

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

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Relatório de Estágio

## **Tornar-se Mãe: Narrativa das Parturientes em Tempo de Pandemia**

Maria da Conceicao Carola e Fona

Orientador(es) | M. Sim-Sim

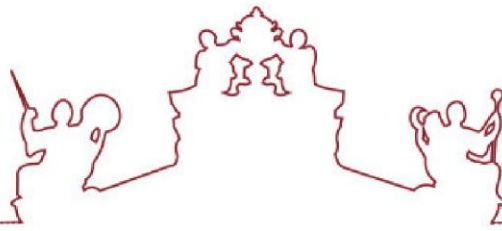
Évora 2024

---

---

---

---



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

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Relatório de Estágio

## **Tornar-se Mãe: Narrativa das Parturientes em Tempo de Pandemia**

Maria da Conceicao Carola e Fona

Orientador(es) | M. Sim-Sim

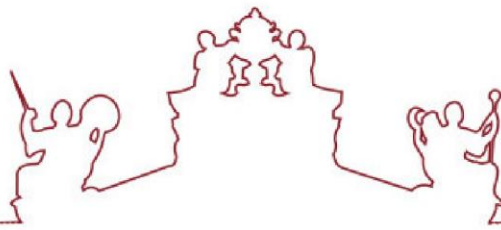
Évora 2024

---

---

---

---



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

Presidente | Maria Otília Brites Zangão (Universidade de Évora)

Vogais | M. Sim-Sim (Universidade de Évora) (Orientador)  
Silvia Navarro Prado (Universidad de Granada) (Arguente)

To have been always what I am - and so changed from what I was.

– Samuel Beckett

## AGRADECIMENTOS

O presente relatório é o resultado de um trabalho árduo e dedicado, que se assemelha a uma gravidez muito desejada, porém, vivenciada em contexto de elevado risco. O processo foi prolongado para lá das 42 semanas, culminando num parto distócico, repleto de emoções que só um filho pode trazer.

Gostaria de expressar a minha gratidão a todas as docentes deste Mestrado, em especial à Professora Doutora Margarida Sim-Sim, que foi a parteira que eu precisava ter a meu lado: foi capaz de dizer as palavras que eu necessitava ouvir e compartilhou comigo o seu imenso conhecimento e experiência, em horas incalculáveis.

Sou grata a todas as mulheres que fizeram parte deste caminho: profissionais de saúde, utentes, colegas, família, amigas e estranhas na rua. Cada uma delas deixou em mim uma marca e juntas, essas marcas, ressoam na sinfonia do que para mim se tornou o significado de ser Mulher. Elas sabem quem são.

Também gostaria de agradecer a três homens: um que não acreditava que eu poderia ser enfermeira, outro que nunca me deixou desistir e um terceiro que me ama incondicionalmente todos os dias.

Sinto que todo este percurso foi motivado por um profundo amor e pelo desejo de mudar o mundo, mesmo que seja pela mudança de uma única pessoa - eu. Agora, com o terminar deste relatório, inicia-se uma nova fase, repleta de possibilidades e oportunidades, pois este fim é tão só um novo começo.

## RESUMO

**TÍTULO:** Tornar-se Mãe - Narrativa das Parturientes em Tempo de Pandemia

**Introdução:** O exercício em Saúde Materna e Obstétrica requer a aquisição de competências, baseadas em orientações nacionais/internacionais. Tal, radica-se na formação do 2º ciclo, que após fase teórica, coloca o estudante na clínica. **Objetivo:** Documentar experiências clínicas, ilustrando práticas de cuidado e uso de ferramentas de pesquisa. **Metodologia:** Descrição das experiências clínicas vividas e exploração da temática dos cuidados à parturiente em período de Pandemia SARS-Cov2. Reflexão sustentada pela vivência/experiência clínica supervisionada, além de estratégias como diários, estudos de caso e revisões temáticas. **Resultados:** A aquisição de competências foi bem-sucedida, evidenciada por avaliações positivas. O estudo aprofundado ampliou conhecimento sobre as experiências do trabalho de parto em tempos de crise e estratégias adaptativas adotadas. Colheram-se outros benefícios, explorando recursos na descrição e análise da experiência acadêmica. **Conclusões:** A aquisição de competências é essencial para cuidados de qualidade. O estudo das narrativas destaca a relevância da vivência singular ao tornar-se mãe.

**Descritores (DeCS):** Parto; Trabalho de Parto; Narração; Pandemias; Enfermeiras Obstétricas.

## **ABSTRACT**

**TITLE:** Becoming a Mother - Narratives of Parturients in Times of Pandemic

**Introduction:** Exercise in Maternal and Obstetric Health requires the acquisition of skills based on national/international guidelines. This is rooted in the second-cycle training, which, after a theoretical phase, places the student in the clinical setting. **Objective:** Documenting clinical experiences, illustrating care practices, and the use of research tools. **Methodology:** Description of lived clinical experiences and exploration of the theme of care for parturients during the SARS-CoV-2 pandemic. Reflection supported by supervised clinical experience, as well as strategies such as journals, case studies, and thematic reviews. **Results:** The acquisition of skills was successful, as evidenced by positive evaluations. In-depth study expanded knowledge of the experiences of labor during times of crisis and the adaptive strategies adopted. Other benefits were also gained by exploring resources in the description and analysis of the academic experience. **Conclusions:** The acquisition of skills is essential for quality care. The study of narratives highlights the significance of the unique experience of becoming a mother.

**Descriptors:** Parturition; Labor, Obstetrics; Narration; Pandemics; Nurse Midwives.

# Índice

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	<b>12</b>
<b>2. CONTEXTO CLÍNICO DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL</b> .....	<b>14</b>
<b>2.1. CARATERIZAÇÃO DO CONTEXTO</b> .....	<b>14</b>
2.1.1. INTERNAMENTO DE GRÁVIDAS COM PATOLOGIA OBSTÉTRICA – CC1 .....	15
2.1.1.1. Caraterização dos recursos materiais na área de obstetrícia - CC1.....	16
2.1.1.2. Caraterização dos recursos humanos na área de obstetrícia - CC1 .....	18
2.1.2. CONSULTAS EXTERNAS – CC2.....	19
2.1.2.1. Caraterização dos recursos materiais na área de obstetrícia - CC2 .....	20
2.1.2.2. Caraterização dos recursos humanos na área de obstetrícia - CC2.....	21
2.1.3. BLOCO DE PARTOS - CC3 .....	22
2.1.3.1. Caraterização dos recursos materiais na área de obstetrícia – CC3.....	23
2.1.3.2. Caraterização dos recursos humanos na área de obstetrícia – CC3.....	24
2.1.4. BLOCO DE PARTOS E PUERPÉRIO – CC4 .....	26
2.1.4.1. Caraterização dos recursos materiais na área de obstetrícia – CC4.....	26
2.1.3.2. Caraterização dos recursos humanos na área de obstetrícia - CC4.....	28
<b>2.2. METODOLOGIA DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL</b> .....	<b>29</b>
2.2.1. OBJETIVOS DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL .....	30
2.2.2. ABORDAGEM METODOLÓGICA DAS PRÁTICAS CLÍNICAS NO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL .....	31
2.2.2.1. Estratégias de observação e treino clínico.....	31
2.2.2.2. Estratégias de reflexões temáticas .....	31
2.2.2.3. Estratégias de pesquisa bibliográfica para revisão temática .....	32
2.2.2.4. Estratégias de aprofundamento temático com estudo de caso.....	33
2.2.2.5. Outras estratégias para o desenvolvimento de competências.....	34
<b>3. CONTRIBUTO PARA A ASSISTENCIA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA</b> .....	<b>35</b>
<b>3.1. CONCETUALIZAÇÃO – REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	<b>35</b>
3.1.2. ANÁLISE DOS RESULTADOS DA REVISÃO COMO CONTRIBUTO PARA O DESENVOLVIMENTO DA TEMÁTICA.....	38
3.1.2.1. <i>Síntese da revisão temática à luz do Modelo de Cuidados de Davis-Floyd</i> .....	39
<b>3.2. CARATERIZAÇÃO DOS CASOS ASSISTIDOS NA CLÍNICA DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL</b> .....	<b>55</b>
3.2.1. CARATERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DOS CASOS ASSISTIDOS .....	55
<b>4. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE MOBILIZAÇÃO DE COMPETÊNCIAS</b> .....	<b>67</b>



<b>4.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA .....</b>	<b>67</b>
A - RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL .....	67
B - MELHORIA CONTINUA DA QUALIDADE .....	72
C - GESTÃO DOS CUIDADOS .....	75
D- DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS .....	78
<b>4.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA .....</b>	<b>82</b>
COMPETÊNCIA 1 - CUIDA A MULHER INSERIDA NA FAMÍLIA E COMUNIDADE NO ÂMBITO DO PLANEAMENTO FAMILIAR E DURANTE O PERÍODO PRÉ-CONCEPCIONAL. ....	82
COMPETÊNCIA 2 – CUIDAR A MULHER INSERIDA NA FAMÍLIA E COMUNIDADE DURANTE O PERÍODO PRÉ-NATAL.....	85
COMPETÊNCIA 3 – CUIDA A MULHER INSERIDA NA FAMÍLIA E COMUNIDADE DURANTE O TP.....	90
COMPETÊNCIA 4 – CUIDA A MULHER INSERIDA NA FAMÍLIA E COMUNIDADE DURANTE O PERÍODO PÓS-NATAL.....	99
COMPETÊNCIA 5 – CUIDA A MULHER INSERIDA NA FAMÍLIA E COMUNIDADE DURANTE O PERÍODO DO CLIMATÉRIO.....	106
COMPETÊNCIA 6 – CUIDA A MULHER INSERIDA NA FAMÍLIA E COMUNIDADE A VIVENCIAR PROCESSOS DE SAÚDE/DOENÇA GINECOLÓGICA.....	107
COMPETÊNCIA 7 – CUIDA O GRUPO-ALVO (MULHERES EM IDADE FÉRTIL) INSERIDO NA COMUNIDADE.....	108
 <b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>111</b>
 <b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>113</b>
 <b>ANEXO 1: ELOGIO.....</b>	<b>127</b>
<b>APÊNDICE A: PROPOSTA DE PROJETO .....</b>	<b>129</b>
<b>APÊNDICE B: REGISTO DOS TURNOS REALIZADOS NOS DIFERENTES CC.....</b>	<b>132</b>
<b>APÊNDICE C: REGISTO DE EXPERIÊNCIAS CLÍNICAS.....</b>	<b>133</b>
<b>APÊNDICE D: JORNAIS DE APRENDIZAGEM .....</b>	<b>146</b>
<b>APÊNDICE E: EXERCÍCIO DE REVISÃO DA LITERATURA.....</b>	<b>180</b>
<b>APÊNDICE F: ESTUDO DE CASO .....</b>	<b>194</b>
<b>APÊNDICE G: DRAFT INICIAL PARA O REGISTO EM BALCÃO.....</b>	<b>195</b>
<b>APÊNDICE H: DIAGRAMA PRISMA.....</b>	<b>197</b>
<b>APÊNDICE I: RESUMO DOS ARTIGOS IDENTIFICADOS NA FASE DE SCREENING .....</b>	<b>198</b>
<b>APÊNDICE J: ARVORES DE CONCEITOS.....</b>	<b>201</b>

## Índice de Tabelas

TABELA 1 - CAMPOS CLÍNICOS DO 1º SEMESTRE DO 2º ANO.....	14
TABELA 2 - CAMPOS CLÍNICOS DO 1º SEMESTRE DO 2º ANO.....	15
TABELA 3 - CASUÍSTICA DOS PARTOS NO CC1 NOS ÚLTIMOS CINCO ANOS.....	19
TABELA 4 - CASUÍSTICA OS PARTOS NO CC2 NOS ÚLTIMOS CINCO ANOS.....	22
TABELA 5 - CASUÍSTICA DOS PARTOS NO CC3 NOS ÚLTIMOS CINCO ANOS.....	26
TABELA 6 - CASUÍSTICA DOS PARTOS NO CC4 NOS ÚLTIMOS CINCO ANOS.....	29
TABELA 7 – IDADE DAS MULHERES E IDADE GESTACIONAL (MÉDIA, MEDIANA, MODA, MÁXIMO E MÍNIMO).....	55
TABELA 8- FREQUÊNCIA DO MOTIVO DE INTERNAMENTO.....	56
TABELA 9- FREQUÊNCIAS DAS FASES DE TP COM ATENDIMENTO PELA MESTRANDA ....	58
TABELA 10 – PESO E GANHO DE PESO (EM KG).....	59
TABELA 11 – FREQUÊNCIA DO USO DE ANALGESIA E MÉTODO.....	61
TABELA 12 – TEMPO DECORRIDO ENTRE A ADMISSÃO E A EXPULSÃO (MEDIDAS DE TENDÊNCIA CENTRAL).....	61
TABELA 13 – TEMPO DE INTERNAMENTO EM DIAS (MEDIDAS DE TENDÊNCIA CENTRAL).....	61
TABELA 14- PESO DO RN À NASCENÇA (MEDIDAS DE TENDÊNCIA CENTRAL).....	63
TABELA 15 – FREQUÊNCIA DAS RESPOSTAS CATEGORIZADAS À QUESTÃO SOBRE CAPACIDADE PESSOAL E DESEMPENHO DURANTE O TP.....	63
TABELA 16- FREQUÊNCIA DAS RESPOSTAS CATEGORIZADAS À QUESTÃO SOBRE APOIO DURANTE O TP.....	64
TABELA 17 - FREQUÊNCIA DAS RESPOSTAS CATEGORIZADAS À QUESTÃO SOBRE SEGURANÇA DURANTE O TP.....	65
TABELA 18 - FREQUÊNCIA DAS RESPOSTAS CATEGORIZADAS À QUESTÃO SOBRE EXPECTATIVAS E EXPERIÊNCIAS COM O TP.....	66

## Índice de Figuras

FIGURA 1 - MAPA DAS ÁREAS DE INFLUÊNCIA DOS CC ONDE DECORRERAM OS ENPRF..	15
FIGURA 2 - EXEMPLO DA INTERFACE DO SOFTWARE RAYYAN .....	33
FIGURA 3 - EXEMPLO DA UTILIZAÇÃO DO SOFTWARE RAYYAN .....	36
FIGURA 4- NUVEM DE PALAVRAS-CONCEITOS.....	37
FIGURA 5- NUVEM DE PALAVRAS – LOCALIZAÇÃO GEOGRÁFICA .....	37
FIGURA 6 - FASE DE SCREENING: ARTIGOS INCLUÍDOS NA REVISÃO TEMÁTICA.....	37
FIGURA 7- PRINCIPAIS IDEIAS, POR AUTOR, REFERENTES AO MODELO TECNOCRÁTICO DE CUIDADOS .....	42
FIGURA 8 - PRINCIPAIS IDEIAS, POR AUTOR, REFERENTES AO MODELO HUMANIZADO DE CUIDADOS .....	46
FIGURA 9- PRINCIPAIS IDEIAS, POR AUTOR, REFERENTES AO MODELO HOLÍSTICO DE CUIDADOS .....	47
FIGURA 10 - PRINCIPAIS IDEIAS, POR AUTOR, REFERENTES AOS BENEFÍCIOS INESPERADOS DOS CUIDADOS PANDÉMICOS .....	50
FIGURA 11 - PRINCIPAIS IDEIAS, POR AUTOR, REFERENTES AOS PREJUÍZOS INESPERADOS DOS CUIDADOS PANDÉMICOS .....	52
FIGURA 12 -FREQUÊNCIA DO IO-PARTOS DE TERMO .....	56
FIGURA 13 - FREQUÊNCIA DO IO-ABORTO .....	57
FIGURA 14 - FREQUÊNCIA DO IO-FILHOS VIVOS.....	57
FIGURA 15- FREQUÊNCIA DO TIPO DE PARTO .....	58
FIGURA 16- FREQUÊNCIA DA OCORRÊNCIA DE LACERAÇÕES (EM GRAU).....	59
FIGURA 17 – FREQUÊNCIA DO IMC PRÉ-GRAVÍDICO.....	60
FIGURA 18 – DISTRIBUIÇÃO RELATIVA AO AUMENTO DE PESO DURANTE A GRAVIDEZ..	60
FIGURA 19- FREQUÊNCIA DO SEXO APARENTE À NASCENÇA .....	62
FIGURA 20- FREQUÊNCIA DO ÍNDICE DE APGAR AO 1º MINUTO DE VIDA .....	62

## 1. INTRODUÇÃO

O Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MESMO), lecionado pela Universidade de Évora (UÉ) é um curso de 2º ciclo, registado na Direcção-Geral do Ensino Superior (i.e., R/A-Ef 1783/2011/AL03), com parecer favorável da Ordem dos Enfermeiros (OE) (i.e., SAI-OE/2017/9022 e SAI-OE/2019/5981), que confere conhecimentos e competências, permitindo posteriormente a atribuição do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEEESMO). Dá assim resposta ao Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (CCEE) (i.e., Reg. nº 140/2019 de 6 de fevereiro) e ao Regulamento das Competências do EEEESMO (i.e., Reg. nº 391/2019 de 3 de maio). Munido destas competências o EEEESMO presta cuidados no âmbito da vigilância de saúde da mulher ao longo do seu ciclo reprodutivo, nos processos de saúde/doença dos períodos pré-concepcional, pré, intra e pós-natal e ao recém-nascido (RN) até ao 28º dia de vida.

Segundo as orientações do plano de Estudos da UÉ (i.e., Aviso n. 15812/2019; DR 7/10/2019) coincidente nos conteúdos com a nova legislação do ano 2021 (i.e., Aviso no 3916/2021; Diário da República, 2ª Série, no 43 de 3 março) ocorre no 2º ano do MESMO a Unidade Curricular (UC) Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final (ENPRF).

O presente Relatório Final resulta do desenvolvimento do disposto no pré-projecto submetido aos Serviços Académicos (Apêndice A), onde foram enunciadas as competências que se pretendiam adquirir e desenvolver. O ENPRF, organizado em 60 ECTS, iniciou-se em 16/09/2019 e terminou em 23/08/2020, com um interregno devido ao período pandémico. Os campos clínicos onde ocorreram as experiências foram vários, tais como Consultas Externas, Internamento de Grávidas, de Puérperas e Bloco de Partos.

Os objetivos do ENPRF dirigem-se a:

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

Concomitantemente, conforme orientação pedagógica, desenvolveu-se uma temática que dá título ao Projeto e posterior Relatório, que se reportou às experiências das mulheres em Trabalho de Parto (TP) em contexto de Pandemia Covid, permitindo o treino de conhecimentos, métodos, programas e ferramentas de investigação. Nesse sentido, é de suma importância abordar a temática da experiência de TP durante a fase pandémica, pois a sociedade, como um

todo e os prestadores de cuidados, especificamente, enfrentaram inúmeras mudanças na tentativa de dar resposta a esta ameaça à saúde pública. Essas mudanças trouxeram desafios e impactos significativos para as mulheres grávidas em TP. Foi assim fundamental compreender e explorar essas experiências de modo a oferecer um cuidado adequado e apoio emocional durante esse período crítico. O objetivo da exploração dessa temática foi: contribuir para o conhecimento científico através de *insights* valiosos sobre os aspetos desafiadores e adaptativos do TP durante a pandemia. Acredita-se ter acrescentado informação sobre práticas de cuidado eficazes e compassivos.

O atual documento, cujo objetivo é documentar experiências clínicas, ilustrando práticas de cuidado e uso de ferramentas de pesquisa, encontra-se organizado em secções, conforme as orientações pedagógicas. Aplicou-se o acordo ortográfico de 2009, conforme circular nº 4 de 2011 da Universidade de Évora. O documento está redigido de acordo com a norma *American Psychological Association* (APA, 2020) e a Ordem de Serviço n.º 01/2023.

## 2. CONTEXTO CLÍNICO DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

Neste capítulo, irá caracterizar-se o contexto clínico onde decorreu o ENP.

O contexto clínico, ou ambiente clínico de aprendizagem, abrange as dimensões física, mental (ou cognitiva), emocional e espiritual, nas quais o aluno tem a possibilidade de realizar a experiência prática conducente ao desenvolvimento de competências. A aprendizagem em contexto clínico surge como componente fundamental na educação/formação em Enfermagem, sendo crucial a satisfação do aluno, para promover experiências positivas (Philips et al, 2019). Assim facilita-se a integração da teoria no exercício clínico (Mbakaya et al, 2020).

A realização do ENP careceu da apresentação e submissão de um projeto (Apêndice A) onde: a) se enumeraram as competências a desenvolver ao longo dos ensinamentos clínicos em diferentes contextos; b) se propôs o aprofundamento teórico de conhecimentos numa área temática que confere o título ao projeto; c) se contextualizou a importância da escolha desta temática e se planeou cronologicamente a realização das tarefas.

### 2.1. CARATERIZAÇÃO DO CONTEXTO

O ENP ocorreu em diversos campos clínicos. Criou-se a oportunidade de observar e prestar cuidados especializados supervisionados a grávidas, puérperas e RN, tanto saudáveis como com desvio de saúde e também a uterinas com ocorrências do foro ginecológico, tanto por razões de desenvolvimento como por patologia. Em todos os casos, entendeu-se cada pessoa, de forma holística, considerando-a não de forma isolada, mas com pertença a uma família, a uma cultura, no enquadramento do seu passado, presente e previsibilidade de futuro. O 1º Semestre teve início em 16 de setembro de 2019 e terminou em 31 de janeiro de 2020. Abrangeu dezoito semanas de ensino clínico, em três campos clínicos distintos, como apresenta a tabela 1.

*Tabela 1 - Campos Clínicos do 1º Semestre do 2º Ano*

1º Semestre – 2º Ano		
Período	Semanas	Campo Clínico
16/09 a 27/10/2019	6	CC1 – Internamento de Grávidas
28/10 a 8/12/2019	6	CC2 – Consultas Externas
9/12/2019 a 31/01/2020	6	CC3 – Bloco de Partos

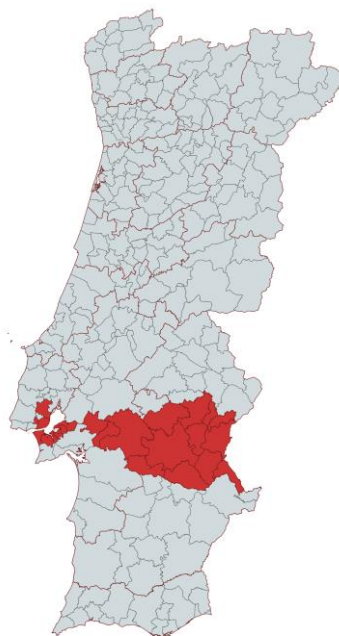
O 2º Semestre teve início em 10 de fevereiro e foi interrompido em 9 de março de 2020, devido à pandemia por Sars-Cov2. Reiniciou em 1 de junho e terminou em 23 de agosto de 2020. Compreendeu as semanas previstas de ensino clínico em dois campos clínicos distintos, como apresentado na tabela 2, cumprindo-se as horas curriculares definidas. No documento

constante no Apêndice B pode ser observado de forma detalhada o registo dos turnos realizados em cada campo clínico.

*Tabela 2 - Campos Clínicos do 1º Semestre do 2º Ano*

Período	2º Semestre – 2º Ano	
	Semanas	Campo Clínico
10/02 a 8/03/2020	4	CC4 - Bloco de Partos
01/06 a 28/06/2020	4	CC4 - Puerpério
29/06 a 23/08/2020	8	CC4 - Bloco de Partos

No âmbito dos serviços tutelados pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS), houve a oportunidade de conhecer a realidade dos cuidados em várias unidades de saúde. Tal foi enriquecedor para a mestranda, pois a convivência com outras comunidades profissionais abriu perspectivas para diferentes métodos/formas de exercício da profissão e facilitou o contacto com casos/diagnósticos/situações clínicas variadas. A mestranda teve assim oportunidade de conhecer localmente o ambiente de cuidados de alguns serviços localizados nas zonas geográficas indicadas na figura 1.



*Figura 1 - Mapa das áreas de influência dos CC onde decorreram os ENPRF*

### **2.1.1. Internamento de grávidas com patologia obstétrica – CC1**

O Campo Clínico (CC) onde ocorreu este estágio pertence a um hospital universitário que integra o SNS. Fica localizado numa cidade capital de distrito.

Em termos estratégicos o hospital onde se insere o Campo Clínico 1 (CC1) aposta em várias vertentes que sumariamente se enunciam: 1) manutenção e promoção da qualidade e

diferenciação dos cuidados prestados, 2) promoção do ensino, 3) inovação, 4) desenvolvimento científico, 5) investigação, 6) internacionalização, 7) articulação com outras instituições a par com medidas de reforma estrutural, de contenção e redução de custos e logo de sustentabilidade da sua gestão e do seu funcionamento. In: <https://www.sns.gov.pt/entidades-de-saude/centro-hospitalar-de-lisboa-norte-epe/>.

Enquanto estabelecimento hospitalar público, geral, central e altamente diferenciado em tecnologias e saberes, presta cuidados de saúde ao cidadão dentro da sua capacidade e no âmbito da sua responsabilidade. A atividade, centrada no utente, através da prestação de cuidados de saúde diferenciados à população da sua zona de influência direta, abarca também a referenciação diferenciada em múltiplas áreas clínicas, no contexto regional, nacional e dos países de expressão portuguesa.

A população residente na sua área de influência (média em 2019) é de 508368 habitantes (<https://www.pordata.pt/Municipios/População+residente++média+anual-359>).

#### *2.1.1.1. Caraterização dos recursos materiais na área de obstetrícia - CCI.*

O Departamento de Obstetrícia, Ginecologia e Medicina da Reprodução fica situado na Torre 7, distribuído pelos diferentes pisos. Tem por missão proporcionar uma elevada qualidade técnica e humana no atendimento a grávidas com necessidades de cuidados hospitalares. Exerce uma atividade assistencial no âmbito da especialidade, com particular diferenciação nas áreas da doença materna pré-existente, aborto e gravidez não evolutiva, diagnóstico pré-natal, medicina fetal, versão cefálica externa, acretismo placentário, indução do trabalho de parto, ecografia intraparto e monitorização fetal intraparto. No que respeita às doenças maternas pré-existentes e ao diagnóstico pré-natal, o Serviço presta apoio às regiões Sul e Oeste do país.

O departamento oferece as seguintes valências:

Consulta de baixo risco (CBR) - Assegura a vigilância de gestações de baixo risco de funcionárias do hospital e de grávidas referenciadas pelos cuidados de saúde primários, na fase final da gravidez;

Consulta de medicina materno-fetal (CMMF) - Assegura a vigilância de gestações com doença materna pré-existente, doença específica da gravidez e risco aumentado de doença fetal. Esta consulta é multidisciplinar, tendo o apoio de especialistas de outros Serviços do hospital, tais como Endocrinologia, Genética, Reumatologia, Imunoalergologia, Infeciologia, Nefrologia e Cardiologia Pediátrica;

Consulta de interrupção da gravidez (CIG) - Assegura os cuidados assistenciais a mulheres que pretendem interromper voluntariamente a gravidez;



Unidade de ecografia e diagnóstico pré-natal (UDPN) - Assegura a realização de ecografias da gravidez e de técnicas de diagnóstico pré-natal;

Unidade de internamento de medicina materno-fetal (UIMMF) - Assegura os cuidados assistenciais às grávidas que necessitam de internamento hospitalar, maturações cervicais e observação de curta duração;

Serviço de internamento do puerpério (SIP) - Assegura os cuidados assistenciais às puérperas e aos recém-nascidos nos primeiros dias após o parto. É um Hospital Amigo dos Bebés desde 2012, uma certificação da UNICEF em colaboração com a Comissão Nacional Iniciativa Amiga dos Bebés;

Serviço de urgência de obstetria e ginecologia (SUOG) - Assegura um atendimento permanente, todos os dias do ano, a situações obstétricas e ginecológicas urgentes;

Bloco de partos (BP) - Assegura a assistência permanente em situações de trabalho de parto, indução de trabalho de parto e cirurgias obstétricas programadas e urgentes. Tem como principal missão proporcionar uma experiência o segura e positiva no TP, de facto um momento marcante na vida das pessoas. Nas salas de parto individuais possibilita-se o acompanhamento permanente da grávida durante a sua estadia neste sector, o qual se mantém caso exista a necessidade de realizar uma cesariana no Bloco Operatório (exceto em situações emergentes ou sob anestesia geral). No Bloco de Partos prestam-se cuidados de saúde personalizados, com a garantia de qualidade e independência de um hospital público universitário, baseados na evidência científica, centrados na escolha partilhada com as grávidas e no consentimento informado, tendo como objetivo proporcionar uma experiência positiva.

O Internamento de Medicina Materno Fetal situa-se no 4º piso da torre 7, sendo o acesso feito pelos elevadores 3 ou 5. Tem horário contínuo de funcionamento, existindo controlo das entradas e saídas do serviço, por motivos de segurança, através de registo biométrico e videovigilância. O horário das visitas é das 13h às 19h30 para a pessoa significativa e das 14h às 16h e das 18h às 19h para três visitantes em simultâneo, no máximo. As crianças são permitidas no serviço.

Dispõe de 18 camas (quatro salas de quatro camas e dois quartos individuais para situações clínicas que necessitem de isolamento) e de duas casas de banho. Possui ainda outras dependências como uma sala de refeições e convívio com uma minibiblioteca e uma casa de banho, duas salas de trabalho para os profissionais de saúde, uma sala de preparação de terapêutica e materiais de apoio e uma sala de exames e tratamentos. Existe também um gabinete administrativo e de apoio social.

Existem recursos materiais para monitorização de sinais vitais. Estão presentes outros para monitorização cardiotocografia externa e interna, com monitorização contínua em central na sala de trabalho de Enfermagem, aparelho de ultrassom e *doppler* fetal.

#### *2.1.1.2. Caraterização dos recursos humanos na área de obstetrícia - CCI*

A equipa multidisciplinar desta unidade é constituída por médicos especialistas, enfermeiros (especialistas e generalistas), técnicos superiores de saúde, técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica, técnicos de serviços sociais, assistentes técnicos, assistentes operacionais e segurança.

A equipa de Enfermagem da UIMMF é composta por vinte enfermeiros: doze EEESMO e oito generalistas. Todos os generalistas estão sob o regime de contrato de trabalho por tempo indeterminado (CTTI) com 40h semanais de cuidados atribuídas. Dos EEESMO, seis estão em regime de contrato de trabalho em funções públicas (CTFP), com 35h semanais de cuidados atribuídas e os restantes seis em regime de CTTI. Os elementos desta equipa asseguram os cuidados na UIMMF, na CBR, na CMMF e na CIG. Os horários praticados compreendem o turno da manhã (8h00-16h00), da tarde (15h30-00h00) e o da noite (23h30-08h30). Os profissionais colocados na CBR, na CMMF e na CIG, bem como a Enfermeira-Chefe, realizam exclusivamente o turno da manhã.

O modelo de prática da equipa multidisciplinar advoga os princípios do modelo humanizado, segundo Davis-Floyd (2001), utilizando os conhecimentos e competências científicas. Este modelo assenta em valores humanísticos, que reconhece o doente/paciente/utente na sua unidade e indivisibilidade singular, tendo em conta e integrando as suas expectativas, valores culturais e experiências. Coloca assim essa pessoa, que vive uma crise de desenvolvimento ou de desvio de saúde no centro dos cuidados (Davis-Floyd, 2001).

O método de trabalho em enfermagem é o de enfermeiro responsável. Carateriza-se este modelo pela responsabilidade individual do Enfermeiro face à tomada de decisão sobre os cuidados a prestar ao seu cliente. Tal responde aos requisitos pois, de acordo com o Reg n.º 391/2019 da OE, a competência de cuidar a mulher no período pré-natal, promovendo o bem-estar materno-fetal, é área clínica do EEESMO.

Para uma apreciação do ambiente de cuidados, consultou-se a literatura da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MCEEESMO). Tal órgão, no Parecer N.º 43/2019, define como dotações seguras para o internamento de medicina materno fetal o rácio de 1:3 no caso de gravidez de alto risco e de 1:6 na gravidez de médio risco, rácios

esses assegurados pela equipa da UIMMF. Define igualmente que a CBR, a CMMF e a CIG sejam asseguradas exclusivamente por EEESMO, o que se verifica.

O sistema informático utilizado na realização dos registos clínicos é o SClínico®, desenvolvido pelos Serviços Partilhados pelo Ministério da Saúde (SPMS), que se insere na estratégia definida pelo Ministério da Saúde para a área de informatização clínica do SNS, conforme orientações presentes na página eletrónica e respetivo manual (in: <https://www.spms.min-saude.pt/2020/07/sclinico-hospitalar/>). Desta forma assegura-se a uniformização dos procedimentos dos registos clínicos, de maneira a garantir a normalização da informação.

Relativamente ao movimento de utentes, em 2019, no BP, ocorreram 2501 nascimentos: 1253 partos eutócicos, 636 cesarianas e 612 partos distócicos. Destes, 57,9% ocorreram em utentes fora da área de influência direta do hospital (Relatório e Contas, 2019). Pela observação dos dados da tabela 3, consultados na plataforma “Transparência SNS”, o número de nascimentos apresenta tendência crescente até 2018. Contudo, porventura devido à pandemia, apresentou uma tendência decrescente, estando em 2022 a recuperar a tendência inicial. A percentagem de partos cesáreos manteve-se relativamente estável neste período de cinco anos, aumentando discretamente em 2022. A OMS recomenda que a taxa de cesarianas não deve ultrapassar 10-15% do total de partos (WHO, 2015), pois é um procedimento cirúrgico que envolve riscos adicionais para a mãe e o RN, comparativamente ao parto vaginal.

*Tabela 3 - Casuística dos partos no CCI nos últimos cinco anos*

CCI	2018		2019		2020		2021		2022	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Partos (eut + dist)	1872	75,5	1865	74,6	1709	74,2	1673	74,4	1871	71,7
Cesarianas	609	24,5	636	25,4	594	25,8	576	25,6	740	28,3
Total	2481	100	2501	100	2303	100	2249	100	2611	100

### **2.1.2. Consultas externas – CC2**

O hospital onde decorreu o CC2 foi inaugurado em setembro de 1991. Em 2003, devido ao desenvolvimento e grau de diferenciação atingido, foi classificado como Hospital Central, deixando de pertencer ao Sector Público Administrativo e passando para o Sector Empresarial do Estado, primeiro como sociedade anónima de capitais (SA) e em 2006 como entidade pública empresarial (EPE).

Situa-se na zona de Lisboa e Vale do Tejo. Tem como área de abrangência dois concelhos, com uma população estimada de 350 mil habitantes. Tem como missão a prestação de cuidados de saúde diferenciados a todos os cidadãos no âmbito das responsabilidades e capacidades,

dispondo para tal de uma lotação de 545 camas, contando com os serviços de mais de 2900 funcionários. Tem ainda por missão desenvolver atividades de investigação e formação, pré e pós-graduada, de profissionais de saúde, assim como atividades de ensino em colaboração protocolada com entidades públicas e privadas.

#### *2.1.2.1. Caracterização dos recursos materiais na área de obstetrícia - CC2*

A Área Materna e Infantil inclui:

- Internamento de Ginecologia;
- Internamento de Medicina Materno-Fetal;
- Internamento de Puérpero;
- Consultas Externas de Obstetrícia;
- Serviço de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia;
- Bloco de Partos;
- Bloco Operatório;
- Centro de Diagnostico Pré-Natal;
- Centro de Infertilidade e Reprodução Medicamente Assistida (CIRMA);
- Serviço de Urgência Pediátrica;
- Pediatria e
- Neonatologia.

Este departamento tem por missão proporcionar uma elevada qualidade técnica e humana no atendimento a mulheres/grávidas com necessidades de cuidados hospitalares, sendo dirigido ao bem-estar da mulher no seu todo, assente numa abordagem sociofamiliar, considerando diferenças étnicas, culturais e religiosas. É um Serviço de Referência para o Sul do país e ilhas em Cuidados Perinatais Diferenciados e um Hospital Amigos dos Bebés desde 2005. Por dispor de uma Unidade de Cuidados Intensivos para RN de alto risco é hospital de referência para o transporte in útero de grávidas em situação de risco materno e fetal.

O Serviço de Ginecologia e Obstetrícia (SGO), localizado no quinto piso, mas com valências distribuídas pelo hospital, disponibiliza as seguintes consultas:

- Ginecologia geral;
- Uroginecologia;
- Contraceção;
- Senologia;
- Menopausa;

- Obstetrícia;
- Peri-Parto;
- Preparação para o Nascimento e Parentalidade;
- Diagnostico Pré-Natal (colaboração com geneticista);
- Reprodução Medicamente Assistida (CIRMA);
- Puerpério Especial;
- Interrupção Voluntária da Gravidez.

Possibilita a realização dos seguintes exames: ecografia; colposcopia; histeroscopia e urodinâmica.

As Consultas Externas localizam-se no primeiro piso do hospital, com acesso pela primeira entrada lateral, no lado direito do edifício. O horário de funcionamento é das 8h às 16h, mediante agendamento prévio de consulta. Contudo, em situações pontuais, realiza atendimentos sem agendamento. Realiza a vigilância de grávidas em situação clínica de médio ou alto risco obstétrico, sendo estas encaminhadas pelos CSP para o atendimento diferenciado. Dá resposta a todas as grávidas, independentemente do risco, na consulta de peri-parto, realizada a partir das 37s, semanalmente, até à data do parto. Num gabinete localizado no quarto piso é dada resposta aos pedidos de interrupção voluntária da gravidez, cumprindo com a legislação em vigor.

O serviço organiza-se em corredor, dispondo de sala de espera, quatro gabinetes de enfermagem, quatro gabinetes médicos, uma copa, um gabinete administrativo e WC para utentes e profissionais. Existem recursos materiais para monitorização de sinais vitais; para monitorização cardiotocografia externa e doppler fetal.

#### *2.1.2.2. Caraterização dos recursos humanos na área de obstetrícia - CC2*

A equipa multidisciplinar desta unidade é constituída por médicos especialistas, enfermeiros especialistas, técnicos superiores de saúde, técnicos de serviços sociais, assistentes técnicos e assistentes operacionais.

A equipa de Enfermagem é composta por sete EEESMO, todos em regime de CTFP, com 35h semanais de cuidados atribuídas. Funciona exclusivamente no turno da manhã, da 8h às 16h.

O método de trabalho observado, de acordo com Parreira (2021), é o do cuidado centrado na pessoa. Os cuidados são prestados de acordo com princípios científicos, com base na identificação clara das necessidades de cuidados, adotando uma perspetiva humanista. São respeitadas as recomendações da OE (Parecer n. °43/2019), bem como as orientações do

Regulamento nº 743/2019, para o cálculo das dotações seguras dos cuidados de Enfermagem, tendo cada consulta a duração prevista de 30m. O sistema informático utilizado na realização dos registos clínicos é o SClínico®.

Em 2019, conforme se pode observar na tabela 4, ocorreram 2800 nascimentos no BP, sendo 2016 partos via baixa e 784 cesarianas (Transparência, SNS). Até 2018, manteve-se a tendência crescente no número de nascimentos, tendo cessado devido à pandemia. É importante notar que a percentagem de cesarianas se manteve relativamente estável até 2021, considerando o contexto. No entanto, em 2022, houve um aumento, que se afasta do intervalo de 10-15% aconselhado pela OMS (WHO, 2015).

*Tabela 4 - Casuística os partos no CC2 nos últimos cinco anos*

CC2	2018		2019		2020		2021		2022	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Partos (eut+dist)	2046	73,1	2016	72,0	1936	70,2	1819	71,3	1661	67
Cesarianas	751	26,9	784	28,0	821	29,8	733	28,7	819	33
Total	2797	100	2800	100	2757	100	2552	100	2480	100

### **2.1.3. Bloco de partos - CC3**

O Hospital onde decorreu o CC3 foi presumivelmente fundado em 1495, é a principal unidade hospitalar do seu distrito, que abrange catorze concelhos e a que oferece maior diferenciação. A área de influência indireta correspondente a um total de 33 concelhos. Presta cuidados de saúde diferenciados aos utentes da área de influência direta (152865 habitantes), mas também da área de influência indireta (345939 habitantes), num total de 498804 habitantes (estimativa Eurostat, 2019). A sua área de influência e a sua população observam características particulares: corresponde a cerca de 30% da área territorial de Portugal, representando apenas cerca de 6.8% da população total. A densidade populacional é mais baixa, a área corresponde a mais do dobro e o índice de envelhecimento é superior em relação aos outros hospitais do grupo.

