando nascem a sua visão ainda não está totalmente desenvolvida, é enevoada e as suas pupilas reagem à luz, é capaz de focar o rosto humano a cerca de 20 ou 30 cm de distância, preferindo tons claros e avermelhados. A escuta seletiva dos sons e ritmos da voz materna durante a vida uterina prepara-o para reconhecer e interagir logo com a mãe a partir do nascimento, por isso tem preferência por prestar atenção à voz humana. Os sons suaves e rítmicos transmitem-lhe tranquilidade. O olfato de recém-nascido é muito apurado, e gosta de cheiros doces como o cheiro do leite materno, pelo que em poucas semanas de vida consegue distinguir o cheiro da mãe. O paladar também é bastante desenvolvido, distinguindo três sabores, o doce, o amargo e o azedo. Relativamente ao tato do bebé a



boca, a palma da mão e as plantas dos pés são as zonas do corpo mais sensíveis, e o toque produz sensações no recém-nascido. Um toque suave produz um efeito calmante e relaxante, enquanto um toque forte e rápido desencadeia sinais de stress levando ao choro por isso quando o bebé está desperto os pais devem conversar com ele num tom suave e trocar-lhe com serenidade transmitindo sensações boas. Em geral, os bebés dormem entre 16 a 18 horas por dia, alternando períodos de sono e vigília a cada três a quatro horas, podendo haver alguns intervalos diferentes. Os pais devem saber que é importante respeitar os períodos de sono do seu filho.

O choro do bebé diz-nos muito sobre o motivo por qual chora, e a mãe biologicamente está programada para atender e responder ao choro do seu filho e com o tempo perceber quando o choro é por fome, sono ou por outro motivo. Quando o bebé tem fome chora de forma persistente e energética acalmando-se quando a mãe lhe oferece a mama. O bebé utiliza a boca para satisfazer as suas necessidades alimentares, mas também para proporcionar o alívio da dor e tensão. Quando tem sono, o choro é mais melódico e contínuo e perante alguma dor e desconforto o choro é forte e parece incomfortável. As causas do choro podem ser físicas como por exemplo a fome, estar sujo ou molhado, roupa desconfortável, frio ou excesso de calor e dificuldade em estabelecer autoconsolo. Mas também pode ter causas emocionais como o alívio de stress, exigir a atenção e presença dos pais, insegurança e pedido de consolo. As cólicas são comuns no primeiro trimestre de vida e são motivo de choro frequente caracterizado por períodos súbitos de choro agudo e persistente. A sua etiologia pode ser por deglutição excessiva de ar, imaturidade gastrointestinal, intolerância às proteínas do leite de vaca, refluxo gastroesofágico entre outros. Durante o internamento, presenciei vários recém-nascidos com estes sintomas da qual foi necessário proceder a massagens abdominais para alívio dos sintomas, e para além disso serve também como prevenção pelo que realizei ensinamentos acerca da massagem abdominal a todas as mães. Os movimentos devem ser lentos e ritmados na região abdominal, no sentido do trânsito intestinal de forma a permitir tonificar os músculos, facilitar o trânsito intestinal e diminuir a tensão abdominal aliviando o desconforto e a dor. Pode-se utilizar um óleo de massagem (óleo de amêndoas doces ou camomila), e com as mãos aquecidas realizar os movimentos fazendo uma ligeira pressão sob a barriga do bebé, deslizando a palma das mãos uma seguida a outra, de cima para baixo e da direita para a esquerda. Deve-se repetir este movimento pelo menos 3 vezes. De seguida segurar as pernas do bebé pelos tornozelos e, com os joelhos



juntos pressioná-los suavemente contra a barriga. Manter esta pressão aproximadamente durante 5 segundos, e aliviar a pressão exercida e a posição das pernas esticando-as. Seguidamente, segurar nos tornozelos do bebé e dobrar um joelho sobre o abdómen e esticar a outra perna e repetir o movimento com a outra perna como se tivesse a andar de bicicleta lenta e ritmicamente. Este procedimento deve ser repetido várias vezes, aconselho sempre a fazer na troca da fralda de modo a ajudar a prevenir as cólicas.

A eliminação, tanto intestinal como vesical, é um aspeto importante para o bem-estar do recém-nascido. Normalmente, o bebé tem que mudar a fralda várias vezes ao dia com urina e a eliminação intestinal varia nos primeiros dias de vida dependendo da alimentação. Os RN a fazer aleitamento materno exclusivo têm dejeções mais frequentes do que os que fazem leite adaptado, sendo comum que a cada refeição corresponda uma dejeção. O leite materno permite uma digestão mais fácil do que a alimentação com o leite adaptado. Com este último é normal que tenha uma a duas dejeções diárias. O aspeto das fezes do RN tem alterações significativas durante os primeiros dias de vida. As primeiras dejeções são constituídas por mecónio, são fezes esverdeadas, espessas que se acumulam no intestino do feto durante a gestação e é constituído por muco, bílis e células epiteliais. Por estes motivos a expulsão do mecónio pode causar cólicas no RN tendo muitas vezes que ser usada a massagem abdominal e a utilização de bebé-gel para ajudar na sua eliminação. O início da alimentação promove as chamadas fezes de transição, de cor amarelada, granulosas e de consistência mole.

Habitualmente e segundo protocolo institucional o recém-nascido é pesado à nascença e volta a ser pesado no dia da alta, sendo este procedimento realizado pela equipa de enfermagem. Nos primeiros dias após o nascimento pode registar-se a uma perda ponderal até 10% do peso inicial devido à perda natural do excesso de líquido (edema) e à ingestão de pequenos volumes de colostro. Nos primeiros dias, com a ingestão de colostro é facilmente digerido e o bebé pode apresentar sinais de fome com mais frequência (movimentos de busca e de mastigação, mover e chupar os punhos) tendo de mamar habitualmente 8 a 10 vezes por dia com intervalos de 2 a 4 horas. Com a transição do colostro para leite que ocorre normalmente ao 2º ou 3º dia de vida, aumenta o volume de leite e o aporte calórico e percentagem de lípidos que vão proporcionar ao bebé um aumento ponderal de 20 a 30g/dia, permitindo igualar o peso de nascimento até a segunda semana de vida. Dos vários cuidados já mencionados ao longo deste texto, a avaliação do peso do bebé deve ser programada conforme a avaliação do peso inicial à



nascença. Deve ser realizada uma avaliação diária em casos em que o bebé apresenta um peso inferior a 2,500kg, caso contrário em RN com pesos superiores a 2,500kg a reavaliação deve ser feita no dia da alta. Em regra, como citado anteriormente o RN perde sempre em média 10% do peso inicial devido a perda dos líquidos em excesso durante a gravidez, pelo que deve ser avaliado o percentil que é avaliado da seguinte maneira: peso atual a dividir pelo peso inicial -1. O valor define a percentagem de peso perdida e deve ser registada no Livro do bebé fornecido à entrada do RN no internamento. Em perdas até 10% do peso são consideradas normais, e caso o valor seja maior deve ser contactado o pediatra, que pode prescrever a suplementação alimentar ou em casos mais graves ser necessário o internamento do bebé no serviço de neonatologia. Durante o meu estágio nunca presenciei alterações severas que necessitam de intervenções maiores.

Após cada mamada, o arrotar é uma prática que deve ser usada sempre pois consiste na expulsão do ar que o bebé deglutiou enquanto estava a ser alimentado, porque caso a mãe não o faça pode acontecer de o bebé sentir-se incomodado depois de deitado tendo dificuldade em adormecer. Para ajudar o bebé a arrotar deve ser colocado na posição vertical encostado ao tronco da mãe com a cabeça apoiada num dos seus ombros podendo dar palmadinhas ou massajar a parte superior das costas do bebé. As puérperas que tive contacto normalmente tinham essa perceção e facilmente executavam a técnica. É frequente o bebé arrotar e bolçar pequenas quantidades de leite, consistindo na subida de uma parte do conteúdo do estômago para o esófago e deste para a boca. Isto resulta da imaturidade funcional do esfíncter esofágico inferior e para diminuir os sintomas, a mãe deve amamentar o bebé calmamente, aumentar o número de refeições diminuindo a quantidade em cada mamada e esperar que o bebé arroto antes de o deitar; evitar fraldas ou roupas muito apertadas e evitar o banho, a muda de fralda e estimulação após cada mamada.

Durante o estágio presenciei o engasgamento de um recém-nascido e a aflição de sua mãe, tendo havido necessidade de levar a criança do quarto para a sala de tratamentos de forma a realizar a manobra de engasgamento e aspiração de secreções. A manobra consiste em colocar a bebé de barriga para baixo sobre o antebraço com a cabeça inclinada para baixo e efetuar cinco pancadas nas costas entre as omoplatas. Esta manobra é importante fazer o ensino aos pais de modo a diminuir complicações e acidentes futuros. Os pais que estão informados sentem-se mais seguros e confiantes.

A pele do recém-nascido é muito frágil e só vai adquirindo a sua resistência à



medida do crescimento e pode apresentar várias características fisiológicas após o nascimento. A vernix caseosa presente na superfície cutânea logo após o nascimento é absorvida pela própria pele. Consiste na mistura de células epiteliais, sebo e por vezes cabelos que servem de lubrificante e como uma cama protetora contra os efeitos do líquido amniótico e tem funções antibacterianas contra os microorganismos externos. Na maioria das vezes está mais acentuado na zona das costas e pregas cutâneas do pescoço, axilas e virilhas. Não deve ser removido e sim deixar que a própria pele o absorva. A mancha mongólica é outra das características fisiológicas que pode aparecer na pele e que muitas vezes acaba por preocupar os pais pela sua aparência. Ocorre sobretudo em recém-nascido de raça negra e corresponde à acumulação de melanócitos na derme dando uma aparência de manchas azul acinzentada ou máculas que normalmente estão localizadas nas nádegas ou na região sagrada e quando aparecem noutras zonas do corpo são denominadas de manchas mongólicas ectópicas. A sua causa ainda não está bem definida, mas pensa-se que pode ser um defeito na migração das células pigmentadas da crista neural. Normalmente desaparece com o crescimento. Durante o estágio só presenciei um caso num recém-nascido e realizei ensinamentos aos pais de forma a acalmá-los. ⁴

O Eritema tóxico costuma ser comum em alguns bebés, caracterizado como um exantema benigno aparecendo normalmente após as primeiras 24 a 48 horas após o nascimento, embora nunca tenha presenciado durante o presente estágio. Consistem em lesões típicas de pápulas ou papulopústulas rodeadas de áreas inflamatórias eritematoedematosas de contornos irregulares e encontra-se inicialmente na face podendo alastrar para o tronco e membros. Os pais devem ser informados que não tem tratamento e que os sintomas desaparecem com o passar dos dias. ⁴ Já o hemangioma foi comum em alguns recém-nascidos que contactei no puerpério. São formações tumorais benignas de vasos sanguíneos. Aparecem na pele como manchas ou tumorações avermelhas e arroxeadas na pele e surgem geralmente na face ou no couro cabeludo e normalmente desaparecem até a idade da puberdade. O Lanugo também é mais uma das características da pele do recém-nascido, são pelos curtos, finos, macios e sem pigmentação que se formam no último trimestre da gestação que atua na produção e na fixação do verniz caseoso. Geralmente os bebés nascem com o lanugo que desaparece nas primeiras semanas após o nascimento.

A icterícia fisiológica é das patologias mais frequentes nos recém-nascidos e caracteriza-se pela coloração amarelada da pele e das escleróticas, entre o segundo e o

quarto dia de vida do recém-nascido. Deve-se à hiperbilirrubinemia, que ocorre devido à degradação da hemoglobina presente nos glóbulos vermelhos levando à formação de bilirrubina que é metabolizada pelo fígado para poder ser eliminada, mas no recém-nascido a imaturidade do intestino e a reabsorção da bilirrubina pelo intestino dificultam a sua eliminação depositando-a na pele. A deposição do pigmento é cefalocaudal, inicia-se normalmente pela face e escleróticas, depois tronco e por fim nos braços e pernas. Pode observar durante o estágio, o trabalho realizado pelos pediatras, na observação e avaliação ao bebé, e uma das técnicas utilizadas quando apresentam icterícia fisiológica é a avaliação da pele e a sua extensão bem como a avaliação dos níveis de bilirrubina através do bilirrubinómetro. Este aparelho determina os valores de concentração sérica de bilirrubina na pele de forma instantânea e não invasiva já que o detetor é colocado sobre a pele neonatal. Isto previne os neonatos de qualquer desconforto tipicamente associado à colheita de amostras de sangue, reduz os custos e por sua vez os testes são imediatos aumentando a eficácia do trabalho médico e de enfermagem. No entanto, a icterícia pode ter consequências como a neurotoxicidade causando encefalopatia aguda e crises epiléticas. Na maioria dos casos a icterícia fisiológica desaparece espontaneamente, mas nos casos em que os bebés apresentam valores de bilirrubina superiores a 20mg/dl no soro e que os médicos prevêem que não vai desaparecer sem tratamento, então tem indicação de aplicação de fototerapia. Esta costuma ser a técnica mais utilizada para o tratamento e prevenção e consiste na utilização de luzes azuis especiais num berço adequado. Tem uma ação anti-inflamatória e imunossupressora e ajuda na destruição do excesso de bilirrubina através da urina. As causas deste excesso podem estar relacionadas com os medicamentos administrado durante a gravidez, como o diazepam e ocitocina durante o parto. O bebé é colocado por baixo da luz colocada a cerca de 30 a 50cm de distância da sua pele, com os olhos devidamente tapados com uma venda específica, com o tempo determinado pelo pediatra, evitando que o excesso de bilirrubina se acumule no cérebro podendo causar graves lesões neurológicas. Nestes casos clínicos, como enfermeira especialista deve-se realizar ensinamentos relativos à icterícia, informar sobre a patologia, incentivar ao aumento da frequência das mamadas de modo a aumentar o volume ingerido e o aporte calórico de forma a facilitar a eliminação da bilirrubina através da urina e das fezes.

Os cuidados de higiene contribuem para a prevenção de infeções e o vestuário deve ser adequado à época do ano, confortável para o bebé e fácil de vestir e despir. O



banho do bebé é uma prática realizada no turno da manhã a todos os bebés internados, é realizado pelos pais após os ensinamentos realizados pelas enfermeiras. Todos os dias realizei os ensinamentos do banho ao bebé, juntava todos os pais em cada dia para fazer os ensinamentos em grupo do banho exemplificando com um boneco e a seguir apoiava-os na prática do banho dos seus filhos, tirando todas as dúvidas que podiam surgir.

O Rastreio de Cardiopatias Congénitas, que consiste na avaliação da oximetria de pulso do recém-nascido nas primeiras 12 horas de vida. Segundo a revisão bibliográfica de 2014 de Sofia Morais e Gabriela Mimoso da Universidade de Coimbra, “as cardiopatias congénitas são o grupo mais comum de malformações congénitas sendo a sua prevalência estimada em 6-8 casos por 1000 nados-vivos. Destas, 25% são consideradas críticas e necessitam de cirurgia ou cateterismo de intervenção durante o 1º ano de vida. São responsáveis por cerca de 40% das mortes atribuídas a malformações congénitas e por 3% - 7,5% da mortalidade em idade pediátrica”. A saturação arterial de oxigénio (SpO₂) avaliada por oximetria no pulso direito do recém-nascido permite-nos uma monitorização contínua, segura, eficaz e não invasiva, sendo os valores normais entre 98-100%, se por acaso estiver inferior deve-se contactar o pediatra para possível despiste de patologias. Após a avaliação os valores devem ficar registados no livro do bebé.

Outro rastreio que também tive oportunidade realizar em recém-nascidos com internamentos mais prolongados devido ao parto por cesariana, foi o Rastreio de Doenças Metabólicas, que deve ser realizado entre o 3º o 6º dia de vida do recém-nascido. Este rastreio também chamado de Teste do Pézinho, é realizado a todas as crianças que nascem para despiste precoce de doenças metabólicas como o hipotiroidismo congénito, fibrose quística e doenças hereditárias do metabolismo. Os pais devem ser informados que é um teste gratuito, mas não tem carácter obrigatório, dependerá da vontade dos pais. Com todas as vantagens que o estudo proporciona, visto que para todas as doenças estudadas existem tratamentos, os pais aceitam sempre que o teste seja realizado.

A vacinação dos recém-nascidos é outra prática executada no serviço de Obstetrícia no turno da tarde. Faz parte do Plano Nacional de Vacinação a vacina contra a Hepatite B (VHB). Apesar da vacinação, existe mundialmente cerca de 300 e 350 milhões de portadores de vírus da hepatite B assintomáticos. A transmissão do vírus pode ser vertical (da mãe para o filho durante o parto ou nos períodos perinatais), por contacto com o sangue ou fluidos. A maior parte dos filhos de mães portadoras do vírus, correm o risco de contrair infeção se não forem prontamente vacinados. Todas as crianças devem

ser vacinadas contra a hepatite B, iniciando a vacinação logo após o nascimento.⁷

A organização Mundial de Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) recomendam o aleitamento materno exclusivo (AME) desde o nascimento, isto é, desde a primeira hora de vida até aos seis meses e complementando com alimentos nutricionalmente adequados até aos 2 anos de vida.² Dos 12 aos 24 meses estima-se que o aleitamento materno (AM) forneça nutricionalmente um terço ou mais das necessidades energéticas das crianças sendo o restante suportado pela alimentação complementar. Em Portugal, de acordo com os dados da DGS em 1995, a amamentação é uma prática comum à nascença, mas diminui em 95% nos restantes meses, devido a via profissional e social dos dias de hoje que acabam por limitar as mães a abandonar a amamentação.

A Maternidade do Centro Hospital do Algarve da Unidade de Faro, o Cantinho da Amamentação faz parte integrante do mesmo, servindo a todas as puérperas que estejam internadas e a todas as outras que por necessidade de apoio e ensinamentos se dirijam ao cantinho. Durante o turno da manhã está uma enfermeira especialista em enfermagem de saúde materna ou que possua o curso de Conselheira da Amamentação escalada para o sector de forma a dar apoio a todas as mulheres que procurem o Cantinho. Aqui, a enfermeira esclarece dúvidas para evitar/diminuir o risco de dificuldades associadas à amamentação, promove o desenvolvimento das competências maternas, dá apoio durante as mamadas para aconselhar/corrigir sobre a técnica da amamentação e sinais de boa pega, orienta as mães para os recursos disponíveis na comunidade e no apoio daquelas que regressam ao trabalho e amamentam.

O sucesso do Aleitamento Materno é um processo de interação entre mãe e filho pelo contacto físico e visual mútuo durante a mamada, proporcionando uma repercussão no desenvolvimento cognitivo, emocional e nutricional da criança.^{2;8} A mãe precisa de ter o seu bebé junto de si para que possa perceber as suas necessidades, se a mãe está separada do seu bebé, o reflexo de ocitocina pode não funcionar facilmente. É importante a mãe sentir-se bem e confiante na sua capacidade de amamentar ajudando assim a preparar-se para a amamentação e ajuda o leite a fluir.^{8;9;10}

A amamentação tem inúmeras vantagens para o bebé e para a mãe. O leite materno é um alimento vivo, completo e natural, adequado para quase todos os recém-nascidos, salvo raras exceções que irei explicitar mais a frente no texto. A amamentação reforça a imunidade no primeiro e segundo anos de vida pois previne infeções respiratórias,



gastrointestinais e urinárias, possui um efeito protetor sobre as alergias, nomeadamente as específicas para as proteínas do leite de vaca e promove uma melhor adaptação aos outros alimentos e previne contra a diabetes e linfomas a longo prazo. Nas vantagens para a mãe, o aleitamento materno facilita na involução uterina, reduz o sangramento vaginal pós-parto, permite uma menor probabilidade de desenvolver o cancro da mama e do útero, intensifica a perda de peso, melhora a remineralização óssea reduzindo a probabilidade de fratura do colo do fémur no climatério, mais económico, permite disponibilidade imediata sempre a temperatura adequada. Para além destas vantagens, ainda prevalece o prazer de amamentar e a importância do vínculo mãe-filho que se cria.

O Enfermeiro especialista em Saúde Materna Obstétrica e Ginecológica é o profissional de saúde que mais se relaciona com a puérpera durante o período de internamento no puerpério e tem um papel fundamental na promoção da prática do aleitamento materno. Uma das suas várias competências é preparar e dar apoio à puérpera para que o amamentar seja um processo de adaptação fácil e tranquilo, evitando dificuldades e complicações. Como enfermeira especialista mostrei-me sempre disponível, tentando sempre ter uma comunicação simples e objetiva durante a orientação de forma a desenvolver o incentivo ao aleitamento materno, demonstrando diversas posições, promovendo o relaxamento e o posicionamento confortável, explicando a fonte de reflexos do recém-nascido e como isso pode ajudar a uma boa pega. Existem sinais que nos mostram que o bebé está bem adaptado a mama: o lábio inferior do bebé deve estar por baixo do mamilo e virado para fora, o queixo toca na mama, a boca do bebé apanha a maior parte da auréola pois o bebé mama na auréola e não no somente no mamilo, o bebé apresenta bochechas arredondadas verificando-se o movimento do lóbulo da orelha. A pega correta evita complicações como os mamilos fissurados. Como estudante do Mestrado de Saúde Materna e Obstétrica é da minha competência promover a prevenção destas complicações, realizado ensinamentos acerca da pega correta do RN, que se deve aplicar uma gota de leite no mamilo e auréola após cada mamada de forma a prevenir macerações e ajudando a cicatrização da mesma e que deve expor os mamilos ao ar sempre que possível.