Em 2006 passou a Entidade Empresarial, ocorrendo uma profunda transformação ao nível das instalações físicas, da organização interna e da diferenciação das suas valências, aumentando a oferta e a diferenciação de cuidados. Estabelece-se, no SNS com o papel de Hospital Central, pretendendo a médio prazo atingir o estatuto de Hospital de Qualidade. Enquanto entidade prestadora de cuidados, assume elevados padrões de qualidade técnico-científica e segue os valores do respeito pela dignidade e direitos dos cidadãos, promoção da qualidade, ética, integridade, motivação e trabalho de equipa (HESE-EPE, 2019).

A área da mulher e da criança dispõe das valências de Obstetrícia e Ginecologia, Pediatria, Cirurgia Pediátrica e Neonatologia. É um Hospital Central de Apoio Perinatal Diferenciado [HAPD] e recebe maioritariamente parturientes da região.

#### *2.1.3.1. Caracterização dos recursos materiais na área de obstetrícia – CC3*

O Serviço de Obstetrícia/Ginecologia, localizado no 3º piso do edifício principal, presta acompanhamento a grávidas e puérperas, além de prestar assistência à mulher em todas as fases da sua vida e ao RN. Os seus objetivos são os de melhorar o nível de qualidade dos cuidados prestados, melhorar o ambiente das relações pessoais na equipa multidisciplinar e promover a humanização.

Na valência de obstetrícia, o serviço disponibiliza: consulta de obstetrícia (grávidas adolescentes, gemelares ou com patologias médicas/obstétricas que justifiquem seguimento em meio hospitalar e de baixo risco); consulta de diagnóstico pré-natal e aconselhamento genético; ecografias de rastreio do 1º trimestre, morfológica do 2º trimestre e de 3º trimestre; preparação para o parto e assegura a assistência permanente a situações de trabalho de parto, indução de trabalho de parto e cirurgias obstétricas programadas e urgentes. Na valência de ginecologia são realizadas consultas nas áreas de ginecologia geral, senologia, planeamento familiar, patologia cervical e infertilidade e são efetuadas histeroscopias.

O Internamento do Serviço é composto, em termos de espaço físico, por três grandes áreas. Na ala esquerda, situa-se o Bloco de Partos e BOMI (Bloco Operatório Materno-Infantil), onde são realizadas cesarianas e cirurgias ginecológicas urgentes. As cesarianas e cirurgias não urgentes ocorrem no Bloco Operatório Central. O internamento conta com um quarto para o puerpério imediato, dois quartos destinados ao período de dilatação, um quarto destinado à realização da analgesia epidural, uma sala de partos para o período expulsivo, uma sala de prestação de cuidados imediatos ao RN e uma sala de trabalho de enfermagem e médica. Existe ligação direta ao Serviço de Neonatologia. Na área central, há o gabinete do secretariado, o gabinete “Nascer Cidadão”, uma sala de admissões, o gabinete do Diretor de Serviço, um Cantinho de Amamentação e o SUOG, com funcionamento 24h.

Na ala direita, encontram-se as enfermarias de puerpério, grávidas patológicas e ginecologia. Há uma sala de triagem do RN, duas salas de trabalho de enfermagem, casas de banho para utentes e profissionais e o gabinete da Consulta de Diagnóstico Pré-Natal. Existem cinco quartos com três camas e quatro com duas camas e casa de banho privada para puérperas. Há um quarto de três camas para grávidas com patologia associada e outro de três camas para

puérperas sem RN presente. Ao fundo, existem três quartos para utentes com patologia ginecológica, dois com três camas e um com duas.

Este serviço funciona em regime de porta fechada, com a presença física de segurança 24h por dia e sob o sistema de videovigilância. Existe um sistema de segurança para o RN, pois ao nascer, é colocada uma pulseira eletrónica que aciona o sistema, encerrando automaticamente as portas e fazendo soar um alarme audível se esta for indevidamente retirada ou se esta se aproximar da porta, dando resposta às indicações do Despacho 20730/2008, de 7 de agosto, ponto 2.5.

A presença do acompanhante durante o trabalho de parto, segundo regras do hospital, é permitida entre as 9h e as 00h, podendo assistir ao período expulsivo. Esta regra não tem em conta a carta de Direitos e Deveres do utente, estabelecida pela Lei 15/2014 de 21 de março, que confere à mulher grávida o direito a acompanhante durante todas as fases do seu trabalho de parto. Já a puérpera tem direito à presença do acompanhante entre as 9h e as 20h, podendo este fazer-se acompanhar de outros filhos existentes. As visitas gerais cumprem o horário estabelecido das 15h as 16h30 e das 19h as 20h, num máximo de três pessoas por puérpera.

No serviço existem recursos materiais para monitorização de sinais vitais, para monitorização cardiotocografia externa com registo contínuo em central na sala de trabalho de Enfermagem, através do SI *Omniview-SisPorto*. Existe também aparelho de ultrassom e doppler fetal. Está instalada uma box de reanimação do RN, carro de emergência e bombas de extração de leite materno.

#### *2.1.3.2. Caracterização dos recursos humanos na área de obstetrícia – CC3*

A equipa multidisciplinar desta unidade é constituída por médicos especialistas, enfermeiros (especialistas e generalistas), técnicos superiores de saúde, técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica, técnicos de serviços sociais, assistentes técnicos, assistentes operacionais e segurança. Conta com o apoio da equipa de Neonatologia e de Anestesiologia 24h por dia.

A equipa de Enfermagem é composta por trinta enfermeiros: vinte e cinco EEESMO e cinco generalistas. Os elementos desta equipa asseguram os cuidados na CBR, no Puerpério, Ginecologia e BP. Os horários praticados compreendem o turno da manhã (8h00-16h00), da tarde (15h30-00h00) e o da noite (23h30-08h30).

O método de trabalho em enfermagem no BP é o de enfermeiro responsável (de referência ou enfermagem primária), no qual cada utente está associado a um enfermeiro primário, que detêm a responsabilidade pela totalidade dos cuidados, tendo como principal objetivo a



humanização dos cuidados e a descentralização das tomadas de decisão (Costa, 2004), uma vez que de acordo com o Reg. n.º 391/2019 da OE, a competência de cuidar a mulher durante o TP é do EEESMO.

Contudo, a metodologia de trabalho observada na maioria da equipa multidisciplinar, tendo em conta a análise de Davis-Floyd (2001), remete-se ao modelo tecnocrático. O profissional age e decide de acordo com os princípios técnicos e científicos, sendo a mulher objeto de cuidados no decorrer do seu TP, participando parcamente nas tomadas de decisões. O modelo tecnocrático, observado na equipa multidisciplinar mencionada, é um modelo de assistência no qual o profissional assume o papel de detentor do conhecimento, facto que o empodera na tomada de decisão, enquanto o paciente é visto como passivo e objeto de cuidados. Esse modelo é criticado por muitos profissionais e pacientes por não ter em consideração as necessidades e preferências individuais do paciente, além de não reconhecer a importância da relação terapêutica na promoção de uma assistência mais humanizada e efetiva. No contexto do TP e parto, é especialmente importante que a mulher tenha uma participação ativa nas decisões e seja informada sobre todas as opções disponíveis, garantindo assim a sua autonomia e dignidade durante esse momento tão importante (Davis-Floyd, 2001).

A Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MCEEESMO), no Parecer n.º 43/2019, define como dotações seguras para o BP o rácio de 1:2 no 1.º estágio e de 1:1 no 2.º estágio, sendo a responsabilidade da assistência no 3.º e 4.º estágio do profissional envolvido no 2.º estágio. Em cada turno existem três EEESMO escalados para o BP. Caso exista a necessidade, é solicitada a presença de um EEESMO de serviço no Puerpério. O mesmo documento estabelece que a gestão e a prestação de cuidados em BP são da exclusiva responsabilidade dos EEESMO, o que se observa.

O sistema informático utilizado na realização dos registos clínicos é o ALERT®, estando prevista a migração de dados e a integração no sistema de registos SClinico®, de modo a uniformizar o registo e partilha de informação clínica dos utentes em toda a ARSAentejo.

Em 2019, no BP, ocorreram 1092 nascimentos: 711 partos por via baixa e 381 cesarianas, conforme se pode observar na tabela 5 (Transparência SNS). Verifica-se uma tendência evolutiva da taxa de natalidade até 2019, altura em que passou a haver menos nascimentos. De ressaltar o aumento da percentagem de cesarianas, valor esse algo desajustado das recomendações da OMS (WHO,2015). A taxa de cesarianas, enquanto indicador importante na avaliação da qualidade dos cuidados obstétricos, não deve ser analisada isoladamente. Uma taxa muito elevada pode indicar que há excesso de intervenções cirúrgicas desnecessárias, o que pode levar a complicações pós-operatórias e aumentar o risco de mortalidade materna e

neonatal. Portanto, é importante avaliar a taxa de cesarianas em conjunto com outros indicadores de qualidade, como a taxa de mortalidade materna e neonatal, a taxa de lesões perineais durante o parto vaginal, a taxa de intervenções obstétricas (como a episiotomia) e a satisfação das mulheres com o parto e o atendimento recebido. É fundamental que os profissionais de saúde atuem com base em evidências científicas e respeitem as escolhas das mulheres, garantindo uma assistência segura e humanizada.

*Tabela 5 - Casuística dos partos no CC3 nos últimos cinco anos*

CC3	2018		2019		2020		2021		2022	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Partos (eut+dist)	719	66	711	65,1	688	65,7	578	57,8	607	57,9
Cesarianas	371	34	381	34,9	359	34,3	422	42,2	442	42,1
Total	1090	100	1092	100	1047	100	1000	100	1049	100

#### **2.1.4. Bloco de partos e Puerpério – CC4**

O Centro Hospitalar onde ocorreu o CC4 foi criado a 1 de novembro de 2009. A sua área de influência inclui quatro concelhos de Lisboa e Vale do Tejo, servindo uma população de cerca de 155 mil habitantes (Censo 2021). Tem como missão a prestação de cuidados de saúde diferenciados a todos os cidadãos no âmbito das responsabilidades e capacidades das unidades hospitalares que o integram, dando execução às definições de política de saúde a nível nacional e regional, aos planos estratégicos e decisões superiormente aprovados. O Hospital dispõe de mais de trinta valências clínicas e conta com cerca de quinhentas camas, sendo classificado como Hospital Distrital de valências básicas (nível II), de acordo com a classificação criada pela Portaria n.º 82/2014 de 10 de abril. Em 2005 passou a entidade pública empresarial.

Na área da Saúde da Mulher e Criança oferece os serviços de SUOG, BP, Serviço de Obstetrícia, Serviço de Ginecologia, Consulta de Saúde Materna e Ginecológica, Pediatria e Neonatologia. Foi reconhecido em setembro de 2012 como Hospital Amigo dos Bebés, conforme notícia do SNS (<http://www.chbm.min-saude.pt/destaques/216-chbm-reconhecido-como-hospital-amigo-dos-bebes>), por cumprir as dez medidas para um aleitamento materno de sucesso, definidas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). A sua certificação foi renovada em julho de 2016.

##### *2.1.4.1. Caracterização dos recursos materiais na área de obstetrícia – CC4*

O Serviço de Obstetrícia oferece as seguintes valências:

Internamento de puérperas/grávidas - com vinte e cinco camas e igual número de berços, presta cuidados a puérperas, RN e grávidas com patologia materno-fetal;

Bloco de Partos - onde se aplica o projeto “Maternidade com Qualidade”: quartos individuais onde se desenvolve o trabalho de parto, promovendo o bem-estar materno-fetal, a presença da pessoa significativa, o vínculo familiar e o aleitamento materno. Promovem-se medidas não farmacológicas de alívio da dor;

Cantinho de Amamentação - apoio e aconselhamento de Enfermagem acerca do aleitamento materno;

Curso de Preparação para o Nascimento e Recuperação Pós-Parto;

Consultas - diagnóstico Pré-Natal, HTA na grávida, grávida adolescente, obstetrícia, avaliação do bem-estar materno-fetal, peri-parto, Interrupção Voluntária da Gravidez;

Exames - amniocentese, ecografia obstétrica e ginecológica e cardiotocografia;

Projeto Nascer Cidadão – permite realizar o registo de nascimento das crianças na maternidade, evitando deslocações à Conservatória. É um Projeto da iniciativa dos Ministérios da Justiça, da Saúde e da Solidariedade e Segurança Social;

Linha de Apoio à Puérpera – destinada a puérperas desde o momento da alta até 6 semanas após o parto, funciona 24h por dia.

O Bloco de Partos situa-se no primeiro piso do edifício, no mesmo espaço físico do SUOG, com funcionamento 24h por dia. O acesso é restrito aos profissionais de saúde, mediante registo biométrico. Não são permitidas visitas, podendo a grávida estar acompanhada pela pessoa significativa durante todo o TP. Após março de 2020, devido ao contexto pandémico a presença do acompanhante deixou de ser autorizada.

O BP apresenta cinco áreas funcionais:

Admissão – composta por sala de espera, gabinete administrativo, uma sala de enfermagem; uma sala para realização de CTG, uma sala para realização de ecografia, dois gabinetes médicos e uma casa de banho com duche;

Bloco de Partos – composto por sete quartos individuais, denominados BOX, totalmente equipados para o desenrolar do trabalho de parto e parto, casa de banho, gabinetes médicos e de enfermagem, copa, zona de sujos;

Recobro – sala onde realizam o puerpério imediato às puérperas submetidas a cesariana ou mulheres submetidas a cirurgia ginecológica. Situada em frente à sala de enfermagem, privilegia a monitorização próxima;

Berçário - sala onde podem ser prestados cuidados neonatais, se necessário, equipada com ressuscitador, carro de emergência, rampa de O2 e incubadora de transporte neonatal;

Bloco Operatório: duas salas operatórias completamente equipadas, onde se realizam cirurgias obstétricas e ginecológicas.

Este serviço dispõe de recursos materiais para monitorização de sinais vitais; monitorização cardiotocografia externa e interna, com monitorização contínua em central na sala de trabalho de Enfermagem; ecógrafo e pulseiras com sistema antirroubo para RN.

O Serviço de Obstetrícia situa-se no quinto piso, acessível por dois elevadores, sendo um deles prioritário para transporte das grávidas/puérperas. Engloba as valências de puerpério e medicina materno-fetal. A entrada é feita mediante registo biométrico, para os profissionais. No início da fase pandémica era permitida a visita do pai, durante uma hora por dia, mediante apresentação de teste negativo e com obrigatoriedade da utilização de máscara.

O serviço é constituído por oito enfermarias e três quartos, num total de vinte e cinco camas e igual número de berços. A cada duas enfermarias corresponde uma casa de banho com duche. Cada quarto tem uma casa de banho individual. Há uma sala de trabalho, uma sala de registo e terapêutica, um berçário (onde se realizam os procedimentos invasivos), um gabinete de chefia, rouparia, sala de sujos, sala de tratamentos e uma pequena copa.

#### *2.1.3.2. Caracterização dos recursos humanos na área de obstetrícia - CC4*

A equipa multidisciplinar do BP e Serviço de Obstetrícia é constituída por médicos especialistas em Obstetrícia, Ginecologia Pediatria/Neonatologia e Anestesiologia; enfermeiros (EEESMO e generalistas), técnicos de serviços sociais, técnicos superiores de saúde, técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica, assistentes operacionais e assistentes técnicos.

A equipa de enfermagem do BP é constituída por vinte e dois EEESMO, organizados em equipas de 4 elementos, em regime de *roulement*. Esta equipa assegura a triagem e atendimento no SUOG e presta cuidados que garantem o bem-estar materno-fetal durante o TP, parto (eutócico e CST) e puerpério imediato.

A equipa de Enfermagem do Serviço de Obstetrícia é constituída por doze EEESMO's e dez enfermeiros generalistas. Em cada turno está presente pelo menos um EEESMO, assumindo o papel de chefe de equipa e dois enfermeiros generalistas. Asseguram os cuidados a todas as puérperas, seus RN e também a grávidas com patologia materno-fetal.

O modelo humanizado, à luz da teoria de Davis-Floyd (2001), é transversal à prática da equipa multidisciplinar, promovendo uma abordagem centrada na mulher e na sua individualidade, necessidades e desejos durante o processo de gestação, parto e pós-parto. A equipa multidisciplinar do BP e Serviço de Obstetrícia trabalha com base nessa perspetiva, oferecendo cuidados personalizados e respeitando as escolhas da mulher, sempre que possível.

No BP o método de trabalho é o de enfermeiro responsável, com foco no cuidado centrado na pessoa, de acordo com a perspetiva do estudo de Parreira et al (2021). Em cada equipa de

quatro elementos existe uma responsável, que distribui as tarefas dentro da equipa, de acordo com a avaliação realizada das necessidades de cuidados da mulher em TP. No SO o método é semelhante: o EEESMO é responsável pela prestação dos cuidados especializados, contando com a colaboração do enfermeiro generalista para a prestação de todos os outros cuidados. O sistema informático utilizado na realização dos registos clínicos, tanto no BP como no Serviço de Obstetrícia é o SClínico®.

A MCEEESMO (Parecer n.º 43/2019 de 14 de maio) define como dotações seguras para o BP o rácio de 1:2 no 1º estágio e de 1:1 no 2º estágio, sendo a responsabilidade da assistência no 3º e 4º estágio do profissional envolvido no 2º estágio. Em cada turno existem três EEESMO escalados exclusivamente para o BP. O mesmo documento estabelece que a gestão e a prestação de cuidados em BP são da exclusiva responsabilidade dos EEESMO. NO SO o rácio recomendado é de 1:3 no puerpério patológico e de 1:6 no puerpério normal, não se encontrando este rácio assegurado por insuficiência de EEESMO's.

Em 2020, conforme tabela 6, ocorreram 1504 nascimentos no BP desta unidade hospitalar, dos quais 1039 partos eutócicos e 465 cesarianas (30.9%). Observa-se a tendência crescente no número de nascimentos até 2019, estando esta tendência já em recuperação. Contudo, a taxa de cesarianas tem vindo a aumentar, afastando-se do recomendado pela OMS (WHO, 2015).

*Tabela 6 - Casuística dos partos no CC4 nos últimos cinco anos*

CC4	2018		2019		2020		2021		2022	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Partos (eut+dist)	1078	71,2	1140	72,8	1039	69,1	943	67,2	1104	69,7
Cesarianas	435	28,8	426	27,2	465	30,9	460	32,8	481	30,3
Total	1513	100	1566	100	1504	100	1403	100	1585	100

## **2.2. METODOLOGIA DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL**

Na secção que se segue, são descritas as metodologias aplicadas no ENP. Tais metodologias tiveram como objetivos fundamentais promover o desenvolvimento pessoal e profissional assim como adquirir competências. De facto, o exercício e o treino clínico, são as vias através das quais o estudante incorpora conhecimento, identifica lacunas e tem oportunidade de refletir sobre as suas práticas e evolução (Mohamadirizi et al, 2020).

### 2.2.1. Objetivos do estágio de natureza profissional

Paralelamente ao plano de estudos, os objetivos centram-se na capacidade da mestranda de:

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

No decorrer do ENP, tendo em conta os objetivos acima enumerados, o desenvolvimento das competências previstas no Plano de Estudos tornou-se imperativo. Foi intenção da mestranda evidenciar conhecimentos, tanto na vertente clínica como na vertente educativa, na abordagem realizada à investigação através dos dados recolhidos.

Conforme o *currículum* escolar da UC ENP da Universidade de Évora, as competências a atingir regem-se pela seguinte orientação:

- ✓ **Saiba evidenciar conhecimento nas vertentes de cuidados especializados e de investigação, exibindo:**
  1. Capacidade de reflexão crítica sobre as práticas;
  2. Fundamentação de escolhas com base na teorização;
  3. Capacidade para utilizar investigação e evidência científica na melhoria da prestação de cuidados;
  4. Capacidade de comunicar conclusões, conhecimentos e raciocínios subjacentes, quer a especialistas e a não especialistas, de forma clara.
  5. Habilidades para desenvolver aprendizagem ao longo da vida de modo fundamentalmente autónomo em favor da área Saúde Materna e Obstétrica

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

### **2.2.2. Abordagem metodológica das práticas clínicas no estágio de natureza profissional**

O ENP decorreu sob supervisão clínica exclusiva de peritos em Saúde Materna e Obstetrícia (EEEESMO) e com orientação pedagógica da docente da Universidade de Évora. Tal metodologia, está suportada por literatura, onde se reconhece não só a motivação do estudante, como o empenho das figuras dos tutores e o rigor da formação (Büscher et al 2005; Hunter et al, 2022; Sim-Sim et al, 2022).

No seu decurso foram utilizadas diversas estratégias de aprendizagem tais como: a) observação de cuidados, b) treino clínico, c) reflexões temáticas, d) pesquisa bibliográfica para revisão temática, e) aprofundamento temático com estudo de caso, além de outras atividades relevantes. Ocorreram reuniões de avaliação intermédia e final em cada campo clínico, assim como reuniões semanais com a orientadora docente, conforme está preconizado na educação para EEEESMO/Midwives (WHO, 2008, 2014).

#### *2.2.2.1. Estratégias de observação e treino clínico*

A mestrandia teve a possibilidade de realizar reuniões periódicas com os supervisores clínicos, com o propósito de discutir o percurso de desenvolvimento de competências presentes no Regulamento das CCE e no Regulamento das Competências de EEEESMO, refletindo sobre a prática e aprendizagens. O treino clínico é fundamental, necessitando de figuras com capacidade de estimular, questionar de forma positiva e levar à fase de desenvolvimento, na qual o estudante incorpora papéis profissionais desejáveis (Lazarus, 2016). Em todos os campos clínicos houve a oportunidade para desenvolver uma progressiva autonomia supervisionada, bem como caminhar para a descoberta da sua identidade pessoal e profissional. As estratégias consideradas nesta secção remetem-se aos cuidados diários prestados aos utentes, tal como surgem elencados no Apêndice C.

#### *2.2.2.2. Estratégias de reflexões temáticas*

Donald Schon (2000) propõe uma formação profissional onde haja interação entre teoria e a prática, através de um ensino reflexivo, baseado no processo de reflexão/ação, em que a

aprendizagem é desenvolvida por meio do fazer e cuja capacidade de reflexão é estimulada pela interação professor-estudante, nas diferentes situações práticas. Partindo da mesma premissa, consideram alguns autores que o desenvolvimento de competências profissionais tem como base de sustentação o princípio da reflexividade crítica, enquanto estratégia potencializadora (Netto, 2008).

Esta prática reflexiva permite capacitar o enfermeiro para cuidar de forma crítica, considerando os condicionantes e determinantes do processo saúde-doença e estimulando o protagonismo do utente.

Durante o início do ENP a mestranda elaborou reflexões temáticas semanais, referentes a diferentes contextos de prática clínica. No final do ENP, devido ao contexto pandémico e a outros fatores condicionantes, os recursos foram priorizados para outras tarefas, tornando-se mais pertinente o término do ENP, passando as reflexões temáticas a serem elaboradas mais esparsamente. A escolha das temáticas foi baseada em assuntos que despertaram o interesse, mas também em situações que mereciam o aprofundamento de conhecimentos pela sua particularidade ou raridade. Nestas reflexões a mestranda exercitou a revisão temática de literatura, a escrita formal, a curiosidade científica e a capacidade reflexiva e de síntese. As reflexões temáticas constam no Apêndice D e abrangem temas que refletem o percurso de aquisição de competências da mestranda. Revelou-se este exercício útil e gratificante, contribuindo para o crescimento pessoal e profissional, pela oportunidade de realização das mesmas, mas também pela oportunidade de discussão dos casos com os supervisores e a docente orientadora.

#### *2.2.2.3. Estratégias de pesquisa bibliográfica para revisão temática*

A revisão temática incidiu sobre as vivências do TP em contexto pandémico, na perspetiva das mulheres (Apêndice E). Foi realizada pesquisa em várias bases de dados científicas, incluindo a PubMed, SciELO, EBSCO e outras. A mestranda, com o apoio da orientadora, treinou o uso de a) um software gestor de referências bibliográficas da Clarivate Analytics, de acesso gratuito (EndNote Web), de b) um gestor de revisão de literatura, o aplicativo de livre acesso financiado pela Qatar Foundation (Rayyan), conforme se pode observar na figura 2. Além destes, analisou dados das narrativas das participantes nos estudos consultados no MAXQDA. Este é um software desenvolvido pela VERBI, para analisar dados qualitativos e métodos mistos e também dados quantitativos no software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), atualmente designado IBM SPSS.



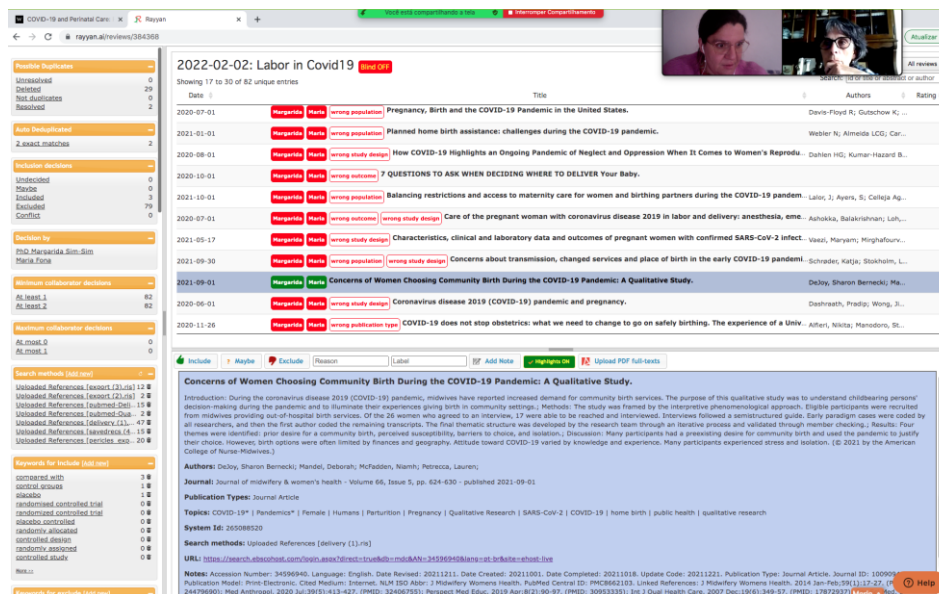


Figura 2 - Exemplo da interface do software Rayyan

A atividade de revisão temática proporciona ganhos significativos de aprendizagem, pois permitiu o aprimoramento dos conhecimentos na utilização de bases de dados científicas, dos procedimentos de investigação necessários (i.e., questão de investigação, seleção de descritores, equação booleana, entre outros) e de ferramentas de software. Ainda que de forma paralela, também se obtiveram contributos no treino de línguas estrangeiras, como o inglês e o francês e a interpretação conjunta de dados científicos qualitativos e quantitativos.

#### 2.2.2.4. Estratégias de aprofundamento temático com estudo/relato de caso

Os estudos de caso, também chamados relatos de caso, constituem um método importante de aprendizagem na formação em saúde. Na formação em saúde materna e no âmbito da abordagem baseada em situações-problema, são identificados pelo *American College of Nurse-Midwives* como instrumentos excelentes para a discussão dada a sua natureza dinâmica (Carr, 2015). Através dos estudos de caso, os estudantes podem exercitar o raciocínio crítico, visualizando na prática as teorias que enformam a tomada de decisão na singularidade de cada caso em análise. Embora considerado o nível mais baixo de evidência científica, é geralmente o primeiro nível de conhecimento científico ao qual os estudantes são expostos e o mais concreto para eles, possivelmente iniciando sua motivação para a pesquisa. Tendo objetivos tanto de investigação como de educação, não raras vezes constituem o ponto de partida para a

gênese de mais conhecimento em estudos/investigação subsequente (Pineda-Leguizamo et al, 2018).

Durante o ENP, a mestranda teve a oportunidade de conduzir um estudo de caso sobre a doença hemolítica do RN, referente ao caso de uma criança que houve oportunidade de participar no parto, conforme documentado no Apêndice F. Essa situação, pelo seu carácter raro, justifica a abordagem através desta metodologia. Utilizou-se a linguagem da Classificação Internacional para a Prática da Enfermagem (CIPE). No apêndice é apresentado o resumo do manuscrito, havendo intenção de posterior publicação dado que os princípios éticos foram respeitados.

#### *2.2.2.5. Outras estratégias para o desenvolvimento de competências*

Durante o ENP no CC1 teve a mestranda a oportunidade de participar no Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade, nas visitas planeadas ao Bloco de Partos.

No decorrer do estágio no CC2 – Consultas Externa, em colaboração com a orientadora clínica, a mestranda teve a oportunidade de participar na realização de uma formação sobre a articulação entre os CSP e os CSD em relação à IVG. Também colaborou na formação "Preparação para a Amamentação".

Após o término do estágio no CC3 - Bloco de Partos, a mestranda teve conhecimento que uma parturiente reconheceu sua prática e deixou um agradecimento no livro de agradecimentos do Serviço (Anexo1). Este *feedback*, além de emocionalmente gratificante, foi importante para o crescimento pessoal e profissional da mestranda, trazendo confiança e incentivo. De facto, revelam alguns estudos, que se ocorre um elevado nível de satisfação dos utentes, relativamente aos cuidados prestados por estudantes, significa que exibiram competências para responder às necessidades. O reconhecimento/agradecimento dos utentes, pode tornar-se assim um indicador de qualidade, não só do cuidado prestado singularmente pelo estudante, mas também um indicador de qualidade do ensino, porventura antecipando profissionais de bom nível (Oskay et al, 2015).

### **3. CONTRIBUTO PARA A ASSISTENCIA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA**

A realização de formação de 2º ciclo no âmbito da Enfermagem, tem como expectativa o atingir de um elevado nível de desenvolvimento de conhecimentos e competências para os mestrandos, permitindo-lhes contribuir com novas perspetivas nos cuidados de enfermagem. A mestranda teve interesse em contribuir para o desenvolvimento de novas perspetivas nos cuidados de saúde e por esse motivo, escolheu como tema de pesquisa aprofundar as vivências do trabalho de parto em contexto de pandemia, movida pela curiosidade e vontade de explorar. Na verdade, a crise provocada pelo agente SARS-CoV-2, declarada oficialmente pela OMS em 11 de março de 2020 como pandemia, foi um fenómeno de grandes proporções que levou a modificações substanciais nos cuidados de saúde, na sociedade e na educação (Haier et al, 2022; Lourenço et al, 2022).

#### **3.1. CONCRETIZAÇÃO – REVISÃO DE LITERATURA**

A pandemia por Covid-19 representou um desafio significativo para os sistemas de saúde de todo o mundo e os serviços de saúde materna não foram exceção. A pandemia afetou a disponibilidade e acessibilidade à saúde para as mulheres grávidas, incluindo a interrupção de alguns serviços e procedimentos, bem como a reorganização de serviços de saúde, para lidar com a pandemia. Alguns estudos, de carácter quantitativo, referem que a satisfação das mulheres, na condição de parturientes, não registou alterações de nomeada (Suarez et al, 2022; González-Morcillo et al, 2022). Contudo em termos contraditórios, referem alguns autores, (Combelick, 2022; Fumagalli, 2022; Keating, 2022) que a pandemia afetou a experiência de dar à luz, com muitas mulheres a relatar mudanças significativas na forma como receberam cuidados de saúde durante a gravidez, parto e pós-parto. Assim, é importante entender as perspetivas das mulheres que deram à luz durante a pandemia, através da sua própria voz. É necessário avaliar o impacto dessas mudanças na qualidade do atendimento, bem como identificar áreas que precisam de melhoria, no sentido de garantir cuidados de saúde adequados e seguros em futuras crises de saúde pública. Compreender as perspetivas das mulheres sobre a experiência de dar à luz durante a pandemia pode ajudar a informar políticas e práticas futuras de saúde materna. Também são elemento importante, o apoio à tomada de decisões informadas pelos profissionais de saúde que prestaram atendimento às mulheres grávidas e em trabalho de parto durante a pandemia e em emergências de saúde pública semelhantes.

### 3.1.1. METODOLOGIA DA REVISÃO

Descrevem-se a seguir os procedimentos adotados para a revisão temática sobre as experiências das mulheres durante o trabalho de parto em contexto de pandemia. O objetivo desta revisão é analisar e apresentar a melhor evidência da literatura empírica sobre as vivências das mulheres em trabalho de parto hospitalar, em contexto de pandemia por Sars-Cov-2. Para isso, foi elaborado um protocolo de revisão, que será submetido posteriormente numa plataforma de registo de revisões (ver Apêndice G). Para gestão e seleção dos artigos, feita pela mestrande e pela supervisora, foi utilizado o software *Rayyan* (figura 3).

1º Passo: definição da questão norteadora da revisão temática

**Questão:** Como descrevem as mulheres as suas vivências de trabalho de parto hospitalar em contexto de pandemia por SarsCov2?

2º Passo: Definição da estratégia PICO, adequada a PCC

3º Passo: Definição dos critérios de seleção

4º Passo: Definição dos descritores e palavras-chave

5º Passo: Definição da Equação Booleana

6º Passo: Pesquisa nas BD

1) PubMed, 2) Scielo 3) Editora Ebsco (CINAHL, MEDLINE Complete, Nursing & Allied Health Collection, MEDLINE with Full Text, MedicLatina) 4) BVS, 5) Web of Science, 6) Wiley.

7º Passo: Armazenamento das referências no gestor *EndNote*

8º Passo: Migração das referências para o software *Rayyan* e decisão dos artigos (Apêndice G)

9º Passo: Análise dos artigos com recurso ao software *MAXQDA*

10º Passo: Redação do texto da Revisão Temática.

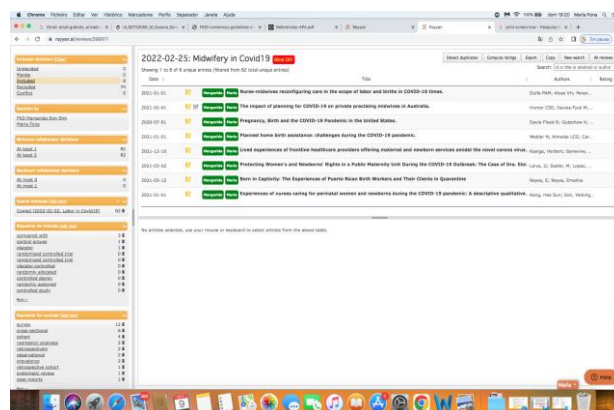


Figura 3 - Exemplo da utilização do software Rayyan

Apresenta-se seguidamente (figura 4) a nuvem de palavras que despontou desta pesquisa bibliográfica, demonstrativa dos conceitos que mais frequentemente emergem destes artigos. Conforme se pode observar na figura 5, a população estudada pelos vários autores tem uma distribuição geográfica ampla.

No final do processo de *screening* (figura 6), cinco artigos cumpriam os critérios de inclusão, concorrendo para a revisão temática. Após leitura prévia dos cinco artigos, um foi rejeitado, por não apresentar a análise das falas das mulheres. Contudo, um dos artigos referenciados na bibliografia cumpria os critérios do protocolo, pelo que foi incluído na revisão, atingindo-se um conjunto de cinco artigos para análise.



Figura 4- Nuvem de palavras-conceitos

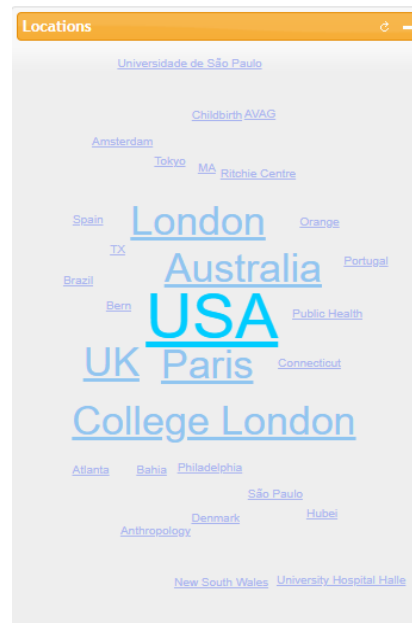


Figura 5- Nuvem de palavras – localização geográfica

2022-10-12: Labor in Covid Update Blind OFF

Showing 1 to 5 of 5 unique entries (filtered from 55 total unique entries)

Search:

Date	Title	Authors	Rating
2022-06-01	Birth during the Covid-19 pandemic: What childbearing people in the United States needed to achieve a positive birth experi...	Combellick JL; Basile Ibrahi...	
2022-07-01	"Never let a good crisis go to waste": Positives from disrupted maternity care in Australia during COVID-19.	Kluwgant D; Homer C; Dahl...	
2022-06-01	"It's always hard being a mom, but the pandemic has made everything harder": A qualitative exploration of the experience...	Kinser, P; Jallo, N; Moyer, S...	
2022-05-01	The experiences of childbearing women who tested positive to COVID-19 during the pandemic in northern Italy.	Fumagalli, Simona; Ornaghi...	
2022-10-01	Women's experience of pregnancy and birth during the COVID-19 pandemic: a qualitative study.	Keating, Niamh E; Dempsey...	

Figura 6 - Fase de Screening: artigos incluídos na revisão temática

Estes passos estão documentados no fluxograma Prisma, que pode ser consultado no Apêndice H. De forma a iniciar a análise dos artigos, foi feita uma primeira leitura dos mesmos, realizando-se um resumo que se apresenta no Apêndice I.

### **3.1.2. Análise dos resultados da revisão como contributo para o desenvolvimento da temática**

Na realização da análise qualitativa dos artigos selecionados foi utilizado um software denominado MAXQDA. Foram carregados os cinco artigos selecionados e feita a sua análise, das qual emergiram os temas que se apresentam nas arvores de conceitos no Apêndice J.

Dos temas emergentes, optou-se por iniciar a análise à luz dos Modelos de Cuidados iniciados pelas falas das mulheres. Remetendo à classificação de Davis-Floyd (2001) foram considerados três modelos de prestação de cuidados: o modelo tecnocrático, o modelo humanizado e o modelo holístico.

O modelo tecnocrático enfatiza o uso da tecnologia e a experiência técnica dos profissionais de saúde. As características principais desse modelo incluem o uso extensivo de tecnologias avançadas, a centralização da tomada de decisões nos profissionais, a abordagem baseada em evidências e a fragmentação dos cuidados (Davis-Floyd, 2001). Esse modelo tem sido fortemente criticado pela falta de abordagem holística e pelo excessivo foco na tecnologia.

O modelo humanizado foca-se na importância de tratar os pacientes como indivíduos únicos, tendo em consideração as suas necessidades emocionais, sociais e psicológicas. Tem como principais características a relação empática entre profissionais de saúde e pacientes, a participação ativa do paciente na decisão sobre os cuidados, a abordagem holística, a comunicação clara e acessível e a criação de um ambiente acolhedor (Davis-Floyd, 2001). O modelo humanizado busca o equilíbrio entre o uso de tecnologia e o conhecimento técnico, com uma abordagem centrada no ser humano.

Já o modelo holístico abrange todos os aspetos físicos, emocionais, mentais e espirituais do indivíduo. Adota uma abordagem integral, valorizando a prevenção, a promoção da saúde e a integração de abordagens complementares. A relação terapêutica é enfatizada, assim como a consideração do contexto social e ambiental (Davis-Floyd, 2001). O modelo holístico busca o equilíbrio e a harmonia a todos os níveis, promovendo o bem-estar e a qualidade de vida.

### *3.1.2.1. Síntese da revisão temática à luz do Modelo de Cuidados de Davis-Floyd*

Nas experiências vivenciadas pelas mulheres em TP, durante a pandemia de Covid-19, encontram-se referências aos três modelos de cuidados, com especial enfoque no modelo dos cuidados humanizados.

#### **Modelo tecnocrático**

No artigo de Combellick et al (2022), as falas das mulheres remetem para cuidados prestados de acordo com o modelo tecnocrático, evidenciando nos seguintes aspectos:

- Falta de apoio e estigmatização por parte dos profissionais de saúde, enquanto barreira de acesso. Sendo a ênfase dada à experiência técnica, percebeu-se uma falta de suporte emocional e uma abordagem insensível às necessidades e experiências individuais;
- Intervenções desnecessárias e controle institucional, tendo as mulheres relatado ter passado por intervenções relacionadas ao parto, muitas vezes sem motivo médico real, com o propósito de evitar um risco teórico de exposição à COVID-19. Esse tipo de prática surge como consequência da falta de flexibilidade e da ênfase excessiva na padronização e protocolos do modelo tecnocrático;
- Sentimento de negligência e falta de orientação dos prestadores de cuidados, tendo as mulheres sentindo-se particularmente negligenciadas quando os seus prestadores de cuidados falharam no cuidar, cedendo à própria sobrecarga e a sentimentos de sobrecarga. Tal sugere descoordenação nos cuidados e uma abordagem centrada no prestador em detrimento do paciente;
- Políticas institucionais em rápida evolução e falta de escolha individual terão privado as mulheres da sua capacidade de escolha e controle sobre os seus cuidados. No modelo tecnocrático, as decisões são tomadas com base em protocolos padronizados, sem ter em consideração as preferências individuais dos pacientes.