Segundo o Manual de Aleitamento Materno da Edição de Revista de 2012, a duração da mamada não é importante, pois a maior parte dos bebés mamam 90% do que precisam em 4 minutos, outros bebés prolongam a sua mamada por vezes até 30 minutos ou mais, o importante é perceber se o bebé está a obter leite da mama da mãe e não fazer



a mama de chupeta, podendo provocar maceração e fissura dos mamilos, que consequentemente pode levar ao abandono da amamentação por parte da mãe. Informo sempre as mães que se certifiquem que o bebé tem uma pega correta e que esteja a mamar, isto é, informo que quando o bebé está a mama a sucção é mais lenta e a bochecha do bebé enche e por vezes ouve-se quando o bebé deglute o leite. O RN deve ser alimentado em regime livre, quando tem fome, no entanto não se deve deixar o bebé dormir mais de 3 horas durante o primeiro mês de vida, a mãe deve acordar calmamente o RN e oferecer a mama. Normalmente deve-se oferecer uma mama em cada mamada, porque quando o bebé começa a mamar o primeiro leite que obtém é mais rico em água e lactose e à medida que a mamada prossegue, o leite vai tendo cada vez mais gordura. É importante que o bebé esvazie a primeira mama e se depois disso continuar com fome é que lhe é oferecida a segunda mama. Se a bebé mama mais de uma mama, essa mama produz mais leite e torna-se maior que a outra. Para uma mama continuar a produzir leite, este deve ser removido por expressão manual ou com bomba para permitir a produção de leite. Esta técnica traz bastantes benefícios tanto para a mãe como para o bebé: o bebé é bem alimentado e ganha peso adequado, e para a mãe previne mastites e promove a produção do leite. Um dos grandes inimigos da lactação é o stress, que inibe a ejeção do leite que fica retido na mama, pelo que esta técnica ajuda a que a mãe tenha mais controle e sucesso na amamentação consequentemente reduzindo o stress.^{8;10}

Por volta do 2º/3º dia pós-parto dá-se a “subida do leite” e as mamas podem ficar tensas, duras, pesadas e quentes devido ao aumento de leite e à quantidade de sangue e fluidos os tecidos da mama. A mãe pode ter um ligeiro aumento da temperatura corporal durante as primeiras 24 horas, pelo que se deve avaliar sempre a temperatura em todos os turnos para despiste. Mesmo com os estes sintomas presentes normalmente a mãe continua a dar de mamar sem dificuldades. Mas se o leite não é retirado em quantidade suficiente as mamas podem ficar ingurgitadas e nesta situação as mamas ficam tensas, brilhantes e dolorosas tornando a amamentação desconfortável e o bebé pode ter dificuldade em agarrar a mama, levando a mamadas menos frequentes, menos tempo, o que leva a diminuir a produção de leite e a ficar retido podendo causar infeção principalmente se a mãe tiver fissura dos mamilos. Os ensinamentos para evitar o ingurgitamento mamário é o incentivo para a amamentação em horário livre, posição e pega correta da mama. A mãe consegue retirar o leite mais facilmente se estimular o reflexo de ocitocina mantendo o bebé perto do seu peito, massagem com água morna com

o chuveiro na direção do mamilo.

Em estágio tive contacto com uma puérpera que apresentava sinais de ingurgitamento mamário, e a conduta que segui foi colocar o bebé a mama para retirar o leite da mama e fazer expressão manual do leite retido em excesso para um copo. Depois de retirar o leite as mamas apresentavam-se mais macias, menos tensas. Houve um dia em que foi necessário a extração do leite por bomba, e a mãe facilmente aprendeu a manuseá-la. Outra situação que presenciei foi o bloqueio dos ductos, que é outra complicação que pode surgir na amamentação. Os ductos podem obstruir derivado da espessura do leite, ou pelo uso de soutiens apertados, provocando dor e nódulos a nível da auréola. Para resolver esta situação, tive que ensinar a mãe a amamentar em diferentes posições de modo a esvaziar todas as partes da mama, fazer uma leve pressão com os dedos no sentido de cima para baixo em direção ao mamilo para ajudar a esvaziar aquela parte da mama, estimulando até à saída do leite. Se o ducto bloqueado não drenar o leite, ou em caso de ingurgitamento mamário grave o tecido mamário pode infetar e provocar uma mastite apresentando uma tumefação a nível da mama, com sinais inflamatórios e a puérpera pode ter febre. No caso de mastite o médico deve ser informado, pois poderá ser necessário a toma de medicamento para o seu tratamento dependendo do grau de infeção.^{8;9;10}

O acompanhamento à puérpera e ao RN durante o internamento é essencial para que estes se preparem para a alta. O objetivo é que a puérpera saia do serviço segura e confiante no seu autocuidado e nos cuidados ao recém-nascido. Na alta são realizados alguns ensinamentos e orientações tanto para a mãe como para o bebé. A mãe deve ter alta informada de:

- Métodos contraceptivos adequados a si, por exemplo se estiver a amamentar e pretender fazer um método contraceptivo oral, deve ser informada que deve fazer uma pilula livre de estrogénios, contendo somente progestagénio para poder amamentar;

- O início da atividade sexual deve ser quando a mulher se sentir preparada para isso, o que normalmente acontece cerca de 3 a 4 semanas após o parto;

- Os cuidados ao períneo que vem a utilizar durante o internamento;

- Consulta de puerpério que deve marcar após 6 semanas;

- Cuidados com a amamentação consoante os ensinamentos realizados ao longo do internamento;

- Cuidados com o RN: quanto ao coto umbilical, eliminação, cólicas, sono, mamadas, consultas e teste do pezinho.

Como enfermeira especialista em saúde materna e obstétrica devo orientar a mãe para todos os cuidados a ter consigo própria e com o RN para que o regresso a casa se possa fazer da melhor forma e com todo o apoio que este momento requer.

A passagem pelo serviço de Internamento de Obstetrícia veio trazer-me outra perspetiva de todo o trabalho que é realizado dia-a-dia neste serviço em prol de melhores cuidados para com a puérpera e com o RN. Fui acolhida da melhor forma por esta equipa, que faz um trabalho espetacular todos os dias, com todo o entusiasmo e dedicação que esta área requer, e na minha opinião o serviço beneficia em ter mais enfermeiros especializados em Saúde Materna e Obstétrica. O internamento requer muitos conhecimentos por parte do profissional de enfermagem no que diz respeito ao apoio em todas as áreas obstétricas e neonatais para aumentar ainda mais a qualidade dos serviços que são prestados. Obstetrícia é uma vasta área, teria muito mais a escrever sobre esta área por toda a sua complexidade, mas penso que consegui focar-me nos temas e pontos mais importantes e frequentes que fazem parte do dia-a-dia de um serviço de Obstetrícia.

Reflexão Crítica Bloco de Partos – Estágio 4 + 8 semanas - CHUA FARO

No âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem de saúde Materna e Obstétrica da Escola Superior de Enfermagem João de Deus da Universidade de Évora, encontro-me neste momento a realizar o estágio no Serviço de Bloco de Partos do Centro Hospitalar Universitário do Algarve na unidade de Faro.

A presente reflexão crítica tem como objetivo descrever ao enfermeiro supervisor do estágio clínico o decorrer e desenvolvimento do mesmo, de forma a que possa transmitir e relatar os conhecimentos e competências adquiridos e sentimentos e reflexões que acompanham cada estudante nesta etapa do Curso de Mestrado em Saúde Materna e Obstétrica.

O serviço de Urgência de Obstétrica e Ginecológica é composto por 3 serviços mútuos, Bloco de partos, Unidade de Grávidas e Urgência de Obstetrícia e Ginecologia. O Bloco de partos é composto por 4 salas de parto e um bloco operatório com sala de reanimação do RN com acesso direto à Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e duas salas de recobro. A unidade de Grávidas é composta por 15 camas de internamento e o serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica encontra-se no mesmo piso. Comum aos 3 serviços faz parte integrante a mesma equipa de enfermagem, composta por 7 enfermeiros no turno da manhã e da tarde e por 6 enfermeiros no turno da noite,

facilitando deste modo a continuidade dos cuidados aquando da admissão da mulher grávida no serviço. Toda a mulher grávida que recorre ao serviço de urgência do hospital de Faro, é encaminhada para a Urgência de Obstetrícia e Ginecologia situada no quinto piso, sendo necessário o seu internamento poderá ser necessário transferir para a unidade de grávidas ou diretamente para o Bloco de partos dependendo da situação clínica.

Até ao início da Pandemia do SARS – CoV2 as mulheres faziam-se por direito acompanhar por 1 pessoa, normalmente pelo companheiro, mas a atual realidade veio mudar algumas rotinas do nosso dia-a-dia no serviço. Para além de deixar de ser possível o acompanhamento e as visitas no hospital, novas normas tiveram de ser implementadas pela Direção Hospitalar baseada nas orientações da DGS que foram surgindo como, o “pai” só poder estar presente no parto durante o período expulsivo e 1 hora após no recobro em casos de a grávida apresentar teste Covid 19 negativo e o companheiro deve ser assintomático, sem contacto com doentes com infeção por Covid 19 e sem comportamentos de risco durante os últimos 14 dias. Será apenas uma pessoa, sem troca de acompanhantes e deve cumprir as regras de higienização das mãos, etiqueta respiratória, distanciamento físico e utilização dos EPI’s adequados.

Se o momento do parto antes da pandemia já era esperado com muita expectativa e ansiedade pelas gestantes mesmo tendo o apoio da pessoa de referência presente consigo, agora ainda mais estes sentimentos ressaltam. Tenho presenciado nas grávidas com quem tenho tido contacto diversos sentimentos negativos como tristeza, incerteza, insegurança e até medo por parte das grávidas em trabalho de parto, demonstrado por choro, frustração e até mesmo um sentimento de aumento da dor emocional que se reflete na dor física. Presencio a ansiedade do desejo do momento do parto para que o pai possa estar presente ao seu lado, sendo o que mais verbalizam e pedem, mas a sua presença hoje depende do resultado do teste SARS-CoV2.

O teste para SARS-CoV2 é obrigatório em todas as gestantes, segundo a Norma de Orientação 08/2020 da DGS, “todas as mulheres, mesmo que assintomáticas, que necessitem de internamento hospitalar para assistência ao parto ou por complicações da gravidez ou para programação do parto por indução do trabalho de parto ou cesariana eletiva, devem realizar o teste laboratorial para SARS-CoV-2, nos termos da Orientação 015/2020 da DGS. Nos internamentos programados, os testes devem ser realizados com a antecedência necessária para que os resultados estejam disponíveis na altura do internamento, idealmente não ultrapassando as 48-72 horas de antecedência, com um



máximo de 7 dias. Todos os procedimentos obstétricos eletivos devem ser adiados até haver resultado do teste SARS-CoV-2.” Os testes rápidos devem ser realizados em mulheres em risco de parto eminente na admissão da mulher no bloco de partos e enviado ao laboratório do hospital, pelo que o resultado estará pronto dentro de 1h30m. A equipa de enfermagem teve formação para a realização de colheita de testes para a Covid19, pelo que tive oportunidade de realizar vários testes tanto em mulheres grávidas internadas bem como em mulheres em trabalho de parto e parto eminente.^{4;5}

Em caso de teste negativo, a mulher pode fazer-se acompanhar pela pessoa de referência durante o período expulsivo do parto e o recobro, e em casos de mulheres com resultados de teste positivo são seguidas as normas de isolamento que a instituição impõe. Isto é, transfere-se a mulher para um quarto que foi destacado para os devidos efeitos, e o parto é realizado pela equipa multidisciplinar escolhida para tal prestando cuidados de acordo com as indicações da Direção Geral de Saúde indicadas na norma 018/2020, sendo o RN observado por pediatra, seguindo depois as suas instruções, consoante os resultados do teste realizado ao RN, de acordo com a norma da DGS 26/2020. “A equipa multidisciplinar do Bloco de Partos (obstetrícia, anestesiologia, enfermagem de saúde materna e obstétrica, neonatologia) deve ser informada do início do período expulsivo. Perante uma parturiente assintomática ou pouco sintomática, devem estar presentes na sala apenas um obstetra e um enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica, ambos experientes em cuidados intraparto. À porta da sala deve estar um profissional diferenciado na assistência ao recém-nascido. Todos os profissionais presentes dentro da sala devem estar equipados com EPI adequados, de acordo com a Norma 007/2020 da DGS. A restante equipa de saúde deve estar rapidamente disponível, caso seja necessário.”^{1;2}

Após o parto a puérpera é transferida para o internamento de COVID 19, juntamente com o RN ou não, dependendo da situação clínica e decisão médica pediátrica. Durante este período de estágio tivemos apenas 2 casos de grávidas positivas, mas não tive qualquer contacto pelo que não posso relatar a experiência. Mas na minha opinião tanto para os profissionais como para a grávida é um misto de dúvidas e sentimentos atribulados. Mas como EESMO, dado o escasso conhecimento científico, as decisões devem ter por base a avaliação clínica, o bom senso, as condições físicas e recursos humanos de cada instituição, e ainda as escolhas do casal, depois de devidamente informado pelos profissionais de saúde, visando minimizar a exposição à infeção por



SARS-CoV-2 das grávidas, recém-nascidos e profissionais. ^{1;2}

Em mulheres negativas ou sem suspeita de Covid 19, o parto deve decorrer normalmente, mas com o reforço de medidas de prevenção, controlo de infeção e a utilização correta de EPI adequados, referenciados na norma da DGS 007/2020. A parturiente em sala de parto deve utilizar sempre a máscara cirúrgica, de forma a prevenir transmissões de infeções, mas apresenta desconforto provocando dificuldade de ventilação na grávida principalmente no período expulsivo, devido as fases de respiração ao longo de todo o trabalho de parto como forma de alívio. O controlo da respiração numa parturiente não é fácil, pelo que o uso de máscara veio a dificultar um pouco mas torna-se imprescindível, e até ao momento todas têm cumprido. Nesta fase de pandemia, as aulas de preparação para o parto foram suspensas. A maior parte das mulheres das mulheres não puderam frequentar as aulas e uma pequena parte teve oportunidade de realizar as aulas online, mas referem que não é a mesma coisa, e na minha ótica fazem muita falta, pois noto que as mulheres chegam menos preparadas e com menos conhecimentos acerca do parto do que aquelas que antes tiveram oportunidade de realizar o curso. Agora deparamo-nos com uma população gravídica menos confiante, menos informada, mais insegura e frustrada em relação à gravidez e parto, o que posso concluir que as aulas de preparação para o parto só trazem vantagens. ³

No entanto, quem tem oportunidade de as realizar via online, aproveita para retirar algumas dúvidas e receios que surgem. Segundo José Almeida Bastos, afirma em comunicado que neste momento de pandemia “a área de saúde materno-infantil tem uma responsabilidade social acrescida e que a disponibilização deste curso seria relevante” de forma a minimizar todas as dúvidas e anseios das grávidas por um profissional especializado de enfermagem de saúde materna e obstétrica. Cabe a nós como EESMO este novo papel de incentivar, realizar ensinamentos e participar nas aulas de preparação para o parto de forma a termos uma população de grávidas mais informadas, seguras e com conhecimentos de todos os métodos de prevenção e contaminação do vírus. Grávidas informadas correm menos risco de contaminação e conseguem identificar mais facilmente os comportamentos de risco que devem seguir. ⁶

Com o aparecimento deste novo vírus, os estudos realizados ainda são poucos e ineficientes dado ao pouco nº de casos que têm surgido em grávidas infetadas com Covid 19. Embora tenham surgido relatos de recém-nascidos com teste de Covid positivo podendo levar a conclusão de que a transmissão vertical pode ser possível. Segundo

outros estudos, a grávida parece não ter risco acrescido para a COVID-19, mas são conhecidas as alterações imunológicas durante a gravidez, o que leva à possibilidade de vir a existir desfechos desfavoráveis em situações infecciosas, principalmente no último trimestre de gestação.^{7:8}

Como já sabemos, a amamentação tem inúmeras vantagens e deve ser iniciada na primeira hora de vida do recém-nascido. No entanto, agora com a presença deste novo vírus, a amamentação surge como mais uma dúvida e incerteza por parte das mães. Segundo a OMS a amamentação em casos de mães positivas ou suspeitas, devem manter-se, mas com as seguintes medidas de controlo:

- 1) Amamentar ou realizar a extração do leite com a utilização de máscara após a higiene cuidada das mãos e mamas;
- 2) Na extração de leite, as bombas e os seus componentes devem posteriormente ser limpos entre utilizações com toalhetes desinfetantes e lavagem dos acessórios com água e sabão.¹

Dado o SARS-CoV2 ser um vírus novo que surgiu, ainda não existem muitos estudos relativamente a ele e pelo nº baixo de grávidas infetadas pelo mesmo, mas segundo Paulo Martins-Filho, Victor Santos e Hudson Santos no seu estudo não há evidencia de presença do vírus no aleitamento materno de grávidas positivas com Covid-19. Para Elik et al, a barreira placentar possui mecanismos que impedem a transmissão viral, isto é, a ausência da proteína transmembranar Caveolina na barreira placentar inibe a reação inflamatória por SARS-CoV-2 impedindo a transmissão vertical.^{7:8} No entanto, é imprescindível a realização de mais estudos conforme os casos que possam surgir de forma a conseguirmos como EESMO compreender melhor sobre este vírus e ajudar da melhor maneira todas as grávidas e puérpera positivas com COVID-19. Por agora, o nosso papel como EESMO passa essencialmente pela prevenção do vírus, transmitir sempre em todas as consultas e contacto com as grávidas, mas medidas de prevenção do vírus, com a utilização de máscaras, higiene correta das mãos bem como etiqueta respiratória e o perímetro de distanciamento social. Mais uma vez a Prevenção é a medida mais correta para que todo o processo de gravidez, parto e puerpério decorra de forma normal.



Apêndice B – Resumo do futuro artigo para publicação

Título: Competências para Cuidados Neonatais e Preocupações face à Díade na Alta hospitalar Pós-Parto

Autores:

Milene Lózinho

Maria da Luz Barros

Resumo

No pós-parto, mais concretamente no momento de regresso a casa, a mulher enfrenta porventura alguma incerteza sobre as suas responsabilidades cuidativas, Será importante identificá-las. **Objetivos:** 1) Descrever as competências Cuidativas Neonatais e 2) as dimensões de preocupação materna no regresso casa após o parto. **Método:** Estudo quantitativo de corte transversal. Participaram 155 puérperas com idades entre os 17 e os 41 anos (M=31.08; DP=5.33). A maior parte eram de nacionalidade portuguesa (n=128; 82.6%) e tinham o estado civil de casadas (n=115; 74.2%). As habilitações académicas mais representadas são o ensino secundário (n=58; 37.4%) e o ensino superior (n=42; 27.1%). Para avaliação da Auto-percepção Materna das Competências Cuidativas Neonatais, utilizou-se a versão portuguesa já validada. Para avaliação das Preocupações Maternas, utilizou também uma versão portuguesa. **Resultados:** As três maiores competências neonatais, que as mães reconhecem em si mesmas, na categoria sempre são 1) Realizar a higiene do bebé aquando da muda das fralda (84.5%), 2) Transportar o bebé de forma segura (72.3%) e 3) Manter a pele do bebé cuidada (72,3%). As três maiores preocupações das mães consigo mesmas reportam-se a 1) Cuidados com as mamas (26.5%), 2) Desconforto causado pelos pontos (25,8%) e 3) hemorróidas (25.2%). Relativamente às preocupações com o bebé as tres mais reconhecidas são: 1) crescimento e desenvolvimento normais (50.3%), 2) Alimentação do bebé (48.4%) e 3) Reconhecer sinais de doença (40%). Através de correlações de Pearson observou-se que as Competencias neonatais apresentam uma associação inversa com as preocupações que a mãe tem consigo mesma ($r=-.318$; $p=.001$) e preocupação com o bebé ($r=-.254$; $p=.001$). **Conclusão.** O estudo atual permitindo a identificação de fragilidades sentidas pelas puerperas, permite traçar programas de apoio individual de acordo com as necessidades.

Palavras-Chave: puerpério; pos-parto; competências; cuidados; alta hospitalar.

Apêndice C – Instrumento de Recolha de Dados

Questionário N° _____

Questionário

“Prontidão Materna no regresso a casa: Autocuidado e Cuidados ao Recém-nascido”

O presente questionário é parte integrante do estudo de investigação que tem como tema a “Prontidão Materna no regresso a casa: Autocuidado e Cuidados ao Recém-nascido” desenvolvido no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Universidade de Évora da Escola Superior de Enfermagem João de Deus, sob orientação pedagógica da Professora Doutora Maria da Luz Ferreira Barros.

Parte I: Dados Sociodemográficos e Obstétricos

1. Nacionalidade: _____

2. Área de Residência: _____

3. Idade: _____ anos

4. Estado Civil:

<input type="checkbox"/>	Solteira
<input type="checkbox"/>	Casada / União de Facto
<input type="checkbox"/>	Divorciada
<input type="checkbox"/>	Viúva
<input type="checkbox"/>	Outra:

5. Escolaridade:

<input type="checkbox"/>	Nenhuma		
<input type="checkbox"/>	1º Ciclo do Ensino Básico (4ª Classe)		
<input type="checkbox"/>	2ª Ciclo do Ensino Básico (6º ano)		
<input type="checkbox"/>	3º Ciclo do Ensino Básico (9º ano)		
<input type="checkbox"/>	Ensino Secundário (12º ano)		
<input type="checkbox"/>	Ensino Profissional		
<input type="checkbox"/>	Ensino Superior:	<input type="checkbox"/>	Bacharelato
		<input type="checkbox"/>	Licenciatura
		<input type="checkbox"/>	Mestrado
		<input type="checkbox"/>	Doutoramento

6. Profissão: _____

7. Agregado Familiar:

<input type="checkbox"/>	Marido/ Companheiro
<input type="checkbox"/>	Companheiro / Marido/ filhos
<input type="checkbox"/>	Sozinha
<input type="checkbox"/>	Outros familiares

8. Esta gravidez foi planeada?

<input type="checkbox"/>	Sim
<input type="checkbox"/>	Não

9. A gravidez foi vigiada?

<input type="checkbox"/>	Sim
<input type="checkbox"/>	Não

10. Se sim, onde vigiou as consultas de vigilância da gravidez?

(Pode assinalar mais que uma opção)

<input type="checkbox"/>	Centro de Saúde
<input type="checkbox"/>	Hospital
<input type="checkbox"/>	Clínicas Privadas/Médico Particular
<input type="checkbox"/>	Outro. Qual? _____

11. A equipa de Enfermagem participou nas suas consultas de vigilância da gravidez?

- Nunca
 Às vezes
 Sempre

12. Frequentou aulas de preparação para o parto?

- Sim
 Não

14. Esteve internada durante a gravidez?

- Sim
 Não

Se sim, qual o motivo? _____

16. Nº de Filhos (incluindo este): _____

17. Data do Parto: _____

18. Tipo de Parto:

- Eutócico
 Ventosas
 Forceps
 Cesariana

19. Que tipo de aleitamento pratica?

- Materno
 Artificial
 Misto

20. Teve experiências anteriores de contacto ou prestação de cuidados com bebês?

- Sim
 Não

Sem sim, que experiência teve?

- Apenas observei
 Colaborei com familiares
 Cuidei de outros bebês
 Cuidei do(s) meu(s) outro(s) Filho(s)

22. Sentiu que os profissionais de saúde durante o internamento foram essenciais nas orientações para o autocuidado e nos cuidados ao recém-nascido?

- Nunca
 Às vezes
 Sempre

23. Data da alta: _____

Parte II

Escala de Auto-percepção Materna das Competências Cuidativas Neonatais
(Mendes e Santos, 2009)

Por favor responda aos seguintes itens sobre os cuidados a ter ao seu bebé.