No artigo de Fumagalli et al. (2022), as experiências das mulheres remetem para os seguintes aspectos:

- Solidão e incerteza, tendo as mulheres descrito a estadia no hospital como um limbo solitário e interminável, sem saberem quando o isolamento acabaria e a normalidade seria retomada. Estes sentimentos podem ser atribuídos à falta de atenção às necessidades emocionais e psicológicas dos pacientes no modelo tecnocrático, que tende a concentrar-se mais nos aspectos técnicos e protocolos;

- Transferência assustadora e solitária, no caso de mulheres que foram transferidas de hospital, pois esta ocorria de ambulância, sem a presença de acompanhantes e sem aviso prévio. Isso indicia uma falta de comunicação adequada e uma abordagem insensível às necessidades emocionais das mulheres no modelo tecnocrático;
- Separação física do bebê, sendo este o fator mais temido pelas mulheres, aconselhado por protocolos hospitalares. Este é um reflexo do modelo tecnocrático, com foco na segurança e nas precauções médicas, muitas vezes em detrimento do vínculo e do bem-estar emocional entre a mãe e o bebê;
- Uso de linguagem crítica e acusatória em relação ao status de infecção por COVID-19 das mulheres foi percebida como não profissional e inadequada, gerando um sentimento de culpa. Isso pode indicar uma falta de empatia e sensibilidade no modelo tecnocrático;
- Cuidados ineficazes e falta de compaixão, relatados por uma mulher ao sentir que as suas necessidades não foram atendidas durante o TP, relatando relacionamentos de cuidado ineficazes e não compassivos, que melhoraram consideravelmente durante a estadia pós-parto no hospital. Isso ressalta a importância de uma abordagem mais compassiva e centrada no paciente no modelo tecnocrático.

Nos excertos do artigo de Keating et al (2022), identificamos as seguintes experiências relativamente ao modelo tecnocrático:

- Rotulagem dos parceiros como "visitantes", quando deveriam ter recebido um *status* especial. Isso sugere uma abordagem impessoal e insensível do modelo tecnocrático, onde os parceiros são vistos como meros espectadores em vez de participantes ativos durante o processo de cuidados;
- Empoderamento e sobrecarga de informações, referindo muitas mulheres que sentiram que ao manterem-se informadas sobre a sua situação se tornariam mais empoderadas. No entanto, também reconheciam que ter acesso a um excesso de informações poderia ser avassalador. Isso indica a necessidade de encontrar um equilíbrio entre fornecer informações relevantes e úteis aos pacientes, ao mesmo tempo em que evita sobrecarregá-los com informações excessivas e desnecessárias.

Analisando o artigo de Kinser (2022), identificamos os seguintes aspetos relacionados ao modelo em análise:

- Perda de controlo, experienciada no período perinatal, foi agravada pela perda de controlo durante a pandemia. Isso sugere que o modelo tecnocrático pode contribuir para uma sensação de falta de controlo por parte das mulheres durante o processo de



cuidados perinatais. A falta de participação ativa na tomada de decisões pode aumentar os sentimentos de vulnerabilidade e falta de autonomia;

- Perdas e falta de reconhecimento, tendo-se muitas mulheres expressado em termos de perdas e de não se sentirem vistas, ouvidas ou cuidadas. Isso indica uma lacuna na abordagem empática e centrada no paciente do modelo tecnocrático. A ênfase excessiva nos aspectos técnicos pode levar a uma desconexão emocional e à falta de reconhecimento das experiências e necessidades individuais dos pacientes;
- Tensão na tomada de decisões, enfrentada pelas mulheres, relacionada a todos os aspectos da maternidade, considerando as precauções da COVID-19. Isso pode ser atribuído à rigidez das diretrizes e protocolos do modelo tecnocrático, que podem não levar totalmente em consideração as circunstâncias individuais e as preferências das mulheres. A falta de flexibilidade na abordagem pode criar dificuldades adicionais na adaptação à nova realidade da pandemia.

As pesquisas destes autores evidenciaram as deficiências do modelo tecnocrático de cuidados durante a pandemia de COVID-19. Na figura 7 são apresentadas as principais ideias e conceitos, por autor. A falta de empatia, a falta de flexibilidade na abordagem, a falta de atenção às necessidades emocionais e a falta de participação ativa dos pacientes são algumas das questões destacadas. É fundamental adotar uma abordagem mais humanizada, centrada no paciente, que valorize a comunicação eficaz, a coordenação de cuidados, a flexibilidade nas decisões e o reconhecimento das experiências individuais.

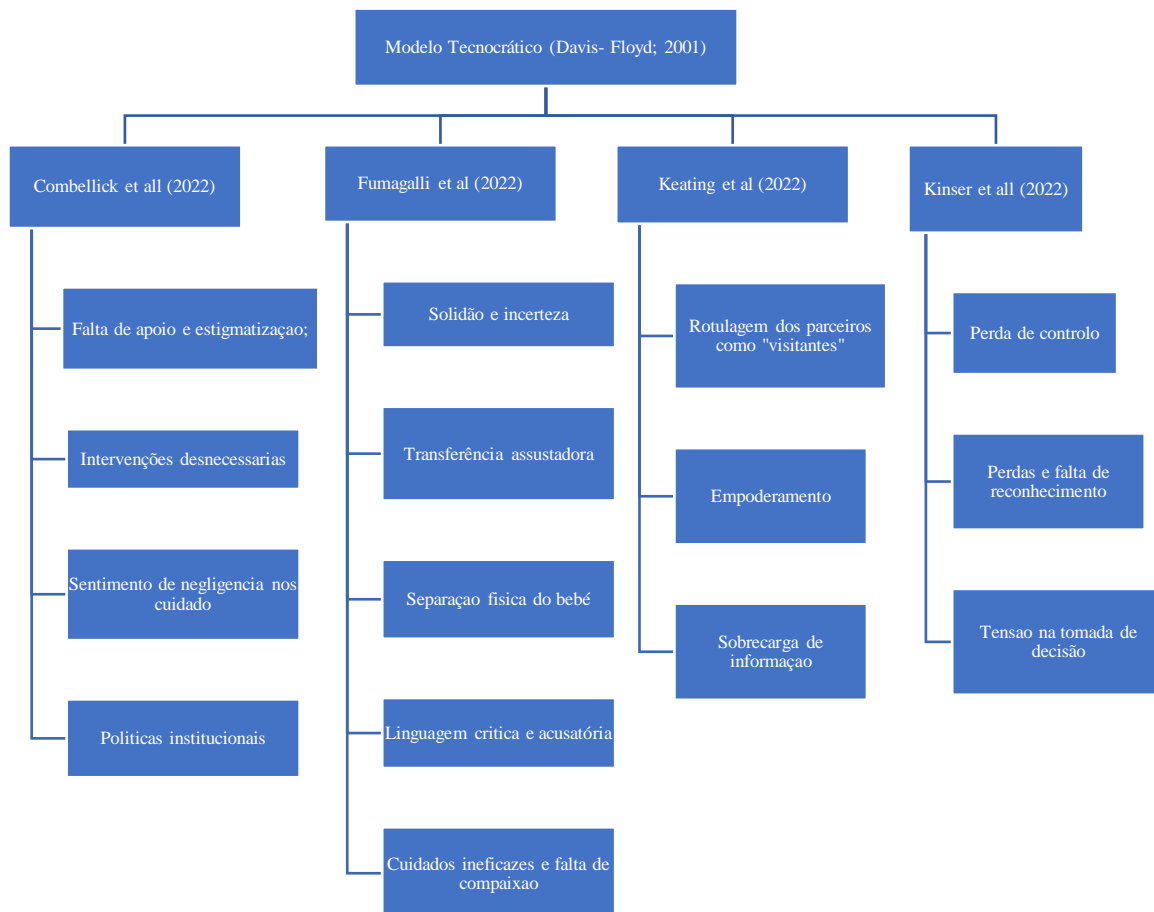


Figura 7- Principais ideias, por autor, referentes ao Modelo Tecnocrático de Cuidados

### Modelo Humanizado:

Relativamente aos cuidados experienciados pelas mulheres, que remetem para o modelo humanizado, encontramos uma maior frequência de referências. Na pesquisa realizada por Combellick et al (2022), os seguintes aspectos são observados:

- A experiência positiva de parto muitas vezes foi salvaguardada pela transparência e afirmação dos prestadores de cuidados. Isso demonstra a importância da comunicação clara e do apoio emocional no modelo humanizado, onde o respeito e a valorização das necessidades e desejos das mulheres são priorizados;
- A afirmação e o suporte dos profissionais de saúde teve um papel significativo na criação de uma experiência positiva. Uma simples declaração de apoio da equipa de saúde pode abrir portas para uma experiência positiva, deixando as mulheres gratas e apoiadas, mesmo quando vivenciam o trabalho de parto sozinhas. Isso ressalta a importância de uma abordagem empática e de encorajamento no modelo humanizado;

- Intervenções percebidas como mais positivas ocorreram quando as mulheres tinham controlo sobre as escolhas. Isso enfatiza a importância da autonomia e do envolvimento ativo das mulheres nas decisões relacionadas com os cuidados, algo que é valorizado no modelo humanizado;
- Durante a pandemia, muitas grávidas optaram por receber cuidados liderados por parteiras, percebendo-as como profissionais que ofereciam maior transparência, informação e respeito. Essa decisão permitiu às mulheres sentirem-se validadas e no controlo da situação. Essa preferência pelo modelo de cuidados liderado por parteiras destaca a valorização da parceria igualitária entre aqueles que buscam cuidados e aqueles que prestam cuidados no modelo humanizado.

Da análise do artigo redigido por Fumagalli et al. (2022), emergem os seguintes aspetos:

- Sentir-se bem e receber apoio compassivo foram fatores importantes para as mulheres durante o parto. Isso destaca a importância de um ambiente acolhedor e de apoio emocional no modelo humanizado, onde as necessidades físicas e emocionais das mulheres são tidas em consideração;
- O uso de equipamentos de proteção pessoal e a implementação de medidas de distanciamento social foram vistos como garantias de ambientes seguros. Isso ressalta a importância da segurança e do bem-estar físico no modelo humanizado de cuidados de saúde durante a pandemia;
- As mulheres sentiram-se tranquilizadas ao receberem suporte compassivo da família, parceiro e profissionais de saúde. Quando o isolamento social não permitia contato físico com a rede social, o suporte emocional fornecido remotamente pela família e pelo parceiro desempenhou um papel importante, ao fazer com que se sentissem cuidadas. Isso ressalta a importância das conexões emocionais e do suporte psicossocial no modelo humanizado;
- O suporte profissional dos profissionais de saúde, especialmente das parteiras, foi considerado essencial para o bem-estar físico e psicossocial das mulheres. A competência da equipa multidisciplinar em fornecer cuidados excelentes foi elogiada, com destaque para a excepcional compaixão e apoio emocional das parteiras. Isso destaca a importância do cuidado centrado na mulher e da relação de confiança entre as mulheres e seus prestadores de cuidados no modelo humanizado;
- Quando bem cuidadas, as mães sentiram-se mais confiantes para cuidar dos seus bebés, iniciar/continuar a amamentação e estabelecer uma rotina, independentemente da

pandemia. Isso ressalta a importância do apoio adequado e das informações claras no modelo humanizado, capacitando as mulheres a tomar decisões informadas e se sentirem empoderadas em relação aos cuidados com seus bebês;

- Mulheres diagnosticadas com COVID-19, nos centros de referência preferiram uma prática mais relaxada, acolhedora, amigável e compassiva. Isso destaca a importância de um ambiente de cuidado positivo e de apoio emocional, mesmo em circunstâncias desafiadoras, no modelo humanizado;
- As mulheres reconheceram a importância de estabelecer relacionamentos profissionais e humanos com os cuidadores, especialmente ao enfrentarem uma situação solitária com um alto impacto biopsicossocial. Isso salienta a importância das relações interpessoais e do cuidado centrado no paciente no modelo humanizado;
- As mães valorizaram o uso de linguagem verbal apropriada, acolhedora e não-crítica por parte dos profissionais de saúde. Isso destaca a importância da comunicação empática e respeitosa no modelo humanizado de cuidados de saúde.

O artigo de Keating (2022), à luz do modelo humanizado, destaca uma medida tomada pelo hospital para tornar a situação menos estressante para a mulher, que foi a partilha de atualizações diárias por meio de mensagens de texto, fotos e vídeos. Essa ação realça a importância da comunicação e do apoio emocional durante o processo de cuidados de saúde. Através dessas atualizações regulares, o hospital demonstra preocupação e empatia, buscando minimizar o stress e manter a mulher informada sobre seu estado de saúde.

Já para Kinser (2022), estes são os fenômenos observados que remetem para o modelo de cuidados humanizado:

- Reconhecimento dos esforços dos profissionais de saúde, quando as mulheres elogiaram o cuidado durante o trabalho de parto, o parto em si e o cuidado dos pediatras em relação aos recém-nascidos. Reconheceram que muitos profissionais de saúde estavam "fazendo o melhor que podiam" dadas as circunstâncias da pandemia;
- Relacionamento forte com as parteiras, pois muitas mulheres mencionaram ter relacionamentos sólidos com as suas parteiras, o que contribuiu para uma sensação de continuidade nos cuidados.

A análise global dos excertos demonstra como o modelo humanizado de cuidados valoriza o apoio emocional, a comunicação clara, a segurança física, a competência profissional, o suporte psicossocial e as relações.

Analisando as falas presentes no artigo de Kluwgant et al (2022), podemos identificar os seguintes temas relacionados com o modelo humanizado de cuidados:

- Mais tempo com as parteiras, tendo as mulheres destacaram a importância de ter mais tempo com as parteiras durante o cuidado, o que contribuiu para uma sensação de apoio e conforto;
- Diminuição da pressão social, percebidas como um fator positivo no cuidado das mulheres, o que pode ter contribuído para um ambiente mais acolhedor e menos estressante;
- Escolha do modelo de cuidado, tendo as mulheres valorizado a possibilidade de escolher o modelo de cuidado que melhor se adequasse às suas necessidades, o que contribuiu para uma experiência mais positiva;
- Continuidade do cuidado e a presença de um único profissional ou equipa de cuidado foram apreciadas pelas mulheres, pois proporcionaram uma sensação de controlo e tranquilidade durante o período de maternidade;
- Ênfase na saúde mental, pois as mulheres perceberam um aumento na atenção e no cuidado com sua saúde mental durante a pandemia. Elas apreciaram que os seus prestadores de cuidados estivessem mais propensos a abordar questões relacionadas à saúde mental de forma mais aprofundada.

De uma forma global, podemos identificar ideias comuns que refletem os princípios fundamentais do modelo humanizado. No que diz respeito à experiência positiva do parto, foi realçada a importância da comunicação clara, transparência e apoio emocional por parte dos prestadores de cuidados. A afirmação e o suporte dos profissionais de saúde desempenharam um papel significativo na criação de uma experiência gratificante para as mulheres. Além disso, intervenções percebidas como mais positivas ocorreram quando as mulheres tinham controlo sobre suas escolhas e eram ativamente envolvidas nas decisões relacionadas aos cuidados.

Durante a pandemia, as mulheres valorizaram ainda mais o suporte emocional e a segurança física nos ambientes de cuidado. O apoio compassivo fornecido pela família, parceiro e profissionais de saúde desempenhou um papel crucial, mesmo quando o contato físico era limitado. A comunicação clara, acolhedora e não-crítica dos profissionais de saúde foi destacada como essencial.

A preferência por modelos de cuidado liderados por parteiras foi mencionada como uma escolha comumente feita pelas mulheres durante a pandemia, devido à percepção de maior transparência, informação e respeito oferecidos por parteiras. A continuidade do cuidado, seja

com um único profissional ou equipe, também foi valorizada pelas mulheres, pois proporcionava uma sensação de controlo e tranquilidade.

Outro aspeto importante ressaltado nos excertos é o foco na saúde mental das mulheres durante o parto e a pandemia. As mulheres perceberam um aumento na atenção e no cuidado com sua saúde mental, com profissionais de saúde a mostrarem-se mais propensos a abordar questões relacionadas a esse aspeto de forma mais aprofundada.

Conforme se pode observar na figura 8, onde se resumem as principais ideias e conceitos, destaca-se nos artigos em análise a importância do modelo humanizado de cuidados de saúde durante o parto e a pandemia, baseado em princípios como comunicação clara, apoio emocional, autonomia nas escolhas, cuidado centrado na mulher, relacionamentos de confiança, segurança física e atenção à saúde mental. Esses elementos contribuem para uma experiência de cuidado mais gratificante, satisfatória e centrada nas necessidades físicas, emocionais e psicossociais das mulheres.

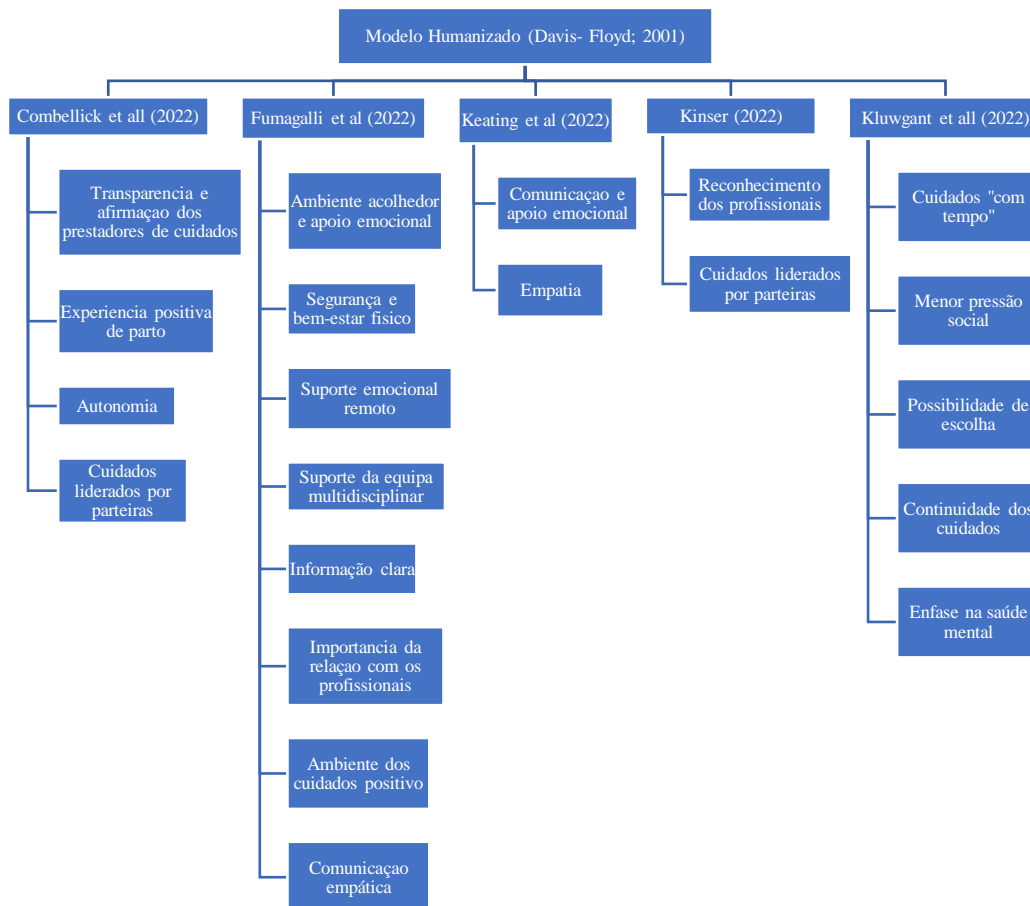


Figura 8 - Principais ideias, por autor, referentes ao Modelo Humanizado de Cuidados

### Modelo Holístico:

No que concerne à prestação de cuidados de acordo com o modelo holístico, Combellick et al (2022) destaca a importância da advocacia durante o parto e sua relação com esse modelo. A presença de um defensor, como uma doula ou parteira, é valorizada como um antídoto para intervenções desnecessárias, garantindo que as necessidades e desejos da mulher sejam tidos em consideração.

Por sua vez, Fumagalli et al. (2022) enfatiza a relação de confiança entre a mulher e a parteira como algo único e caracterizado por uma solidariedade mútua. Essa relação contribui para um modelo holístico de cuidados, onde o bem-estar físico, emocional e social da mulher é priorizado.

Analisando esses excertos à luz do modelo holístico, cujos principais conceitos se apresentam na figura 9, fica evidente que a advocacia desempenha um papel fundamental no cuidado durante o parto, garantindo uma abordagem abrangente e centrada nas necessidades individuais. Além disso, a relação de confiança e solidariedade entre a mulher e a parteira fortalece o aspecto humano do cuidado, promovendo o empoderamento, o respeito e a segurança da mulher em sua jornada de parto.

Portanto, a relação única e excepcional entre a mulher e a parteira, caracterizada por confiança e solidariedade, está alinhada com os princípios do modelo holístico de cuidados. Essa relação fortalece o aspecto humano do cuidado, promove a autonomia da mulher e contribui para uma experiência de parto mais satisfatória e centrada na mulher.

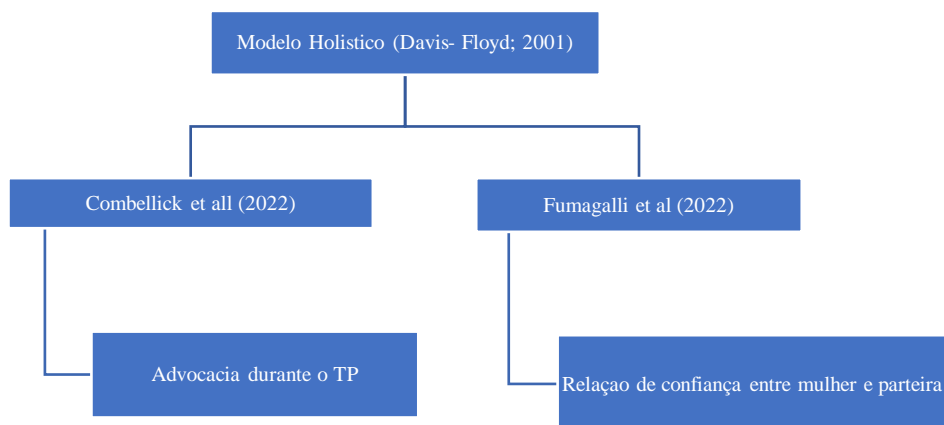


Figura 9- Principais ideias, por autor, referentes ao Modelo Holístico de Cuidados

Concluindo, os artigos analisados destacam as lacunas do modelo tecnocrático de cuidados de saúde durante a pandemia de COVID-19 e as vantagens do modelo humanizado. No modelo tecnocrático, foram identificados problemas como falta de apoio e estigmatização, intervenções

desnecessárias, falta de orientação adequada, políticas em constante evolução e falta de escolha individual. Além disso, o modelo tecnocrático pode levar a uma falta de empatia, cuidado ineficaz e falta de reconhecimento das necessidades individuais dos pacientes.

Por outro lado, o modelo humanizado de cuidados enfatiza a comunicação clara, o respeito às escolhas individuais, a valorização das necessidades emocionais, a parceria igualitária entre pacientes e profissionais de saúde e a criação de um ambiente acolhedor e de apoio. O suporte emocional, a informação transparente, o respeito à autonomia, a valorização da segurança física e do bem-estar psicossocial, o estabelecimento de relacionamentos profissionais e humanos, o uso de linguagem apropriada e não-crítica e o empoderamento informacional são aspectos enfatizados no modelo humanizado.

Ficou demonstrado como o modelo humanizado de cuidados pode influenciar positivamente a experiência de cuidados de saúde durante o parto, especialmente durante a pandemia. A importância do suporte emocional, da comunicação clara, do respeito às escolhas individuais, do envolvimento ativo dos pacientes nas decisões, da valorização das necessidades emocionais, do apoio psicossocial e das relações interpessoais é destacada.

Torna-se crucial adotar uma abordagem mais humanizada e centrada no paciente nos cuidados de saúde, especialmente durante períodos desafiadores como foi a pandemia de COVID-19. A transição para um modelo de cuidados mais humanizado pode melhorar a experiência dos pacientes, promover a saúde mental e emocional e fortalecer a relação entre pacientes e profissionais de saúde.

Outra temática que emergiu da análise dos artigos foram os cuidados pandêmicos, que tanto foram percebidos ou como benefícios inesperados, ou como prejuízos inesperados.

Na categoria de benefícios inesperados, no artigo de Combellick et al. (2022), é possível agrupar os temas em torno da importância da transparência, afirmação e apoio dos prestadores de cuidados, da escolha e controle individuais, da advocacia dos profissionais de saúde, da mudança para cuidados liderados por parteiras e dos princípios do modelo de cuidados obstétricos centrados na mulher.

Da leitura do artigo de Fumagalli et al. (2022) sobre cuidados durante a pandemia com benefícios inesperados, emergem as seguintes ideias: o bem-estar que as mulheres referem ter sentido durante o TP, em relação à doença COVID-19. O sentirem-se saudáveis e terem resultados normais em exames e testes foi reconfortante. Mulheres que eram positivas para COVID-19 sentiram-se mais relaxadas e acolhidas em centros de referência. Mulheres referem a existência de suporte compassivo, tendo elogiado a competência da equipe multidisciplinar em fornecer cuidados excelentes. Um destaque especial foi dado ao excepcional apoio emocional



e compaixão das parteiras. Estabelecer relacionamentos profissionais e humanos com os prestadores de cuidados foi valorizado. O uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) e medidas de distanciamento social, foram mencionados. As mulheres reconheceram a importância de receber informações claras e oportunas dos profissionais de saúde para se adaptarem às mudanças caóticas. As instalações de saúde foram consideradas o local mais seguro para as mulheres e seus bebês em caso de teste positivo para COVID-19. O desejo de conhecer o bebê fortaleceu as mulheres, fazendo-as se sentirem fortes e competentes como mães. A utilização de linguagem verbal adequada e não-crítica foi valorizada pelas mulheres, por parte dos profissionais de saúde. A relação de confiança entre a mulher e a parteira foi vista como única e excepcional. Essa relação foi caracterizada por solidariedade mútua, especialmente numa situação vulnerável e distante das expectativas.

Para Keating (2022), os benefícios inesperados que emergem referem-se ao impacto positivo das restrições durante o parto hospitalar: três mulheres que tiveram parto hospitalar durante a pandemia sentiram que a experiência em si não foi negativamente afetada pelas restrições. Isso sugere que, apesar das medidas restritivas implementadas devido à pandemia, as mulheres conseguiram ter uma experiência de parto satisfatória no hospital. Também os serviços de saúde tomaram medidas para tornar a situação menos estressante para as mulheres. Essas medidas incluíam atualizações diárias por meio de mensagens de texto, fotos e vídeos enviados por smartphone. Esses contactos ajudaram a manter as famílias e pessoas significativas informadas sobre o progresso do trabalho de parto e o bem-estar da mulher e bebê, proporcionando-lhes uma sensação de conexão e tranquilidade.

Da análise do ponto de vista das mulheres, no artigo de Kinser (2022) emergem temas como o aumento da resiliência pessoal, pois a pandemia desafiou as mulheres a aprimorarem sua própria resiliência pessoal. Embora tenha havido tensões e desafios durante esse período, algumas participantes expressaram, em tom discreto e com palavras de desculpa, que se sentiram gratas pela privacidade e tranquilidade proporcionadas pela pandemia. Isso sugere que algumas mulheres encontraram maneiras de se adaptar e lidar com os desafios adicionais impostos pela pandemia, fortalecendo sua resiliência pessoal.

Também se observa a apreciação pelos cuidados recebidos, pois várias mulheres elogiaram bastante os cuidados que receberam durante o trabalho de parto, parto e o atendimento pediátrico dado aos seus recém-nascidos. Reconheceram que muitos profissionais de saúde fizeram o melhor que podiam no contexto da pandemia. Esses relatos destacam a gratidão e o reconhecimento pelos esforços dos provedores de cuidados de saúde durante esse período desafiador.

Finalmente, do artigo de Kluwgant et al (2022), em relação aos benefícios inesperados, emergem as ideias de que a redução de visitantes foi algo percebido como uma experiência positiva. Essa redução de visitantes permitiu às mulheres ter mais tempo para descansar, recuperar e ter um tempo de qualidade com o RN e as parteiras. A continuidade de cuidados e cuidadores durante a pandemia foi apreciada, sendo esse aspecto altamente valorizado, pois fez com que as mulheres se sentissem mais no controle e à vontade ao longo do seu TP. Novamente o foco na saúde mental, pois as mulheres expressaram apreço pelo aumento do foco neste aspecto por parte dos provedores de cuidados durante a pandemia. Sentiram que sua saúde mental era vista como uma prioridade maior durante os cuidados, pois os prestadores de cuidados estavam mais propensos a aprofundar questões relacionadas à saúde mental das mulheres. Em relação as medidas de segurança, as mulheres destacaram vários meios pelos quais perceberam que estas afetaram positivamente as suas experiências. Isso incluiu ter menos pessoas ao redor do bebê, maior frequência na lavagem das mãos por parte das pessoas e menos aproximação ou toque delas mesmas ou dos seus filhos em público (figura 10).

Cuidados Pandémicos	Benefícios Inesperados		
		Combelick et al (2022)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Importância da transparência</li> <li>Afirmção e apoio dos prestadores de cuidados.</li> <li>Escolha e controlo individual</li> <li>Advocacia dos profissionais de saúde</li> <li>Mudança para cuidados liderados por parteiras</li> <li>Modelos de cuidados obstétricos centrados na mulher</li> </ul>
		Fumagalli et al. (2022)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bem-estar durante o TP</li> <li>Suporte Compassivo</li> <li>Informação clara e oportuna</li> <li>Relação de confiança entre mulher e parteira</li> </ul>
		Keating et al (2022)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Impacto positivos das restrições</li> <li>Medidas adaptativas</li> </ul>
		Kinser (2022)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Resiliencia pessoal</li> <li>Apreciação dos cuidados recebidos</li> </ul>
		Kluwgant et al (2022)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Redução de visitantes</li> <li>Continuidade de cuidados e cuidadores</li> <li>Foco na saúde mental</li> </ul>

Figura 10 - Principais ideias, por autor, referentes aos benefícios inesperados dos Cuidados Pandémicos

Contudo, os mesmos cuidados e o contexto pandémico traduziram-se também, para as mulheres, em prejuízos inesperados.

A análise do artigo de Combellick et al (2022) revela os prejuízos emocionais e psicológicos enfrentados por pessoas que deram à luz durante a pandemia. O stress e o medo foram predominantes durante o parto e a falta de um parceiro ou pessoa significativa, a separação do

bebé, o medo de contrair COVID-19 e o isolamento da família foram fontes consistentes de medo e stress. Algumas mulheres foram submetidas a intervenções no parto sem razões médicas, apenas para evitar um risco teórico de exposição ao vírus. A negação do controle individual resultou numa experiência devastadora, enquanto a falta de um defensor aumentou o medo e o stress. Sentimentos de negligência surgiram quando os prestadores de cuidados não auxiliaram na navegação do sistema de saúde, e a falta de informações adequadas gerou medo e a sensação de tratamento desigual. Esses desafios realçam a importância de abordagens centradas na mulher, apoio emocional, comunicação clara e acesso a informações adequadas durante o parto em tempos de crise pandêmica.

No artigo de Fumagalli et al (2022) emergem como cuidados que resultaram em prejuízos inesperados o facto de as mulheres enfrentarem sentimentos de caos e incerteza, procurarem informações confiáveis sobre a COVID-19 relacionadas com o parto e experimentarem ansiedade causada pelas notícias. A estadia no hospital foi descrita como um limbo solitário e interminável, e a transferência para centros de referência era assustadora e solitária. As relações familiares foram impactadas, e muitas mulheres sentiram-se tristes por não compartilhar a experiência com seus parceiros. A preocupação com a transmissão da doença limitou a interação com os recém-nascidos. A separação física do bebé e o uso de linguagem crítica geraram sentimentos de culpa. A solidão durante a estadia hospitalar teve um impacto negativo e as mulheres relataram um impacto emocional duradouro. Algumas mães buscaram ajuda psicológica, enquanto outras tentaram seguir em frente ou desejaram uma nova experiência no futuro.

O artigo de Keating et al (2022) menciona os cuidados pandémicos que resultaram em prejuízos inesperados como incluindo restrições na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (NICU), restrições aos parceiros durante as visitas hospitalares, comunicação confusa sobre as restrições e a necessidade de equilíbrio na busca por informações.

No artigo de Kinser et al (2022) os cuidados que resultaram em prejuízos inesperados incluem a sensação de incerteza generalizada, frustração com a gestão política da pandemia, perda de atividades presenciais, dificuldades na tomada de decisões relacionadas à maternidade durante as precauções da COVID-19 e agravamento das deficiências no sistema de saúde perinatal. Os relatos também destacam a preocupação com novas mães que perderam recursos comunitários e a percepção de que a pandemia evidenciou falhas pré-existentes no cuidado às mulheres. Essas experiências refletem o impacto emocional e a necessidade de melhorias no cuidado perinatal durante crises como a pandemia.

Na pesquisa de Kluwgant et al (2022) é unicamente mencionado que a possibilidade de ter pelo menos uma visita teria sido positiva. Um resumo de ideias é apresentado na figura 11.

Cuidados Pandêmicos	Prejuízos Inesperados		
		Combelick et al (2022)	Prejuízos emocionais e psicológicos Intervenções não justificadas Falta de controlo individual Sentimentos de negligencia
		Fumagalli et al. (2022)	Sentimentos de caos e incerteza Solidão Separação física do bebé
		Keating et al (2022)	Restrições Comunicação confusa
		Kinser (2022)	Incerteza generalizada Frustração Dificuldades na tomada de decisão Agravamento das deficiencias já existentes no sistema
		Kluwgant et al (2022)	Redução de visitantes

Figura 11 - Principais ideias, por autor, referentes aos prejuízos inesperados dos Cuidados Pandêmicos

Em resumo, a análise dos artigos revela temas comuns relacionados aos prejuízos inesperados decorrentes dos cuidados pandêmicos. Incluem o impacto emocional e psicológico, a predominância do stress e medo, restrições na presença de parceiros, separação do bebé, medo de contrair COVID-19 e isolamento familiar. Além disso, intervenções desnecessárias no parto, falta de controle individual, falta de apoio e informações adequadas, tratamento desigual, incerteza generalizada, frustração com a gestão política da pandemia e agravamento das deficiências no sistema de saúde perinatal foram identificados como prejuízos comuns. A necessidade de abordagens centradas na mulher, apoio emocional, comunicação clara e acesso a informações adequadas durante o parto em tempos de crise pandêmica é observada como uma resposta necessária.

Outra categoria que merece atenção na análise dos artigos refere-se à percepção das mulheres sobre o papel dos profissionais de saúde no contexto pandêmico. Uma menção recorrente é a importância da transparência e afirmação por parte dos profissionais de saúde, destacado por Combellick et al (2022). Além disso, ressalta-se a necessidade de apoio, advocacia e a devastação causada pela falta de controle individual. A importância da informação e da

navegação adequada do sistema de saúde também é enfatizada, assim como a valorização do modelo de cuidado obstétrico baseado na parceria igualitária entre profissionais e pacientes (Combellick et al, 2022).

Fumagalli et al (2022) aborda a incerteza sobre as ações a serem tomadas no ambiente pessoal, destacando a importância do apoio compassivo e competente dos profissionais de saúde. O uso de equipamentos de proteção individual e medidas de distanciamento social são mencionados, assim como a percepção do lar e do hospital como ambientes seguros. A necessidade de informação clara e o impacto das palavras usadas pelos profissionais de saúde também são ressaltados. Além disso, o relacionamento de confiança entre as mulheres e as parteiras, a adaptação a mudanças caóticas no cuidado obstétrico, a solidão durante a estadia hospitalar e a valorização de cuidados efetivos e compassivos são temas abordados.

Kinser et al (2022) destaca o agravamento das deficiências no sistema de saúde perinatal durante a pandemia. A importância de abordagens centradas na mulher e na continuidade do cuidado é enfatizada. Algumas participantes elogiam o cuidado recebido, enquanto outras destacaram as falhas existentes no sistema de saúde. Esses resultados ressaltam a importância de melhorar a comunicação, proporcionar apoio emocional e garantir um cuidado adequado durante a pandemia, visando atender às necessidades das mulheres de forma mais abrangente.

O artigo de Kluwngant (2022) discute dois temas principais. O primeiro é a importância da continuidade do cuidado e do relacionamento construído com os prestadores de cuidados, especialmente em modelos de prática de parteiras. As mulheres valorizam o benefício de receber cuidados de parteiras em grupos privados, que se mantiveram relativamente inalterados durante a pandemia em comparação com o sistema público. O segundo tema aborda o apoio e a atenção prestados pelos profissionais de saúde durante a crise, com foco especial na saúde mental. Destaca-se a importância da continuidade do cuidado e do suporte emocional fornecido pelos profissionais de saúde durante a pandemia.

Em suma, os temas comuns abordados pelos autores incluem transparência e afirmação dos profissionais de saúde, necessidade de apoio e advocacia, impacto da falta de controle individual, importância da informação e navegação adequada do sistema de saúde, valorização do modelo de cuidado obstétrico baseado na parceria igualitária, incerteza e medidas de proteção durante a pandemia, relacionamento de confiança entre mulheres e parteiras, adaptação a mudanças caóticas no cuidado obstétrico, solidão durante a estadia hospitalar, melhorias no sistema de saúde perinatal, comunicação aprimorada, apoio emocional, continuidade do cuidado e suporte emocional fornecido pelos profissionais de saúde.

Finalmente, à luz de uma nova normalidade, que as mulheres perceberam e que surgiu nos cuidados prestados em contexto da pandemia de COVID-19, podemos identificar algumas tendências comuns.

Ocorreram mudanças nas escolhas de local de parto, pois Combellick et al (2022) destaca que o medo e o estresse levaram algumas mulheres a procurar alternativas de locais de parto, devido às políticas institucionais em constante evolução que limitavam as opções de escolha. Começou a ser dada mais importância à advocacia e apoio. Tanto Combellick (2022) quanto Fumagalli (2022) enfatizam a importância da advocacia e do apoio emocional fornecido por doulas, parteiras e profissionais de saúde. Esses profissionais são vistos como protetores e fundamentais para o bem-estar das mulheres.

A adaptação às restrições e medidas de segurança traduziu-se numa mudança da postura dos equipamentos de saúde, alterando-se a percepção do lar e do hospital como ambientes seguros. Fumagalli (2022) destaca a incerteza em relação à duração das restrições e a necessidade de implementar medidas de proteção, como o uso de equipamentos de proteção individual e o distanciamento social.

Iniciou-se a era do suporte emocional familiar remoto, pela impossibilidade da presença física. Fumagalli (2022) menciona a importância do suporte emocional fornecido à distância pela família e pelo parceiro quando o contato físico não era permitido. Essa forma de suporte desempenhou um papel crucial para as mulheres se sentirem cuidadas durante o isolamento.

As restrições e a falta de contato físico foram percebidas como inevitáveis para proteger o bebê. Fumagalli (2022) destaca que, embora as mães tenham sofrido com a falta dos atos usuais de amor, como abraçar e acariciar o recém-nascido, esse afastamento traduziu-se em resultados satisfatórios.

A sensação de incerteza e dificuldades, onde o artigo de Kinser (2022) destaca a experiência de viver numa "área cinzenta", onde nada era claro, fácil ou típico. Isso reflete a sensação de enfrentar desafios e incertezas durante a pandemia.

A emergência desta nova normalidade dos cuidados prestados em contexto de COVID-19 envolveu adaptações, restrições e a necessidade de fornecer suporte emocional remoto. A importância da advocacia, transparência e apoio por parte dos profissionais de saúde foi reforçada, assim como a necessidade de adaptar as práticas de cuidado para garantir a segurança das mulheres e recém-nascidos.

### **3.2. CARATERIZAÇÃO DOS CASOS ASSISTIDOS NA CLÍNICA DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL**

Os casos clínicos assistidos encontram-se enunciados, detalhadamente, no Apêndice B correspondendo ao quotidiano de cuidados vivenciados pela mestranda. Demonstram as inúmeras oportunidades que ocorreram de treinar e consolidar competências.

Na secção atual caracterizam-se os casos assistidos na clínica, referentes a cuidados prestados a mulheres que aceitaram partilhar as suas vivências sobre o TP em contexto Covid, fazendo-se uma análise dos mesmos à luz da revisão que dá nome a este relatório.