Indique a resposta colocando um (X) na afirmação que se aplica no seu caso:

Eu sou capaz de:	Sempre	Quase sempre	Muitas Vezes	Raras Vezes	Nunca
Definir o horário de dar de mamar					
Diferenciar o vómito do bolçar					
Perceber quando o bebé está irritado					
Realizar a higiene do bebé aquando da muda das fraldas					
Identificar os diferentes tipos de sono					
Selecionar a roupa necessária de acordo com as condições do tempo					



Fazer o que é preciso para desentupir o nariz					
Dar conta quando está engasgado					
Dar conta das alterações da pele					
Identificar os sinais de fome					
Transportar o bebé de forma segura					
Identificar as características da urina					
Dar conta se está bem alimentado					
Dar o banho					
Perceber quando está com cólicas					
Perceber quando quer dormir					
Vestir e despir o bebé					
Identificar quando quer atenção e conversa					
Fazer massagem abdominal quando está com cólicas					
Realizar os cuidados ao coto umbilical					
Perceber quando é preciso mudar a fralda					
Fazer o que é preciso no caso de se engasgar					
Colocar a mamar					
Acalmar quando está irritado					
Pôr a arrotar					
Manter a pele do bebé cuidada					
Identificar quando o bebé está cansado de me dar atenção					
Selecionar a temperatura da água do banho					
Aliviar as cólicas					
Pegar no bebé durante o banho					
Reconhecer quando o bebé não está bem					
Identificar as características das fezes					
Colocar o bebé a dormir na posição correta					

EAPMCCN (Mendes e Santos, 2009)



Parte III

Questionário de Preocupações de Sheil et al. (1985), versão Piloto Portuguesa:

Mendes, Rodrigues, Santos & Pedrosa, 2010

As preocupações sentidas por algumas mulheres após o nascimento de um bebé são enumeradas a seguir. Uma preocupação é tudo o que constitua uma interrogação, inquietação ou problema para si.

Por favor leia cada item, decida até que ponto o item a preocupa e assinale com um **círculo** à volta da resposta utilizando a seguinte escala:

1. *Sem preocupação.* Refleti sobre isso ou pensei sobre o assunto, mas não estou inquieta, não tenho qualquer preocupação.
2. *Pouca preocupação.* Refleti sobre isso e não estou inquieta; tenho alguma preocupação ou interrogação;
3. *Preocupação moderada.* Pensei sobre isso; estou moderadamente preocupada.
4. *Muita preocupação.* Refleti sobre o assunto; estou muito preocupada;

Por favor, responda aos itens de acordo com a forma como de sente **AGORA**:

<u>A primeira área de preocupação refere-se a si:</u>	Sem preocupação	Pouca preocupação	Preocupação moderada	Muita preocupação
1. Alimentação	1	2	3	4
2. Hábitos de exercício físico	1	2	3	4
3. Regresso à figura anterior à gravidez	1	2	3	4
4. Regresso da menstruação	1	2	3	4
5. Corrimento vaginal	1	2	3	4
6. Desconforto causado pelos pontos	1	2	3	4
7. Obstipação (prisão de ventre)	1	2	3	4
8. Hemorroidas	1	2	3	4
9. Dor nas mamas	1	2	3	4
10. Cuidado com as mamas	1	2	3	4
11. Cansaço	1	2	3	4
12. Tensão emocional	1	2	3	4

13. Incapacidade de concentração	1	2	3	4
14. Experiência de trabalho de parto	1	2	3	4
15. Sensação de estar fechada em casa	1	2	3	4
16. Sensação de “estar em baixo”	1	2	3	4
17. Ter tempo para cuidar de si.	1	2	3	4

<u>A primeira área de preocupação é o seu bebé:</u>	Sem preocupação	Pouca preocupação	Preocupação moderada	Muita preocupação
18. Ser uma boa mãe	1	2	3	4
19. Aparência física do seu bebé	1	2	3	4
20. Crescimento e desenvolvimento normais	1	2	3	4
21. alimentação do seu bebé	1	2	3	4
22. Cuidado físico	1	2	3	4
23. Sensação de conforto ao lidar com o seu bebé	1	2	3	4
24. Interpretação do comportamento do seu bebé	1	2	3	4
25. Não acordar com o choro do bebé	1	2	3	4
26. Reconhecer sinais de doença	1	2	3	4
27. Viajar com o bebé	1	2	3	4
28. Segurança (prevenção de acidentes)	1	2	3	4
29. Como vestir o seu bebé (roupa demasiado fria para o ambiente)	1	2	3	4

Muito Obrigado pela sua Colaboração!

Apêndice D – Tabela competências e atividades desenvolvidas no estágio de natureza profissional (Quadro 6)

Quadro 6 - Competências e atividades desenvolvidas no Estágio de Natureza Profissional

<u>Competências</u>	<u>Atividades desenvolvidas</u>
<u>Estágio Centro de Saúde</u>	
1 - Planeamento familiar pré-concecional	
Cuidar da mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concecional	
1.1 - Promove a saúde da mulher no âmbito da saúde sexual, do planeamento familiar e durante o período pré - concecional.	1.1.1 Conceber, planear, coordenar, supervisionar, implementar e avaliar programas, projetos e intervenções de educação sexual e de saúde pré-concecional e de promoção da regulação da fecundidade e da fertilidade; 1.1.2 Realizar intervenções de acordo com a circular normativa da DGS nº2/DSMIA de 16/01/2006 (https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-2dsmia-de-16012006-pdf.aspx) 1.1.3 Promover a participação ativa do elemento masculino do casal nas questões de saúde sexual e reprodutiva; 1.1.4 Participação em consultas de planeamento familiar: <ul style="list-style-type: none"> • História clínica da mulher/casal e respetivos antecedentes pessoais e familiares através de uma entrevista; • Elaboração de um plano de cuidados de enfermagem em função de problemas identificados; • avaliação de parâmetros vitais, Índice de Massa Corporal, exame mamário e ginecológico); • avaliação e atualização do Plano Nacional de Vacinação; • facultar métodos contraceptivos e respetiva orientação, em caso de não pretender engravidar;

1.2 — Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher no âmbito da saúde sexual, do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional.

- alertar para as consequências de uma gravidez não desejada;
- efetuar prevenção das IST;
- sistematizar e transmitir todas as recomendações pertinentes;
- avaliação de exames pré-concepcionais: avaliação laboratorial para determinação do grupo RhD, hemograma;
- Rastreio do cancro do colo do útero, se não foi efetuado há menos de 3 anos;
- Registrar a data da última menstruação e incentivar ao registo regular da mesma;
- Recomendar a suplementação com ácido fólico, aporte de iodo e ferro (antes de parar a contraceção);
- Registos no Boletim de Saúde Reprodutiva/Planeamento familiar e sistema informático SClinic®

1.2.1 Conceber, planear, coordenar, implementar e avaliar as intervenções de rastreio e de diagnóstico da situação da saúde da mulher;

1.2.2 Conceber, planear, coordenar, implementar e avaliar intervenções de proteção da saúde e prevenção das infeções sexualmente transmissíveis;

1.2.3 Estabelecer o risco de anomalia reprodutiva, num determinado casal e propor medidas tendentes à sua minimização ou eliminação;

1.2.4 Identificar indivíduos e famílias de risco genético e referenciar para aconselhamento especializado casais com história familiar de anomalias congénitas, como trissomia 21, defeitos de tubo neural, défices cognitivos, entre outros...;

1.2.5 Identificar consumos de risco;

<p>1.3 — Providencia cuidados à mulher com disfunções sexuais, problemas de fertilidade e infeções sexualmente transmissíveis.</p>	<p>1.3.1 Conceber, planear, implementar e avaliar intervenções e suporte emocional:</p> <ul style="list-style-type: none"> • À mulher com disfunções sexuais, incluindo conviventes significativos; • À mulher com problemas de fertilidade, considerando as necessidades de saúde do companheiro;
<p>2 – Vigilância da Gravidez de baixo risco</p> <p>Cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal</p>	
<p>2.1 Promover a saúde da mulher e prevenir complicações durante o período pré-natal e em situação de abortamento;</p>	<p>2.1.1 Conceber, planear, coordenar, supervisionar, implementar e avaliar programas e projetos de intervenção de promoção da saúde pré-natal, incluindo a preparação completa para o parto e parentalidade responsável e a promoção do aleitamento materno;</p> <p>2.1.2 Diagnosticar e monitorizar gravidez:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avaliação de parâmetros vitais e índice de massa corporal; • Avaliação da data gestacional, medição da altura do fundo útero (AFU), auscultação dos batimentos cardio-fetais (BCF); • Avaliação do bem-estar materno e fetal através da história clínica e os dados dos exames complementares de diagnóstico; • Rastreios analíticos complementados ao longo da gravidez solicitados de acordo com a Norma da DGS nº37 atualizada a 20/12/2013 (https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0372011-de-30092011-jpg.aspx)

	<ul style="list-style-type: none">• Rastreios ecográficos complementados ao longo da gravidez solicitados de acordo com a Norma da DGS nº 23/2011 de 29 de Setembro 2011 (atualizada em 21/05/2013) https://www.saudereprodutiva.dgs.pt/normas-e-orientacoes/gravidez/norma-n-0232011-de-29092011-atualizada-a-21052013-pdf.aspx <p>2.1.3 Informar e orientar sobre estilos de vida saudáveis durante a gravidez;</p> <p>2.1.4 Confirmação do fator RH da mulher e do companheiro;</p> <p>2.1.5 Profilaxia de Isoimunização Rh (administração de Imunoglobulina anti-D) de acordo com a circular normativa da DGS 2/DSMIA, 15/01/2007 (https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-2dsmia-de-15012007-pdf.aspx)</p> <p>2.1.6 Atualização e registos no Boletim de Saúde da Grávida e registos em sistema informático;</p> <p>2.1.7 Incentivar a participação ativa do companheiro;</p> <p>2.1.8 Identificar fatores de risco que possam vir a interferir no curso normal da gravidez, na saúde da mulher e/ou feto;</p> <p>2.1.9 Informar e orientar sobre medidas de suporte para alívio dos desconfortos da gravidez;</p> <p>2.1.10 Participar em aulas de preparação para o parto e parentalidade e informar sobre os direitos e deveres parentais;</p> <p>2.1.11 Promover o Plano de Parto e aconselhar e apoiar a mulher na sua decisão;</p> <p>2.1.12 Informar e orientar a grávida e conviventes significativos sobre os sinais e sintomas de risco;</p> <p>2.1.13 Promover a decisão esclarecida no âmbito da interrupção voluntária da gravidez e seu encaminhamento (https://www.saudereprodutiva.dgs.pt/normas-e-orientacoes/interruptao-voluntaria-da-</p>
--	--

	<p> gravidez/organizacao-dos-servicos-para-implementacao-da-lei-n-162007-de-17-de-abril-pdf.aspx; https://www.saudereprodutiva.dgs.pt/normas-e-orientacoes/interruptao-voluntaria-da-gravidez/modelo-normalizado-do-consentimento-livre-e-esclarecido-para-a-interruptao-da-gravidez-pdf.aspx) </p> <p>2.1.14 Identificar e monitorizar trabalho de abortamento;</p> <p>2.1.15 Conceber, planear, implementar e avaliar intervenções com a finalidade de potenciar a saúde da mulher durante o abortamento e após o aborto.</p> <p>2.1.16 Informar e orientar para os recursos disponíveis na comunidade;</p> <p>2.1.17 Informar e orientar a mulher sobre sexualidade e contração no período pós-parto.</p>
<p>3 - Puerpério e Cuidados ao RN</p> <p>Promover a saúde da mulher e RN no período pós-natal</p>	
<p>3.1 Promover a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal</p>	<p>3.1.1 Informar e orientar a mulher sobre o nascimento, crescimento, desenvolvimento, sinais e sintomas de alarme no recém-nascido;</p> <p>3.1.2 Informar e orientar a mulher sobre sexualidade e contraceção no período pós-parto;</p> <p>3.1.3 Conceber, planear, implementar e avaliar as intervenções de promoção e apoio materno e intervenções de promoção e adaptação pós-parto;</p> <p>3.1.4 Conceber, planear e avaliar programas, projetos e intervenções de promoção da saúde física e mental na vivência do puerpério, potenciando a saúde e a parentalidade responsável;</p>
<p>3.2 Diagnosticar precocemente</p>	<p>3.2.1 Informar, orientar e apoiar a mãe no autocuidado e nos cuidados ao recém-nascido;</p> <p>3.2.1 Informar, orientar e apoiar a mãe no autocuidado e nos cuidados ao recém-nascido;</p>