#### **3.2.1. Caraterísticas sociodemográficas dos casos assistidos**

O universo considerado para esta análise é de trinta e cinco mulheres que vivenciaram o seu TP em contexto da pandemia Covid e que foram cuidadas pela mestranda. As suas idades variam entre 18 e 42 anos, sendo a média de 33.43 (5.44) anos. As idades mais frequentes observadas são os 37 e os 38 anos (existem duas modas). Uma vez que se trata de grupo pequeno (n=35), a maior parte dos dados são apresentados em frequências e não em percentagens.

*Tabela 7 – Idade das mulheres e idade gestacional (média, mediana, moda, máximo e mínimo)*

	Idade Mulher	Idade Gestacional
N	35	39.46
Média	33.43	39.47
Mediana	33.00	39.86
Moda	37	41.00
Desvio Padrão	5.44	1.33
Mínimo	18	36.57
Máximo	42	41.14

#### **Caraterísticas Obstétricas**

Ao observarmos a idade gestacional à data do parto verificamos que a média é de 39.46 (DP=1.33), o que corresponde a uma IG de aproximadamente 39s e 3 dias, sendo a IG mínima observada de 36s e 5 dias (um caso) e a máxima de 41s e 1 dia. A moda deste valor é 41 semanas, o que nos remete para uma gravidez a termo. Uma vez que a OMS (2015) considera a gestação a termo entre as 37s e 0 dias e as 42 semanas e 0 dias, podemos considerar que os TP em análise decorreram de acordo com a normalidade.

Os motivos de internamento considerados foram a existência de contratilidade, a rotura da bolsa amniótica, perdas hemáticas, indução, cesariana eletiva e outros. Nenhuma mulher foi

internada por perdas hemáticas ou por outros motivos. Por existência de contratilidade foram internadas dezassete mulheres; por bolsa rota foram internadas oito mulheres, para indução do TP foram admitidas dez mulheres e por motivo de cesariana eletiva, três mulheres. Verificamos um valor cumulativo superior a trinta e cinco, o que demonstra que, do universo em estudo, algumas mulheres foram internadas com duplo diagnostico, conforme se observa na tabela 8.

Tabela 8- Frequência do motivo de internamento

	Respostas	Respostas		Percentagem de casos
		N	Percent.	
Motivo	Contrações	17	44.7%	48.6%
	Bolsa Rota	8	21.1%	22.9%
	Indução	10	26.3%	28.6%
	Cesariana Eletiva	3	7.9%	8.6%
	Total	38	100.0%	108,6%

Outro dado colhido relativamente a estas mulheres foi o índice obstétrico (IO). Este foi registado usando 4 parâmetros ou indicadores: o número de partos a termo; número de partos prematuros; número de abortamentos/ gravidez ectópica; número de filhos vivos.

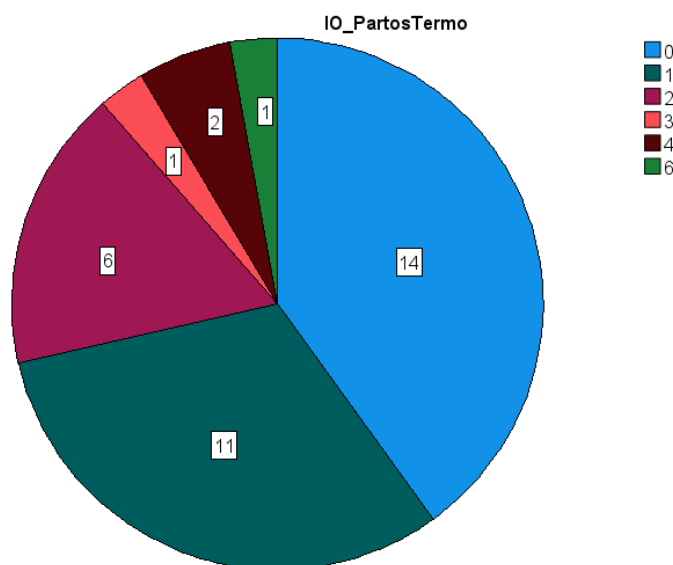


Figura 12 -Frequência do IO-Partos de Termo

Observamos que para catorze destas mulheres este TP foi o seu primeiro parto de termo; para onze mulheres o segundo parto de termo; para seis mulheres o terceiro; para uma o quarto parto de termo, para outra o sétimo e para duas o quinto (figura 12).

Destas mulheres, uma apresenta uma história de dois partos pré-termo, optando a mestranda por não colocar figura.



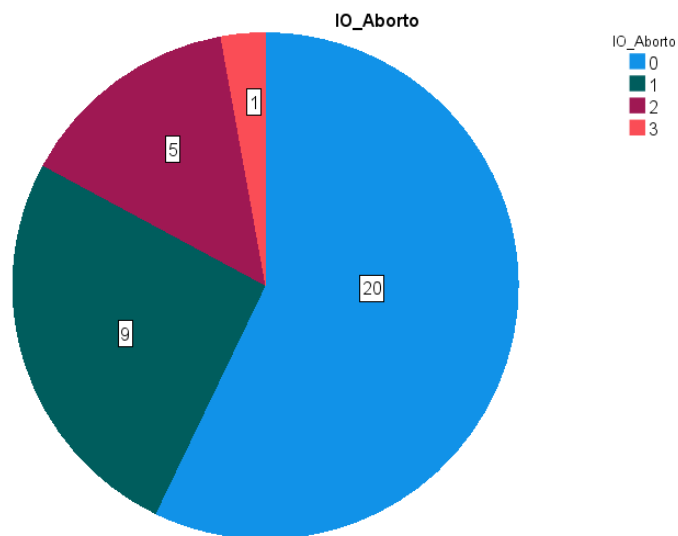


Figura 13 - Frequência do IO-Aborto

Relativamente ao terceiro parâmetro do IO, conforme podemos observar na figura 13, vinte mulheres não referem histórico de situações de abortamento. Nove mulheres referem uma situação; cinco mulheres referem duas e uma mulher refere três situações de aborto.

No que concerne a filhos vivos, não contabilizando o nascido do TP em análise, podemos verificar que para treze mulheres este foi o seu primeiro filho. Para doze mulheres este TP culminou no nascimento do segundo filho, para seis mulheres no terceiro. Para uma mulher este TP trouxe o quarto filho, para duas o quinto e para uma o sexto filho vivo (figura 14).

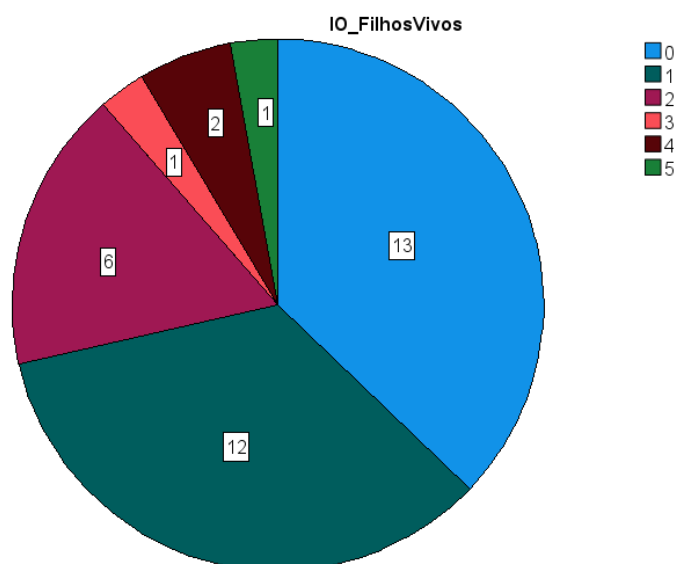


Figura 14 - Frequência do IO-Filhos Vivos

## Caraterísticas do TP

Na tentativa de demonstrar a continuidade dos cuidados, foram registadas as fases do TP nas quais os cuidados foram prestados. Considerou-se o estágio 1 (fase latente e fase ativa), o estágio 2 (período expulsivo), o estágio 3 (dequitação) e o estágio 4 (puerpério imediato), conforme tabela 9.

Tabela 9- Frequências das fases de TP com atendimento pela mestranda

	Respostas			
	N	Percent.	Percentagem de casos	
Estádio	Estadio1: Latente	3	5,8%	8,6%
	Estadio1: Ativa	7	13,5%	20,0%
	Estadio2	10	19,2%	28,6%
	Estadio3	5	9,6%	14,3%
	Estadio4	27	51,9%	77,1%
Total	52	100,0%	148,6%	

Observamos que a maior percentagem de cuidados prestados pela mestranda a estas mulheres foi durante o puerpério imediato (vinte e sete mulheres, frequência de 51,9%), seguido pelo segundo estágio (dez mulheres, frequência de 19,2%). De referir que o valor cumulativo da percentagem de casos é superior a 100% pois algumas destas mulheres receberam cuidados da mestranda em mais do que uma fase do seu TP.

O tipo de parto que se observou categorizou-se em eutócico, distócico e por cesariana. Do universo em análise, vinte e uma mulheres experienciaram um parto eutócico, sete mulheres um parto distócico e outras sete mulheres foram sujeitas a cesariana (figura 15).

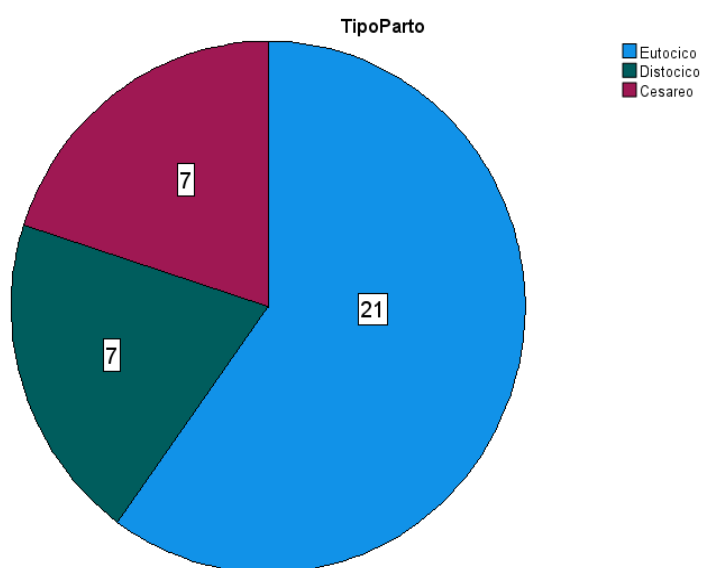


Figura 15- Frequência do tipo de parto

No decorrer do TP pode ocorrer a necessidade de realização de uma episiotomia, tal como pode ocorrer a laceração dos tecidos. Das mulheres cuidadas, a onze foi realizada uma episiotomia e no caso de dez ocorreu laceração dos tecidos. A nenhuma mulher ocorreu a situação combinada de episiotomia e laceração.

Vinte e cinco mulheres mantiveram o períneo íntegro. Quanto a laceração, em cinco ocorreu uma laceração de 1º grau e noutras cinco uma laceração de 2º grau (figura 16).

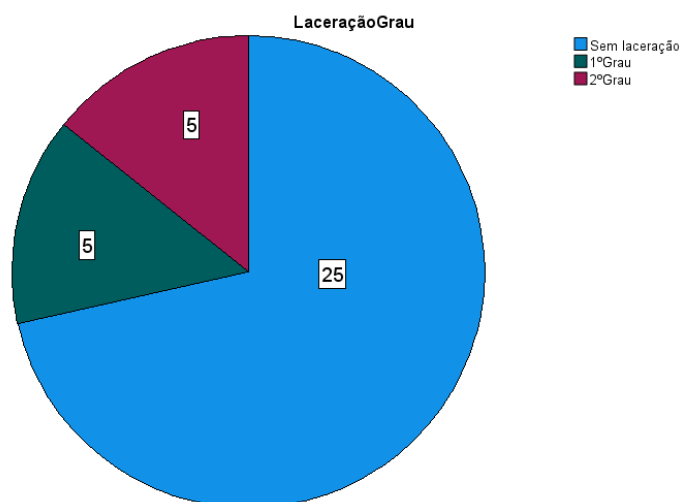


Figura 16- Frequência da ocorrência de lacerações (em grau)

O ganho ponderal ao longo da gravidez também foi digno de registo. A grávida com o maior aumento ponderal aumentou 25kg e a que ganhou menos aumentou apenas 2kg. O valor médio de ganho ponderal foi de 12.11kg (5.50) (tabela 10).

Tabela 10 – Peso e ganho de peso (em Kg)

	Peso Agora (Kg)	Ganho Peso (Kg)
Média	85,54	12,11
Mediana	84,00	11,00
Moda	75,00	10,00
Desvio Padrão	15,81	5,50
Mínimo	48,00	2,00
Máximo	133,05	25,00

Para melhor se poder comentar relativamente ao ganho ponderal, com base na altura e no peso referido antes da gravidez, também se calculou o IMC pré-gravídico (figura 17).

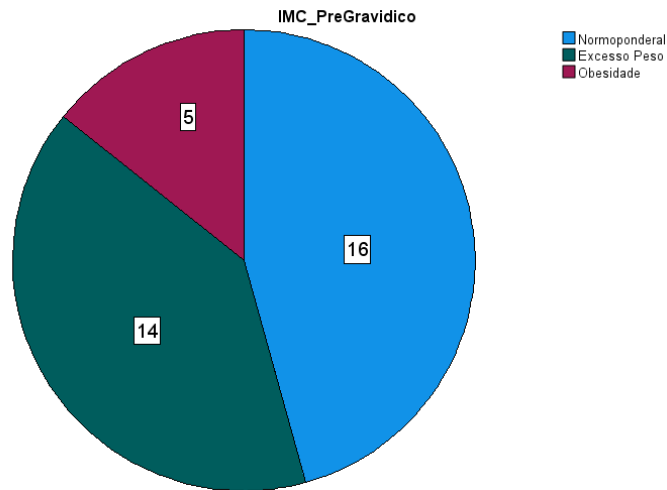


Figura 17 – Frequência do IMC pré-gravídico

Assim, observamos que, antes da gravidez atual, dezasseis mulheres apresentavam um IMC normo-ponderal, catorze situavam-se no excesso de peso e cinco apresentavam obesidade.

Realizando uma segunda análise destes valores, com base nas recomendações para o aumento de peso ideal durante a gravidez, observamos que quinze mulheres tiveram um aumento de peso adequado, seis aumentaram menos que o aconselhado e catorze aumentaram acima do aconselhado (figura 18).

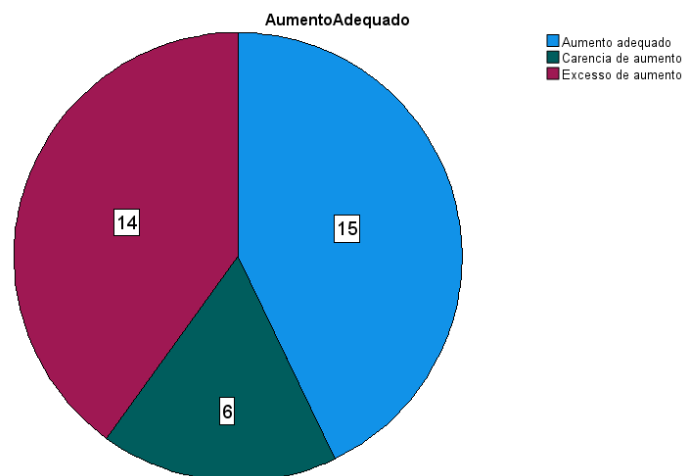


Figura 18 – Distribuição relativa ao aumento de peso durante a gravidez

Relativamente à analgesia durante o TP, verificou-se que onze mulheres não recorreram a nenhum método farmacológico. Das restantes, dezassete realizaram analgesia por epidural e as sete remanescentes foram sujeitas a bloqueio subaracnoídeo (tabela 11).

Tabela 11 – Frequência do uso de analgesia e método

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem Cumulativa
Sem fármacos	11	31,4	31,4
Epidural	17	48,6	80,0
Bloqueio	7	20,0	100,0
Total	35	100,0	

Finalmente, calculou-se uma das últimas variáveis em análise, o tempo que decorreu desde o internamento da mulher até ao nascimento do RN (em horas) e a duração total do internamento, em dias. Relativamente ao tempo que decorreu desde o internamento até à expulsão do RN, observa-se uma média de aproximadamente 7h15m (10.92), com um máximo de 36h36m e um mínimo de 38m, conforme tabela 12.

Tabela 12 – Tempo decorrido entre a admissão e a expulsão (medidas de tendência central)

	N	33
Média		12,33 h
Mediana		7,42 h
Moda		0,63 h
Desvio Padrão		10,92
Mínimo		0,63 h
Máximo		36,60 h

O tempo de internamento foi avaliado em dias, desde a data do internamento até a data da alta. Apresentou uma média de 2.93 (0.65) dias, o que corresponde aproximadamente a três dias. Verificou-se um máximo de 4,33 dias e um mínimo de 1,73 dias, conforme tabela 13.

Tabela 13 – Tempo de internamento em dias (medidas de tendência central)

	N	33
Média		2,93
Mediana		3,1
Moda		1,73
Desvio Padrão		0,65
Mínimo		1,73
Máximo		4,33

### Caraterísticas do Recém-nascido

Os RN nascidos dos TP em análise apresentam a seguinte distribuição por sexo aparente à nascença, conforme a figura 19.

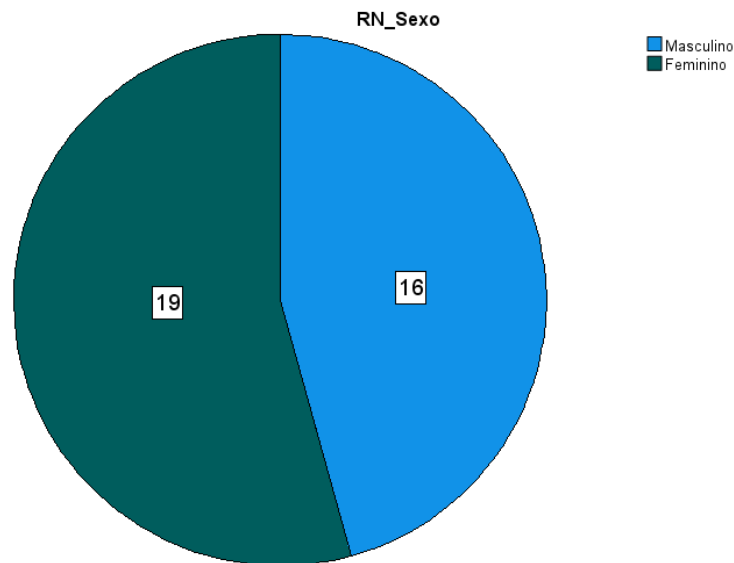


Figura 19- Frequência do sexo aparente à nascença

Relativamente ao índice da APGAR ao primeiro minuto, observamos vinte e um RN com um Apgar de 9 e catorze com um Apgar de 10 (figura 20). Já ao quinto minuto todos os RN apresentam um Apgar de 10.

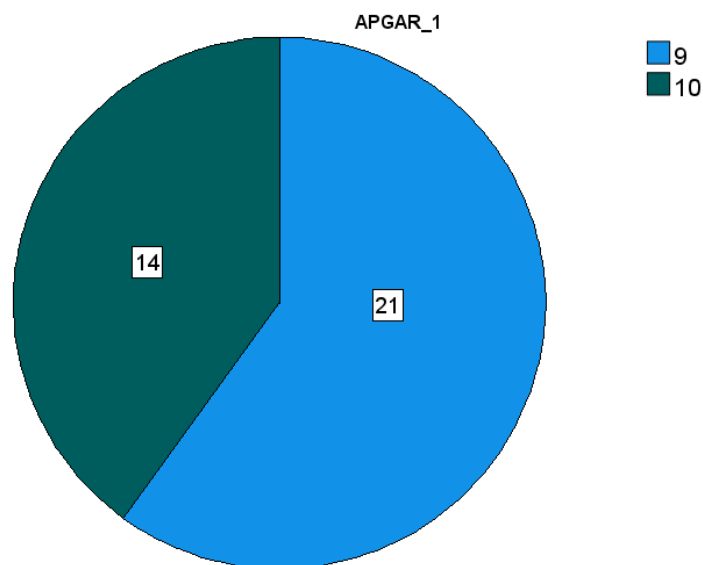


Figura 20- Frequência do Índice de Apgar ao 1º minuto de vida

Outra característica tida em conta foi o peso do RN. O valor médio observado foi de 3304g (444), tendo sido observado um máximo de 4085g e um mínimo de 2555g, conforme tabela 14.

Tabela 14- Peso do RN à nascença (medidas de tendência central)

N	35
Média	3304 g
Mediana	3270 g
Moda	2555 g
Desvio Padrão	444 g
Mínimo	2555 g
Máximo	4085 g

### Perceção das mulheres relativamente ao TP

A este grupo de mulheres foi pedido que descrevessem a sua experiência de trabalho de parto, de acordo com os temas seguintes:

- a) a capacidade pessoal e o desempenho que pensa ter tido durante o trabalho de parto;
- b) O apoio profissional presente ou ausente durante o seu trabalho de parto;
- c) A segurança pessoal que sentiu durante o trabalho de parto.

Por fim questionou-se sobre as expectativas e as experiências e foram pedidas sugestões.

As questões colocadas foram abertas, tendo as mulheres respondido em texto livre. Após leitura das respostas, foram analisadas e categorizadas pela mestranda e sua orientadora, numa escala entre o insuficiente, suficiente, bom e muito bom. Também ocorreram situações de não resposta.

No tema relativo à capacidade pessoal e desempenho, podemos observar abaixo os resultados obtidos. Seis das mulheres percecionaram não ter tido capacidade ou resposta aos desafios do TP em contexto pandémico. Uma percecionou o seu desempenho como insuficiente e outra como suficiente. Contudo a maioria reconheceu ter tido capacidade e desempenho bom ou muito bom, com frequências de 12 e 11 respetivamente, conforme se pode observar na tabela 15.

Tabela 15 – Frequência das respostas categorizadas quanto à capacidade pessoal e desempenho durante o TP

	Frequência	Percentagem	Percentagem cumulativa
Sem capacidade / Sem resposta	6	17,1%	17,1%
Capacidade / Desempenho insuficiente	1	2,9%	20,0%
Capacidade / Desempenho suficiente	5	14,3%	34,3%
Capacidade / Desempenho bom	12	34,3%	68,6%
Capacidade / Desempenho muito bom	11	31,4%	100,0%
Total	35	100,0%	

Com base na anterior revisão, parece que a percepção das mulheres sobre sua capacidade e desempenho durante o TP em contexto pandêmico é influenciada por diversos fatores. As mulheres mencionaram preocupações como a falta de apoio e acompanhamento contínuo durante o parto, bem como a ansiedade relacionada com o contexto pandêmico. A falta de suporte emocional e físico pode afetar negativamente a confiança das mulheres na sua capacidade de lidar com o trabalho de parto. A ausência de um parceiro ou familiar presente durante o processo pode aumentar os níveis de stress e insegurança, já que as mulheres vivenciaram o TP sozinhas. Já as mulheres que tiveram uma percepção mais positiva relativamente à capacidade e desempenho referiram que o acompanhamento pelos profissionais de saúde foi fundamental e precioso.

No tema relativo à presença ou ausência de apoio durante o TP, apresentam-se os resultados obtidos abaixo, conforme a tabela 16.

*Tabela 16- Frequência das respostas categorizadas à questão sobre apoio durante o TP*

	Frequência	Percentagem	Percentagem Cumulativa
Sem / Mau apoio	3	8,6%	8,6%
Insuficiente apoio	3	8,6%	17,1%
Suficiente apoio	9	25,7%	42,9%
Bom apoio	8	22,9%	65,7%
Muito bom apoio	12	34,3%	100,0%
Total	35	100,0	

Das respostas obtidas, três mulheres referem que o apoio por parte dos profissionais foi inexistente ou mau e outras três referem que foi insuficiente. Nove mulheres ficaram com a percepção que o apoio foi suficiente, oito mulheres que o apoio foi bom e doze referem que foi muito bom.

Analisando esta respostas à luz da revisão anterior, podemos inferir que as mulheres tendem a ter diferentes percepções sobre os cuidados recebidos durante o trabalho de parto, em especial neste contexto. Algumas podem sentir-se bem assistidas e apoiadas pelos profissionais de saúde, enquanto outras podem ter experiências menos positivas. A percepção individual pode depender de vários fatores, incluindo a qualidade da comunicação, o nível de empatia demonstrado pelos profissionais de saúde e a adequação das medidas de segurança implementadas.



A comunicação clara e empática é fundamental para tranquilizar as mulheres e garantir que elas se sintam ouvidas e envolvidas no processo de parto. A falta de apoio emocional durante o trabalho de parto pode levar a sentimentos de isolamento e afetar negativamente a experiência das mulheres. Muitas mulheres referiram que a presença de profissionais e o apoio emocional por eles prestados foi crucial para a experiência de parto positivo.

Importa ressaltar que, no contexto pandêmico, os profissionais de saúde também enfrentaram desafios significativos. Tiveram a difícil tarefa de equilibrar a prestação de cuidados de qualidade com a necessidade de seguir as diretrizes de segurança relacionadas à COVID-19. Isso resultou em restrições nas visitas e na presença de acompanhantes durante o TP, bem como numa maior dependência de equipamentos de proteção individual (EPIs) que limitaram a comunicação não verbal.

No tema relativo à segurança pessoal percebida durante o parto, as respostas obtidas são as vertidas seguidamente, conforme se pode observar na tabela 17.

*Tabela 17 - Frequência das respostas categorizadas à questão sobre segurança durante o TP*

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem Cumulativa
Sem / Má segurança	4	11,4%	11,4%
Insuficiente segurança	5	14,3%	25,7%
Suficiente segurança	7	20,0%	45,7%
Boa segurança	12	34,3%	80,0%
Muito boa segurança	7	20,0%	100,0%
Total	35	100,0%	

Observamos que quatro mulheres referiram sentir-se sem ou com má segurança. Cinco mencionam que a segurança percebida foi insuficiente e sete suficiente. Doze mulheres referem ter sentido um bom nível de segurança e sete um nível muito bom.

Tendo em conta as descobertas realizadas na anterior revisão, observa-se que durante a pandemia, as mulheres que passaram por um TP tendem a ter uma percepção mista em relação à segurança pois a pandemia trouxe preocupações adicionais em relação à saúde e ao bem-estar, o que pode ter aumentado a ansiedade e o medo das mulheres em relação à segurança durante o TP.

Com as restrições impostas para conter a propagação do vírus, muitas instituições de saúde adotaram medidas de segurança rigorosas, como triagem prévia, uso obrigatório de máscaras, limitação do número de acompanhantes e visitantes, além de restringir o acesso às unidades de parto. Embora essas medidas tenham sido implementadas para proteger as mulheres e seus

bebés, parecem ter gerado preocupações adicionais e afetado a percepção de segurança das mulheres.

Além disso, o ambiente hospitalar em si pode ter sido percebido como menos seguro devido ao medo de exposição ao vírus. A preocupação de contrair a COVID-19 ou transmiti-la aos recém-nascidos pode ter gerado ansiedade adicional durante o TP.

Várias mulheres referiram que o facto de haver menos pessoal e pessoas em circulação favoreceu a calma e a concentração no momento do TP.

Por fim, relativamente às expectativas e experiências referentes ao TP, as respostas obtidas encontram-se categorizadas abaixo na tabela 18.

*Tabela 18 - Frequência das respostas categorizadas à questão sobre expectativas e experiências com o TP*

	Frequência	Percentagem	Percentagem Cumulativa
Relação inexistente / má	4	11,4%	11,4%
Relação insuficiente	7	20,0%	31,4%
Relação suficiente	9	25,7%	57,1%
Relação boa	7	20,0%	77,1%
Relação excelente	8	22,9%	100,0%
Total	35	100,0%	

Encontramos uma distribuição quase uniforme das respostas. Mulheres referem que tinham elevadas expectativas, mas que devido ao contexto, nada foi como desejavam. A maioria refere que a presença do acompanhante ou pessoa significativa teria sido fundamental para uma experiência positiva. Outras referem que a diminuição da liberdade de movimentos teve influência na percepção. As mulheres que referem uma experiência mais positiva relativamente as expectativas são as que tiveram uma cesariana, pois já aguardavam o resultado e as que referem ter tido apoio emocional por parte dos profissionais de saúde.

Relativamente as sugestões partilhadas, sobre aspetos que poderiam ter melhorado a percepção do TP, a esmagadora maioria das mulheres, vinte e sete, refere que a presença do pai/acompanhante poderá ser o aspeto a melhorar. Algumas mulheres referiram também a importância de permitir a liberdade de movimento durante o TP.

Analisando paralelamente os resultados obtidos na revisão de literatura e os encontrados neste grupo de grupo de mulheres, verificamos que são sobreponíveis. Perceciona a mestrandia que as dificuldades enfrentadas pelas mulheres e pelos profissionais seus cuidadores foram comuns a todos os indivíduos, no contexto que foi vivenciado.

## **4. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE MOBILIZAÇÃO DE COMPETÊNCIAS**

Ao EEEESMO são reconhecidas competências científicas, técnicas e humanas que lhe permitem prestar cuidados na área específica da sua especialização, assegurando que este possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que são mobilizados de acordo com os grupos-alvo, os contextos e os diferentes níveis de prevenção. Além do perfil de competência específicas, o EEEESMO também incorpora o perfil de competências comuns, um conjunto de competências clínicas especializadas que visa promover um enquadramento regulador para a certificação das competências e garantir aos cidadãos cuidados especializados, continuados e de qualidade. (Reg n° 140/2019 de 6 de Fevereiro; Reg 391/2019 de 3 de maio).

Neste capítulo a mestranda irá descrever, de forma sistematizada, o percurso conducente à aquisição dessas competências. Na descrição do percurso para a aquisição das competências, a mestranda incluirá exemplos concretos das habilidades, conhecimentos e capacidades que adquiriu durante a formação de segundo ciclo em Enfermagem, relacionando-os com as competências reconhecidas pelo EEEESMO.

### **4.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA**

O Regulamento n° 140/2019, de 6 de fevereiro de 2019, publicado no Diário da República, 2ª série, n°26, estabelece no artigo 3º que “competências comuns” são aquelas compartilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialização. Essas competências são demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados bem como através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria.

As competências comuns são expressas em quatro domínios, que são enunciados a seguir, juntamente com a descrição das atividades realizadas para a aquisição da competência correspondente:

#### **A - Responsabilidade profissional, ética e legal**

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

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

**Atividades:**

- Demonstrar uma tomada de decisão segundo os princípios, valores e normas deontológicas
- Liderar, de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética na área de especialidade
- Avaliar o processo e os resultados da tomada de decisão

**Reflexão:**

Para a mestranda a realização dos estágios coincidiu com a sua primeira experiência em cuidados hospitalares, uma vez que o seu percurso profissional fora construído exclusivamente nos CSP.

Durante a realização dos estágios em cuidados hospitalares, a mestranda teve a oportunidade de integrar equipas com dinâmicas e funcionamentos diferentes das vivenciadas nos CSP. Percebeu a importância de conhecer pessoal e profissionalmente cada membro da equipa, bem como compreender o seu papel dentro da instituição/serviço. Reconhecer o papel e as funções de cada um, as suas competências e entender quando recorrer a eles na tomada de decisão são fatores importantes para estabelecer uma relação profissional e orientar o exercício profissional de acordo com a deontologia da equipa. Os supervisores clínicos foram fundamentais, pois além de proporcionarem aprendizagens clínicas, compartilharam as suas experiências pessoais e profissionais, desempenharam o papel de consultores e estimularam a reflexão sobre a prática. A mestranda manteve uma conduta cordial e solidária com todos os profissionais com quem teve contato, dignificando a pessoa e a profissão, mantendo algumas relações pessoais e profissionais até hoje.

Foi identificada também a necessidade de conhecer as normas, procedimentos e protocolos específicos de cada serviço. Em cada campo clínico, a mestranda solicitou a literatura existente e estudou as normas e protocolos de atuação, discutindo e sugerindo alterações sempre que justificadas e apoiadas pelos princípios científicos. É importante destacar que alguns estágios ocorreram durante a pandemia, exigindo a reformulação de procedimentos e práticas, tendo em conta a escassez de orientações sobre o tema.

Partindo da Classificação Internacional para a Segurança do Paciente (OMS, 2017), o contexto pandémico traduz-se numa situação de “circunstância de risco” para o paciente, criando uma crescente necessidade de prestar cuidados seguros e individualizados. Se nos primeiros estágios foram importantes as estratégias de manutenção da segurança e individualidade para com os utentes, com a situação pandémica essas necessidades intensificaram-se. Este contexto permitiu à mestranda desenvolver estratégias de resolução de problemas, tanto em conjunto com os pacientes como com a equipa; permitiu ganhos na capacidade de tomada de decisão fundamentada deontológica, jurídica e cientificamente, e contribuiu para o seu crescimento profissional e para a manutenção de uma prática reflexiva, tanto individualmente como em equipa.

Sobre os valores humanos, refletiu a mestranda sobre liberdade de pensamento e expressão. Foi importante para si apresentar-se sempre como profissional de saúde, mas como estudante de especialidade, propiciando ao utente a escolha do cuidador. Relativamente às opções culturais, morais e religiosas dos utentes, foi tentado pela mestranda respeitar sempre as mesmas, criando condições para que estas pudessem ser exercidas, tendo em conta o contexto dos cuidados. Dá-se o exemplo da assistência a uma família muçulmana, tendo sido solicitado que os cuidados fossem apenas prestados por profissionais do sexo feminino e que o corpo da mulher não fosse exposto, tendo a mestranda e a equipa respeitado esta solicitação, dando igualmente resposta ao respeito pela intimidade.

Na reflexão sobre os limites da sua intervenção em relação à vida, qualidade de vida e ao direito à objecção de consciência, a mestranda recorreu ao Regulamento 344/2017, de 27 de junho. Essa necessidade surgiu na prestação de cuidados a mulheres que buscavam realizar uma interrupção voluntária da gravidez (IVG) e em situações de interrupção da gestação (IG) eletiva. Foi fundamental para a mestranda ler e compreender esse documento e sua aplicabilidade, no entanto, não se reconheceu a necessidade de recorrer a ele, pois sua prática profissional é orientada pela teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson. Essa abordagem enfatiza a importância de considerar não apenas as necessidades físicas dos pacientes, mas também as suas necessidades emocionais, psicológicas e espirituais. Essa teoria também destaca a importância da empatia, compaixão e autenticidade na relação terapêutica entre o profissional de saúde e o paciente.

A prática do Cuidado Transpessoal permitiu à mestranda ajudar as pacientes a explorar e entender seus sentimentos e crenças sobre a gravidez, aborto e parto. Além disso, essa abordagem ajudou a entender e respeitar as escolhas e crenças culturais, morais e religiosas das pacientes. Ao invés de se limitar a fornecer informações médicas e procedimentos, a mestranda

pode criar um ambiente em que as pacientes se sentiram seguras e apoiadas para tomar decisões informadas e respeitadas em relação à sua saúde reprodutiva. A prática do Cuidado Transpessoal é uma abordagem valiosa para a prestação de cuidados de saúde que leva em consideração todas as dimensões do ser humano, promovendo uma relação de confiança e apoio mútuo (Evangelista, 2020).

No que diz respeito ao dever de informação, a mestranda adquiriu a prática de conferenciar com o utente, sempre que solicitado e/ou contextualizado, sobre os cuidados a realizar. Além de ser um direito do utente conhecer e participar na decisão dos cuidados, essa estratégia propicia à mestranda uma avaliação constante da sua evolução, que está alinhada com a teoria da escolha na educação, de William Glasser (1998). Ao discutir, praticar e ensinar os outros, a mestranda está a realizar uma aprendizagem ativa e a aferir os conhecimentos já adquiridos. A teoria de aprendizagem de Glasser (1998) enfatiza a importância da aprendizagem ativa e da participação do aluno no processo de ensino-aprendizagem. Através da discussão, os alunos são incentivados a expressar as suas ideias e opiniões e a construir o conhecimento coletivamente. Glasser (1998) também destacou a importância da motivação na aprendizagem. Ao conferenciar com o utente sobre os cuidados a serem realizados, a mestranda pode aferir sua própria compreensão do assunto e garantir uma abordagem mais eficaz e individualizada aos cuidados.

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

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

**Atividades:**

- Promover a proteção dos direitos humanos
- Fomentar a segurança, a privacidade e a dignidade do utente

**Reflexão:**

Conforme estabelecido pela Organização das Nações Unidas, na Declaração Universal dos Direitos Humanos (ONU, 1948), os direitos humanos são universais e inerentes a todos os indivíduos, independentemente da raça, sexo, nacionalidade, etnia, idioma, religião ou qualquer outra condição. Incluem o direito à vida e à liberdade, liberdade de opinião e expressão e direito

à saúde, entre outros. Na prestação de cuidados de saúde, a mestranda teve a oportunidade de desenvolver e fortalecer o respeito pela individualidade de cada paciente, em situações de moderada a elevada complexidade, como a prestação de cuidados a mulheres de diferentes nacionalidades, etnias e culturas.

O estabelecimento de uma relação de ajuda, enquanto “instrumento” nos cuidados de enfermagem (Mendes, 2006), está dificultado quando não se partilha a mesma língua, pois a real compreensão da questão e a reformulação da mesma, por barreiras comunicacionais, estão impedidas. A forma como a comunicação é estabelecida entre o cuidador e o utente é essencial para o sucesso da prestação de cuidados de enfermagem. No entanto, essa tarefa pode ser bastante desafiadora quando o idioma utilizado pelas partes é diferente. Quando a comunicação é prejudicada, a compreensão do problema e a reformulação adequada da questão tornam-se difíceis.

Durante a prática, a mestranda enfrentou esse desafio, pois algumas das mulheres e famílias que atendeu eram originárias de países estrangeiros, com línguas e culturas diferentes. Para superar essa barreira, adotou algumas estratégias: quando possível, a mestranda contou com a ajuda de um tradutor, muitas vezes o acompanhante da paciente. Quando isso não foi possível, utilizou recursos *online*, como tradutores em dispositivos móveis. Além disso, em algumas situações, recorreu a gestos e desenhos para comunicar com as pacientes.

No entanto, é importante lembrar que a comunicação não verbal pode variar de cultura para cultura e, portanto, deve ser usada com cautela. Portanto, é fundamental oferecer serviços de interpretação profissional para melhorar ainda mais a comunicação entre cuidador e paciente. Além disso, é crucial abordar a importância da capacitação dos profissionais de saúde em comunicação intercultural para melhorar a prestação de cuidados para pacientes de diferentes origens linguísticas e culturais. Dessa forma, será possível garantir a qualidade dos cuidados de enfermagem e a satisfação do paciente em relação ao tratamento recebido.

No que concerne à promoção da privacidade e dignidade do paciente, partilha-se o relato da prestação de cuidados a uma parturiente, HIV positiva, acompanhada. O acompanhante insistia em perceber o porquê da parturiente fazer tantos “medicamentos” (retrovirais EV, intraparto, de acordo com as Recomendações Portuguesas para o tratamento da infeção por VIH-1 e 2, 2015). A mestranda solicitou ao acompanhante que conferenciassem fora do quarto: explicou que a terapêutica era necessária ao bem-estar da mãe e do feto, solicitando que mantivesse uma postura de suporte e de não inquirição, o que poderia contribuir para um ambiente desfavorável para a parturiente. Este acatou, tendo a puérpera posteriormente expressado a sua gratidão pela manutenção do sigilo e pela abordagem da mestranda ao lidar

com a situação. Esse caso ilustra a importância de garantir a privacidade do paciente e também destaca a necessidade de ser sensível às preocupações culturais dos pacientes e dos seus acompanhantes, bem como de explicar claramente os tratamentos e procedimentos aos pacientes e suas famílias. A abordagem delicada e respeitosa contribuiu para um ambiente positivo e confortável para a parturiente e sua mãe durante esse momento importante. É importante ressaltar que a manutenção do sigilo é uma obrigação ética e legal dos profissionais de saúde, garantindo a privacidade e confidencialidade das informações dos pacientes.

## **B - Melhoria Contínua da Qualidade**

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

**Competência B2:** *Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua*

**Descritivo 1:** O EE colabora na conceção e operacionalização de projetos institucionais na área da qualidade e participa na disseminação necessária á sua apropriação, até no nível operacional.

**Descritivo 2:** O EE reconhece que a melhoria da qualidade envolve a avaliação das práticas e, em função dos seus resultados, a eventual revisão das mesmas e a implementação de programas de melhoria contínua.

### **Atividades:**

- Mobilizar conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade
- Colaborar em projetos institucionais na área da qualidade
- Avaliar a qualidade das práticas clínicas

### **Reflexão:**

No contexto da promoção da qualidade dos cuidados de enfermagem, a mestranda, no CC1, teve a oportunidade de participar do Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade, especificamente nas visitas realizadas à Maternidade. A Lei nº110/2019, de 9 de setembro, no artigo 15º-D, ponto 4, estabelece que esses cursos devem incluir a realização de uma visita ao local onde se prevê que o parto venha a ocorrer. A preparação para o parto é uma prática importante para melhorar a qualidade dos cuidados obstétricos e a satisfação da gestante e do seu companheiro com a experiência do parto. Mulheres que participam em cursos de preparação



para o parto sofrem menos intervenções durante o trabalho de parto e avaliaram sua satisfação com o parto como sendo significativamente maior do que as que não participam (Mueller et al, 2020). Além disso, a preparação para o parto pode ser vista como um componente importante da prestação de cuidados centrados na mulher, que visa fornecer cuidados que respeitem os valores, preferências e necessidades individuais da gestante (OMS, 2018).

Dentro da mesma premissa, participou a mestranda no Curso de Preparação para a Amamentação, no CC2. A preparação para a amamentação é uma prática importante para garantir que a mãe e o bebê obtenham os benefícios da amamentação, como a redução do risco de doenças, a promoção do desenvolvimento cognitivo e emocional da criança e a promoção do vínculo mãe-bebê. De acordo com uma revisão sistemática da Cochrane Collaboration, a participação em cursos de preparação para a amamentação pode aumentar a duração da amamentação exclusiva e reduzir a interrupção precoce da amamentação (Lumbiganon et al, 2016). Além disso, a amamentação exclusiva por pelo menos 6 meses é recomendada pela OMS e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) como um dos melhores investimentos para garantir a saúde e o bem-estar das crianças em todo o mundo (WHO & UNICEF, 2003).

No mesmo campo clínico teve a mestranda a oportunidade de participar na apresentação de um projeto de articulação entre os CSP e os CSD. O objetivo deste projeto foi agilizar as referenciarções para a consulta de IVG, garantindo a acessibilidade e diminuindo os tempos de espera. A apresentação e debate do projeto contou com a presença dos médicos de famílias e EEESMO a trabalhar nos CSP da área de influência do CC2 e com profissionais da área de Saúde Materna e Obstetrícia dos CSD.

Os projetos de articulação entre CSP e os CSD são fundamentais para a promoção da qualidade dos cuidados de saúde. Segundo Nunes e Matos (2017), esses projetos são efetivos na melhoria da continuidade dos cuidados e na redução da utilização desnecessária de serviços de saúde, bem como na promoção da satisfação do paciente e da eficiência dos cuidados.

No CC4 teve a mestranda a oportunidade de participar na consulta de Puerpério, outro projeto de melhoria e qualidade desenvolvido naquele campo clínico. Esse projeto preconiza a realização de um contacto telefónico por um EEESMO até três dias após a alta hospitalar e uma consulta presencial até os sete dias de vida do RN, com o objetivo de monitorizar a saúde da mãe e do bebê, fornecer orientações sobre cuidados pós-parto, amamentação e prevenção de complicações.

A WHO destaca a importância da consulta de puerpério na promoção da saúde materno-infantil, no seu documento *Recommendations on maternal and newborn care for a positive*

postnatal experience (WHO, 2018). A consulta é fundamental para a identificação precoce de complicações pós-parto, como a depressão pós-parto e infeções e para o acompanhamento do desenvolvimento do bebé. Além disso, pode melhorar a qualidade do cuidado materno e neonatal, diminuir a mortalidade infantil e materna, e promover a saúde sexual e reprodutiva da mulher.

**Competência B3:** *Garante um ambiente terapêutico e seguro.*

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

**Atividades:**

- Promover um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos utentes
- Participar na gestão do risco ao nível institucional e/ou de unidades funcionais

**Reflexão:**

Durante o ENP foram amplamente treinadas as competências de promoção de um ambiente seguro, especialmente devido ao contexto da pandémico. Em todos os CC houve a preocupação de seguir as indicações do Grupo Coordenador Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (GCLPPCIRA). No entanto, após a declaração da Pandemia pela OMS, essa preocupação aumentou exponencialmente.

A mestranda estudou as orientações e normas emanadas pela DGS no âmbito do controlo de infeção, nomeadamente a Norma 007/2020: Prevenção e Controlo de Infeção por SaRS-CoV-2: Equipamentos de Proteção Individual (EPI), que garantiu a proteção tanto de profissionais como dos utentes. Refletindo sobre esta prática, ela tornou-se de tal forma rotineira que se integrou nos esquemas de trabalho da mestranda, tornando-se promotora de segurança nos cuidados prestados. Um profissional adequadamente equipado na prestação de cuidados permite mais liberdade à mulher, não necessitando esta de utilizar máscara, por exemplo, durante o período expulsivo onde a respiração livre é importante.

Surgiu igualmente a necessidade de realizar testagem para SARS-CoV-2, técnica aprendida em contexto profissional da mestranda, mas utilizada durante o ENP. Também esta técnica foi promotora da segurança, tanto para profissionais como para as utentes.

Outra competência desenvolvida foi a de gestão de casos positivos e a adequação dos cuidados nesta situação, de acordo com os procedimentos internos do respetivo CC e sempre dando resposta à Orientação 018/2020 - Covid-19: Gravidez e Parto. Não foi fácil nem gratificante para a mestrandia colocar mulheres em situação de isolamento. Contudo o dever de garantir segurança para todos os utentes e a necessidade de cumprir as normas assim o ditaram.

A formação neste mestrado e o contexto pandémico em que este decorreu contribuíram para a reflexão da necessidade de manter um ambiente seguro e terapêutico ao cuidar as mulheres na fase gravídico-puerperal. De facto, a própria pandemia, pelos riscos inerentes, abriu novas perspetivas sobre o cuidar, que se tornaram benefícios para as utentes. Passada a crise Covid será necessário manter e repensar o que estava em falta e manter os ganhos que esta fase crítica trouxe aos cuidados de Saúde Materna.

Um das estratégias utilizadas pela mestrandia foi a de, associada aos pontos de pausa recomendados pela OMS na Lista de Verificação para Partos Seguros (OMS, 2019), realizar uma reflexão crítica sobre a segurança dos cuidados no que concerne ao controle de infeção. A Lista foi concebida como um instrumento para melhorar a qualidade dos cuidados prestados às mulheres que dão à luz. Cada tarefa da Lista de Verificação é uma ação crucial que, ao não ser executada, pode provocar sérios danos à mãe, ao recém-nascido, ou a ambos. Assim, no final da admissão (ponto 1); antes da expulsão (ponto 2); logo após o parto, no puerpério imediato (ponto 3) e antes da alta (ponto 4), além de serem tidas em conta as recomendações da OMS relativamente às práticas essenciais e baseadas em evidências científicas, era realizada uma reflexão, muitas vezes em equipa, sobre o adequado controle de infeção. Essa reflexão, além de se traduzir na qualidade dos cuidados, traduzia-se num sentimento de segurança, pois garantia a diminuição do risco de infeção por SARS-Cov2, tanto das utentes como dos profissionais.

## **C - Gestão dos Cuidados**

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

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

### **Atividades:**

- Otimizar o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão

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

### **Reflexão:**

A prestação de cuidados por parte do EEESMO exige a capacidade de tomar decisões rápidas e assertivas, uma vez que podem ocorrer consequências significativas para a saúde e vida das pessoas a seu cuidado. Trabalhar em equipa é um desafio, uma vez que exige uma comunicação eficiente, a definição de fronteiras de autonomia e a cooperação interprofissional (Peduzzi, 2018). De facto, um estudo recente destacou a importância dessas habilidades em diferentes campos clínicos durante o estágio supervisionado de enfermagem (Moreira et al, 2021). Uma das conclusões deste estudo reflete integralmente a experiência da mestranda, pois apesar da contingência, os alunos que atuaram na linha de frente vivenciaram situações de luta, alegria e superação.

Embora a assistência em gravidez de baixo risco seja uma competência assumida pelo EEESMO, é importante reconhecer que a normalidade da situação pode modificar-se durante o trabalho de parto, exigindo a colaboração de outros profissionais de saúde. A OMS (2019) define momentos de pausa para revisão e reflexão, que embora não formalmente definidos nos serviços onde ocorreu o estágio, foram incorporados na atitude dos profissionais e serviram como modelo para a mestranda (OMS, 2011; OMS, 2017; Vogel et al, 2021).

A gestão de cuidados seguros é uma preocupação constante na prática dos EEESMO, sendo a segurança do paciente um dos principais objetivos da enfermagem. A criação de ambientes favoráveis à prática é uma das estratégias recomendadas pelo Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN) para promover a gestão de cuidados seguros (ICN, 2019). Nesse sentido, é importante que os EEESMO estejam capacitados para identificar e gerir os riscos associados à sua prática, bem como para implementar medidas preventivas e corretivas.

A pandemia de COVID-19 ressaltou ainda mais a importância da gestão de cuidados seguros, uma vez que os profissionais de saúde tiveram de lidar com uma doença desconhecida e altamente contagiosa. A oportunidade de realizar estágios em diferentes contextos permitiu à mestranda vivenciar esses desafios na prática e desenvolver habilidades e competências relacionadas com a gestão de cuidados seguros. Além disso, a mestranda pode observar a

importância da comunicação eficaz e da colaboração interprofissional na promoção de um ambiente seguro para a prática dos ESMO durante a pandemia.

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

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

**Atividades:**

- Otimizar o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados
- Fomentar um ambiente positivo e favorável à prática.

**Reflexão:**

Durante a prática clínica, foi observado que a aplicação efetiva de legislações, políticas e procedimentos de gestão de cuidados na saúde materna é crucial para garantir a qualidade e continuidade dos cuidados oferecidos. Além disso, uma gestão eficaz dos cuidados pessoais e da equipa foi percecionado como essencial. Para otimizar a gestão de cuidados, vários modelos são utilizados, sendo um dos mais apropriados para a saúde materna o modelo One-to-One. Este modelo, amplamente utilizado no Reino Unido e Canadá, é descrito como um atendimento personalizado e contínuo, no qual a mulher é assistida por uma parteira que acompanha todo o processo gestacional, parto e pós-parto (National Institute for Health and Care Excellence, 2017). De acordo com a filosofia desse modelo, cada mulher é assistida individualmente pela parteira, que oferece cuidados personalizados e direcionados à singularidade de cada caso (Page, 2003; Sandall et al, 2016), com menor necessidade de intervenções e com uma perceção de maior satisfação relativamente aos cuidados rececionados.

Nos diversos campos clínicos experienciados pela mestranda foram observados diferentes modelos de gestão de cuidados em unidades de saúde, incluindo o modelo individual, funcional, em equipa e de enfermeiro responsável (Costa, 2004). No modelo individual, a responsabilidade dos cuidados é atribuída a um único profissional de enfermagem, que coordena os cuidados prestados ao paciente. No modelo em equipa, os profissionais são organizados em grupos que cuidam de um determinado número de pacientes, e cada equipa é liderada por um profissional que supervisiona a relação enfermeiro-paciente. O método funcional é baseado na divisão das tarefas de cuidados em partes, em que cada enfermeiro é responsável por realizar uma parte das tarefas. Já no método por enfermeiro responsável, um profissional de enfermagem é designado

para cuidar de um número definido de pacientes desde a admissão até a alta, acompanhando todo o percurso de cuidados. Este último assemelha-se ao já mencionado modelo One-to-One (Page, 2003; Page et al, 1999).

Existem, na prática, dois modelos principais de cuidados de saúde: o Modelo de Prática Baseada na Evidência e o Modelo de Cuidado Centrado no Paciente. A abordagem centrada no paciente é altamente recomendada pela WHO (2020) na prática de assistência para enfermeiras/midwives.

Contudo, numa “mapping review” recente (Tine et al, 2020), observa-se que, apesar da existência de múltiplos e eficientes modelos de prática na área da obstetrícia, há uma falta de modelos teóricos que tenham um status epistemológico claro e explícito. Por outras palavras, há uma escassez de teorias que fundamentem o conhecimento e a compreensão da prática obstétrica sendo necessárias pesquisas adicionais para desenvolver modelos teóricos abrangentes que possam servir como uma base de conhecimento sólida para a área da saúde obstétrica.

Durante o ENP foi possível observar que, apesar das recomendações da OMS para a prática de assistência centrada no paciente, a maioria das unidades de saúde utilizava os métodos de trabalho por enfermeiro responsável ou de equipa. Portanto, ainda há um longo caminho a percorrer em Portugal em relação à implementação de modelos mais centrados no paciente.

## **D- Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais**

**Competência D1:** *Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade*

**Descritivo:** O EE demonstra a capacidade de autoconhecimento, que é central na prática de enfermagem, reconhecendo que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais. Releva a dimensão de Si e da relação com o Outro, em contexto singular, profissional e organizacional.

### **Atividades:**

- Deter consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro
- Reconhecer os seus recursos e limites pessoais e profissionais
- Consciencializar a influencia pessoal na relação profissional
- Gerir sentimentos e emoções em ordem a uma resposta eficiente
- Atuar eficazmente sob pressão

## **Reflexão:**

Realizar o ENP foi uma oportunidade única para a mestranda, tanto em termos de desenvolvimento pessoal quanto profissional. A experiência de trabalhar em novos contextos de prática, lidar com as exigências de uma nova área de conhecimento em espaços e equipas desconhecidas, enquanto acumulava experiência no exercício da profissão, foi desafiadora. Tornou-se premente a necessidade de autoconhecimento, especialmente no contexto dos cuidados de saúde materna, uma vez que a motivação para esta especialização fora a experiência pessoal de maternidade.

A ideia de que o enfermeiro deve separar os sentimentos pessoais dos profissionais é uma crença comum e pode ser vista como uma forma de garantir a qualidade dos cuidados prestados. No entanto, essa separação completa entre a pessoa e o profissional pode não ser possível ou desejável em todos os contextos, especialmente na enfermagem de cuidados de saúde materna, onde os aspetos emocionais estão frequentemente envolvidos. Um estudo de McSherry et al. (2012) aborda a importância de reconhecer que o enfermeiro é uma pessoa, com emoções próprias e necessidades, além de um profissional de saúde. O estudo enfatiza a necessidade de apoiar a saúde emocional e bem-estar do enfermeiro, a fim de garantir que ele possa fornecer cuidados de qualidade. Além disso, um estudo de Bennett (2022) destaca a importância de abordar a autoconsciência do enfermeiro como pessoa e profissional, a fim de promover o desenvolvimento de habilidades de liderança e a melhoria da qualidade dos cuidados.

Associado, surge o contexto pandémico. A COVID-19 trouxe desafios significativos, que os profissionais de saúde enfrentaram, para prestar cuidados eficazes e seguros durante esse período. Tornou-se essencial que a mestranda fosse capaz de lidar com os seus próprios recursos e limites pessoais e profissionais, bem como gerir as suas emoções e sentimentos de maneira eficaz, de forma a evitar o *burnout* e a exaustão emocional. Um estudo de Dullios (2021) destaca a importância de estratégias eficazes de *cooping* para lidar com o stress em contextos de pandemia.

Num contexto de prática onde a proximidade, tanto física quanto emocional, é fundamental, a mestranda foi impactada pelas barreiras impostas pela pandemia. Buscou criar estratégias que permitissem aos pacientes manter a melhor experiência possível dos cuidados prestados, dentro da nova normalidade. A importância de fornecer cuidados centrados no paciente e manter uma comunicação eficaz com o paciente e sua família durante a pandemia foi enfatizada em vários estudos (Rodrigues et al, 2020; Silsand et al, 2021; Chu et al, 2021). Estratégias como o uso de tecnologias de comunicação, videochamadas, mensagens de texto, fotos e filmagens foram

implementadas para garantir que os pacientes se sentissem conectados com as suas famílias e cuidadores, mesmo quando a sua presença não era possível.

Sentiu a mestranda que, no contexto pandémico em que ocorreram a maioria dos ganhos de competências, não foi favorável. Contudo, reconhece igualmente que os ganhos foram efetivos, pois quem aprende a cuidar em contextos adversos, não esquece o aprendido e sente-se apto a cuidar em qualquer contexto.

### **Competência D2:** *Baseia a sua praxis clínica especializada em evidencia científica*

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

#### **Atividades:**

- Investigar e colaborar em estudos de investigação
- Interpretar, organizar e divulgar resultados provenientes da evidencia que contribuam para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem
- Contribuir para o conhecimento novo e para o desenvolvimento da prática clínica e especializada
- Possuir conhecimentos de enfermagem e de outras disciplinas que contribuem para a prática especializada
- Rentabilizar as oportunidades de aprendizagem, tomando a iniciativa na análise de situações clínicas
- Usar as tecnologias de informação e métodos de pesquisa adequados

#### **Reflexão:**

Durante o desenvolvimento do ENP, a mestranda teve a oportunidade de se envolver em diversas atividades de pesquisa e aprendizagem, aproveitando as oportunidades para contribuir com projetos académicos e institucionais. Essas experiências proporcionaram um contexto propício para a realização de novas investigações e aquisição de novos conhecimentos. Essa participação contribuiu para o aprofundamento do seu entendimento das dificuldades inerentes ao desenvolvimento de projetos e trabalhos de investigação.

Em cada CC aproveitou todas as oportunidades para participar na formação em serviço. Dado o contexto, este tipo de formação foi parco e reduzido a uma temática comum: o combate



à Pandemia. Contudo, foi possível participar no Projeto de Preparação para a Parentalidade, no CC1; no Curso de Preparação para a Amamentação e na formação sobre o Projeto de Articulação CSP-CSD no CC2. No CC3 participou na recolha de dados para a Consulta do Puerpério e no Projeto do Hospital Amigo do Bebés que, a par dos registos de Enfermagem, recolhe uma série de dados clínicos que concorrem para os indicadores de qualidade.

No âmbito do desenvolvimento das competências especializadas, a mestranda demonstrou proficiência na utilização de conhecimentos provenientes de outras áreas, como língua estrangeira, meios digitais de comunicação e informática, além de habilidades interpessoais. A aquisição e aplicação de conhecimentos em áreas complementares contribuem para uma visão abrangente e inovadora, permitindo a resolução eficaz de problemas complexos (Bennett et al, 2010).

O desenvolvimento de uma competência embasada em conhecimentos profundos de outra área é um processo enriquecedor, possibilitando a transferência de habilidades e conhecimentos entre domínios distintos. Essa abordagem interdisciplinar promove uma compreensão aprofundada e abrangente do tema em questão, resultando em perspetivas inovadoras e soluções criativas (Davies, 2010).

Além disso, a ampliação do repertório de conhecimentos por meio da exploração de áreas diversas pode fortalecer o pensamento crítico e a capacidade de análise multidimensional (Fylan et al, 2021). O desenvolvimento de uma competência com base em conhecimentos profundos em outra área é um desafio, porém altamente valorizado. Tal processo possibilita a ampliação do repertório de conhecimentos, a transferência de habilidades e o desenvolvimento de uma perspetiva interdisciplinar, resultando em uma abordagem mais completa e inovadora para enfrentar os desafios complexos da atualidade (Fylan et al, 2021; Cantaert et al, 2022).

A análise de situações clínicas desempenha um papel fundamental na aquisição de conhecimento tanto no contexto prático quanto teórico. Através dessa abordagem, os profissionais de saúde têm a oportunidade de aprofundar a sua compreensão sobre questões específicas relacionadas à prática clínica, o que permite uma reflexão crítica e a identificação de lacunas no conhecimento (Benner et al, 2010).

No caso da mestranda, essa análise de situações clínicas foi realizada por meio dos Jornais de Aprendizagem, um instrumento que permite a reflexão sobre casos clínicos e o partilha de experiências entre profissionais de saúde (O'Nan, 2011; Beck et al, 2020). Essa prática proporcionou à mestranda uma compreensão mais aprofundada das complexidades da prática profissional e a capacidade de identificar áreas que requerem aquisição adicional de conhecimento.

Essa busca por conhecimento baseado cientificamente proporcionou à mestranda uma visão mais abrangente e crítica das situações clínicas enfrentadas, permitindo uma abordagem baseada nas evidências e contribuindo para aprimorar a qualidade dos cuidados prestados (Abu-Bakker, et al, 2021). Além disso, essa prática reforçou a importância da atualização contínua e do uso de fontes confiáveis de informação para basear a prática clínica.

Ainda dentro desta premissa, houve na mestranda a intenção de investir e desenvolver conhecimentos e práticas na abordagem sistematizada da literatura científica. Acedeu a diversas bases de dados, tanto da UE como da OE, o que proporcionou a realização de diversas pesquisas sistemáticas usando termos MeSH ou DeCS. Pode aprender a realizar e reformular diferentes equações de pesquisa, denominadas equações booleanas. Aprendeu a utilizar gestores de referências, como o EndNote; gestores de bibliografia, como o Rayyan; software de estatística, como o SPSS e software de análise qualitativa, como o MaxQDA.

A utilização destas tecnologias de informação, em conjunto com a curiosidade científica relativamente a área de conhecimento culminaram na revisão que dá nome a este relatório.

#### ***4.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA***

As Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (CEEEESMO) são definidas pelo Regulamento nº 391/2019, publicado no Diário da República, 2ª Série, nº 85, de 3 de maio de 2019. Essas competências regulamentam o conteúdo fundamental da profissão, sendo o cerne da área de especialização. As unidades de competência em que o Regulamento se subdivide e os critérios de avaliação inerentes refletem a prática diária da profissão nos diferentes campos em que o EEESMO exerce.

No desenvolvimento das competências, é essencial observar e respeitar os princípios ético-deontológicos da profissão, bem como manter a integridade e a veracidade dos fatos e registos clínicos realizados.

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

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

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

### **Exemplo de atividades/Reflexão:**

A saúde sexual implica que as pessoas possam ter uma vida sexual satisfatória e segura, decidindo se, quando e com que frequência têm filhos (Programa de Ação da Conferência Internacional sobre a População e Desenvolvimento - Cairo, 1994). Esta afirmação é reforçada pela definição dos 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, ou Agenda 2030 onde no ponto 5 – Igualdade de género- se advoga “assegurar o acesso universal à saúde sexual e reprodutiva e os direitos reprodutivos, em conformidade com o Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento e com a Plataforma de Ação de Pequim e os documentos resultantes de suas conferências de revisão” (OMS, 2015).

Os cuidados a prestar no âmbito da Saúde Reprodutiva envolvem uma ampla gama de serviços, técnicas e métodos que contribuem para a saúde e bem-estar reprodutivos, seja através da prevenção ou resolução de problemas ou de respostas adequadas a necessidades específicas, tanto de mulheres como de homens, a longo de todo o ciclo de vida do indivíduo ou família.

O termo “fertilidade” é definido pelo MeSH como a capacidade de conceber ou de induzir a concepção, em indivíduos de ambos os sexos. De acordo com um estudo realizado por Vollset et al. (2020), a taxa global de fertilidade mundial (número médio de filhos por mulher) prevista para 2100 é de 1,66. Este mesmo estudo argumenta que essa tendência se deve às políticas de educação sexual para mulheres e ao acesso adequado a métodos contraceptivos. Além disso, manter a taxa nos níveis atuais seria insustentável em termos econômicos, sociais, ambientais e geopolíticos.

Em Portugal, a taxa bruta de natalidade em 2021 foi de 7,6‰, enquanto em 2020 foi de 8,1‰ (dados da Pordata: <https://www.pordata.pt/portugal/taxa+bruta+de+natalidade-527> ). Já o índice sintético de fecundidade, que é o número médio de filhos que uma mulher tem durante a idade fértil, foi de 1,34 em 2021 e 1,40 em 2020. Esses valores estão abaixo do nível necessário para a reposição das gerações, que é de 2,1 filhos por mulher em idade reprodutiva.

Neste contexto, foi publicado em 2020 um documento conjunto intitulado "Consenso sobre a Contraceção" pela Sociedade Portuguesa da Contraceção, a Sociedade Portuguesa de Ginecologia e a Sociedade Portuguesa de Medicina da Reprodução. Este documento reafirma e atualiza informações para os profissionais de saúde, visando a melhoria da prestação de cuidados no âmbito da saúde reprodutiva (SPC, 2020).

Ao realizar o estágio clínico no âmbito das consultas externas hospitalares, teve a mestranda a oportunidade de:

- Implementar programas, projetos e intervenções de promoção da regulação da fecundidade e da fertilidade;
- Informar e orientar sobre recursos disponíveis na comunidade no âmbito do planeamento família e pré-concepcional;
- Informar e orientar em matéria de planeamento familiar e pré-concepcional;
- Promover a decisão esclarecida no âmbito do planeamento familiar e saúde preconcepcional;
- Facultar métodos contraceptivos e supervisionar a utilização.

Especificamente na consulta de IVG, pode a mestranda treinar o aconselhamento sobre o método contraceptivo adequado às expectativas e estilos de vida das mulheres, treinando-se igualmente a habilidade de apoiar e incentivar a decisão informada. Houve a preocupação de propiciar a presença do parceiro nestas consultas, tornando-o também alvo de cuidados e colaborador na decisão do método a implementar. Nas situações em que a mulher optou por ser acompanhada nos CSP, treinou a mestranda o encaminhamento de utentes para os recursos existentes na comunidade. Houve a situação de uma utente que recorreu à consulta de IVG sem referência dos CSP, pois não encontrou suporte nesse nível de cuidados, o que levou a mestranda a realizar uma reflexão sobre a sua objeção de consciência (que não se coloca) e sobre a diferença entre os conceitos de empatia e compaixão.

Foi possível à mestranda treinar competências práticas como a colocação da contraceção progestativa subcutânea (implante), contraceção intrauterina (SIU e DIU) e exame ecográfico para validação da colocação dos mesmos. Foram realizados os respetivos ensinamentos, encaminhamentos e registos clínicos em todas essas atividades.

Após uma reflexão global sobre esta competência, a mestranda reconhece a necessidade de uma prestação de cuidados sem juízos de valor, que forneça à mulher informações imparciais, para que possa tomar uma decisão informada. A desigualdade de género em relação à contraceção, onde é esperado que a mulher escolha e utilize o método contraceptivo, continua a ser uma área de interesse para a mestranda.

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

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

### **Exemplo de atividades/Reflexão:**

A gravidez é um processo fisiológico, vivenciado por milhões de mulheres ao longo da história da humanidade. Mães fazem nascer uma, ou mais, crianças, que um dia recomeçarão o ciclo, como mães ou pais. Não sendo um estado de doença, traduz-se numa adaptação a uma nova situação e a uma modificação fisiológica corporal e emocional. A sua vigilância diminui drasticamente a morbidade e mortalidade materna, fetal e infantil, as quais, na perspetiva da OMS, embora tenham diminuído, continuam inaceitavelmente altas (WHO, 2023).

Atualmente, a prestação de cuidados materno-infantis é entendida como um processo assistencial contínuo sendo a prática do EEESMO orientada pelo Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco (DGS, 2015). Em termos gerais, a WHO (2016) recomenda a vigilância, considerando atualmente recomendável que uma gravidez com evolução normal, deve cumprir oito episódios de consulta/contactos.

Nas situações de uma gravidez não desejada (GND), a existência de legislação específica traduziu-se na diminuição de casos de morbimortalidade, por diminuição de casos de aborto clandestino. Assim, em 2007, após referendo nacional, legislou-se a interrupção voluntária da gravidez (IVG), por opção da mulher, até as 10 semana de gravidez (Lei 16/2007). Este processo tem início, preferencial, nos CSP, estado a sua acessibilidade garantida a todas as mulheres portuguesas e residentes em Portugal. A IVG não é uma opção pacífica no entendimento das várias sociedades, considera a WHO que além das recomendações clínicas, também as barreiras políticas, a criminalização, as esperas obrigatórias, a necessidade de aprovação por outros, os locais obrigatórios/designados para a realização, são fatores que não facilitam o aborto seguro pois funcionam como impedimento (WHO, 2022).

Tendo em conta estas duas áreas de atuação, descreve-se de seguida o processo de aquisição de competências da mestranda em ambas.

### **Competências referentes à IVG:**

No decurso do estágio, foram dois os campos clínicos onde a mestranda pode encontrar implementada a consulta de IVG, de acordo com a legislação. Neste contexto existiu a oportunidade de:

- Promover a decisão esclarecida no âmbito da interrupção voluntária da gravidez, informando e orientando para os recursos disponíveis na comunidade;
- Identificar e monitoriza trabalho de abortamento;
- Conceber, planear, implementar e avaliar intervenções com a finalidade de potenciar a saúde da mulher durante o abortamento e após o aborto;
- Identificar complicações pós-aborto, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação.
- Informar e orientar a mulher sobre sexualidade no período pós-aborto.

Na consulta Prévia pôde a mestranda treinar a entrevista clínica (anamnese), a monitorização de dados clínicos (análises e exames), os ensinios, o apoio na tomada de decisão esclarecida e o encaminhamento para os recursos disponíveis (assistente social, serviços religiosos).

Na consulta de Implementação foi oportuno à mestranda treinar a educação para a saúde, de forma isenta, sobre o procedimento da IVG, informar sobre sinais e sintomas de alarme e recursos a utilizar e colaborar na recolha de dados estatísticos e sociodemográficos para preenchimento do processo clínico. Pôde ainda familiarizar-se com a metodologia utilizada na IVG nestes campos clínicos, maioritariamente o protocolo medicamentoso, sujeito a registo rigoroso das doses. Treinou-se a gestão de recursos, pois existe uma calendarização precisa para o decorrer destas consultas.

Na consulta de Revisão houve a oportunidade de treinar a monitorização ecográfica do processo de abortamento, o aconselhamento sobre hábitos de saúde neste período e o encaminhamento para outros níveis de cuidados, no caso de insucesso no abortamento. Relata-se a situação de uma mulher que, após dois ciclos de protocolo medicamentoso, mantinha conteúdo uterino concomitante com mola hidatiforme, tendo sido encaminhada para esvaziamento uterino por aspiração. De facto, a mola hidatiforme ou gravidez molar, é uma doença trofoblástica gestacional que ocorre com pouca frequência. A origem não é no tecido materno, mas na placenta (no tecido gestacional), possui um carácter pré-maligno, podendo tornar-se invasiva e metastizar. Possuem maior risco mulheres com trinta e cinco ou mais anos ou, pelo contrário, menores de 20 anos, com hábitos tabágicos (Ghassemzadeh et al, 2023). A utente em causa tinha mais de quarenta anos, com hábitos tabágicos cessados, mas com mais de vinte anos de uso de tabaco.

Houve espaço para treinar a resiliência e a capacidade de prestar cuidados em situação de crise emocional, no caso de uma utente que regressou à consulta arrependida de ter iniciado o ciclo medicamentoso, por motivos religiosos. A situação de abortamento estava iniciada (não existiam batimentos cardíacos fetais), tendo-se prestado conforto emocional e encaminhado a mulher para o serviço religioso. Estas situações são de difícil enquadramento, embora façam parte dos cuidados da EEESMO. Mostram alguns estudos que na fase pós-aborto, as emoções diminuem nos primeiros dois anos, estabilizando sensivelmente a partir deste tempo, permanecendo a assertividade da decisão. Tal é sugestivo de que as emoções estão sobretudo associadas ao contexto pessoal e social, não sendo o resultado do procedimento de aborto em si mesmo. Consideram os autores que a justificativa de danos emocionais, alegados pelas políticas reguladoras, não encontram assim fundamento para a proibição ao acesso de acordo com a vontade da mulher (Rocca et al, 2020).

Nesta consulta foi possível treinar o aconselhamento contraceutivo e o encaminhamento das mulheres para os recursos existentes na comunidade.

Refletindo sobre a aquisição de competências nesta área, surge na mestrandia o desejo que todas as mulheres possam ter um atendimento digno neste âmbito. Não raras vezes, o recurso à IVG é isso mesmo: um recurso assistencial, um cuidado clínico, não um desejo ou um plano, ao qual se recorre de animo leve. A forma isenta e humana como o EEESMO age nesta consulta são condicionantes do sucesso da mesma.

### **Competências referentes à Consulta de Diagnóstico Pré-Natal**

A vigilância pré-natal desempenha um papel crucial na promoção da saúde materna e fetal, bem como na deteção precoce de complicações e riscos durante a gestação. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2016), é recomendado que todas as gestantes tenham acesso aos cuidados pré-natais como uma estratégia de saúde pública. A OMS enfatiza que o primeiro contato pré-natal deve ocorrer o mais cedo possível, idealmente nas primeiras 12 semanas de gestação. Nas consultas subsequentes, é fundamental realizar uma avaliação completa da saúde materna e fetal, abrangendo aferição de sinais vitais, exames laboratoriais e de imagem, além de fornecer informações relevantes para a gestante.

Uma das principais recomendações da WHO (2016) é a realização de exames de triagem pré-natal, que auxiliam na identificação de riscos e condições específicas, tais como exames de sangue para rastrear infeções, como HIV e sífilis, além de avaliações de tensão arterial, glicemia e anemia. A ecografia também desempenha um papel importante na avaliação do crescimento e desenvolvimento fetal, bem como na deteção de anomalias estruturais. Concomitantemente,

a WHO (2016) ressalta a importância do aconselhamento e da educação durante a vigilância pré-natal. Isso envolve orientar as gestantes sobre a importância de uma alimentação saudável, prática de exercícios físicos adequados, cuidados com a higiene pessoal, uso de suplementos nutricionais, e outras medidas para promover um estilo de vida saudável durante a gravidez.

Essas recomendações são essenciais para a detecção precoce de complicações e riscos, permitindo intervenções oportunas e apropriadas. A vigilância pré-natal adequada contribui para a redução da morbidade e mortalidade materna e perinatal, além de promover a saúde e o bem-estar materno-infantil (WHO, 2016).

Em Portugal, a DGS tem adotado medidas alinhadas com as recomendações internacionais para a vigilância pré-natal, como evidenciado no Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco (DGS, 2015). Esse programa busca garantir a qualidade e a abrangência dos cuidados pré-natais, visando à promoção da saúde materna e fetal. No contexto da saúde materno-infantil, o Diagnóstico Pré-natal desempenha um papel de extrema relevância. Consiste num conjunto de observações e procedimentos realizados durante a gravidez, com o objetivo de identificar e determinar anomalias fetais de origem congênita. Esse processo é respaldado pela legislação em vigor em Portugal, mais especificamente no despacho nº 5411/97 de 6 de agosto.

Durante o ENP realizado nas consultas de Diagnóstico Pré-natal, Vigilância da Gravidez de Baixo Risco, Vigilância da Gravidez de Risco e Peri-parto, a mestranda adquiriu competências essenciais para a prática nesse contexto específico. Ressalva-se que estas consultas ocorreram em período pré-pandémico, pelo que os cuidados foram prestados à grávida e ao acompanhante/pessoa significativa. As competências desenvolvidas durante o estágio incluíram:

- Monitorização da gravidez e do bem-estar materno-fetal: acompanhamento regular da grávida ao longo do período gestacional, com ênfase na monitorização do desenvolvimento fetal e no bem-estar materno. Envolveu a avaliação da altura do fundo do útero (AFU) para estimar o crescimento fetal, a apreciação das ecografias para identificar anomalias estruturais ou alterações no desenvolvimento fetal e a realização de cardiotocografia (CTG) para avaliar a vitalidade fetal através do registo dos batimentos cardíacos fetais. Foram realizadas avaliações dos sinais vitais maternos, como aferição da pressão arterial, frequência cardíaca e temperatura, a monitorização da evolução do peso materno; a valorização dos valores analíticos e a colheitas de materiais para análise;



- Informação e orientação sobre estilos de vida saudáveis na gravidez: foram fornecidas à grávida informações e orientações sobre a importância de adotar um estilo de vida saudável durante a gravidez. Isso incluiu orientações sobre uma alimentação adequada e equilibrada, a prática de exercício físico seguro e adequado à gestação, o controlo do peso, além de orientações para evitar o consumo de substâncias prejudiciais, como álcool e tabaco. Estas ações tiveram como propósito aumentar a literacia em saúde durante o período gestacional e promover a saúde materna e fetal, minimizando os riscos associados a comportamentos de risco durante a gestação;
- Promoção do plano de parto e aconselhamento na decisão: foi oferecido suporte e orientação à grávida na elaboração do plano de parto, considerando as suas preferências e necessidades individuais. Foram fornecidas informações sobre as diferentes opções de parto, seus benefícios e riscos, e auxiliou-se a gestante na tomada de decisão informada, respeitando suas escolhas e desejos para o momento do parto;
- Informação e orientação sobre sinais e sintomas de risco: Realizou-se um trabalho educativo com a grávida, visando capacitá-la a reconhecer possíveis sinais de alerta durante a gravidez. Foram discutidos os sinais e sintomas de risco, tais como sangramento vaginal excessivo, dores abdominais intensas e diminuição dos movimentos fetais, e enfatizou-se a importância de procurar assistência médica imediata em casos de emergência, a fim de garantir a saúde e segurança materno-fetal.
- Prescrição de exames auxiliares de diagnóstico: foi realizada a solicitação de prescrição de exames laboratoriais necessários para a deteção de condições de risco durante a gestação. Esses exames incluíram análises de sangue, urina e outros testes específicos, conforme indicado pela avaliação clínica da gestante. A prescrição desses exames teve como objetivo auxiliar no diagnóstico precoce e no acompanhamento adequado da saúde materno-fetal.
- Informação e orientação sobre medidas de suporte: foi fornecida à grávida informação sobre medidas de suporte para alívio dos desconfortos comuns durante a gravidez. Isso incluiu orientações sobre a gestão de náuseas, dores lombares e edema, além do uso adequado de medicamentos seguros na gestação, quando necessário, seguindo as diretrizes e recomendações clínicas.

Algumas das competências aqui mencionadas estão demonstradas no desenvolvimento das reflexões temáticas dos Jornais de Aprendizagem (JA nº 5, 6 e 7), uma vez que o estudo reflexivo sobre esses assuntos, alinhado às diretrizes da formação europeia (i.e., *Essential*

*Competencies for Midwifery Practice 2018. Final version published January 2019)* e baseado em pesquisas bibliográficas, contribuiu para uma compreensão mais aprofundada e uma melhor integração do conhecimento teórico e prático, promovendo assim uma prática de enfermagem obstétrica eficaz e segura.

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

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

#### **Exemplo de atividades/Reflexão:**

O TP é um processo fisiológico complexo que envolve uma série de mudanças físicas e emocionais na mulher, culminando no nascimento do bebê. Garantir um TP seguro é fundamental para promover a saúde materna e neonatal. Nesse sentido, a OMS (OMS, 2018) estabeleceu diretrizes abrangentes para orientar os profissionais de saúde. A OMS define o TP seguro como um conjunto de condições e cuidados que visam garantir a saúde e o bem-estar da mãe e do bebê durante todo o processo de parto (OMS, 2018). Essas diretrizes têm como objetivo principal reduzir complicações e melhorar os resultados maternos e neonatais. Para alcançar um TP seguro, foi fundamental adotar as seguintes práticas:

#### 1. Identificação do quadro de TP:

- Avaliação criteriosa dos sinais e sintomas que indicam o início do TP, como contrações regulares e progressivas, ruptura das membranas ou sangramento vaginal.
- Utilização de critérios clínicos adequados para distinguir o TP de outras condições que possam apresentar sintomas semelhantes.

A mestrandia valorizou a correta identificação do TP como um aspecto fundamental para garantir a segurança e o bem-estar da grávida, pois durante a prática reconheceu a importância de compreender e aplicar critérios adequados de identificação para fornecer cuidados de qualidade.

Ao realizar a avaliação dos sinais e sintomas que indicam o início do TP, a mestrandia adotou uma abordagem minuciosa. Dedicou-se a adquirir competências para interpretar adequadamente o cardiotocograma (CTG), valorizando a frequência, duração e intensidade das

contrações uterinas; avaliou a integridade da bolsa amniótica, a ocorrência de ruptura das membranas e as características do líquido amniótico. Também valorizou a presença de sangramento vaginal e possíveis causas. Todos estes sinais, além da avaliação das queixas e estado de ânimo da mulher, foram considerados indicativos de que o TP estava a iniciar-se ou em progressão.

A mestranda também considerou o tempo de gestação durante a avaliação de sinais e sintomas. Reconheceu que em casos de parto pré-termo (PPT), a abordagem e os cuidados necessários podem ser diferentes dos casos de gestações de termo. A valorização do tempo de gestação permitiu à mestranda adotar uma abordagem individualizada e específica, tendo em consideração as particularidades e possíveis complicações associadas ao PPT. Percecionou-se que existem outras condições que podem apresentar sintomas semelhantes ao TP. Por isso, é essencial utilizar critérios clínicos adequados para distinguir o verdadeiro TP de falsas contrações ou outras situações que o possam mimetizar. Isso requer análise cuidadosa dos sintomas, considerando fatores como a regularidade das contrações, a evolução do colo do útero e a resposta da mulher aos analgésicos ou medidas de conforto.