<p>prevenir complicações para a saúde da mulher e recém-nascido durante o período pós-parto;</p> <p>3.3 Providenciar cuidados nas situações que possam afetar negativamente a saúde da mulher e do RN no período pós-natal;</p>	<p>3.2.2 Identificar e monitorizar alterações de saúde da puérpera e do RN e alterações aos processos de transição e adaptação à parentalidade;</p> <p>3.3.1 Conceber, planejar, implementar e avaliar medidas de suporte emocional e psicológico à puérpera incluindo conviventes significativos;</p> <p>3.3.2 Conceber, planejar, implementar e avaliar intervenções de recuperação e medidas corretivas ao processo de aleitamento materno;</p> <p>3.3.3 Cooperar com outros profissionais no tratamento da mulher com complicações pós-parto e puérperas com patologias;</p>
<p><u>Estágio Bloco de Partos</u></p> <p>Trabalho de Parto e Parto</p> <p>Cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto e parto</p>	
<p>1.1 Promover a saúde da mulher durante o trabalho de parto e otimizar a adaptação do recém-nascido à vida uterina; Diagnosticar e prevenir complicações para a saúde da mulher e do recém-nascido; Providenciar</p>	<p>1.1.1 Atuar de acordo com o plano de parto estabelecido pela mulher, garantindo intervenções de qualidade e risco controlado;</p> <p>1.1.2 Conceber, planejar, implementar e avaliar intervenções de promoção de conforto e bem-estar da mulher e vinculação mãe/pai/recém-nascido;</p> <p>1.1.3 Recolha de dados pessoais (antecedentes pessoais e familiares, exame físico e obstétrico);</p> <p>1.1.4 Estabelecer relação terapêutica com a parturiente e acompanhante;</p>

cuidados à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez e/ou trabalho de parto.	<p>1.1.5 Conceber, planear, implementar e avaliar intervenções adequadas à evolução do trabalho de parto, otimizando as condições de saúde da mãe e do feto, através da avaliação da estática fetal, frequência cardíaca fetal, dinâmica uterina e cervicometria;</p> <p>1.1.6 Conceber, planear, implementar e avaliar intervenções à parturiente com patologia associada e ou concomitante com a gravidez durante o trabalho de parto;</p> <p>1.1.7 Avaliar a integridade das membranas e característica do líquido amniótico;</p> <p>1.1.8 Seguir os protocolos institucionais para rotura prematura das membranas no parto pré-termo e de termo;</p> <p>1.1.9 Identificar e monitorizar trabalho de parto.</p> <p>1.1.10 Identificação e interpretação de CTG;</p> <p>1.1.11 Colaborar com os outros profissionais na implementação de intervenções de promoção, prevenção e controlo da dor;</p> <p>1.1.12 Identificar e monitorizar desvios ao padrão normal de evolução do trabalho de parto, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação;</p> <p>1.1.13 Aplicar as técnicas adequadas na execução do parto de apresentação cefálica;</p> <p>1.1.14 Realizar a avaliação das condições do períneo e identifica necessidade de episiotomia;</p> <p>1.1.15 Avalia a integridade do canal de parto e aplica técnicas de reparação, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação;</p> <p>1.1.16 Resolver e/ou minimizar os problemas reais identificados (distócias, ...);</p> <p>1.1.17 Conceber, planear, implementar e avaliar as condições de adaptação do recém-nascido à vida extrauterina e promover a vinculação mãe/pai/ recém-nascido;</p>
---	--

	<p>1.1.18 Avaliar sinais eminentes de dequitação e realizá-la;</p> <p>1.1.19 Avaliar e promover a formação do Globo de Segurança de Pinard e quantifica as perdas sanguíneas;</p> <p>1.1.20 Promover a continuidade de cuidados de acordo com as necessidades da parturiente.</p> <p>1.1.21 Conceber, planear, implementar e avaliar intervenções de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno;</p> <p>1.1.22 Identifica e monitoriza o estado de saúde da mulher e do recém-nascido, no período de puerpério imediato, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação;</p> <p>1.1.23 Participar em atividades de promoção da saúde e prevenção de doença com base em normas, protocolos e nas orientações da DGS, OMS e diretivas europeias;</p>
<p>Estágio de Obstetrícia</p> <p>Puerpério</p> <p>Cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal</p>	
<p>1 – Promove a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal;</p>	<p>1.1 Informar e orientar a mulher sobre crescimento, desenvolvimento, sinais e sintomas de alarme no recém-nascido;</p> <p>1.2 Informar e orientar a mulher sobre sexualidade e contraceção no período pós-parto;</p> <p>1.3 Conceber, planear, implementar e avaliar intervenções de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno;</p> <p>1.4 Conceber, planear, implementar e avalia intervenções de promoção e apoio à adaptação pós-parto;</p> <p>1.5 Conceber, planear, coordenar, supervisionar, implementar e avaliar programas, projetos e intervenções de promoção da saúde mental na vivência do puerpério, potenciando a parentalidade responsável;</p>

<p>2 – Providenciar cuidados nas situações que possam afetar negativamente a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal;</p>	<p>1.6 Diagnosticar precocemente e prevenir complicações para a saúde da mulher e recém-nascido durante o período pós-natal;</p> <p>1.7 Informar, orientar e apoiar a mãe no autocuidado e a cuidar do seu filho;</p> <p>1.8 Identificar e monitorizar alterações aos processos de transição e adaptação à parentalidade, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação;</p> <p>1.9 Identificar e monitorizar o estado de saúde da puérpera e do recém-nascido, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação.</p> <p>1.10 Identificar complicações pós-parto, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação.</p> <p>1.11 Conceber, planear, implementar e avaliar intervenções com a finalidade de potenciar a saúde da mulher após o parto;</p> <p>2.1 Conceber, planear, implementar e avaliar medidas de suporte emocional e psicológico à puérpera, incluindo conviventes significativos;</p> <p>2.2 Conceber, planear, implementar e avaliar intervenções de recuperação pós-parto;</p> <p>2.3 Conceber, planear, implementar e avaliar medidas corretivas ao processo de aleitamento materno;</p> <p>2.4 Conceber, planear, implementar e avaliar intervenções à mulher com complicações pós-parto;</p> <p>2.5 Conceber, planear, implementar e avaliar intervenções à puérpera com patologia associada e/ou concomitante;</p> <p>2.6 Conceber, planear, implementar e avaliar intervenções de apoio à mulher, incluindo conviventes</p>
---	---

	<p>significativos, em caso de alterações morfológicas e/ou funcionais do recém-nascido;</p> <p>2.7 Conceber, planear, implementar e avaliar intervenções de apoio à mulher, incluindo conviventes significativos, durante o período de luto em caso de morte fetal/neonatal;</p> <p>2.8 Cooperar com outros profissionais no tratamento da mulher com complicações pós-parto, com patologia associada e no tratamento do RN com problemas de saúde neonatal;</p>
<p><u>Estágio de Grávidas</u></p> <p>Gravidez</p> <p>Cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante a gravidez</p>	
<p>1 – Promover a saúde da mulher durante a gravidez;</p>	<p>1.1 Identificar e monitorizar desvios à gravidez, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação;</p> <p>1.2 Informar e orientar sobre estilos de vida saudáveis na gravidez;</p> <p>1.3 Efetuar através da entrevista diagnóstica a apreciação de enfermagem (antecedentes familiares, exame físico e obstétrico);</p> <p>1.4 Identifica necessidades da mulher/família através da elaboração da apreciação de enfermagem (cervicometria, estática fetal, ...);</p> <p>1.5 Avaliar bem-estar materno-fetal pelos meios clínicos e técnicos apropriados;</p> <p>1.6 Elaborar diagnósticos de enfermagem adaptando-se ao método de trabalho da unidade de cuidados, onde se desenvolve o estágio;</p> <p>1.7 Estabelece relação terapêutica com a mulher/acompanhante;</p>

	<p>1.8 Executar cuidados de enfermagem à mulher (desenvolve intervenções adequadas ao diagnóstico de enfermagem), incorporando na prática os resultados da investigação válidos e relevantes, assim como outras evidências;</p> <p>1.9 Informa e orienta sobre medidas de suporte para alívio dos desconfortos da gravidez;</p> <p>1.10 Conceber, planejar, implementar e avaliar intervenções à mulher com patologia associada e ou concomitante com a gravidez;</p> <p>1.11 Aplicar os conhecimentos e as técnicas mais adequadas, na prática de enfermagem;</p> <p>1.12 Colaboração com equipa multidisciplinar nas intervenções para Indução do Parto, em Ameaça de parto pré-termo...;</p> <p>1.13 Aplicação de protocolo interno do CHUA para profilaxia intraparto em casos de grávidas com análises laboratoriais positivas a Streptococcus β hemolítico do grupo B (https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0372011-de-30092011-jpg.aspx)</p>
<p><u>Estágio de Ginecologia</u></p> <p>Ginecologia</p> <p>Cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica</p>	
<p>1 Promover a saúde ginecológica da mulher;</p>	<p>1.1 Conceber, planejar, coordenar, supervisionar, implementar e avaliar programas, projetos e intervenções de rastreio no sentido de promover a saúde ginecológica;</p> <p>1.2 Informar e orientar a mulher sobre saúde ginecológica;</p> <p>1.3 Informar e orientar a mulher sobre recursos da comunidade no âmbito da saúde ginecológica, promovendo a</p>

<p>2 Diagnostica precocemente e previne complicações relacionadas com afeções do aparelho génito -urinário e/ou mama.</p> <p>3 Providenciar cuidados à mulher com afeções do aparelho génito-urinário e/ou mama e facilita a sua adaptação à nova situação;</p>	<p>decisão esclarecida;</p> <p>2.1 Diagnosticar e monitorizar potencial de risco da mulher para afeções do aparelho génito -urinário e/ou mama;</p> <p>2.2 Diagnostica e monitoriza afeções do aparelho génito-urinário e/ou mama, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação;</p> <p>2.3 Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com afeções do aparelho génito-urinário e/ou mama, incluindo os conviventes significativos;</p> <p>2.4 Cooperar com outros profissionais no diagnóstico das afeções do aparelho genito-urinário e/ou mama;</p> <p>3.1 Informar e orientar a mulher em tratamento de afeções do aparelho génito-urinário e/ou mama;</p> <p>3.2 Conceber, planejar, implementar e avaliar intervenções à mulher em tratamento de afeções do aparelho génito-urinário e/ou mama;</p> <p>3.3 Conceber, planejar, implementar e avaliar medidas de suporte emocionais e psicológicas à mulher em tratamento de afeções do aparelho génito-urinário e/ou mama, incluindo os conviventes significativos;</p> <p>3.4 Conceber, planejar, implementar e avaliar intervenções à mulher com complicações pós -cirúrgicas de afeções do aparelho génito-urinário e/ou mama;</p> <p>3.5 Cooperar com outros profissionais no tratamento da mulher com afeções do aparelho génito-urinário e/ou mama;</p>
---	--

Apêndice E – Powerpoint mala para a maternidade



 UNIVERSIDADE DE ÉVORA

Preparação para o Nascimento e Parentalidade

 UCC
AlPortellus
Unidade de Cuidados na Comunidade

Mala para a Maternidade

Orientadoras:
Prof. Dra. Maria da Luz Barros
Prof. Françoise Lopes

Enfª Orientadora:
Ana Luísa José

Trabalho realizado por:
Mílene Lózinho



Quando
preparar
a mala?