A mestranda baseou a prática na literatura científica atualizada, normas e protocolos. Além disso, valorizou a comunicação efetiva com a mulher durante o processo de identificação do TP, incentivando a grávida a relatar os seus sintomas, a fornecer informações sobre sua história obstétrica e a expressar as suas preocupações. Essa abordagem centrada na mulher permitiu uma avaliação mais precisa e individualizada, contribuindo para a tomada de decisões informadas e personalizadas.

## 2. Monitorização adequada da mãe e do feto durante o TP:

- Verificação contínua dos sinais vitais da mãe, incluindo pressão arterial, frequência cardíaca e temperatura, para identificar possíveis complicações.
- Monitoramento fetal para avaliar a saúde e bem-estar do bebé, por meio de métodos como cardiotocografia ou monitoramento eletrônico.

O TP em curso caracteriza-se pelo apagamento/encurtamento progressivo do colo uterino e a progressão do feto na pelve materna, sendo uma fase dinâmica do processo do parto. O colo do útero passa por uma série de mudanças, incluindo o afinamento (ou apagamento) e a dilatação gradual, que permite a passagem segura do concepto. As contrações uterinas tornam-se mais intensas, regulares e efetivas, contribuindo para a progressão do TP (Graça, 2017).

Durante esse período, a mulher pode experienciar sensações como pressão intensa e dor, que variam em intensidade e localização conforme o avançar do TP.

A mestranda adquiriu habilidades específicas para avaliar a dilatação cervical e a descida do feto por meio de métodos como a cervicometria e o uso de instrumentos de registo como o partograma. Reconheceu que essa avaliação, quando realizada de forma adequada e considerando outros sinais presentes, é uma ferramenta segura para monitorizar a progressão do TP (Alfirevic et al, 2017). Dedicou-se a mestranda a treinar essa avaliação em particular, dada a sua importância e complexidade. Observou-se que o TP em progressão varia em duração e velocidade de mulher para mulher e depende também de fatores como a posição fetal, as dimensões/diâmetros da pelve materna e as características individuais de cada parto (Graça, 2017).

É importante ressaltar que a avaliação da progressão do TP não deve ser realizada isoladamente, mas sim em conjunto com a análise de outros indicadores clínicos, como a vitalidade fetal, a presença de mecônio no líquido amniótico e a resposta materna às contrações (Graça, 2017). Muitas vezes se percebeu que o desejo expresso de mudar de posição ou a simples mudança de vocalizações da dor, remetiam para um estágio diferente do TP. De facto, a vocalização durante o TP modifica-se, mostrando a análise espectrográfica, que quando tais sons são comparados a vocalizações da mesma mulher, em circunstância diferente, as que ocorrem no TP tendem a alongar-se, aumentam a frequência, a intensidade e o contorno vocal (Baker, 1993). Defendem mesmo alguns estudos que a vocalização está associada a lacerações perineais menos extensas (Neta, 2022). Essa abordagem holística permitiu uma avaliação mais precisa e segura do TP.

Além disso, a mestranda compreendeu a importância da monitorização da mulher e do feto durante o TP, realizando uma avaliação da mãe, como a pressão arterial, a frequência cardíaca e a temperatura, como através do CTG, para monitorizar o bem-estar materno-fetal durante o TP (Ayres-de-Campos et al, 2022). O exame consiste na avaliação simultânea da frequência cardíaca fetal e das contrações uterinas, face ao stresse do parto (Ayres-de-Campos et al, 2022). A mestranda reconheceu a importância da correta leitura e interpretação do CTG como uma competência essencial para a sua prática profissional. Estudos demonstram a eficácia do CTG na deteção de alterações que podem indicar sofrimento ou comprometimento da oxigenação (Ayres-de-Campos et al, 2022). Através da análise do padrão da frequência cardíaca fetal, foi possível identificar padrões normais, acelerados ou desacelerados, que refletiam a resposta adaptativa do feto às contrações uterinas e forneceram informações sobre a integridade do sistema nervoso autónomo e do sistema cardiovascular fetal. Considere-se, porém, que no

seguimento de TP normal, sem desvio de saúde, o registo CTG deve ser parcimonioso, isto é, não-contínuo, conforme Recomendação nº 12 e nº 17, nas páginas 64 e 70 (OMS, 2018). De acordo com esta organização, o CTG de rotina não é recomendado para a avaliação do bem-estar fetal na admissão de grávidas saudáveis em TP espontâneo, sendo preferível que a avaliação decorra com o uso de estetoscópio de Pinard, ou ultrassom, conforme recomendação nº 13. No 1º estágio do TP, na fase ativa, a auscultação dos BCF é realizada a cada 15 a 30 minutos, enquanto no 2º estágio geralmente é realizada a cada 5 minutos. Defende o Guideline Development Group (GDG) que é importante informar os profissionais de que o uso de CTG de rotina na admissão de grávidas saudáveis não está baseado em evidências e aumenta o risco de intervenções médicas desnecessárias, nomeadamente de cesarianas, e pode levar a experiências negativas para a mulher. Considera mesmo que os profissionais podem estar mais protegidos, em casos de litígio, se realizarem bons registos e anotações que indicam as características da ausculta intermitente, do que confiando em traçados de CTC contínuo (WHO, 2018).

A utilização do CTG é, porém, uma medida habitual e para melhor acompanhar o enquadramento do estágio, a mestranda dedicou-se ao treino da leitura e interpretação do CTG, considerando os critérios estabelecidos pelas diretrizes clínicas e os conhecimentos atualizados na área. A capacidade de reconhecer padrões anormais, como desacelerações prolongadas, decréscimos significativos na frequência cardíaca fetal ou variações excessivas, foi fundamental para tomar decisões rápidas e apropriadas, como a necessidade de intervenções obstétricas ou a avaliação da necessidade de uma cesariana de emergência (Ayres-de-Campos et al, 2022). Além disso, a mestranda reconheceu a importância da integração dos dados do CTG com outros indicadores clínicos, como a avaliação da dilatação cervical, a vitalidade fetal e a resposta materna às contrações. A combinação dessas informações forneceu um quadro mais completo e confiável do bem-estar fetal e auxiliou na tomada de decisões clínicas fundamentadas e individualizadas.

Deve-se ressaltar que o treino adequado na leitura do CTG foi fundamental, uma vez que a interpretação incorreta ou inadequada dos traçados pode levar a intervenções desnecessárias ou atrasadas, com potencial impacto na saúde materna e fetal. Portanto, a dedicação da mestranda em adquirir habilidades específicas nesse sentido, baseadas em evidências científicas e diretrizes clínicas atualizadas, contribuiu para uma prática clínica segura e de qualidade no monitoramento do bem-estar fetal durante o trabalho de parto.

Ao adquirir conhecimentos teóricos e habilidades práticas nessa área, a mestranda reconheceu a importância da avaliação da progressão do trabalho de parto para garantir a

segurança e o bem-estar tanto da mãe quanto do bebê. A capacidade de identificar adequadamente os sinais de progressão e monitorizar os aspetos relevantes do TP contribui para uma assistência qualificada e personalizada, assegurando um parto seguro e saudável e assegurando igualmente o adequado encaminhamento em situações de desvio à normalidade.

### 3. Respeito pelos direitos e preferências da mulher:

- Incentivo à participação informada da mulher nas decisões relacionadas ao seu trabalho de parto, garantindo a sua autonomia e respeitando as suas escolhas e preferências.
- Consideração de aspetos culturais, sociais e emocionais que possam influenciar as decisões da mulher durante o trabalho de parto.

Na prática da assistência ao TP, a mestranda destacou a importância de respeitar os direitos e preferências da mulher, reconhecendo-a como protagonista de seu próprio parto. Baseada em evidências científicas e orientações de organizações de saúde, como a OMS, a Nursing and Midwifery Council (NMC) e a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO), a mestranda adotou uma abordagem centrada na mulher, incentivando a sua participação informada nas decisões relacionadas com o TP. Um estudo publicado por Hodnett et al. (2019) demonstrou que o envolvimento da mulher nas decisões durante o TP está associado a uma maior satisfação com a experiência e a melhores resultados perinatais. A mestranda reconheceu que a autonomia da mulher deve ser respeitada, garantindo que ela seja informada sobre todas as opções disponíveis, os riscos e os benefícios de cada intervenção e as possíveis consequências para ela e para o seu bebê. O conceito de cuidados respeitosos (*respectful maternity care* [RMC]) refere-se aos cuidados organizados, prestados a todas as mulheres no sentido de preservar a dignidade, privacidade e confidencialidade, garantindo simultaneamente a ausência de danos e maus-tratos, além de permitir escolhas informadas e apoio contínuo durante o TP. Consiste exatamente na 1ª recomendação da OMS, conforme pode ser identificado na página 19 do manual (WHO, 2018).

A mestranda compreendeu a importância de considerar aspetos culturais, sociais e emocionais que podem influenciar as decisões da mulher durante o TP. Estudos como o de Declercq et al. (2017) evidenciam que as preferências e valores culturais das mulheres desempenham um papel significativo na experiência do parto. A mestranda valorizou a escuta ativa da mulher, reconhecendo a sua história, as suas crenças e as suas expectativas, para

oferecer uma assistência personalizada e culturalmente sensível. Essa abordagem humanizada e centrada na mulher não apenas respeita os seus direitos, mas também fortalece a relação de confiança entre a mulher e a equipa de saúde, facilitando a tomada de decisões compartilhadas e contribuindo para uma experiência positiva de parto.

É importante ressaltar que o respeito pelos direitos e preferências da mulher não se restringe apenas ao contexto clínico, mas também envolve a promoção do cuidado respeitoso e a garantia de um ambiente acolhedor e seguro para o parto. A mestranda adotou práticas que promoveram a privacidade, a intimidade e o conforto da mulher, tendo em conta o contexto pandémico. A impossibilidade da presença física de um acompanhante foi muitas vezes contornada com a utilização de meios comunicação digitais. Integrou a mestranda nos cuidados a prática de filmar e fotografar, sempre que solicitado pela grávida. A liberdade de movimentação, tanto no quarto, como no serviço, foi sempre concedida à grávida, excetuando nas situações de teste Covid positivo. Nessa situação foi devidamente explicado à grávida o porque da necessidade de isolamento.

Em suma, a mestranda baseou a sua prática na valorização dos direitos e preferências da mulher durante o TP, considerando a participação informada, a autonomia e as necessidades individuais. Essa abordagem respaldada pela literatura científica e diretrizes clínicas contribuiu para a promoção de uma assistência respeitosa, humanizada e centrada na mulher, visando à obtenção de melhores resultados tanto para a mulher quanto para o seu bebé.

#### 4. Prevenção e gestão adequada de complicações:

- Identificação precoce de complicações potenciais, como sofrimento fetal, distocia ou hemorragia pós-parto, por meio de exames clínicos e monitoramento contínuo.
- Intervenção imediata e apropriada para minimizar os riscos e garantir a segurança da mãe e do bebé, envolvendo a equipa multidisciplinar quando necessário.

A mestranda reconheceu a importância de uma identificação precoce das complicações potenciais, recorrendo para tal a exames clínicos e monitorização contínua, como parte integrante de sua prática baseada em evidências (Miller, 2011).

Um dos desafios na prevenção e gestão de complicações durante o TP foi o reconhecimento do sofrimento fetal. A mestranda adquiriu habilidades específicas para a avaliação do bem-estar

fetal por meio do uso do cardiotocógrafo (CTG) e da análise do padrão da frequência cardíaca fetal. Através da monitorização da frequência cardíaca fetal foi possível identificar precocemente alterações no padrão que poderiam identificar sofrimento fetal, permitindo intervenções imediatas e apropriadas para minimizar os riscos (Dahlke, 2017; Li, 2023).

Também a observação de características incomuns no líquido amniótico, como a presença de mecônio ou sangue, pode indicar sofrimento fetal durante o TP (Gallo, 2023). Essas alterações são sinais importantes que fornecem informações sobre a condição do feto e a necessidade de uma intervenção imediata. A presença de mecônio no líquido amniótico indicou que o feto passou por stresse ou sofrimento durante o TP. Esse sinal alerta a mestranda, que solicitou intervenção da equipa na avaliação cuidadosa do bem-estar fetal e adoção de uma resposta rápida para garantir a segurança tanto da mãe quanto do feto. Da mesma forma, a presença de sangue no líquido amniótico também é um sinal de alerta. O sangramento pode indicar uma série de complicações, como descolamento prematuro da placenta, rotura uterina ou placenta prévia (Graça, 2017). Essas condições representaram risco de vida para a mãe e feto, exigindo uma intervenção imediata e adequada da equipa multidisciplinar, para minimizar os riscos e garantir a segurança. Portanto, a identificação de características incomuns no líquido amniótico, como a presença de mecônio ou sangue, desencadeou na mestranda a necessidade de treinar uma avaliação mais aprofundada do bem-estar fetal e de diligenciar respostas rápidas e apropriadas da equipa.

Além disso, a mestranda compreendeu a importância da identificação precoce de distocia, que se refere a dificuldades na progressão do trabalho de parto. A distocia pode ocorrer devido a diversos fatores, como posição fetal anómala, tamanho desproporcional entre a cabeça fetal e a pelve materna, ou contrações uterinas ineficazes (Simpson, 2020; Cunningham et al, 2021). De acordo com a American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG, 2014), através de uma observação clínica cuidadosa, incluindo a avaliação da dilatação cervical, o progresso da descida fetal e a resposta materna às contrações, a mestranda foi capaz de identificar sinais precoces de distocia e agir prontamente, envolvendo a equipa multidisciplinar quando necessário, como obstetras e neonatologistas, para garantir a segurança e o bem-estar da mãe e do bebé.

A hemorragia pós-parto é outra complicação potencialmente grave que pode ocorrer durante o TP. A mestranda compreendeu a importância de uma abordagem proativa na prevenção da hemorragia pós-parto, através de uma série de medidas, como a administração profilática de ocitocina após o parto e a avaliação atenta do tónus uterino (ACOG, 2020). No entanto, caso ocorra uma hemorragia pós-parto, a intervenção imediata e apropriada é essencial para



minimizar os riscos. A mestranda foi treinada para reconhecer os sinais precoces de hemorragia pós-parto e para realizar manobras, como a massagem uterina e a administração de medicação, de acordo com protocolo, em conformidade com as diretrizes clínicas atualizadas.

A prevenção e gestão adequada de complicações durante o TP exigem uma abordagem interdisciplinar, envolvendo profissionais de diferentes áreas da saúde. A mestranda reconheceu a importância da colaboração e comunicação efetiva com a equipa multidisciplinar, incluindo obstetras, neonatologistas, anestesistas, enfermeiros e parteiras, de modo a garantir uma assistência integrada e segura (WHO, 2018; ACOG, 2020).

A prevenção e gestão adequada de complicações durante o TP são aspetos cruciais para garantir a segurança e o bem-estar da mãe e do bebé. A identificação precoce de complicações potenciais, a monitorização contínua, a intervenção imediata e apropriada e a colaboração interdisciplinar são elementos-chave nesse processo. A mestranda adquiriu conhecimentos teóricos e habilidades práticas nessa área, baseados em evidências científicas e diretrizes clínicas atualizadas, contribuindo para uma prática clínica segura e de qualidade na prevenção e gestão de complicações durante o TP.

#### 5. Reconhecimento da necessidade de intervenções médicas:

- Reconhecimento/participação da necessidade de adoção de intervenções médicas, como indução do TP, cesariana ou uso de fórceps, apenas quando clinicamente indicado e com benefícios comprovados para a mãe e o bebé.
- Evitar intervenções desnecessárias que possam aumentar os riscos e comprometer a saúde materna e neonatal.

A utilização criteriosa de intervenções médicas durante o trabalho de parto é uma preocupação que garante a segurança e o bem-estar materno e neonatal. O reconhecimento da necessidade de adoção de intervenções, como a indução do trabalho de parto, a cesariana ou o uso de fórceps, deve ocorrer apenas quando clinicamente indicado e com benefícios comprovados para a mãe e o bebé (ACOG, 2020). Ao EEESMO não compete realizar as intervenções anteriormente mencionadas, contudo compete-lhe referenciar à equipa médica toda e qualquer situação que extravase o seu leque de competências e que seja um desvio à normalidade, colaborando com esta após a sua avaliação e diagnóstico.

Evitar intervenções desnecessárias é crucial na redução de riscos associados ao parto e promoção da saúde tanto da mãe quanto do neonato. Intervenções não justificadas podem

aumentar o risco de complicações e ter consequências negativas a longo prazo (WHO, 2018). Portanto, é fundamental que os profissionais de saúde adotem uma abordagem baseada em evidências científicas e diretrizes clínicas atualizadas ao decidir sobre a necessidade de intervenções médicas durante o trabalho de parto. Além disso, o bem-estar neonatal é uma preocupação primordial durante o parto, sendo essencial que as intervenções médicas tenham em consideração o impacto na saúde do recém-nascido. A decisão de realizar uma intervenção deve ser baseada em evidências que demonstrem benefícios claros para o bebê, pesando cuidadosamente os potenciais riscos envolvidos (ACOG, 2020).

Um exemplo específico de intervenção que requer critérios cuidadosos é a episiotomia. A episiotomia é uma incisão cirúrgica realizada no períneo durante o parto para facilitar a saída do bebê. No entanto, o uso indiscriminado pode levar a complicações, como dor, infecção e disfunção sexual a longo prazo. Portanto, a decisão de realizar uma episiotomia deve ser baseada em critérios clínicos bem definidos e na avaliação individualizada de cada caso (ACOG, 2017).

Quando lacerações perineais ocorrem durante o parto, a sutura adequada é essencial para promover a cicatrização e prevenir complicações. A perineorrafia deve ser realizada com precisão e cuidado para garantir uma recuperação adequada e minimizar os riscos de infecção e desconforto pós-parto (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2015).

No desenvolvimento da FCT, desenvolveu a mestrandia competências que lhe permitiram avaliar cuidadosamente cada situação, tendo em consideração as evidências científicas disponíveis, para determinar a necessidade real de intervenções médicas durante o trabalho de parto. Essa abordagem baseada em evidências e orientações clínicas atualizadas foi fundamental para garantir a segurança e promover uma assistência de qualidade durante o parto.

#### 6. Atenção qualificada e suporte contínuo:

- Presença de profissionais de saúde capacitados e experientes durante todo o processo de TP, fornecendo assistência adequada, apoio emocional e monitoramento contínuo da mãe e do bebê.
- Estabelecimento de uma relação de confiança entre a equipa de saúde e a mulher, promovendo um ambiente acolhedor e seguro.

A atenção qualificada e o suporte contínuo são elementos essenciais para garantir um TP seguro e positivo para a mãe e o bebê. A presença de profissionais de saúde capacitados e

experientes ao longo de todo o processo de trabalho de parto é fundamental para fornecer uma assistência adequada, apoio emocional e monitorização contínua da saúde materna e neonatal (Hodnett et al, 2019). Essa presença constante e ativa contribui para a detecção precoce de complicações, a tomada de decisões rápidas e a implementação de intervenções apropriadas, quando necessário.

Além disso, é de suma importância estabelecer uma relação de confiança entre a equipa de saúde e a mulher. Essa relação baseada na empatia, respeito e comunicação efetiva promove um ambiente acolhedor e seguro, onde a mulher se sente ouvida, informada e respeitada em suas escolhas e preferências durante o trabalho de parto (WHO, 2018). A relação One-to-One é considerada uma estratégia efetiva para diminuir o número de recursos farmacológicos utilizados no alívio da dor durante o TP, bem como a ocorrência de episiotomias e lacerações perineais, ao mesmo tempo em que confere segurança aos cuidados (Page et al, 1999). Também a presença de um acompanhante da escolha da mulher, como um membro da família ou doula, pode desempenhar um papel significativo no fornecimento de suporte emocional e apoio contínuo durante o processo de parto (Bohren et al, 2017).

No percurso de aquisição de competências durante a FCT, a mestranda desenvolveu habilidades que lhe permitiram oferecer uma atenção qualificada e um suporte contínuo às mulheres durante o TP. A mestranda aprendeu a estabelecer uma relação terapêutica com as mulheres, fornecendo informações claras e objetivas, oferecendo suporte emocional e adaptando a sua assistência às necessidades individuais de cada mulher, promovendo um ambiente seguro e acolhedor, tendo em conta o contexto atravessado.

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

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

#### **Exemplo de atividades/Reflexão**

Teoricamente, o puerpério divide-se em três períodos: puerpério imediato (primeiras duas horas), puerpério precoce (até ao final da primeira semana) e puerpério tardio (até ao final da sexta semana). Há autores que o enunciam como o quarto trimestre, o que reflete a ideia de continuidade do processo de nascimento/maternidade considerando o bem-estar da díade, como uma unidade em desenvolvimento (Bobak et al, 1999).

Segundo Lowdermilk e Perry (2008), consiste o quarto trimestre de gravidez, num período de transição e adaptação para a mulher, pai, recém-nascido e restante família. As adaptações fisiológicas maternas têm o seu enfoque nos órgãos pélvicos e mamas, mas estendem-se a todos os sistemas que sofreram alterações ao longo da gravidez (Graça, 2017). A mulher irá lidar com as novas responsabilidades inerentes ao papel de mãe, mudanças nas relações familiares, na necessidade de apoio social e na situação económica familiar (Martinez-Galiano et al, 2019). A transição para a parentalidade pressupõe a aquisição de novos conhecimentos que ajudam na mudança de comportamento e a uma conceção de si mesmo no contexto social (Meleis e Dean, 2012). Estas adaptações que ocorrem na mulher durante o puerpério influenciam a sua qualidade de vida, conceito em crescente interesse na área da saúde, já que a OMS a considera como um indicador fundamental (Martinez-Galiano et al, 2019).

No Serviço de Obstetrícia do CC4 houve a oportunidade de prestar cuidados a mulheres durante o puerpério precoce, que contribuíram para o desenvolvimento de competências na área. Passa a mestranda a abordar alguns desses cuidados:

a) Realização do exame físico global da puérpera e do recém-nascido: esta é uma competência essencial dos enfermeiros especialistas em saúde materna e obstetrícia (EEESMO) neste serviço. Uma avaliação abrangente engloba a avaliação dos sinais vitais, a valorização do estado geral de saúde e bem-estar da puérpera, bem como a identificação e o diagnóstico de possíveis complicações pós-parto. Além disso, o exame inclui a avaliação da evolução da cicatrização da ferida, quando presente (como episiorrafia, perineorrafia ou ferida cirúrgica de cesariana) e a avaliação da involução uterina e do estado das mamas. No caso do recém-nascido, o exame físico abrangente inclui a avaliação do peso, dos reflexos, dos sinais de bem-estar e desconforto. Essa avaliação é fundamental para identificar possíveis alterações no desenvolvimento e na saúde do bebé.

A mestranda teve a oportunidade de contribuir e, inclusive, realizar de forma autónoma esse exame físico na díade mãe-bebé, em colaboração com os diferentes profissionais da equipa, de acordo com as necessidades identificadas. Essa prática multidisciplinar e articulada permitiu uma abordagem abrangente e integrada no cuidado à puérpera e ao recém-nascido. Ao colaborar na realização do exame físico e assumir responsabilidades autónomas nesse processo, a mestranda pode aprimorar as suas habilidades clínicas e aprofundar o seu conhecimento sobre a saúde materna e neonatal.

b) Capacitação da mulher para os cuidados ao recém-nascido: Durante o puerpério, é de suma importância proporcionar à mulher a capacitação necessária para que ela possa prestar adequadamente os cuidados essenciais ao recém-nascido. No contexto do serviço de puerpério, a mestranda teve a oportunidade de fornecer orientações relacionadas aos cuidados básicos, incluindo a alimentação, com enfoque na promoção do aleitamento materno, além de instruções sobre o posicionamento seguro para o sono, a higiene adequada e a estimulação adequada para o desenvolvimento do bebê.

Essa capacitação englobou informações sobre os benefícios da amamentação exclusiva até os 6 meses de vida, destacando os benefícios para a saúde e o desenvolvimento do recém-nascido, bem como para a mãe. Foram abordados aspectos relacionados à correta higienização do bebê, incluindo cuidados com o cordão umbilical, troca de fraldas e banho. Também foram fornecidas orientações sobre a importância de proporcionar um ambiente seguro para o sono do bebê, enfatizando a posição recomendada e as medidas de prevenção da síndrome da morte súbita infantil. Além disso, foram oferecidas informações sobre o adequado transporte do bebê em veículos motorizados, visando garantir a segurança. Durante essa capacitação, a mestranda teve a oportunidade de esclarecer dúvidas, oferecer suporte emocional e fornecer informações personalizadas de acordo com as necessidades individuais das mães. Essa abordagem integrada, aliada ao conhecimento técnico-científico, permitiu uma maior efetividade na capacitação das mulheres para os cuidados ao recém-nascido, contribuindo para a promoção da saúde e do bem-estar da díade mãe-bebê.

c) Informação sobre os sinais e sintomas de alarme no recém-nascido: É essencial ensinar à puérpera sobre os principais sinais e sintomas de alarme que podem ocorrer no recém-nascido. Isso inclui febre, dificuldade respiratória, icterícia intensa, alterações na alimentação ou sono, irritabilidade incomum, entre outros. Realizou a mestranda ensinamentos sobre estas temáticas a diversas puérperas, de acordo com as solicitações ou as necessidades observadas. Essas informações ajudaram a mulher a reconhecer prontamente qualquer problema potencial e a procurar assistência médica imediata, se necessário.

Os ensinamentos foram baseados em evidências científicas atualizadas e nas normas clínicas vigentes, e transmitidos de forma clara e acessível, considerando o nível de compreensão das puérperas. A mestranda enfatizou a importância de estar atenta aos sinais de alerta, ressaltando a necessidade de não hesitar na busca de cuidados médicos se houver qualquer preocupação em relação à saúde do recém-nascido. Além disso, foram fornecidas

orientações sobre as medidas a serem tomadas em situações emergentes, como contatar o serviço de saúde adequado ou procurar atendimento de urgência.

d) Promoção da amamentação e orientação para uma pega adequada: Os EEESMO desempenham um papel fundamental na promoção da amamentação durante o puerpério. Detêm a responsabilidade de fornecer orientações sobre a técnica adequada de amamentação, orientar a mãe para uma pega correta do bebê ao seio materno, fornecer apoio emocional e solucionar possíveis dificuldades iniciais relacionadas à amamentação. A mestranda teve a oportunidade de aprimorar amplamente essas competências durante o seu estágio, tendo este ocorrido num hospital certificado como amigo dos bebês.

Durante os ensinamentos sobre amamentação, a mestranda enfatizou a importância do contato pele a pele, da posição adequada da mãe e do bebê durante a amamentação, além da técnica correta para garantir uma boa pega. Foi fornecido suporte individualizado, levando em consideração as necessidades e desafios específicos de cada mãe. A mestranda também incentivou a mãe a expressar suas preocupações e dúvidas, fornecendo informações claras e baseadas em evidências para ajudar a superar possíveis dificuldades.

A mestranda aproveitou a oportunidade para compartilhar informações sobre os benefícios da amamentação para a saúde do bebê e da mãe, destacando os nutrientes essenciais presentes no leite materno e a promoção do vínculo afetivo entre mãe e filho. Foram abordadas questões relacionadas à amamentação em situações especiais, como recém-nascidos prematuros, bebês com dificuldades de sucção ou mães com condições de saúde específicas.

A atuação da mestranda nesse contexto reforçou o compromisso em promover a amamentação como a melhor forma de alimentação para o recém-nascido, respeitando a individualidade de cada mãe e bebê. Através da capacitação oferecida, foi possível contribuir para o estabelecimento de uma amamentação bem-sucedida e proporcionar um ambiente acolhedor e favorável ao aleitamento materno (Silva et al, 2021; SNS, 2023).

e) Promoção da adaptação ao pós-parto: Durante o puerpério, a mulher enfrenta diversas transformações físicas, emocionais e sociais. Os EEESMO desempenham um papel crucial na promoção de uma adaptação positiva a esse período pós-parto. Atuam como facilitadores, fornecendo apoio emocional, esclarecendo dúvidas e preocupações, incentivando a participação da família no cuidado do recém-nascido e disponibilizando recursos e informações relevantes para facilitar a transição para o novo papel materno (Antunes et al, 2020; Alves et al, 2021).

Durante essa fase, a mestranda teve a oportunidade de auxiliar as mulheres a compreender e lidar com as mudanças físicas e emocionais que ocorrem após o parto. Ofereceu suporte emocional, permitindo que as mulheres expressassem os seus sentimentos e preocupações, tendo em conta o contexto excecional, além de fornecer orientações práticas sobre os cuidados com o recém-nascido e o autocuidado materno.

A mestranda também incentivou a participação da família nesse período de adaptação, ressaltando a importância do apoio e da colaboração dos membros familiares no cuidado do bebê. Ela forneceu informações sobre a importância do envolvimento do parceiro e de outros familiares no suporte emocional e nas tarefas diárias, aliviando a carga da mãe e fortalecendo os vínculos familiares (Alves et al, 2022).

Ademais, a mestranda orientou as mulheres sobre os recursos disponíveis na comunidade em contexto adaptado, consultas de acompanhamento e serviços de saúde materno-infantil. Ela enfatizou a importância de buscar ajuda sempre que necessário, respeitando as necessidades individuais de cada mulher (Alves et al, 2022).

A atuação da mestranda nesse contexto contribuiu para a promoção de uma transição suave e positiva para a maternidade, proporcionando às mulheres o suporte necessário para enfrentar os desafios e aproveitar as alegrias dessa nova fase da vida (Alves et al, 2021).

f) Referenciação de desvios na adaptação à parentalidade e situações além da área de atuação: Em alguns casos, a adaptação à parentalidade pode apresentar desafios que exigem intervenção especializada. Os EEESMO estão capacitados para identificar possíveis dificuldades nessa transição e encaminhar a puérpera e sua família para profissionais de outras áreas, como psicólogos, assistentes sociais ou médicos, de acordo com a necessidade. Essa abordagem assegura que a mulher receba o suporte adequado em situações que vão além da competência da equipa de enfermagem.

Durante o acompanhamento no puerpério, a mestranda teve a oportunidade de identificar sinais de adaptação comprometida à parentalidade. Ela compreendeu a importância de avaliar fatores como alterações do humor, isolamento social, falta de suporte familiar, histórico de transtornos psicológicos ou dificuldades no estabelecimento do vínculo com o bebê.

Quando necessário, a mestranda realizou encaminhamentos adequados, garantindo que a mulher recebesse atenção especializada para lidar com essas questões. Isso envolveu a colaboração com outros profissionais de saúde, como psicólogos ou assistentes sociais, para proporcionar um suporte abrangente à mulher e sua família.

A ação da mestranda nesse sentido contribuiu para a identificação precoce de possíveis desafios na adaptação à parentalidade e para a garantia de uma intervenção adequada por parte de profissionais especializados. Isso possibilitou o cuidado integral da mulher e de sua família, promovendo uma experiência mais saudável e positiva nessa fase significativa da vida (Seyed et al, 2021).

g) Identificação de complicações pós-parto: Nesta fase é essencial estar atento a possíveis complicações que podem surgir após o parto. Os EEESMO desempenham um papel fundamental ao realizar uma monitorização cuidadosa da puérpera em busca de sinais de infecção, hemorragia pós-parto, alterações na pressão arterial e problemas relacionados à cicatrização da episiotomia ou da incisão cirúrgica da cesariana, entre outras complicações.

Através da observação constante e da avaliação sistemática, a mestranda pode identificar precocemente tais problemas, permitindo um tratamento imediato e a prevenção de complicações mais graves. Isso envolve cuidados como a monitorização dos sinais vitais, a avaliação do estado geral da puérpera, a observação de possíveis sinais de infecção ou hemorragia anormal, bem como a avaliação da cicatrização.

A mestranda teve a oportunidade de desenvolver habilidades nessa área durante o puerpério, sob a supervisão e orientação da equipa de enfermagem. Aprendeu a importância de uma vigilância atenta, a fim de identificar prontamente quaisquer complicações e iniciar as medidas apropriadas de tratamento e cuidado.

h) Prestação de cuidados especializados a puérperas com patologias associadas: Algumas mulheres podem apresentar condições médicas preexistentes que requerem atenção específica durante o puerpério. Os EEESMO estão devidamente preparados para fornecer cuidados personalizados e adequados a essas mulheres, levando em consideração as suas condições médicas, necessidades de saúde e bem-estar. Isso envolve a avaliação cuidadosa do histórico médico da puérpera, a monitorização de sintomas e indicadores de complicações relacionadas à sua patologia específica e a implementação de intervenções adequadas.

Durante o puerpério, os EEESMO colaboram com a equipa multidisciplinar, incluindo médicos, especialistas e outros profissionais de saúde, para garantir a coordenação dos cuidados e a prestação de assistência integral à puérpera. Isso pode envolver a administração de medicamentos, a monitorização de sinais vitais, a orientação sobre cuidados específicos, a



identificação precoce de complicações e a referência para serviços especializados, quando necessário.

A mestranda teve a oportunidade de adquirir conhecimentos e habilidades na prestação de cuidados especializados a puérperas com patologias associadas, por meio da formação acadêmica e experiência prática. Compreendeu a importância de uma abordagem individualizada, centrada na puérpera e adaptada às suas necessidades específicas, a fim de garantir uma recuperação saudável e segura durante o puerpério.

i) Participação no Planejamento Familiar: O puerpério é um momento oportuno para discutir o planejamento familiar e as opções contraceptivas com a mulher. Os EEESMO podem fornecer informações sobre diferentes métodos contraceptivos e orientar a mulher na escolha do método mais adequado às suas necessidades. Ao avaliar as necessidades individuais da mulher, a mestranda teve em conta fatores como a história médica, estilo de vida, preferências e planos reprodutivos futuros. Com base nessas informações, foi oferecida orientação personalizada, ajudando a mulher a selecionar o método contraceptivo mais adequado para ela.

A mestranda também forneceu informações sobre o uso correto e eficaz do método contraceptivo escolhido, incluindo instruções sobre a administração de contraceptivos hormonais, a colocação de DIUs ou implantes contraceptivos e a utilização adequada dos métodos de barreira. Esclareceu dúvidas e forneceu apoio contínuo para garantir que a mulher estivesse confortável e confiante com a sua escolha.

Além disso, os EEESMO destacam a importância da continuidade dos cuidados contraceptivos após o puerpério. A mestranda incentivou as mulheres a realizar consultas regulares para revisão da eficácia e da satisfação com o método contraceptivo.

Lamentavelmente, devido ao contexto pandêmico e ao esforço físico e profissional exigido da mestranda para dar resposta ao ENP, não foram realizados Jornais de Aprendizagem neste estágio específico. Contudo, o comprometimento e dedicação da mestranda ficaram evidentes na classificação obtida na componente prática do estágio. Embora os Jornais de Aprendizagem sejam uma ferramenta valiosa para refletir sobre o processo de aprendizagem e aprimorar habilidades, a mestranda foi capaz de superar os desafios e mostrar seu potencial durante o estágio.

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

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

### **Exemplo de atividades/Reflexão:**

O climatério é definido como o período da vida da mulher compreendido entre o pleno potencial e a incapacidade reprodutiva e ao longo do qual, ocorre um declínio progressivo da função ovárica (Utian, 1999 citado no Consenso Nacional sobre Menopausa, 2021; Maciel et al, 2021). Está associado a um conjunto de sinais e ou sintomas como a irregularidade menstrual, afrontamentos, suores noturnos, alterações de humor e do sono, que no conjunto se podem denominar por “síndrome climatérica” (Utian, 1999). Por sua vez, a menopausa é definida como a última menstruação, resultante da depleção do patrimônio folicular funcionante do ovário, sendo diagnosticada após um ano de amenorreia sem outra causa identificada (Consenso Nacional sobre Menopausa, 2021). Geralmente, a menopausa ocorre entre os 45 e 55 anos de idade. O climatério, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), é considerado um período fisiológico na vida da mulher, não sendo patológico. Uma revisão bibliográfica realizada por Maciel et al. (2021) sobre a vivência e concepção da mulher acerca do climatério destacou a importância da atenção e cuidados nessa fase. Embora seja um processo fisiológico, o climatério pode desencadear mudanças físicas, psicossociais, sexuais, profissionais e conjugais. Os sintomas podem variar em intensidade, vivenciando cada mulher o climatério de forma singular.

A forma como a sociedade percebe e trata as mulheres nessa fase pode ter um impacto significativo no seu bem-estar psicológico. O apoio emocional da família e do parceiro torna-se essencial nesse contexto. É fundamental que os profissionais de saúde que prestam assistência às mulheres no climatério tenham um conhecimento aprofundado sobre o assunto, por forma a oferecer os melhores cuidados possíveis (Rezende, 2015).

No CC3 e CC4, onde a mestranda prestou cuidados a mulheres no Internamento de Ginecologia e Urgência de Obstetrícia e Ginecologia respetivamente, foi possível observar e confirmar o descrito anteriormente. Os sintomas observados correspondem aos que caracterizam esta fase de vida, sendo o mais frequente a metrorragia, acompanhado pelo desconforto psicológico, muitas vezes verbalizado, e pelo receio de uma possível gravidez tardia.

Neste contexto foi possível colaborar na observação e avaliação destas mulheres, na elaboração de diagnósticos (físicos e/ou psicológicos), no estabelecimento de planos de intervenção e no encaminhamento para outros meios complementares de diagnóstico ou tipologias de cuidados.

Esta experiência proporcionou a mestranda uma compreensão mais aprofundada dos desafios enfrentados pelas mulheres durante o climatério, permitindo uma atuação mais efetiva na identificação e gestão dos sintomas, além de fornecer apoio adequado às necessidades psicológicas e emocionais das pacientes.

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

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

#### **Exemplo de atividades/Reflexão:**

O processo saúde-doença é um conceito que considera todas as variáveis que envolvem a saúde e a doença de um indivíduo ou população, interligando-as e considerando que ambas são consequência dos mesmos fatores (Buss et al, 2007). A saúde ginecológica é fundamental para a qualidade de vida das mulheres e envolve a prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças relacionadas com o sistema reprodutor feminino.

No CC2 a mestranda pode participar na consulta de Ginecologia e observar um procedimento descrito no Apêndice (7). Essa experiência permitiu à mestranda ter uma visão prática das intervenções ginecológicas e perceber a sua importância no cuidado às mulheres.

Na consulta de IVG foi possível observar a imagem ecográfica de uma mola hidatiforme, criando a oportunidade de diagnosticar e encaminhar, garantindo o atendimento noutra nível de cuidados. Foram também prestados cuidados emocionais e feitos ensinamentos sobre a particularidade da situação.

No contexto de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia foram prestados cuidados a mulheres com situações clínicas como metrorragias, corrimento vaginal anormal, vulvodinia, dor pélvica, cistite, miomas uterinos, entre outras. Colaborou-se na observação e valorização de sinais e sintomas destas mulheres, nomeadamente na avaliação de sinais vitais, na observação com espéculo e na colheita de amostras. Foram realizados ensinamentos relacionados com a gestão do regime terapêutico (quando aplicável) e com o auto-cuidado. Houve uma atenção especial no encaminhamento adequado dessas situações, quando necessário, buscando-se garantir o

acompanhamento contínuo, o apoio emocional e psicológico, e a colaboração interdisciplinar, quando exigida (Heniff & Fleming, 2020).

No contexto do Bloco de Partos, a mestranda teve a oportunidade de presenciar e observar procedimentos de curetagem uterina, realizados com o objetivo de remover o conteúdo uterino em casos de pós-aborto, a remoção de pólipos e a realização de biópsias de tecidos. Durante esses procedimentos cirúrgicos, houve uma colaboração ativa nos cuidados prestados às mulheres, abrangendo as fases pré, intra e pós-operatórias.

Antes do procedimento cirúrgico, foram realizadas avaliações clínicas e exames complementares para determinar a necessidade da curetagem uterina e garantir a segurança da paciente. Durante o procedimento, a mestranda colaborou na assistência ao operador, fornecendo os instrumentos necessários e auxiliando na manutenção da esterilidade do ambiente cirúrgico. Durante a curetagem uterina, foram adotadas medidas de controle da dor e do desconforto, bem como de monitorização dos sinais vitais da paciente.

Após o procedimento, foram prestados cuidados pós-operatórios, incluindo a administração de medicamentos analgésicos e a observação da paciente quanto a possíveis complicações. A mestranda desempenhou um papel importante na monitorização pós-operatória, no fornecimento de orientações à paciente sobre os cuidados necessários e no acompanhamento do seu bem-estar.

Esses exemplos práticos vivenciados pela mestranda durante sua formação enfatizam a importância do conhecimento clínico e da participação ativa no cuidado ginecológico. Eles destacam a necessidade de uma abordagem integrada, que envolve o reconhecimento de situações complexas e a tomada de decisões adequadas para garantir o bem-estar das mulheres.

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

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

### **Exemplo de atividades/Reflexão:**

Cuidar da mulher inserida na comunidade foi uma competência desafiante de desenvolver. Para a mestranda, significa cuidar da mulher em todos os contextos, capacitando-a para vivenciar sua sexualidade e maternidade de forma livre e informada.

A OMS destaca a importância dos cuidados maternos e obstétricos na promoção da saúde das mulheres e na redução da morbimortalidade materna e infantil (OMS, 2016). Os cuidados

pré-natais regulares são essenciais para a identificação precoce de condições de risco e a implementação de medidas preventivas ou terapêuticas adequadas (ACOG, 2018). Além disso, a ACOG enfatiza a importância da educação e do suporte às mulheres em relação ao planejamento familiar, contraceção e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis. Pôde a mestranda desenvolver esta competência principalmente na consulta de Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG), na Consulta Externa e no Puerpério.

A educação para a saúde desempenhou um papel crucial na consulta de IVG. Esse momento sensível na vida da mulher exigiu cuidados especializados e abrangentes, que incluíram a prestação de informações precisas, apoio emocional e educação sobre saúde sexual e reprodutiva. Estudos destacam a importância da educação adequada sobre métodos contraceptivos e saúde sexual para que as mulheres possam tomar decisões informadas e seguras em relação à sua saúde reprodutiva (Pileggi et al, 2018). A educação pré e pós-IVG também desempenha um papel fundamental na redução de complicações e na promoção do bem-estar das mulheres (Ashok et al, 2019).

Além disso, a educação para a saúde na consulta de IVG abordou a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) e a promoção do autocuidado. Foi fundamental fornecer informações sobre práticas sexuais seguras, uso correto de preservativos e a importância de realizar testes de DSTs regularmente, de acordo com a OMS (2019). Foi neste contexto que a mestranda pode treinar a comunicação clara, precisa e objetiva, mantendo a abordagem respeitosa e livre de julgamento. Aprendeu-se que a comunicação empática e acolhedora é essencial para estabelecer um ambiente de confiança, no qual as mulheres se sintam à vontade para fazer perguntas e compartilhar suas preocupações (Aiken et al, 2018).

Cuidar da mulher inserida na comunidade durante as fases pré-natal e puerperal foi essencial para promover a saúde materna e obstétrica, bem como garantir o bem-estar da díade. A consulta pré-natal desempenha um papel fundamental na identificação precoce de condições de risco e na implementação de medidas preventivas e terapêuticas adequadas (OMS, 2016). Durante a consulta pré-natal, foi possível à mestranda realizar exames e avaliações clínicas que permitiram identificar e diagnosticar tanto a condição de normalidade, ou baixo risco, como identificar e diagnosticar precocemente condições de risco, como hipertensão, diabetes gestacional, infecções e complicações obstétricas. Esta detecção precoce é fundamental para tornar possível o encaminhamento para consulta especializada, reduzindo assim os riscos para a mãe e o feto.

No período do puerpério, que envolve mudanças físicas, emocionais e sociais, foi crucial fornecer cuidados abrangentes, como monitorização da saúde física, identificação precoce de

complicações, apoio emocional, suporte na amamentação, orientações sobre planejamento familiar e cuidados com o recém-nascido. A abordagem comunitária desempenha um papel fundamental nesse contexto, permitindo uma atenção personalizada e adaptada às necessidades individuais das mulheres (WHO, 2018).

Percecionou a mestranda, em parte devido ao contexto pandémico em que a maioria do ENP decorreu, que a transição dos cuidados diferenciados para os cuidados comunitários no puerpério foi essencial para garantir a continuidade do acompanhamento e a promoção da saúde materna. Mas que nem sempre essa transição ocorre linearmente, tanto devido à forma como as estruturas de saúde se articulam entre si (CSD e CSP), como à fase de vida em que a mulher se encontra. Estudos têm destacado a importância dessa transição, ressaltando que uma abordagem integrada e centrada na mulher contribui para a redução da morbimortalidade materna e neonatal, além de melhorar a satisfação das mulheres com os serviços de saúde (Kassebaum et al, 2016; WHO, 2018).

Resumindo, tendo em conta o experienciado no ENP e a experiência profissional da mestranda, observou-se que a implementação efetiva de programas de saúde materna e obstétrica na comunidade requer uma abordagem interdisciplinar e colaborativa. A parceria entre serviços de saúde, organizações não governamentais e outros *stakeholders* é fundamental para garantir a coordenação e a continuidade dos cuidados (Koblinsky et al, 2016). Neste contexto, nasce o desafio e a intenção pessoal e profissional da mestranda de, num futuro próximo, participar no desenvolvimento e implementação de projetos comunitários e em articulação, que vão de encontro às necessidades das mulheres, famílias e comunidade, no que concerne à saúde materna e obstétrica.

## **5. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A aquisição de competências pessoais e profissionais é fundamental para a obtenção do grau de mestre na área de Saúde Materna e Obstétrica, pois marca o início da construção da identidade profissional. Nesse sentido, este documento apresenta de forma detalhada o contexto, as atividades clínicas e a exploração do tema "Narrativas das Parturientes em Tempo de Pandemia", ao mesmo tempo em que reflete criticamente sobre o desenvolvimento da mestranda e os benefícios alcançados.

O contexto em que o estágio foi realizado é descrito, enfatizando a comunidade profissional que acolheu a estudante e compartilhou valiosas experiências. Cumpriram-se as exigências das experiências clínicas, conforme é suposto nas orientações nacionais e internacionais da formação nesta área de conhecimento e desenvolvimento profissional.

Nos campos clínicos, os cuidados prestados e as diferentes abordagens de cada supervisor contribuíram para o fortalecimento profissional da mestranda e para a aquisição de aprendizagens significativas. Buscou-se descrever o contexto, alinhando-o também com as diretrizes para a prática na área de Saúde Materna, valorizando projetos e inovações nos cuidados. Foi extremamente gratificante ter a oportunidade de estagiar numa unidade de saúde classificada como "Amiga dos Bebês" e que adota práticas humanizadoras no acompanhamento do trabalho de parto. A mestranda identificou-se com a maioria das correntes de prática observadas e pôde vivenciar essa experiência de forma significativa.

Nem em todos os campos clínicos se encontraram os requisitos ideais que a OMS sugere para os cuidados materno-infantis. De facto, a fase de pandemia foi algo extremamente desafiante para os profissionais e utentes. Ninguém tinha vivido anteriormente uma tal experiência. Simultaneamente foi desafiador e exigente ter realizado o mestrado exatamente em tempo de crise de Saúde Pública. Trouxe oportunidades de investimento e de desenvolvimento, ao início da formação não esperados, mas que se conseguiram superar.

Houve algumas dificuldades para o desenvolvimento de algumas competências da mestranda, nomeadamente aquelas que implicavam interações, habitualmente realizadas em proximidade física, como é o caso dos programas para a parentalidade. Decorrendo estas dificuldades do surgimento da pandemia do SARS-CoV2, foram superadas, através de novas estratégias, adequando-se as respostas à impossibilidade de realizar formações e sessões educativas. De facto, as dificuldades contribuíram para aprimorar as suas competências. A mestranda considera que demonstrou dedicação em atender às necessidades das mulheres em todas as suas vivências, superando os obstáculos ao longo do estágio profissional. Diga-se

também, que a adequação respeitou normas da DGS, não colocando em perigo a segurança-em-saúde da mestrande e das utentes que cuidou.

Apesar das dificuldades trazidas pelo choque, entre a quotidiana carga horaria profissional e a necessária exigência das horas de formação, além dos tempos não-contábeis das distâncias percorridas, encerra-se esta formação de 2º ciclo, com a noção de aprendizagens importantes e valiosas, existindo em nós a expectativa de bem desempenhar o papel profissional que escolhemos. Acompanhado pelo novo conhecimento, estabeleceram-se em nós, novas metas cuidativas para a Saúde Materna e Obstétrica. Por outro lado, abriram-se novas possibilidades, tanto pela área de conhecimento, como pelas aquisições paralelas que se conseguiram. Buscou-se incessantemente, em cada ato, em cada cuidado, em cada interação, a excelência, tanto no papel de mestrande, quanto no exercício clínico. Os desafios trouxeram também gratificação pessoal. A experiência académica proporcionou à mestrande uma nova perspectiva pessoal e profissional, que a deixou satisfeita, gratificada e lançou um desafio para o futuro: tornar-se uma enfermeira especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica. Acredita-se que uma nova identidade profissional está em processo de construção.



## Referências Bibliográficas

- Abu-Baker, N.N., AbuAlrub, S., Obeidat, R.F. et al. (2021). Evidence-based practice beliefs and implementations: a cross-sectional study among undergraduate nursing students. *BMC Nursing*, 20, 13. <https://doi.org/10.1186/s12912-020-00522-x>
- ACOG. (2018). Committee Opinion No. 735: Adolescents and long-acting reversible contraception: Implants and intrauterine devices. *Obstetrics and Gynecology*, 131(5), e130-e139.
- Aiken, A. R., Lohr, P. A., Lord, J., Ghosh, M., Starling, J. E., & Van der Wal, A. J. (2018). A decade of change in public opinion about abortion: A synthesis of evidence from national surveys. *Contraception*, 97(1), 3-11.
- Alfirevic, Z., Devane, D., Gyte, G. M., & Cuthbert, A. (2017). Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labor. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2, CD006066. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006066.pub3>
- Alves, A. B., Pereira, T. R. C., Aveiro, M. C., & Cockell, F. F. (2022). Functioning and support networks during postpartum. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 22(3), 667–673. <https://doi.org/10.1590/1806-9304202200030013>
- Alves, A. C. P., Lovadini, V. de L., & Sakamoto, S. R. (2021). Sentimentos vivenciados pela mulher durante o puerpério. *Revista Enfermagem Atual in Derme*, 95(33). <https://doi.org/10.31011/reaid-2021-v.95-n.33-art.721>
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2014). Practice Bulletin No. 154: Operative Vaginal Delivery. *Obstetrics and Gynecology*, 123(3), 693-711.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2020). ACOG Practice Bulletin No. 202: Gestational Hypertension and Preeclampsia. *Obstetrics and Gynecology*, 135(6), e237-e260.
- Antunes, V., Madeira, C., & Amendoeira, J. (2020). PROMOÇÃO DA CAPACIDADE DA MULHER PARA GERIR O CORPO NO PUERPÉRIO: UMA SCOPING REVIEW Promoting women's capacity to manage postpartum body: a scoping review. *Patrícia Fialho. Rev UIIPS*, 8(1), 2182–9608. <https://revistas.rcaap.pt/uiips/article/download/19894/15119/73249>
- Apóstolo, J. (2017). Síntese da evidência no contexto da translação da ciência. *Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC)*.

- Ashok, P. W., Templeton, A., Wagaarachchi, P. T., Flett, G. M., & Melvin, L. (2019). Factors affecting the outcome of early medical abortion: A review of 4132 consecutive cases. *Contraception*, 79(6), 439-444.
- Ayres de Campos, D., & Pinto, L. (2022). *Protocolos de Obstetricia e Medicina Materno Fetal* [Review of Protocolos de Obstetricia e Medicina Materno Fetal]. Lidel. (Original work published 2019)
- Baker, A., & Kenner, A. N. (1993). Communication of pain: vocalization as an indicator of the stage of labour. *The Australian & New Zealand journal of obstetrics & gynaecology*, 33(4), 384–385. <https://doi.org/10.1111/j.1479-828x.1993.tb02115.x>
- Barello, S., Palamenghi, L., Graffigna, G., & Bonanomi, A. (2020). What patients with COVID-19 want: A content analysis of the questions they asked their physicians. *Journal of Medical Internet Research*, 22(9), e20738.
- Beck, M., Simoný, C., Bergenholtz, H., & Hwiid Klausen, S. (2020). Professional consciousness and pride facilitate evidence-based practice-The meaning of participating in a journal club based on clinical practice reflection. *Nursing Open*, 7(3), 690–699. <https://doi.org/10.1002/nop2.440>
- Benner, P. (2012). Educating nurses: A call for radical transformation-how far have we come? *The Journal of Nursing Education*, 51(4), 183–184. <https://doi.org/10.3928/01484834-20120402-01>
- Bennett, K. (2022, October 18). Leading self: The value of self-awareness in leadership (YEL2022). IHF. Retrieved from <https://ihf-fih.org/news-insights/leading-self-the-value-of-self-awareness-in-leadership-yel2022/>
- Bennett, Sue & Maton, Karl & Kervin, Lisa. (2008). The ‘Digital Natives’ Debate: A Critical Review of the Evidence. *British Journal of Educational Technology*, 39, 10.1111/j.1467-8535.2007.00793.x.
- Bernardo WM, Nobre MRC, Jatene FB. (2004). A prática clínica baseada em evidências. Parte II - Buscando evidências em fontes de informação. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 50(1), 104-108. <https://doi.org/10.1590/S0104-42302004000100045>
- Bohren, M. A., Hofmeyr, G. J., Sakala, C., Fukuzawa, R. K., & Cuthbert, A. (2017). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (7), CD003766.
- Büscher, A., Wagner, L., & World Health Organization. Regional Office for, E. (2005). *Munich Declaration: nurses and midwives: a force for health - analysis of implementation of the*

- Munich Declaration 2004 / by Andreas Büscher and Lis Wagner. In: Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Buss, P. M., & Pellegrini Filho, A. (2007). A saúde e seus determinantes sociais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 17(1), 77–93. <https://doi.org/10.1590/s0103-73312007000100006>
- Carr K. C. (2015). Using the unfolding case study in midwifery education. *Journal of midwifery & women's health*, 60(3), 283–290. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12293>
- Cavalcanti, A. C., Bezerra, I. M. P., Araújo, T. L., Silva, R. S., Bezerra, A. C. V., & Barros, L. M. N. (2021). Supervisão do estágio em enfermagem: percepção de estudantes e supervisores. *Research, Society and Development*, 10(4), e14910414498. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i4.14498>
- Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Norte, E.P.E. (2019) – Relatório e Contas. <https://www.chln.min-saude.pt/media/k2/attachments/administracao/Relatorio%20e%20Contas%202019.pdf>
- Chu, C. H., Ronquillo, C., Khan, S., Hung, L., & Boscart, V. (2021). Technology Recommendations to Support Person-Centered Care in Long-Term Care Homes during the COVID-19 Pandemic and Beyond. *Journal of aging & social policy*, 33(4-5), 539–554. <https://doi.org/10.1080/08959420.2021.1927620>
- Chung, B. P. M., Wong, E. L. Y., & Chung, J. W. Y. (2020). Sustaining quality of care in the face of the COVID-19 pandemic: The role of video consultations for ensuring patient-centred care and communication. *Journal of Medical Internet Research*, 22(6), e19095.
- Cláudio, A. M., De Almeida, J. M., & Da Silva, L. A. (2019). Consulta de Puerpério: conhecimento de enfermeiros atuantes em Unidades Básicas de Saúde. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, 23(4), 1-9.
- Combellick, J. L., Basile Ibrahim, B., Julien, T., Scharer, K., Jackson, K., & Powell Kennedy, H. (2022). Birth during the Covid-19 pandemic: What childbearing people in the United States needed to achieve a positive birth experience. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 49(2), 341–351. <https://doi.org/10.1111/birt.12616>
- Costa, E. (2004). Modelos de gestão de cuidados. In A. A. Silva, A. R. Silva, & R. B. Silva (Eds.), *Enfermagem Médico-Cirúrgica: Pensamento Crítico e Prática Clínica* (pp. 106-119). Lusociência.
- Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Spong, C. Y., Dashe, J. S., Hoffman, B. L., Casey, B. M., Sheffield, J. S., & Williams, D. E. (2021). *Williams Obstetrics* (26th ed.). McGraw-Hill Education.

- Dahlke, J. D., Bhalwal, A., & Chauhan, S. P. (2017). Obstetric Emergencies: Shoulder Dystocia and Postpartum Hemorrhage. *Obstetrics and gynecology clinics of North America*, 44(2), 231–243. <https://doi.org/10.1016/j.ogc.2017.02.003>
- Davies, M., & Devlin, M. (2010). *Interdisciplinary Higher Education: Perspectives and Practicalities*.
- Davis-Floyd, Robbie. (2001). The Technocratic, Humanistic, and Holistic Models of Birth. 2001 “The Technocratic, Humanistic, and Holistic Models of Birth.” *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 75. S5-S23.
- Declercq, E. R., Sakala, C., Corry, M. P., Applebaum, S., & Herrlich, A. (2014). *Major Survey Findings of Listening to Mothers (SM)*
- Deodato, J. (2010). Supervisão de estágio de enfermagem: Uma experiência com enfoque em estágio supervisionado. *Revista Científica do Centro Universitário Barão de Mauá*, 3(2), 129-143.
- Despacho nº 5411/97 de 6 de agosto (1997). Regulamento do Diagnóstico Pré-natal. Recuperado de [inserir URL]
- Dias, J. D., et al. (2020). Emotional intelligence and burnout syndrome in obstetrics and gynecology residents. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 66(5), 702-707.
- Direção-Geral da Saúde (DGS). (2015). Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco. Recuperado de [inserir URL]
- Direção-Geral da Saúde (DGS). (2016). Recomendações portuguesas para o tratamento da infeção por VIH-1 e VIH-2 - 2016 Versão 1.0. Lisboa: DGS. Recuperado de <https://www.pnvihsida.dgs.pt/informacao-tecnica-e-cientifica/111/recomendacoes-nacionais/recomendacoes-portuguesas-para-o-tratamento-da-infecao-por-vih-1-e-vih-2--2016-versao-10-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2020). Norma 007/2020: Prevenção e Controlo de Infeção por SARS-CoV-2: Equipamentos de Proteção Individual (EPI).
- Direção-Geral da Saúde. (2020). Orientação 018/2020 - Covid-19: Gravidez e Parto.
- Direção-Geral da Saúde. (2021). Consenso Nacional sobre a Menopausa. Recuperado de <https://spginecologia.pt/wp-content/uploads/2021/10/Consenso-Nacional-Menopausa-2021.pdf>
- Dullius, W. R., Scortegagna, S. A., & McCleary, L. (2021). Coping strategies in health professionals facing Covid-19: A systematic review. *Psicologia: Teoria e Prática*, 23(1), 1-20. <https://dx.doi.org/10.5935/1980-6906/ePTPC1913976>

- Eri, T. S., Berg, M., Dahl, B., Gottfreðsdóttir, H., Sommerseth, E., & Prinds, C. (2020). Models for midwifery care: A mapping review. *European Journal of Midwifery*, 4, 30. <https://doi.org/10.18332/ejm/124110>
- Essential Competencies for Midwifery Practice 2018 UPDATE 2. (n.d.). [https://www.internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2018/10/icm-competencies---english-document\\_final\\_oct-2018.pdf](https://www.internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2018/10/icm-competencies---english-document_final_oct-2018.pdf)
- Evangelista, C. et al. An analysis of Jean Watson's theory according to Chinn and Kramer's model. *Revista de Enfermagem Referência*, v. V Série, n. No 4, 27 nov. 2020.
- Ferreri, R., Bozzo, M., Mascaretti, S., Bergamini, E., Cozzolino, M., Giudicepietro, A., ... & Tambellini, E. (2021). Humanized approach to maternal healthcare during COVID-19 pandemic: A scoping review. *Journal of Perinatal Medicine*, 49(3), 282-292.
- Fumagalli, L. P., Di Stasio, E., Di Sante, E., Galli, F., Guerrini, G., Landi, F., ... & Ceccarelli, G. (2021). Coping strategies of healthcare workers in the fight against COVID-19: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Nursing*, 30(9-10), 1405-1424.
- Fumagalli, S., Ornaghi, S., Borrelli, S., Vergani, P., & Nespoli, A. (2022). The experiences of childbearing women who tested positive to COVID-19 during the pandemic in northern Italy. *Women and birth: journal of the Australian College of Midwives*, 35(3), 242–253. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2021.01.001>
- Fylan, B., Tomlinson, J., Raynor, D. K., & Silcock, J. (2021). Using experience-based co-design with patients, carers and healthcare professionals to develop theory-based interventions for safer medicines use. *Research in social & administrative pharmacy: RSAP*, 17(12), 2127–2135.
- Gallo, D. M., Romero, R., Bosco, M., Gotsch, F., Jaiman, S., Jung, E., ... & Chaiworapongsa, T. (2023). Meconium-stained amniotic fluid. *American journal of obstetrics and gynecology*, 228(5S), S1158–S1178.
- Ghassemzadeh S, Farci F, Kang M. Hydatidiform Mole. [Updated 2023 May 22]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459155/>
- Glasser, William (1998). *The quality school. Managing students without coercion*. New York: Harper Collins Publishers
- Gomes, M., Moura, M., Carmo, R., & Fernandes, A. (2021). Nursing students' experiences in clinical practice during the COVID-19 pandemic: A qualitative study. *Nurse Education Today*, 98, 104814.

- González-Morcillo, M., Tiburcio-Palos, E., Cordovilla-Guardia, S., Santano-Mogena, E., & Franco-Antonio, C. (2022). Childbirth Satisfaction during the COVID-19 Pandemic in a Hospital in Southwestern Spain. *International journal of environmental research and public health*, 19(15), 9636. <https://doi.org/10.3390/ijerph19159636>
- Graça, L. M. da (2017). *Medicina Materno Fetal* (5ª edição). Lisboa: Lidel.
- Haier, J., Beller, J., Adorjan, K., Bleich, S., De Greck, M., Griesinger, F., Hein, A., Hurlemann, R., Mees, S. T., Philipsen, A., Rohde, G., Schilling, G., Trautmann, K., Combs, S. E., Geyer, S., & Schäfers, J. (2022). Decision Conflicts in Clinical Care during COVID-19: A Patient Perspective. *Healthcare* (Basel, Switzerland), 10(6), 1019. <https://doi.org/10.3390/healthcare10061019>
- Heniff M, & Fleming H.B. (2020). Abdominal and pelvic pain in the nonpregnant female. In J.E. Tintinalli, O. Ma, D.M. Yealy, G.D. Meckler, J. Stapczynski, D.M. Cline, & S.H. Thomas (Eds.), *Tintinalli's Emergency Medicine: A Comprehensive Study Guide*, 9e. McGraw Hill. <https://accessmedicine.mhmedical.com/content.aspx?bookid=2353&sectionid=219643361>
- Hodnett, E. D., Gates, S., Hofmeyr, G. J., & Sakala, C. (2003). Continuous support for women during childbirth. *The Cochrane database of systematic reviews*, (3), CD003766.
- Hunter, B., Thomas, G., Wilhelmová, R., Trendafilova, P., Blaževičienė, A., Lynch, L., & Jokinen, M. (2022). Strengthening global midwifery education to improve quality maternity care: Co-designing the World Health Organization Midwifery Assessment Tool for Education (MATE). *Nurse education in practice*, 63, 103376. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2022.103376>
- International Council of Nurses. (2019). *ICN framework of competencies for nurses working in maternal and newborn health*. Geneva: ICN.
- Joanna Briggs Institute (JBI). (2021). *Comprehensive systematic review training program module 1: Introduction to evidence-based healthcare*. Adelaide: JBI.
- Katsikitis, M., Allwood, P., & Malloy, C. (2021). Exploring the relationship between self-awareness and leadership development in healthcare professionals. *BMC Medical Education*, 21(1), 1-11.
- Keating, N. E., Dempsey, B., Corcoran, S., McAuliffe, F. M., Lalor, J., & Higgins, M. F. (2022). Women's experience of pregnancy and birth during the COVID-19 pandemic: a qualitative study. *Irish journal of medical science*, 191(5), 2177–2184. <https://doi.org/10.1007/s11845-021-02862-2>

- Kinsler, P., Jallo, N., Moyer, S., Weinstock, M., Barrett, D., Mughal, N., Stevens, L., & Rider, A. (2022). "It's always hard being a mom, but the pandemic has made everything harder": A qualitative exploration of the experiences of perinatal women during the COVID-19 pandemic. *Midwifery*, 109, 103313. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2022.103313>
- Kluwngant, D., Homer, C., & Dahlen, H. (2022). "Never let a good crisis go to waste": Positives from disrupted maternity care in Australia during COVID-19. *Midwifery*, 110, 103340. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2022.103340>
- Koblinsky, M., Moyer, C. A., Calvert, C., Campbell, J., Campbell, O. M., Feigl, A. B., ... & Osrin, D. (2016). Quality maternity care for every woman, everywhere: A call to action. *The Lancet*, 388(100)
- Lazarus, J. (2016). Precepting 101: Teaching Strategies and Tips for Success for Preceptors. *J Midwifery Womens Health*, 61(S1), 11-21. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12520>
- Li, S., Yang, Q., Niu, S., & Liu, Y. (2023). Effectiveness of Remote Fetal Monitoring on Maternal-Fetal Outcomes: Systematic Review and Meta-Analysis. *JMIR MHealth and UHealth*, 11, e41508.
- Lobo, M. A., Serrano, A., Rosado, I., Marques, M. A., & Peralta, P. (2016). Continuous care models between primary and secondary care: a systematic review. *J Med Syst*, 40(6), 134.
- Lourenço, T., Bettencourt, M., Reis, G., Andrade, C., Santos, M.-L., Magalhães, D., & Sim-Sim, M. (2022). Stress Predictors in Nursing Students during the COVID-19 Pandemic Confinement. *The Open Nursing Journal*, 16. <https://doi.org/10.2174/18744346-v16-e2203291>
- Lowdermilk, D. L. & Perry, S. E. (2008). *Enfermagem na Maternidade (8ª edição)*. Loures: Lusodidacta.
- Lumbiganon, P., Martis, R., Laopaiboon, M., Festin, M. R., Ho, J. J., & Hakimi, M. (2016). Antenatal breastfeeding education for increasing breastfeeding duration. *The Cochrane database of systematic reviews*, 12(12), CD006425.
- Maciel, J. B. L., Sipaúba, A. J. C., Andrade, T. L. da C., Barroso, H. L. M. R., Amorim, J. F. de, Silva, K. de S. M. da, & Souza, A. da S. (2021). Vivência e concepção da mulher acerca do climatério: Uma revisão bibliográfica. *Research, Society and Development*, 10(6), e9710615557–e9710615557.
- Manthey, M. (2014). *A prática do primary nursing: prestação de cuidados dirigida pelos recursos, baseada no relacionamento*. São Paulo: Editora Atheneu.

- Marques, E., Peixoto, A. R., & Rodrigues, R. (2020). Adaptação de competências de estudantes de enfermagem durante a pandemia de COVID-19. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 24, e9-e9.
- Martínez-Galiano, J. M., Hernández-Martínez, A., Rodríguez-Almagro, J., & Delgado-Rodríguez, M. (2019). Quality of Life of Women after Giving Birth: Associated Factors Related to the Birth Process. *Journal of Clinical Medicine*, 8(3), 324.
- Mbakaya, B. C., Kalembo, F. W., Zgambo, M., & Mbakaya, C. (2020). Nursing and midwifery students' experiences and perception of their clinical learning environment in Malawi: A mixed-method study. *BMC Nursing*, 19, 87.
- Mcsherry, R., Pearce, P., Grimwood, K., & Mcsherry, W. (2012). The pivotal role of nurse managers, leaders and educators in enabling excellence in nursing care. *Journal of Nursing Management*, 20(1), 7–19.
- Meleis, A. I., & Dean, M. B. S. (2012). *Theoretical nursing: development and progress* (5ª edição). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Mendes, J. (2006). A Relação de Ajuda: um instrumento no processo de cuidados de Enfermagem [Review of A Relação de Ajuda: um instrumento no processo de cuidados de Enfermagem]. *Informar*, nº36, Janeiro-Junho, pag. 71 a 77.
- Miller, D. A. (2011). Intrapartum fetal heart rate monitoring: a standardized approach to management. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 54(1), 22–27.
- Ministério da Saude. (2007). Despacho n. °20730/2008, de 7 de Agosto. in: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/20730-2008-1492325>
- Mohamadirizi, S., Mardanian, F., & Torabi, F. (2020). The effect of direct observation of procedural skills method on learning clinical skills of midwifery students of medical sciences. *Journal of education and health promotion*, 9, 91-91.
- Moreira, C., & Tonon, T. (2021). Desafios de estudantes concluintes do curso de bacharelado em enfermagem, diante do estágio supervisionado e a pandemia da Covid-19 [Review of Desafios de estudantes concluintes do curso de bacharelado em enfermagem, diante do estágio supervisionado e a pandemia da Covid-19]. *Research, Society and Development*, 10(7).
- Mueller, C. G., Webb, P. J., & Morgan, S. (2020). The Effects of Childbirth Education on Maternity Outcomes and Maternal Satisfaction. *The Journal of Perinatal Education*, 29(1), 16–22.



- National Institute for Health and Care Excellence. (2015). Quality statement 2: One-to-one care. Intrapartum care. Quality standards. Retrieved from <https://www.nice.org.uk/guidance/qs105/chapter/Quality-statement-2-One-to-one-care>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2017). Intrapartum care for healthy women and babies. NICE guideline.
- Nations, U. (1994). Population and Development Strategies.
- Neta, J. N., Amorim, M. M., Guendler, J., Delgado, A., Lemos, A., & Katz, L. (2022). Vocalization during the second stage of labor to prevent perineal trauma: A randomized controlled trial. *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology*, 275, 46–53. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2022.06.007>
- Nobre, M. R., Bernardo, W. M., & Jatene, F. B. (2003). A prática clínica baseada em evidências. Parte I - Questões clínicas bem construídas. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 49(4), 445-449. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302003000400039>
- Nunes, A. M., & Matos, A. A. (2021). Articulação entre a atenção primária e hospitalar em Portugal: desafio para a gestão da saúde. *Revista de Gestão & Sistemas de Saúde*, 10(1), 61-83. <https://doi.org/10.5585/rgss.v10i1.322>
- Nursing and Midwifery Council. (2016). Standards for competence for registered midwives. Retrieved from <https://www.nmc.org.uk/globalassets/sitedocuments/standards/nmc-standards-for-competence-for-registered-midwives.pdf>
- O'Nan, C. (2011). The Effect of a Journal Club on Perceived Barriers to the Utilization of Nursing Research in a Practice Setting. *Journal for Nurses in Staff Development*, 27, 160-164. <https://doi.org/10.1097/NND.0b013e31822365f6>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Organização das Nações Unidas. Declaração Universal dos Direitos Humanos, 1948. Disponível em: <<https://www.unicef.org/brazil/declaracao-universal-dos-direitos-humanos>>. Acesso em: 12 dez. 2020.
- Oskay, Ü., Güngör, I., & Basgöl, S. (2015). Evaluation of Patients' Satisfaction With Nursing Students' Care on a Perinatology Ward. *The Journal of nursing education*, 54(12), 696–703. <https://doi.org/10.3928/01484834-20151110-06>
- Page, L. (2003). One-to-one midwifery care: evidence, models, and debate. *The Practising Midwife*, 6(9), 18-20.

- Page, L. (2003). One-to-one midwifery: restoring the "with woman" relationship in midwifery. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 48(2), 119-125. [https://doi.org/10.1016/s1526-9523\(02\)00425-7](https://doi.org/10.1016/s1526-9523(02)00425-7)
- Page, L., McCandlish, R., & Beake, S. (1999). One-to-one or group antenatal care? A randomized controlled trial of care models. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 106(4), 364 -372.
- Page, L., McCourt, C., Beake, S., Vail, A., & Hewison, J. (1999). Clinical interventions and outcomes of One-to-One midwifery practice. *Journal of Public Health Medicine*, 21(3), 243-248. <https://doi.org/10.1093/pubmed/21.3.243>
- Parreira, P., Santos-Costa, P., Neri, M., Marques, A., Queirós, P., & Salgueiro-Oliveira, A. (2021). Work Methods for Nursing Care Delivery. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(4), 2088. MDPI AG. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph18042088>
- Peduzzi, M., & Agreli, H. F. (2018). Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 22(Suppl 2), 1525–1534. <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0827>
- Phillips, K. F., Mathew, L., Aktan, N., & Sandanapitchai, P. (2019). The effectiveness of shared clinical teaching in nursing. *International Journal of Nursing Sciences*, 6(2), 211-215. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2019.03.002>
- Pileggi, V. N., Souza, J. P., Cecatti, J. G., Faúndes, A., & Osis, M. J. (2018). Brazilian women and abortion: results from the 2010 National Demographic Survey. *Reproductive Health*, 15(1), 75.
- Pineda-Leguízamo, R., Miranda-Navales, G., & Villasís-Keever, M. Á. (2018). La importancia de los reportes de casos clínicos en la investigación [The importance of clinical case reports in research]. *Revista alergía Mexico (Tecamachalco, Puebla, Mexico: 1993)*, 65(1), 92–98. <https://doi.org/10.29262/ram.v65i1.348>
- Rezende, E., Altemir, F., & Gonçalves Barbosa, J. (2015). Qualidade de vida e bem-estar psicológico no climatério. Retrieved from <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/arb/v67n3/09.pdf>
- Rocca, C. H., Samari, G., Foster, D. G., Gould, H., & Kimport, K. (2020). Emotions and decision rightness over five years following an abortion: An examination of decision difficulty and abortion stigma. *Social science & medicine* (1982), 248, 112704. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.112704>

- Rodrigues, M. E. N. G., Belarmino, A. D. C., Custódio, L. L., Gomes, I. L. V., & Ferreira Júnior, A. R. (2020). Communication in health work during the COVID-19 pandemic. *Investigación y Educación en Enfermería*, 38(3), e09. <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v38n3e09>
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. (2015). Repair of perineal and vaginal tears. Green-top Guideline No. 29. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists.
- Safe nurse staffing critical to patient safety. (n.d.). ICN - International Council of Nurses. Retrieved from <https://www.icn.ch/news/safe-nurse-staffing-critical-patient-safety>
- Sandall, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A., & Devane, D. (2016). Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4(4), CD004667. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004667.pub5>
- Seyed Karimi, S., Khodabakhshi-Koolae, A., & Falsafinejad, M. R. (2021). Psychological challenges of transition to parenthood in first-time parents. *Practice in Clinical Psychology*, 9(2), 81–92. <https://doi.org/10.32598/jpcp.9.2.758.1>
- Silsand, L., Severinsen, G. H., & Berntsen, G. (2021). Preservation of Person-Centered Care Through Videoconferencing for Patient Follow-up During the COVID-19 Pandemic: Case Study of a Multidisciplinary Care Team. *JMIR Formative Research*, 5(3), e25220. <https://doi.org/10.2196/25220>
- Silva, J., Flor-de-Lima, F., & Soares, H. (2021). Aleitamento materno exclusivo: Prevalência na maternidade e durante o segundo mês de vida. *Acta Portuguesa de Nutrição* (24), 18-20. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.21011/apn.2021.2404>
- Silva, M. A. da, Fonseca, S. C. da, Oliveira, F. C. de, & Rezende, E. M. S. (2017). Impact of postpartum care on neonatal mortality in areas of difficult access in Brazil. *Revista de Saúde Pública*, 51, 4s. doi: 10.11606/S1518-8787.2017051007142.
- Simpson, K. R. (2020). *Awhonn's Perinatal Nursing* (5th ed.). Wolters Kluwer.
- Sim-Sim, M., Zangão, O., Barros, M., Frias, A., Dias, H., Santos, A., & Aaberg, V. (2022). Midwifery Now: Narratives about Motivations for Career Choice. *Education Sciences*, 12(4), 243. MDPI AG. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.3390/educsci12040243>
- SNS. (2023). Estudo da OMS-Europa confirma aleitamento materno como fator protetor para a obesidade infantil. Serviço Nacional de Saúde. Retrieved 23rd jan from <https://www.insa.min-saude.pt/estudo-da-oms-europa-confirma-aleitamento-materno-como-fator-protetor-para-a-obesidade-infantil/>

- Sousa, L., Firmino, C., Marques-Vieira, C., Severino, S., & Pestana, H. (2018). Scientific literature reviews: types, methods and applications in nursing. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 1, 46-55. <https://doi.org/10.33194/rper.2018.v1.n1.07.4391>
- SPDC. (2020). Consenso Sobre Contraceção. Retrieved from [https://www.spdc.pt/images/SPDC\\_Consensos\\_2020\\_novo\\_21julho2021\\_digital\\_book\\_website.pdf](https://www.spdc.pt/images/SPDC_Consensos_2020_novo_21julho2021_digital_book_website.pdf)
- Suarez, A., & Yakupova, V. (2022). The impacts of the COVID-19 pandemic on birth satisfaction and birth experiences in Russian women. *Frontiers in global women's health*, 3, 1040879. <https://doi.org/10.3389/fgwh.2022.1040879>
- Thabane L, Thomas T, Ye C, Paul J. (2009). Posing the research question: not so simple. *Canadian Journal of Anesthesia*, 56(1), 71-79. <https://doi.org/10.1007/s12630-008-9007-4>
- Vogel, J. P., Bohren, M. A., Tunçalp, Ö., Oladapo, O. T., & Gülmezoglu, A. M. (2016). Promoting respect and preventing mistreatment during childbirth. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 123(5), 671–674. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.13750>
- Vollset, S. E., Goren, E., Yuan, C.-W., Cao, J., Smith, A. E., Hsiao, T., ... Murray, C. J. L. (2020). Fertility, mortality, migration, and population scenarios for 195 countries and territories from 2017 to 2100: A forecasting analysis for the Global Burden of Disease Study. *The Lancet*, 396(10258), 1285-1306. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30677-2
- WHO. (2011). *Prevenção e tratamento da hemorragia pós-parto: orientações para uma abordagem baseada em evidências*. Genebra: World Health Organization.
- WHO. (2015). *Saúde sexual e reprodutiva. Objetivos de desenvolvimento sustentável*. Retrieved from <https://www.who.int/topics/sustainable-development-goals/targets/pt/>
- WHO. (2016). *WHO recommendation on antenatal care for a positive pregnancy experience*. World Health Organization.
- WHO. (2016). *WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience*. Geneva: World Health Organization.
- WHO. (2017). *Guia de Implementação da Lista de Verificação da OMS para Partos Seguros*. Organização Mundial de Saúde.
- WHO. (2017). *Prevenção e tratamento da infecção puerperal*. Genebra: World Health Organization.

- WHO. (2018). *WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience: web annex; evidence base* CC BY-NC-SA 3.0 IGO). <https://apps.who.int/iris/handle/10665/260215>
- WHO. (2018). WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization.
- WHO. (2019). Global strategy for women's, children's and adolescents' health (2016-2030) - Survive, Thrive, Transform. Geneva: World Health Organization.
- WHO. (2020). WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. Retrieved from <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550218>
- WHO. (2022). WHO issues new guidelines on abortion to help countries deliver lifesaving care. Access to safe abortion critical for health of women and girls. <https://www.who.int/news/item/09-03-2022-access-to-safe-abortion-critical-for-health-of-women-and-girls>
- WHO. (2023). Maternal and newborn - Mortality/causes of death. Who.int. Recuperado 23 de julho de 2023, de <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/topic-details/mca/maternal-and-newborn---mortality-causes-of-death>

## **ANEXOS**

Anexo 1: Elogio

N.º 151614

**FOLHA DE ELOGIO / SHEET FOR PRAISE**

USE CANETA ESFEROGRÁFICA E ESCREVA EM MAIÚSCULAS / USE A BALL-POINT PEN AND WRITE IN CAPITAL LETTERS

Estabelecimento/Serviço  
Establishment / Service Obstetrícia

Nome do Elogiante  
Name Anonimizado

BI | Identity 156 8599A

Email Anonimizado @ Gmail . com

---

Quem quero elogiar / Who I want to praise  
Enf. Mécia Conceição Faria de Luis Pereira seguida por Paulo Miza

Motivo do Elogio / Reason for praise Venho elogiar os profissionais  
agime referidos, pelo bom trabalho, e dedicação e ajuda que  
tiveram comigo com o meu bebé e os meus acompanhantes  
durante todo o internamento.  
Um especial agradecimento a enfermeira Mécia Faria  
por tudo o que fez durante o trabalho de parto e parto.