Antes de preparar a mala



- Lavar toda a roupa do bebé
- Se possível, secar a roupa ao sol / ar livre, pois isso proporciona uma desinfeção biológica
- Cortar todas as etiquetas
- Dar preferência a roupa de algodão, prática e confortável
- Evitar camisolas de lã ou tecidos sintéticos
- Colocar numa bolsa separada a primeira roupa do bebé



Documentos que vão na mala



- Boletim Saúde da Grávida
- Análises, ecografias, CTG e outros exames realizados
- Documento de identificação
- Cartão beneficiário de subsistema saúde ou seguro





Roupa da mãe (Bloco de Partos)



Numa mala de pequenas dimensões:

- 1 camisa de dormir aberta a frente
- 1 cueca descartável ou algodão
- Chinelo de quarto
- Batom hidratante



Primeira roupa do bebé (Bloco de Partos)



No topo da mala num saco separado:

- Conjunto de roupa interior com calção algodão
- Babygrow de algodão quente
- Gorro
- Fralda





Mala da Mãe (Internamento)

- 3 Camisas de noite largas com abertura à frente
- Roupão / toalha de banho
- Chinelos de quarto e de banho
- 2 sutiãs de amamentação
- 5-6 cuecas de algodão ou descartáveis
- Produtos de higiene pessoal com cheiro neutro (champô, gel de banho, escova de dentes e pasta,



escova de cabelo)



Mala da Mãe (Internamento)

- 2 sacos para roupa suja (mãe e bebé)
- Faixa abdominal (em caso de cesariana)
- Almofada de amamentação (opcional)
- Roupa para o dia da alta





Mala da Mãe



- Evitar levar adereços/adornos e materiais de valor
- A maternidade têm pensos higiénicos e cuecas descartáveis mas pode levar as suas pois as do hospital têm um tamanho standard e pode não ser confortável
- Levar água e snacks



Mala do bebé (Internamento)



- 3 mudas de roupa completas:
 - 3 babygrows
 - 3 conjuntos interiores com calça
 - Gorro e meias
- 2 Toalhas de banho com capuz
- 2 Fraldas de pano (opcional)
- Fraldas descartáveis (1 pack)
- Produtos de higiene: (opcional) Escova de cabelo macia
 - Lima de papel para unhas
 - Creme para eritema da fralda

Near Cutest





Mala do Bebê

•Dicas

- Dar preferência a roupa de algodão, confortável e prática;
- Separar as roupas em saquinhos e por dias, identificado com o nome da mãe;
- A primeira roupa deve estar no topo da mala devidamente separada e de fácil acesso;
- Deixar em casa algumas peças prontas;
- Evitar roupas muito quentes para a mãe e bebê;



O que não levar para a Maternidade

- Objetos de valor e dinheiro
- Unhas pintadas/gel
- Próteses dentárias removíveis
- Roupa em excesso





Outras coisas importantes



- Máquina fotográfica com bateria e cartão de memória
- Telemóvel e carregador



Enxoval do bebé em Casa



- Deve ter o enxoval pronto até às 36 semanas
- A roupa do bebe deve ser do tamanho 0-3 meses (evitar comprar o tamanho 0)
- Não exagerar na compra de roupa para bebé (ganha peso e cresce rapidamente)
- Optar por roupa de algodão, adequada à época do ano





Para a Higiene do bebé



- Compressas não esterilizadas
 - Compressas esterilizadas
- 1 tesoura/lima papel/corta unhas para as unhas
 - Termómetro para o banho
 - 1 Escova macia para o cabelo
- Fraldas descartáveis para o bebé (3 – 6 kg)
 - Hidratante para eritema da fralda
- Óleo de banho para o bebé/creme lavante
 - Soro fisiológico (unidose)
- Óleo amêndoas doces



Para a Mãe...



- Soutiens confortáveis para a amamentação
- Creme de lanolina (hidratante para os mamilos)
- Roupa prática (para amamentar)
- Cuecas (descartáveis de preferência de material elástico)
- Pensos higiénicos
- Creme hidratante corpo





Outros acessórios...

- Banheira do bebé
- Cama para o bebé (as grades da cama devem ter no mín. 60 cm de altura e a distância entre as barras deve ser inferior a 6 cm)
- Termómetro digital e para o banho;
- Cadeira de transporte para bebé



Cadeira de Transporte para automóvel





Cadeira de Transporte para automóvel



- Cadeira até aos 13 Kg ou 75 cm
- Para recém-nascidos e crianças até aos 12 meses
- Deve ser utilizada desde a primeira viagem do bebé, da maternidade para casa, e até o mais tarde possível
- O sistema Isofix facilita a colocação e reduz os erros de instalação das cadeirinhas sendo mais seguro.
- Se o carro não tem sistema Isofix deve escolher um modelo homologado pelo regulamento 44 que se instala com o cinto de segurança
- Devem ser sempre instaladas voltadas para trás. É proibida a sua utilização em

lugares equipados com airbag frontal ativo.



Obrigado
pela vossa
presença!

BIBLIOGRAFIA

- Germano de Sousa, Preparação para o parto, Representações Mentais de um grupo de Gravidas de uma área urbana e de uma área rural, Edição 1, 2003.
- Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, Manuel Nené, Carlos Sequeira, 5º Edição 2016, Lidel
- <http://www.arsalgarve.min-saude.pt/noticias/preparação-para-a-maternidade-eparentalidade/>
- <http://www.maemequer.pt/guia-preparação-parto/>
- Nascer saudável, Gravidez e parto informado, Sandra Oliveira, 2017
- BOBAK, Irene et all – “Enfermagem na Maternidade” – 4ª Ed. Lusociência.1999. p.233-251 -Lowdermilk, D.L; Perry, S.E.–Enfermagem na Maternidade. 7ª ed. Loures (2008): Lusodidacta
- <https://www.apsi.org.pt/index.php/pt/component/content/article/2-uncategorised/234a-escolha-da-cadeira-da-adequada>

APÊNDICE F – PANFLETO MALA PARA A MATERNIDADE

A ROUPA DO BEBÉ CUIDADOS A TER:

A roupa deve ser confortável, fácil de vestir e de lavar. O algodão é a fibra natural mais recomendada para estar em contato com a pele do bebé, pois não provoca tantas alergias ou irritações cutâneas, é quente e permite a transpiração. Deve:

- ✚ Lavar toda a roupa do bebé e cortar todas as etiquetas;
- ✚ Optar por modelos que permitam o bebé movimentar-se;
- ✚ Evitar calças e meias com elásticos fortes e apertados;
- ✚ Evitar camisolas de lã ou tecidos sintéticos;
- ✚ Se possível, secar a roupa ao sol / ar livre, pois isso proporciona uma desinfeção biológica;



Preparação da Mala para a Maternidade



Curso de Preparação para o Nascimento

Centro de Saúde S.Brás de Alportel

O que levar para a Maternidade?

A partir da 30ª semana de gestação deve começar a preparar a mala para a maternidade, levar o essencial para o seu conforto e do seu bebé.

Deve colocar no topo da mala em separado dentro de um saco a primeira roupa do bebé e o necessário para a mãe usar na sala de partos.

Para a Mãe no dia do parto:

- ✚ Camisa larga com abertura à frente;
- ✚ 1 Par de cuecas tamanho grande ou uma cueca fralda;
- ✚ Rebuçados;

Primeira roupa do bebé:

- ✚ 1 Conjunto de roupa interior (Body + calça) + 1 babygrow;
- ✚ Fralda;
- ✚ Gorro de algodão;



No internamento em Serviço de Obstetria:

Para a mãe:

- ✚ 3 Camisas largas, com abertura à frente;
- ✚ 1 Roupão ou toalhas de banho;
- ✚ 3 Cuecas de algodão ou descartáveis;
- ✚ 2 Soutiens de amamentação;
- ✚ Cinta abdominal (em caso de cesariana);
- ✚ Chinelos de quarto e de duche;
- ✚ Produtos de higiene Pessoal;
- ✚ Roupa para a alta (roupa que usou grávida);

Para o bebé:

- ✚ 3 Conjuntos de roupa interior e 3 babygrows;
- ✚ 2/3 Fraldas de pano;
- ✚ 2 Toalhas de banho com capuz;
- ✚ Fraldas descartáveis (1 pack);
- ✚ Produtos de higiene (opcional)
- ✚ Escova de cabelo macia
- ✚ Lima de papel para unhas
- ✚ Creme de eritema da fralda



Considerações Importantes

- ✚ Não deve trazer objetos de valor;
- ✚ O uso de telemóvel e máquina fotográfica estão condicionados à autorização prévia;
- ✚ Não esquecer do boletim da grávida e dos exames complementares da gravidez e do cartão de beneficiário do seu sistema de saúde;
- ✚ No momento da alta da maternidade trazer a cadeira de transporte para o automóvel;



Apêndice G – Registos de estágio em cuidados de saúde primários (6 semanas)



DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetria
Plano de Registo de Exames Pré-natais
Cuidados de Saúde Primários (6 semanas)
Estágio CS Ano 2º Semestre 1º/2º
Ano Lectivo 2019/2020

Nome do Aluno Milena Ribeiro Nº 43289

Data	Gravidez Normal	Gravidez Risco	Puerperas	Recém-nasidos	Alecções Ginecológicas	Observações
09/12/19	1		2	2		
10/12/19	2					
09/12/19	1					
13/12/19			3	3		
15/12/19	6				1	
16/12/19	4		1	1		
21/12/19	6					
22/12/19	4					
06/01/20		1				
07/01/20			1	1		
08/01/20	6					
09/01/20			1	1		
10/01/20	6					
13/01/20			2	2		
14/01/20	2					
15/01/20	6					
17/01/20		1				
20/01/20			1	1		
21/01/20	4					
21/01/20		1				
23/01/20	6					
IGIAS	54	3	11	11	1	

Rúbrica do Supervisor _____

Apêndice H – Registos de partos estágio profissional bloco de partos (6 semanas)



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
Plano de Registo - Sala de Partos
Estágio Bloco de Partos Semestre 1º
Ano Lectivo 2019 / 2020

Nome do Aluno: Milene Afonso Nº 43281

Data	Exames Pré-natal	Parto Substâncias	PB Vícos	Genitárias	Outros Partos	parto	parto	PN Normal	PN Misto	Grupos
13/1/19	2	1				1	1	1		
21/1/19	3	1				1	1	1		
24/1/19	3	2				2	2	2		
25/1/19	2	1				—	1	1		
26/1/19	4	1				—	1	1		
28/1/19	3	2				1	2	2		
29/1/19	4	1				1	1	1		
4/2/19	3	1				1	1	1		
5/2/19	2	1				—	1	1		
8/2/19	5	3				2	3	3		
12/2/19	3	1				1	1	1		
13/2/19	2	1				—	1	1		
16/2/19	3	1				—	1	1		
17/2/19	2	1				1	1	1		
18/2/19	3	1				—	1	1		
22/2/19	4	1				—	1	1		
TOTAL	48	20				11	20	20		

Rubrica do Supervisor



Apêndice I – Registo de partos estágio profissional bloco de partos (4 semanas)



DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
Plano de Registo : Sala de Partos
Estágio 8º Ano 2º Semestre 2ª (4 semanas)
Ano Lectivo 2019 /2020

Nome do Aluno: Tilene Lúcio

Nº 43289

Data	Exames Pré-natais	Parto Eutócico	Fêmos	Gêmeares	Outros Partos	Episíol	Suturo	RN Normais	RN Risco	Ginecol
01/06	4	1				1	1	1		
02/06	4	4				4	4	4		
04/06	3	1				1	1	1		
07/06	4	2				1	2	2		
10/06	2	1					1	1		
11/06	3				1 Ventosa				1	
12/06	3	3				2	2	3		
14/06					1 Ventosa			1		
17/06	2	1					1	1		
18/06	3	1					1	1		
19/06	2	2				1	1	2		
24/06	6	4				3	4	4		
26/06	4	4				3	3	4		
27/06	2	1				1	1	1		
TOTALS	42	25			2	17	22	26	1	

Rubrica do Supervisor

Apêndice J- Registos de partos estágio profissional bloco de partos (8 semanas)



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
Plano de Registo - Sala de Partos
Estágio 8^a Ano 2^o Semestre 2^o (8 semanas)
Ano Lectivo 2019/2020

Nome do Aluno Milene António Nº 43289

Data	Exames Pré-natais	Período Eutócico	Pérvicos	Geminares	Outros Partos	Episiot	Sutura	RN Normais	RN Risco	Ginecol
29/06	2	1					1	1		
01/07	1	1						1		
02/07	1	1						1		
09/07	2	1				1	1	1		
11/07	3	1				1	1	1		
12/07	2	1				1	1	1		
13/07	4	2				2	2	2		
16/07	4	4				1	1	4		
18/07	3	2				1	2	2		
20/07	4	2				2	2	2		
21/07	4	1						1		
28/07	2	1						1		
30/07	2	2				2	2	2		
31/07	3	1				1	1	1		
01/08	2	1				1	1	1		
04/08	3	1						1		
05/08	3	2				1	1	1	1	
06/08	4	3				2	2	3		
07/08	3	1					1	1		
08/08	4	4				1	2	4		
10/08	2	1						1		
12/08	2	1						1		
15/08	2	2					2	2		
16/08	4	3					2	3		
18/08	3	1				1	1	1		
21/08	3	1				1	1	1		
Totais	72	42				19	27	41	1	

Rubrica do Supervisor

Apêndice L – Registos de estágio profissional de grávidas/ginecologia (6 semanas)

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia
Plano de Registo - Grávidas /Ginecologia
Estágio Grávidas Ano 2 Semestre 2
Ano Lectivo 2019 /20 20

Nome do Aluno Milene António Nº 43281

Data	Grávidas de risco	Afeções ginecológicas	Observações
28/10/2019	3		
29/10/2019	4		
30/10/2019	3		
31/10/2019	3		
04/11/2019	6		
05/11/2019	3		
06/11/2019	4		
08/11/2019	1		
12/11/2019	3		
13/11/2019	3		
14/11/2019		5	
20/11/2019		6	
23/11/2019		3	
29/11/2019		3	
28/11/2019		4	
29/11/2019		3	
02/12/2019		2	
04/12/2019		4	
05/12/2019		4	
06/12/2019		5	
09/12/2019		4	
TOTAIS	35	43	

Rubrica do Supervisor

Anexos

Anexo A – Autorização Serviços académicos da Universidade de Évora



Documento	1	9	0	3	4
-----------	---	---	---	---	---

**Comissão de Ética para a Investigação Científica
nas Áreas de Saúde Humana e Bem-Estar
Universidade de Évora**

A Comissão de Ética para a Investigação Científica nas Áreas da Saúde Humana e do Bem-Estar vem deste modo informar que os seus membros,

Prof.^a Doutora Margarida Amoedo
Prof.^a Doutora Fátima Jorge
Prof.^a Doutora Sandra Leandro
Prof. Doutor Luís Sebastião
Prof. Doutor Armado Raimundo
Prof. Doutor Fernando Capela
Prof. Doutor Paulo Infante,

deliberaram dar

Parecer Positivo

para a realização do Projeto: *"Prontidão materna no regresso a casa: Autocuidado e Cuidados ao Recém-nascido."* pela mestranda **Milene dos Santos Flora Lúzinho**, sob a supervisão da Prof.^a Doutora Maria da Luz Ferreira Barros (responsável académica).

Universidade de Évora, 16 de dezembro de 2019

O Presidente da Comissão de Ética



(Professor Doutor Jorge Quina Ribeiro de Araújo)

Anexo B – Autorização Comissão Ética CHUA

E-mail – Milene Santos Flora Lozinho – Outlook - Google Chrome
outlook.office.com/mail/deeplink?version=20200921004.08&popoutv2=1

Responder a todos | Eliminar | Lixo | Bloquear

Autorização do CA: Estudo - Prontidão Materna no regresso a casa: Autocuidado e cuidado ao recém-nascido (Ref.ª UAIF 44-2020)

U Unidade Apoio Investigacao - Unidade Faro
qua, 16/09/2020 12:44
Para: milenelozinho@gmail.com; Milene Santos Flora Lozinho
Cc: Director Servico Obstetricia; Enfermeiro Chefe Obstetricia; Marisa Isabel Peres Caixas

Exma. Sra. Enfermeira Milene dos Santos Flora Lózinho.


Na sequência do pedido de autorização para o estudo mencionado em epígrafe, informamos que o mesmo mereceu o parecer favorável da nossa Comissão de Ética, tendo sido autorizado pelo Conselho de Administração em 14/09/2020, nos termos propostos obrigatoriamente, a salvaguardar por esta Unidade de Apoio à Investigação - Centro de Formação, Investigação e Conhecimento (CFIC).

"1 – O CFIC deverá informar os proponentes que o Centro Hospitalar Universitário do Algarve deve ser referido em todas as publicações, comunicações, posters, trabalhos, etc.. decorrentes do estudo."
"2 – Devem ser informados os proponentes que deverão comunicar ao CFIC todas as publicações, comunicações, posters, trabalhos, etc.. decorrentes do estudo."

Deverá ainda dar conhecimento ao CFIC da data de encerramento do estudo, e enviar-nos, em resposta a este email, o relatório final da investigação até 90 dias após a sua conclusão.

Com os melhores cumprimentos,

Paula Vala, Enfermeira
Responsável da Unidade de Apoio à Investigação – Faro
Centro de Formação, Investigação e Conhecimento
Centro Hospitalar Universitário do Algarve
Telefone: 289891238
Ext: 13553/4



Responder | Responder a todos | Reencaminhar

11:26 01/10/2020

Anexo C – Estrutura Orgânica CHUA Faro – Departamentos Médicos

Estrutura orgânica



Serviços Clínicos Departamentalizados

Departamento de Cirurgia
Serviço de Cirurgia Geral 1
Serviço de Cirurgia Geral 2
Serviço de Cirurgia Geral 3
Serviço de Cirurgia Plástica e Reconstructiva
Serviço de Estomatologia
Serviço de Ginecologia
Serviço de Neurocirurgia
Serviço de Oftalmologia
Serviço de Ortopedia 1
Serviço de Ortopedia 2
Serviço de Otorrinolaringologia
Serviço de Urologia

Departamento de Emergência, Urgência e Cuidados Intensivos
Serviço de Urgência Polivalente
Serviço de Medicina Intensiva 1
Sala de Emergência/Reanimação (Sala de Diretos)
Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) 1
Unidade de Cuidados Intermédicos do Serviço de Urgência (UCSU) 1
Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) - Faro e Albufeira
Serviço de Urgência Médico Cirúrgicas
Serviço de Medicina Intensiva 2
Sala de Emergência/Reanimação
Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) 2
Unidade de Internamento de Doentes Agudos (UIDA)
Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) - Portimão
Serviço de Urgência Básica

Departamento Materno-Infantil
Serviço de Medicina Intensiva Pediátrica e Neonatal
Serviço de Obstetria
Serviço de Obstetria/Ginecologia
Serviço de Pediatria

Departamento de Medicina
Serviço de Cardiologia
Unidade de Cuidados Intensivos Coronários
Unidade de Reabilitação Cardíaca
Unidade de Hemodinâmica e Cardiologia de Intervenção
Serviço de Dermatologia
Serviço de Gastroenterologia
Serviço de Hematologia Clínica
Serviço de Doenças Infecciosas
Serviço de Medicina Interna 1
Unidade de Diabetologia
Unidade de Imunoalergologia
Serviço de Medicina Interna 2
Serviço de Medicina Interna 3
Unidade de Imunodeficiência
Serviço de Medicina Interna 4
Unidade de Imunodeficiência
Unidade de Diabetologia
Unidade de Doenças Auto Imunes
Unidade de Hipertensão Arterial
Serviço de Medicina Interna 5
Serviço de Medicina Interna 6
Serviço de Nefrologia
Serviço de Neurologia
Unidade de AVC
Serviço de Oncologia
Serviço de Pneumologia
Serviço de Reumatologia

Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental
Serviço de Psiquiatria 1
Unidade de Psiquiatria da Infância e Adolescência;
Serviço de Psiquiatria 2
Unidade de Psicologia

Serviços Clínicos Não Departamentalizados

Serviço de Anatomia Patológica
Serviço de Anestesiologia 1
Serviço de Anestesiologia 2
Serviço de Cuidados Paliativos e Convaléscentia Hospitalar
Serviço de Imuno-hemoterapia
Serviço de Medicina Física e de Reabilitação
Serviço de Patologia Clínica
Serviço de Radiologia

Serviços de Apoio

Serviços de apoio à prestação de cuidados de saúde
Serviço de Dietética e Nutrição
Serviço de Esterilização
Serviço Farmacêuticos
Serviço de Assistência Espiritual e Religiosa
Serviço Logísticos de Cirurgia (bloco operatórios)
Serviço de Psicologia
Serviço Social e Gabinete do Cidadão
Núcleo de Transportes

Serviços e gabinetes de apoio à gestão e logística geral

Centro de Formação, Investigação e Desenvolvimento
Gabinete de Comunicação
Serviço de Aprovisionamento
Serviço de Contencioso e Apoio à Contratação
Serviços Gerais e Ambiente
Serviço de Gestão de Doentes
Serviço de Gestão Documental
Serviço de Gestão Financeira
Serviço de Gestão do Sistema de Faturação
Serviços Hoteleiros
Serviço de Informática
Serviço de Instalações e Equipamentos
Serviços Jurídicos e Assessoria Legal
Serviço de Saúde Ocupacional
Serviço de Codificação
Serviço de Gestão de Recursos Humanos

Comissões Técnicas e Órgãos Consultivos

1. Comissões Técnicas
Comissão de Ética
Comissão de Farmácia e Terapêutica
Comissão da Qualidade e Segurança do Doente
Comissão de Prevenção e Controlo da Infecção e da Resistência aos Antimicrobianos
Comissão de Coordenação Oncológica
Comissão Técnica de Certificação da Interrupção Voluntária da Gravidez
Comissão para o Aleitamento Materno
Equipa de Gestão de Altas
Núcleo Hospitalar de Apoio a Crianças e Jovens em Risco

2. Órgãos Consultivos

Conselho Consultivo Geral
Conselhos Consultivos Setoriais
Departamento de Emergência, Urgência e Cuidados Intensivos
Departamento de Cirurgia
Departamento Materno/Infantil
Departamento de Medicina
Departamento de Psiquiatria