DATA | DATE 30/01/2020

ASSINATURA DO ELOGIANTE | SIGNATURE Anonimizado

## APÊNDICES



## Apêndice A: Proposta de Projeto

 Serviços Académicos	Cursos de 3.º Ciclo, 2.º Ciclo e Mestrado Integrado	<b>MODELO T-005</b>
	<b>PROPOSTA DE PROJETO DE TESE / DISSERTAÇÃO / ESTÁGIO / TRABALHO DE PROJETO</b>	Ano Letivo: <u>2022</u> / <u>2023</u>
<b>1. DELIBERAÇÃO DO CONSELHO CIENTÍFICO DA ESCOLA</b>	<b>2. PARECER DO DIRETOR DE CURSO</b>	
(A ser emitido apenas em GesDOC)	(A ser emitido apenas em GesDOC)	
<b>3. IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDANTE</b>		
Nome Completo: <u>Maria da Conceição Carola e Fona</u>		
Número: <u>41936</u> Ciclo de Estudos: <input type="checkbox"/> 3.º Ciclo <input checked="" type="checkbox"/> 2.º Ciclo <input type="checkbox"/> Mestrado Integrado		
Curso: <u>Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica</u>		
Especialidade/Plano Alternativo: _____		
<b>4. CONTACTOS DO ESTUDANTE</b>		
Telef.: <u>+351 966 172 363</u> E-mail: <u>conceicao.fona@gmail.com</u>		
<b>5. PROPOSTA</b>		
<input type="checkbox"/> Entrega de 1.º Projeto <input type="checkbox"/> Entrega de Projeto Reformulado <input checked="" type="checkbox"/> Entrega de 2.º Projeto por Reingresso		
<input type="checkbox"/> Proposta de Alteração de Projeto		
Neste caso, assinale os quadros deste formulário em que propõe alterações (Só deve preencher os respetivos quadros)		
<input type="checkbox"/> 6. <input type="checkbox"/> 7. <input type="checkbox"/> 8. <input type="checkbox"/> 9. <input type="checkbox"/> 10. <input type="checkbox"/> 11. <input type="checkbox"/> 12. <input type="checkbox"/> 13.		
<b>6. JUSTIFICAÇÃO DA PROPOSTA DE ALTERAÇÃO</b> (A preencher apenas no caso de no quadro 5 ter escolhido esta opção)		
<b>7. TIPO DE TRABALHO</b> (de acordo com o previsto no Plano de Estudos do Curso)		<b>8. LÍNGUA DE REDAÇÃO</b>
APENAS NO CASO DE PROGRAMA DE DOUTORAMENTO:		<input checked="" type="checkbox"/> Português <input type="checkbox"/> Inglês
<input type="checkbox"/> Tese <b>Formato da Tese:</b> <input type="checkbox"/> Dissertação sobre o tema de investigação		<input type="checkbox"/> Espanhol <input type="checkbox"/> Francês
<input type="checkbox"/> Compilação de artigos publicados		<input type="checkbox"/> Outra: _____
<input type="checkbox"/> Obra ou conjunto de obras, ou realizações, com carácter inovador (no domínio das artes)		
PARA Mestrado ou Mestrado Integrado:		
<input type="checkbox"/> Dissertação <input checked="" type="checkbox"/> Estágio <input type="checkbox"/> Trabalho de Projeto		
<b>9. TÍTULO DO TRABALHO</b>		
Título (na língua de redação):		
<u>Tomar-se Mãe: Narrativa das Parturientes em Tempo de Pandemia</u>		
Título em Inglês:		
<u>Mother To Be: Parturients Narrative in Pandemic Time</u>		

<b>10. ORIENTAÇÃO</b> (Anexar declaração(ões) de aceitação)	
Nome: <u>Maria Margarida Santana Fialho Sim-Sim</u>	
Universidade/Instituição: <u>Universidade de Évora</u>	
N.º Identificação Civil: <u>04857663</u> - _____	Tipo de Identificação: <input type="checkbox"/> BI <input checked="" type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> Passaporte <input type="checkbox"/> Outro: _____
Telef.: <u>936171517</u>	E-mail: <u>msimsim@uevora.pt</u> ID ORCID: <u>0000-0002-0028-2664</u>
Nome: _____	
Universidade/Instituição: _____	
N.º Identificação Civil: _____ - _____	Tipo de Identificação: <input type="checkbox"/> BI <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> Passaporte <input type="checkbox"/> Outro: _____
Telef.: _____	E-mail: _____ ID ORCID: _____
Nome: _____	
Universidade/Instituição: _____	
N.º Identificação Civil: _____ - _____	Tipo de Identificação: <input type="checkbox"/> BI <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> Passaporte <input type="checkbox"/> Outro: _____
Telef.: _____	E-mail: _____ ID ORCID: _____

<b>11. ÁREA DISCIPLINAR E PALAVRAS-CHAVE DO TRABALHO</b>	
Domínio Científico e Tecnológico (Área FOS): <u>Ciências da Saúde</u>	<small>Consulte a lista de Áreas FOS em: <a href="http://www.dgeec.mec.pt/np4/28">http://www.dgeec.mec.pt/np4/28</a></small>
Palavras-chave (5 palavras, separadas por ';'): <u>PersonalNarrativeasTopic: Labor.Obstetric: Pandemic: COVID19: Midwifery</u>	

<b>12. DOMÍNIO A INVESTIGAR/TEMA</b>	
Competências profissionais	

**13. RESUMO, PLANO E CRONOGRAMA** [Se necessário submeter como anexo a este impresso]

As Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, definidas pelo Regulamento nº 140/2019 e as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EESMO) pelo Regulamento nº 391/2019, da Ordem dos Enfermeiros (OE), determinam dimensões que, após processo formativo, permitem o exercício na área de especialidade. A Universidade de Évora (UÉ), pelo Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MESMO), dá resposta a estes requisitos de formação, através de uma fase curricular teórica e de um Estágio com Relatório Final, cujo projeto se submete no atual documento. Aqui se apresenta a proposta de atividades clínicas e da temática de pesquisa, dando resposta a objetivos de formação (i.e., plano de trabalho). Tem este documento o propósito de apresentar a proposta de trabalho, para atingir os objetivos do Estágio Final com Relatório: 1. Cuidar da mulher/companheiro inseridos na família e comunidade; 2. Demonstrar uma aquisição de conhecimentos conducente a uma proposta de projeto, considerando as vertentes de teórico-práticas e a Prática Baseada na Evidência. 3. Defender através de um Relatório apresentado em provas públicas, a sua atuação no Estágio Final.

Os cuidados de enfermagem tem por foco a promoção dos projetos de saúde que cada pessoa vive; coloca-se a Mulher no âmbito do seu ciclo reprodutivo como a entidade beneficiária dos cuidados de enfermagem desta Especialidade, sendo subjacente o pressuposto de que a pessoa, como ser sociável e agente intencional de comportamentos é um ser único, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se. Conseguir os melhores resultados físicos, emocionais e psicológicos possíveis para a mulher e seu bebé requer um modelo de cuidados em que os sistemas de saúde empoderem todas as mulheres para a escolha e o acesso a cuidados centrados na criança e na satisfação das escolhas da mãe. Para adquirir e desenvolver as competências são realizados estágios nos vários campos clínicos (i.e., CSP e CSD), que contribuem para o seu enriquecimento pessoal e profissional da mestranda. Simultaneamente aprofunda-se a temática subordinada à experiência da mulher em trabalho de parto (TP), no contexto da assistência hospitalar em fase de pandemia por SARS-Cov2, tendo em conta que, de entre as recomendações da OMS (2018) para um parto positivo cabe à mulher a decisão sobre a escolha do acompanhante durante o trabalho de parto e nascimento e a garantia de cuidados respeitosos e boa comunicação entre mulheres e a equipe de saúde. Consequentemente, enquanto se treinam as competências, aprofunda-se uma temática, objeto de destaque na comunidade profissional, criando implicações na assistência clínica e nas expectativas das parturientes. Assim, dando resposta ao título que dá nome a este projeto, realiza-se uma revisão temática em bases de dados científicas e às mulheres assistidas pela mestranda em bloco de partos, solicita-se que relatem a sua

<b>14. DOCUMENTOS ANEXOS</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> Plano do Trabalho	
<input checked="" type="checkbox"/> Cronograma	
<input checked="" type="checkbox"/> Declaração de Orientador(es)	
<input type="checkbox"/> Declaração da Unidade Orgânica de acolhimento (Deve incluir o(s) Orientador(es), o Projeto ou Equipa de Investigação em que diretamente se enquadra a preparação da Tese) - Apenas para alunos de 3.º Ciclo)	
<input type="checkbox"/> Outros: _____	

<b>15. DECLARAÇÃO DO ESTUDANTE</b>	
Nos termos do Regulamento Académico da Universidade de Évora (RAUÉ) em vigor, entrego o projeto de Tese/ Dissertação/Estágio/Trabalho Projeto (conforme indicado no quadro 6 deste impresso) do qual, após aprovado pelo Conselho Científico, será efetuado o respetivo registo nos Serviços Académicos na Universidade de Évora.	
<b>Declaro que caso efetue alguma alteração a este projeto a ser aprovado (título, orientador, língua, etc.) procederei nos termos do referido regulamento, à entrega do projeto de alteração no prazo máximo de 10 dias antes da entrega da T/D/E/TP.</b>	

Campo	Objetivos	Atividades	Resultados Esperados	Processo de avaliação
Competências centradas na mulher em fase pré-Concepcional & Pré-natal – Consulta	<b>Objetivo 1:</b> Cuidar a mulher, inserida na família e na comunidade, no âmbito do planeamento familiar, no período pré-concepcional	Assistência supervisionada a mulheres em fase de diagnóstico pré-natal	H.1.1. Promove a saúde da mulher no âmbito da saúde sexual, do planeamento familiar e durante o período preconcepcional.	Registos validados por perceptor Boletim da Grávida Sistema informatizado de registos Protocolos próprios ☼ Registos validados por professor Jornal de Aprendizagem
		Assistência supervisionada a mulheres em fase de decisão para IVG	H.1.2. Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher no âmbito da saúde sexual, do planeamento familiar e durante o período preconcepcional.	
		Assistência supervisionada a mulheres em fase de implementação/pós IVG	H.1.3. Providencia cuidados à mulher com disfunções sexuais, problemas de fertilidade e infeções sexualmente transmissíveis.	
Competências centradas na mulher em fase pré-natal – Interna/ Grávidas	<b>Objetivo 2:</b> Cuidar a mulher, inserida na família e na comunidade, no período pré-natal	Assistência supervisionada a grávidas patológicas	H.2.1. Promove a saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento.	Registos validados por perceptor Sistema informatizado de registos Protocolos próprios ☼ Registos validados por professor Jornal de Aprendizagem
		Assistência supervisionada a grávidas de termo	H.2.2. Diagnostica precocemente e previne complicações na saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento.	
		Assistência supervisionada a grávidas desfechos de luto fetal ou em processo de ILG	H.2.3. Providencia cuidados à mulher e facilita a sua adaptação, durante o período pré-natal e em situação de abortamento.	
Competências centradas na parturiente - Bloco de Partos	<b>Objetivo 3:</b> Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto	Assistência supervisionada a grávidas durante o trabalho de parto	H.3.1. Promove a saúde da mulher durante o trabalho de parto e otimiza a adaptação do recém-nascido à vida extrauterina	Registos validados por perceptor Sistema informatizado de registos Protocolos locais ☼ Registos validados por professor Jornal de Aprendizagem Revisão temática: Maternidade em tempo Covid Recolha de indicadores das experiências de maternidade em tempo Covid
			H.3.2. Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e do recém-nascido	
			H.3.3. Providencia cuidados à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez e/ou trabalho de parto	
	<b>Objetivo 4:</b> Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal	Assistência supervisionada a puérperas no período pós-natal imediato (até 2 horas de recobro)	H.4.1. Promove a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal	Registos validados por perceptor: Sistema informatizado de registos Aleitamento Materno Protocolos locais ☼ Registos validados por professor Jornal de Aprendizagem
H.4.2. Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e recém-nascido durante o período pós-natal				
H.4.3. Providencia cuidados nas situações que possam afetar negativamente a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal				
Competências centradas na puérpera – Serviço de Obstetria	<b>Objetivo 5:</b> Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal	Assistência supervisionada a puérperas durante o internamento no Serviço de Obstetria	H.4.1. Promove a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal	Registos validados por perceptor: Sistema informatizado de registos Aleitamento Materno Protocolos locais ☼ Registos validados por professor Jornal de Aprendizagem
			H.4.2. Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e recém-nascido durante o período pós-natal	
			H.4.3. Providencia cuidados nas situações que possam afetar negativamente a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal	
Competências Centradas no agir Ético-Deont e Gestão; C-Comuns	<b>Objetivo 6:</b> Gestão de cuidados Liderança Qualidade dos Cuidados em Saúde Materna e Obstetria	Assistência supervisionada em atividades dos diversos campos clínicos de estágio	Artigo 6º 1- b) Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua; Artigo 7º 1 - b) Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados	Registos validados pelo perceptor Colaboração em projetos locais

☼ Registos curriculares validados por professor, para resposta a Diretiva 89/594/CEE

Tabela 1 – Plano de Trabalho



## Apêndice C: Registo de Experiências Clínicas

A formação ao nível de mestrado, de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica (EEEESMO), equivalente à educação de *Midwifery Students*, é composta por uma fração curricular realizada em meio real, através de estágios ou praticas clínicas. Neste ambiente, mestrando/a tem oportunidade de aprendizagens sob supervisão. É o ambiente onde desenvolverá relacionamentos terapêuticos e habilidades técnico-instrumentais, posteriormente sujeitas a avaliação (RCN, 2017)<sup>1</sup>. Em Portugal a mais recente transposição da Diretiva europeia nº2013/25/EU, está em vigor. As instituições de Ensino Superior através da lei portuguesa (i.e., Diário da República, 1.ª série, N.º 84, 2 de maio de 2014), concretizam as experiências que o estudante deve cumprir. Essas experiências, ocorrendo ao longo de um ano, são registadas, comprovando a exposição aos momentos de aprendizagem. O atual documento é um instrumento para registo das experiências clínicas.

### Registos

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

---

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



UNIVERSIDADE DE ÉVORA  
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM  
SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica  
Estágio \_\_\_ Ano 2<sup>o</sup> Semestre \_\_\_  
Ano Lectivo 20\_\_ /20\_\_

Nome do Aluno Maria da Conceição Pasalo e Faria Nº 41936

1 - Vigilância e prestação de cuidados à grávida • Exames pré-natais (100)	196
2 - Vigilância e prestação de cuidados à parturiente	
• Partos eutócicos (40) -----	47
• Participação activa em partos pélvicos <sup>★</sup> -----	0
• Participação activa em partos gemelares -----	0
• Participação activa noutros partos -----	19
• Episiotomia -----	6
• Episiorrafia / perineorrafia -----	9
3 - Vigilância e prestação de cuidados a mulheres em situação de risco (40)	
• Gravidez -----	159
• Trabalho de parto -----	43
• Puerpério -----	13
4 - Vigilância e prestação de cuidados a puérperas saudáveis (100)	143
5 - Vigilância e prestação de cuidados a RN saudáveis (100)	118
6 - Vigilância e prestação de cuidados a RN de risco	12
7 - Vigilância e prestação de cuidados a mulheres com afeções ginecológicas.	21

★ para existir o parto pélvico assistido participei em 4 versões externas.

Rubrica Professor

*Margarida Sim Sim*

## Consultas de Grávidas

Data	Nº Casos	Local	Idade	Idade Gestacional	Síntese Cuidados	Supervisor
30/09/19	8	CC1	(27-43)	(12s-40s)	ABCF; CTG; ensinos; av. sinais vitais	EEESMO J.; EEESMO R.
02/10/19	14	CC1	(23-42)	(37s-41s)	ABCF; CTG; ensinos; av. sinais vitais	EEESMO C.; EEESMO V.
09/10/19	1	CC1	38	38s	Versão externa (colaboração)	EEESMO C.
18/10/19	22	CC1	(18-49)	14s-39s	Ensinos, av sinais vitais, ABCF, CTG	EEESMO C.
21/10/19	25	CC1	(17-48)	16s-40s	Ensinos, av sinais vitais, ABCF, CTG	EEESMO C.
28/10/19	8	CC2	(22-39)	12s-36s	Ensinos, ABCF, CTG, av sinais vitais, colheitas	(toda a equipa)
29/10/19	11	CC2	(21-39)	24s-35s	Ensinos, ABCF, CTG, av sinais vitais, colheitas	(toda a equipa)
30/10/19	17	CC2	(14-40)	22s-37s	Ensinos, ABCF, CTG, av sinais vitais, colheitas	EEESMO A
04/11/19	7	CC2	(27-38)	(39s-41s)	Ensinos, CTG, colheitas, av sinais vitais, encaminhamento	EEESMO M.
06/11/19	8	CC2	(21-39)	(39s-40s)	Ensinos, CTG, colheitas, av sinais vitais, encaminhamento, adm terapêutica	EEESMO S.
12/11/19	7	CC2	(39-41)	(39s-40s)	Ensinos, CTG, av sinais vitais, colheitas, encaminhamento	EEESMO S.P.
15/11/19	12	CC2	(27-38)	(18s-35s)	Ensinos, ABCF, CTG, av sinais vitais, colheitas	EEESMO S. P.
19/11/19	12	CC2	(25-39)	(12s-36s)	Ensinos, colheitas, av sinais vitais, CTG, ABCF	EEESMO S. P.
26/11/19	12	CC2	(26-39)	(24s-36s)	Ensinos, av. Sinais vitais, CTG, colheitas, encaminhamento	EEESMO C.
02/12/19	9	CC2	(29-39)	(20s-35s)	Ensinos, av sinais vitais, CTG, colheitas	EEESMO S.
03/12/19	11	CC2	(22-42)	(20s-32s)	Ensinos, av sinais vitais, CTG, adm terapêutica	EEESMO G.
04/12/19	12	CC2	(32-43)	(18s-26s)	Ensinos, av sinais vitais, CTG	EEESMO S

## Consultas de IVG

Data	Nº	Local	Idade	Idade Gestacional	Exame efetuado	Supervisor
19/09/19	8	CC1	(17-43)	(6s-11s)	Consulta 1ª vez; adm terapêutica, ensinos	EEESMO V.
03/10/19	11	CC1	(21-39)	(7s-9s)	Consulta 1ª vez; adm terapêutica, ensinos	EEESMO J.
31/10/19	11	CC2	(31-43)	6s-9s	Ensinos, adm terapêutica	EEESMO S.P.
13/11/19	10	CC2	(22-41)	(7s-10s)	Ensinos, adm terapêutica	EEESMO S.P.
14/11/19	11	CC2	(18-43)	(7s-10s)	Ensinos, adm terapêutica, ecografia, instrumentação (DIU)	EEESMO S. P.
20/11/19	9	CC2	(17-38)	(7s-10s)	Ensinos, adm terapêutica, colocação implante	EEESMO S. P.
21/11/19	10	CC2	(24-40)	(7s-10s)	Ensinos, adm terapêutica, colocação implante	EEESMO S. P.
25/11/19	11	CC2	(19-37)	(7s-10s)	Ensinos, adm terapêutica, colocação implante e DIU	EEESMO S. P.
27/11/19	11	CC2	(22-35)	(7s-10s)	Ensinos, adm terapêutica, colocação implante	EEESMO S. P.
02/12/19	7	CC2	(22-38)	(7s-10s)	Ensinos, adm terapêutica, encaminhamento	EEESMO S.

## Vigilância e cuidados a parturientes saudáveis

Nº	Local	Data	Idade Gestacional	1º estágio	Monit. CTG	Dor	Cervicometria	Observações	Supervisor
4	CC3	11/12/19	(37s-40s)	S	S	S	N		EEESMO A.N.
4	CC3	15/12/19	(38s-41s)	S	S	S	S	Epidural	EEESMO A.N.
2	CC3	17/12/19	(39s-40s)	S	S	S	N		EEESMO A.N.
4	CC3	18/12/19	(37s-40s)	S	S	S	S	Epidural	EEESMO A.N.
2	CC3	20/12/19	(36s-39s)	S	S	S	S		EEESMO A.N.
3	CC3	21/12/19	(37s-40s)	S	S	S	S	Epidural	EEESMO A.N.
3	CC3	11/01/20	(36s-39s)	S	S	S	N		EEESMO A.N.
2	CC3	12/01/20	(39s-40s)	S	S	S	S		EEESMO A.N.
2	CC3	14/01/20	(37s-40s)	S	S	S	S	Epidural	EEESMO A.N.
5	CC3	16/01/20	(36s-40s)	S	S	S	S	Epidural	EEESMO A.N.
5	CC3	17/01/20	(37s-41s)	S	S	S	S	Epidural	EEESMO A.N.
1	CC3	19/01/20	(38s-40s)	S	S	S	S		EEESMO A.N.
2	CC3	22/01/20	(36s-41s)	S	S	S	S	Epidural	EEESMO A.N.
3	CC3	24/01/20	(37s-40s)	S	S	S	S	Epidural	EEESMO A.N.
5	CC3	25/01/20	(36s-41s)	S	S	S	S		EEESMO A.N.
4	CC3	26/01/20	(37s-40s)	S	S	S	S	Epidural	EEESMO A.N.
5	CC3	27/01/20	(36s-39s)	S	S	S	S	Epidural	EEESMO A.N.
3	CC3	29/01/20	(37s-40s)	S	S	S	S		EEESMO A.N.
4	CC4	12/02/20	(36s-42s)	S	S	S	N	Epidural	EEESMO L.B.
4	CC4	13/02/20	(39s-41s)	S	S	S	S	Epidural	EEESMO L.B.
3	CC4	15/02/20	(36s-40s)	S	S	S	S	Epidural	EEESMO L.B.
1	CC4	17/02/20	40s	S	S	S	S	Cesariana	EEESMO L.B.
3	CC4	18/02/20	(37s-40s)	S	S	S	S		EEESMO L.B.
3	CC4	20/02/20	(36s-41s)	S	S	S	N		EEESMO L.B.
3	CC4	22/02/20	(37s-40s)	S	S	S	N	Epidural	EEESMO L.B.
2	CC4	27/02/20	(38s-41s)	S	S	S	S		EEESMO L.B.
2	CC4	28/02/20	(37s-40s)	S	S	S	S	Epidural	EEESMO L.B.
3	CC4	01/03/20	(38s-41s)	S	S	S	N		EEESMO L.B.
5	CC4	03/03/20	(36s-40s)	S	S	S	S	Epidural	EEESMO L.B.
1	CC4	06/03/20	39s+4d	S	S	S	N		EEESMO L.B.
6	CC4	08/03/20	(38s-40s)	S	S	S	S	Epidural	EEESMO L.B.
1	CC4	01/07/20	37s+3d	S	S	S	N		EEESMO L.B.
2	CC4	02/07/20	(36s-39s)	S	S	S	S	Epidural	EEESMO L.B.
3	CC4	04/07/20	(37s-40s)	S	S	S	S		EEESMO L.B.
5	CC4	07/07/20	(35s-39s)	S	S	S	S		EEESMO L.B.
5	CC4	09/07/20	(37s-40s)	S	S	S	S	Epidural	EEESMO L.B.
5	CC4	11/07/20	(36s-41s)	S	S	S	S		EEESMO L.B.
2	CC4	12/07/20	(38s-40s)	S	S	S	S		EEESMO L.B.
3	CC4	14/07/20	(36s-39s)	S	S	S	S	Epidural	EEESMO L.B.
5	CC4	16/07/20	(37s-39s)	S	S	S	S		EEESMO L.B.
2	CC4	17/07/20	(38s-41s)	S	S	S	S	Epidural	EEESMO L.B.
3	CC4	19/07/20	(38s-39s)	S	S	S	S	Epidural	EEESMO L.B.



Nº	Local	Data	Idade Gestacional	1º estágio	Monit. CTG	Dor	Cervicometria	Observações	Supervisor
6	CC4	20/07/20	(36s-39s)	S	S	S	N		EEESMO L.B.
3	CC4	24/07/20	(37s-39s)	S	S	S	S		EEESMO L.B.
5	CC4	26/07/20	(36s-39s)	S	S	S	N	Epidural	EEESMO L.B.
2	CC4	27/07/20	(37s-40s)	S	S	S	N	Epidural	EEESMO L.B.
4	CC4	29/07/20	(39s-40s)	S	S	S	S	Epidural	EEESMO L.B.
4	CC4	31/07/20	(37s-41s)	S	S	S	S		EEESMO L.B.
2	CC4	03/08/20	(36s-39s)	S	S	S	N	Epidural	EEESMO L.B.
10	CC4	05/08/20	(37s-40s)	S	S	S	S	Epidural	EEESMO L.B.
5	CC4	06/08/20	(37s-39s)	S	S	S	S		EEESMO L.B.
3	CC4	08/08/20	(38s-39s)	S	S	S	N		EEESMO L.B.
3	CC4	10/08/20	(37s-39s)	S	S	S	N	Epidural	EEESMO L.B.
4	CC4	11/08/20	(39s-41s)	S	S	S	S	Epidural	EEESMO L.B.
6	CC4	15/08/20	(39s-41s)	S	S	S	S		EEESMO L.B.
5	CC4	16/08/20	(37s-39s)	S	S	S	S		EEESMO L.B.
7	CC4	18/08/20	(38s-40s)	S	S	S	S	Epidural	EEESMO L.B.
8	CC4	20/08/20	(37s-41s)	S	S	S	S	Epidural	EEESMO L.B.
7	CC4	21/08/20	(38s-41s)	S	S	S	S		EEESMO L.B.
5	CC4	23/08/20	(37s-41s)	S	S	S	S		EEESMO L.B.

## Realização de Partos

Nº	Local	Data	Idade	Índice Obstétrico	Idade Gestacional	Tipo de parto	Episiotomia Episiorrafia Perineorrafia	Acompanha 4º Estádio	Supervisor
1	CC3	15/12/19	19A	1001	38s+3d	Eutócico	Sim	Sim	EEESMO A.N.
2	CC3	20/12/19	19A	1011	37s+5d	Eutócico	Sim	Sim	EEESMO A.N.
3	CC3	21/12/19	40A	0000	39s+4d	Eutócico	Sim	Sim	EEESMO A.N.
4	CC3	21/12/19	35A	0000	40s+3d	Eutócico	Sim	Sim	EEESMO A.N.
5	CC3	12/01/20	37A	1001	39s+1d	Eutócico	Sim	Sim	EEESMO A.N.
6	CC3	12/01/20	28A	0010	40s	Eutócico	Sim	Sim	EEESMO A.N.
7	CC3	12/01/20	23A	2002	39s+4d	Eutócico	Não	Sim	EEESMO A.N.
8	CC3	14/01/20	40A	1001	39s+1d	Eutócico	Não	Sim	EEESMO A.N.
9	CC3	14/01/20	21A	1011	35s+1d	Eutócico	Não	Sim	EEESMO A.N.
10	CC3	19/01/20	37A	2002	39s+4d	Eutócico	Sim	Sim	EEESMO A.N.
11	CC3	22/01/20	20A	0000	41s	Eutócico	Sim	Sim	EEESMO A.N.
12	CC3	24/01/20	24A	0000	39s+1d	Eutócico	Sim	Sim	EEESMO A.N.
13	CC3	26/01/20	29A	1001	37s+3d	Eutócico	Sim	Sim	EEESMO A.N.
14	CC3	26/01/20	20A	0000	39s+2d	Eutócico	Não	Sim	EEESMO A.N.
15	CC3	27/01/20	21A	0000	41s	Eutócico	Sim	Sim	EEESMO A.N.
16	CC4	13/02/20	36A	2001	36s+1d	Eutócico	Integro	Sim	EEESMO L.B.
17	CC4	13/02/20	28A	0000	40s+4d	Eutócico	Sim	Sim	EEESMO L.B.
18	CC4	15/02/20	31A	0000	40s+4d	Eutócico	Sim	Sim	EEESMO L.B.
19	CC4	15/02/20	25A	0000	36s+3d	Eutócico	Sim	Sim	EEESMO L.B.
20	CC4	18/02/20	31A	2002	37s+4d	Eutócico	Integro	Sim	EEESMO L.B.
21	CC4	28/02/20	19A	0020	40s+5d	Eutócico	Sim	Sim	EEESMO L.B.
22	CC4	03/03/20	30A	1001	39s+1d	Eutócico	Sim	Sim	EEESMO L.B.
23	CC4	02/07/20	28A	1001	39s+4d	Eutócico	Sim	Sim	EEESMO L.B.
24	CC4	04/07/20	35A	1001	39s+3d	Eutócico	Não	Sim	EEESMO L.B.
25	CC4	07/07/20	42A	2002	39s+6d	Eutócico	Sim	Sim	EEESMO L.B.
26	CC4	09/07/20	40A	2012	39s+4d	Eutócico	Sim	Sim	EEESMO L.B.
27	CC4	09/07/20	22A	0000	40s+1d	Eutócico	Sim	Sim	EEESMO L.B.
28	CC4	11/07/20	29A	3013	41s	Eutócico	Sim	Sim	EEESMO L.B.
29	CC4	11/07/20	30A	0000	39s	Eutócico	Sim	Sim	EEESMO L.B.
30	CC4	12/07/20	35A	0000	39s	Eutócico	Não	Sim	EEESMO L.B.
31	CC4	14/07/20	27A	2012	40s+5d	Eutócico	LacII sut	Sim	EEESMO L.B.
32	CC4	16/07/20	22A	0000	39s	Eutócico	LacI sut	Sim	EEESMO L.B.
33	CC4	16/07/20	30A	1011	39s+5d	Eutócico	LacII sut	Sim	EEESMO L.B.
34	CC4	19/07/20	26A	0010	39s+5d	Eutócico	LacII sut	Sim	EEESMO L.B.
35	CC4	26/07/20	21A	0000	38s+4d	Eutócico	Episio Sut	Sim	EEESMO L.B.
36	CC4	27/07/20	25A	1011	41s	Eutócico	Per. Intacto	Sim	EEESMO L.B.
37	CC4	03/08/20	36A	1001	40s+4d	Eutócico	LacII sut	Sim	EEESMO L.B.
38	CC4	05/08/20	26A	1001	39s+6d	Eutócico	Per. Intacto	Sim	EEESMO L.B.
39	CC4	05/08/20	34A	1011	40s	Eutócico	LacI sut	Sim	EEESMO L.B.
40	CC4	05/08/20	39A	6015	40s+2d	Eutócico	Per. Integro	Sim	EEESMO L.B.
41	CC4	08/08/20	27A	0101	40s	Eutócico	LacI sut	Sim	EEESMO L.B.

Nº	Local	Data	Idade	Índice Obstétrico	Idade Gestacional	Tipo de parto	Episiotomia Episiorrafia Perineorrafia	Acompanha 4º Estádio	Supervisor
42	CC4	11/08/20	33A	1001	40s+3d	Eutócico	LacII sut/Placenta Fragmentada	Sim	EEESMO L.B.
43	CC4	11/08/20	28A	1001	37s+2d	Eutócico	Per. Integro	Sim	EEESMO L.B.
44	CC4	15/08/20	37A	2002	40s+4d	Eutócico	Per. Integro	Sim	EEESMO L.B.
45	CC4	20/08/20	31A	1011	37s+5d	Eutócico	LacI sut	Sim	EEESMO L.B.
46	CC4	21/08/20	36A	2012	40s+5d	Eutócico	LacI sut	Sim	EEESMO L.B.
47	CC4	23/08/20	29A	1001	39s+5d	Eutócico	LacII sut	Sim	EEESMO L.B.

### *Participação em Partos*

Nº	Local	Data	Idade	Índice Obstétrico	Idade Gestacional	Tipo de parto	Episiotomia Episiorrafia Perineorrafia	Acompanha 4º Estádio	Supervisor
1	CC3	11/12/20	26A	1001	39s+3d	Ventosa	Sim	Não	EEESMO A.N.
2	CC3	19/01/20	37A	2002	39s+4d	Cesariana	Não	Não	EEESMO A.N.
3	CC3	22/01/20	32A	1001	36s+3d	Ventosa	Sim	Não	EEESMO A.N.
4	CC3	24/01/20	33A	0000	37s+6d	Eutócico	Sim	Não	EEESMO N.
5	CC3	26/01/20	37A	2002	37s+3d	Cesariana	Não	Não	EEESMO A.N.
6	CC4	12/02/20	32A	0000	40s+6d	Ventosa	Sim	Sim	EEESMO L.B.
7	CC4	17/02/20	37A	3003	40s+0d	Cesariana	Não	Sim	EEESMO L.B.
8	CC4	27/02/20	23A	0000	38s+1d	Cesariana	Não	Sim	EEESMO L.B.
9	CC4	28/02/20	28A	0000	41s+1d	Cesariana	Não	Sim	EEESMO L.B.
10	CC4	28/02/20	31A	0000	37s+4d	Cesariana	Não	Sim	EEESMO L.B.
11	CC4	03/03/20	39A	1001	41s	Cesariana	Não	Sim	EEESMO L.B.
12	CC4	06/03/20	28A	0000	39s+4d	Cesariana	Não	Sim	EEESMO L.B.
13	CC4	02/07/20	37A	0010	40s	Cesariana	Não	Sim	EEESMO L.B.
14	CC4	12/07/20	36A	0000	39s+5d	Forceps+Ventosa	Sim	Sim	EEESMO L.B.
15	CC4	19/07/20	26A	0000	35s	Cesariana	Não	Sim	EEESMO L.B.
16	CC4	31/07/20	22A	0000	39s+4d	Cesariana	Não	Sim	EEESMO L.B.
17	CC4	31/07/20	26A	0000	41s	Cesariana	Não	Sim	EEESMO L.B.
18	CC4	08/08/20	26A	0000	40s+5d	Cesariana	Não	Sim	EEESMO L.B.
19	CC4	18/08/20	36A	1001	39s+1d	Cesariana	Não	Sim	EEESMO L.B.

### Vigilância a Grávidas de Risco durante o parto

Nº	Local	Data	Idade	Índice Obstétrico	Idade Gestacional	Situação de risco/Patologia	Supervisor
1	CC3	15/12/19	19A	1001	38s+3d	Gravidez não vigiada	EEESMO A.N.
2	CC3	20/12/19	19A	1011	37s+5d	RCIU	EEESMO A.N.
3	CC3	21/12/19	40A	0000	39s+4d	FIV	EEESMO A.N.
4	CC3	12/01/20	37A	1001	39s+1d	DG	EEESMO A.N.
5	CC3	12/01/20	23A	2002	39s+4d	HTA (gestacional)	EEESMO A.N.
6	CC3	14/01/20	40A	1001	39s+1d	DG	EEESMO A.N.
7	CC3	14/01/20	21A	1011	35s+1d	PPT	EEESMO A.N.
8	CC3	19/01/20	37A	2002	39s+4d	DG	EEESMO A.N.
9	CC3	26/01/20	37A	2002	37s+3d	Apresentação pélvica	EEESMO A.N.
10	CC4	13/02/20	28A	0000	40s+4d	DG + Strep B+	EEESMO L.B.
11	CC4	13/02/20	36A	2001	36s+1d	Pré-eclampsia	EEESMO L.B.
12	CC4	15/02/20	31A	0000	40s+3d	Alergias + Trombocit	EEESMO L.B.
13	CC4	17/02/20	37A	3003	40s+0d	DG+ SFA	EEESMO L.B.
14	CC4	18/02/20	31A	2002	37s+4d	Frag Social (língua)	EEESMO L.B.
15	CC4	28/02/20	29A	0000	37s+4d	Risco pré-eclampsia	EEESMO L.B.
16	CC4	01/07/20	37A	1001	39S+4d	HTA materna	EEESMO L. B
17	CC4	04/07/20	20A	2001	36s+6d	Frag. Social (Nepal), sem vig.	EEESMO L. B
18	CC4	07/07/20	26A	0000	40s+2d	Obesidade mórbida	EEESMO L. B
19	CC4	07/07/20	31A	1001	39S	Diabetes Gestacional	EEESMO L. B
20	CC4	09/07/20	25A	0000	37s+3d	Hiv positiva	EEESMO L. B
21	CC4	09/07/20	33A	0010	38s+4d	Depressão/grav não vig.	EEESMO L. B
22	CC4	14/07/20	26A	6005	37s+4d	Multiparidade+CST anteriores	EEESMO L. B
23	CC4	16/07/20	31A	1001	37s+2d	Hidramnios	EEESMO L. B
24	CC4	16/07/20	37A	1001	38s+4d	HTA crónica+Fibromialgia	EEESMO L. B
25	CC4	19/07/20	28A	0000	39s+2d	Trombocitopenia	EEESMO L. B
26	CC4	20/07/20	32A	2002	39s+5d	DG+Obesidade	EEESMO L. B
27	CC4	20/07/20	32A	1001	37s+5d	RCF	EEESMO L. B
28	CC4	20/07/20	37A	1001	39s+2d	HTA gestacional	EEESMO L. B
29	CC4	26/07/20	25A	2002	38s+3d	HIV (+) carga viral desc.	EEESMO L. B
30	CC4	27/07/20	36A	1001	36s+6d	Oligoamnios	EEESMO L. B
31	CC4	29/07/20	38A	0000	38s+3d	Doença mental	EEESMO L. B
32	CC4	29/07/20	25A	0000	35s+5d	Prematuridade	EEESMO L. B
33	CC4	31/07/20	27A	2003	37s+5d	Macrossomia fetal	EEESMO L. B
34	CC4	05/08/20	36A	2011	37s	RCF	EEESMO L. B
35	CC4	05/08/20	31A	1001	39s+3d	Diabetes Gestacional	EEESMO L. B
36	CC4	05/08/20	37A	0000	37s+6d	Gravidez gemelar	EEESMO L. B
37	CC4	05/08/20	25A	1001	40s+1d	Hep A+B pos	EEESMO L. B
38	CC4	05/08/20	28A	0000	38s+5d	Diab Gest e HTA cronica	EEESMO L. B
39	CC4	06/08/20	23A	0000	36s	Hipertiroidismo	EEESMO L. B
40	CC4	08/08/20	32A	1001	37s+4d	Trombocitopenia	EEESMO L. B
41	CC4	11/08/20	34A	0000	37s	Cirurg uterina prévia	EEESMO L. B
42	CC4	16/08/20	20A	2002	37s+2d	Gravidez não vigiada	EEESMO L. B
43	CC4	20/08/20	41A	0000	37s+6d	FIV	EEESMO L. B

### ***Vigilância, cuidados a puérperas de risco no pós-parto***

Nº	Local	Data	Idade	Índice Obstétrico	Idade Gestacional	Tipo de parto	Situação no Pós-parto	Supervisor
1	CC4	09/06/2020	40 anos	1001	38s+2d	Cesariana	Diabetes gestacional/Depressão major	EEESMO R.R.
2	CC4	10/06/2020	31 anos	2003	39s	Eutócico	Gravidez gemelar/Sarna/ Diagnóstico saúde mental (?)	EEESMO R.R.
3	CC4	23/06/2020	36 anos	2001	33s+4d	Eutócico	Pré-eclampsia grave/ Trombocitopénia	EEESMO R.R.
4	CC4	01/07/2020	31 anos	4004	38s+5d	Eutócico	Atonia uterina	EEESMO L.B.
5	CC4	04/07/2020	22 anos	1001	32s	Eutócico	Expulsão F.M., minoria étnica	EEESMO L.B.
6	CC4	04/07/2020	36 anos	2002	39s+2d	Eutócico	Diabetes Tipo I	EEESMO L.B.
7	CC4	12/07/2020	25 anos	0000	37s+2d	Eutócico	Diabetes Gestacional	EEESMO L.B.
8	CC4	17/07/2020	35 anos	3003	41s	Cesariana	Obesidade mórbida	EEESMO L.B.
9	CC4	20/07/2020	32 anos	2002	39s+5d	Cesariana	DG+ Obesidade	EEESMO L.B.
10	CC4	20/07/2020	37 anos	1001	39s+2d	Eutócico	HTA gestacional	EEESMO L.B.
11	CC4	29/07/2020	25 anos	0000	35s+5d	Eutócico	Prematuridade	EEESMO L.B.
12	CC4	03/08/2020	38 anos	1001	37s+4d	Eutócico	HIV positiva	EEESMO L.B.
13	CC4	05/08/2020	25 anos	1001	40s+1d	Eutócico	Hep A+B positivo	EEESMO L.B.

### ***Vigilância e cuidados a recém-nascidos saudáveis***

Nº	Local	Data	Idade	Idade Gestacional	Observações	Supervisor
1	CC3	11/12/19	0 dias	39s+3d	Observação do RN, adm. terapêutica, peso, identificação	EEESMO A.N.
2	CC3	15/12/19	0 dias	38s+3d	Observação do RN, identificação, cuidado conforto, ensinos à mãe	EEESMO A.N.
3	CC3	20/12/19	0 dias	37s+5d	Observação do RN, cuidado conforto, verificar a pega, ensinos à mãe	EEESMO A.N.
4	CC3	21/12/19	0 dias	39s+4d	Observação do RN, cuidado conforto, verificar a pega, ensinos à mãe	EEESMO A.N.
5	CC3	21/12/19	0 dias	40s+3d	Observação do RN, cuidado conforto, verificar a pega, ensinos à mãe	EEESMO A.N.
6	CC3	12/01/20	0 dias	39s+1d	Observação do RN, cuidado conforto, verificar a pega, ensinos à mãe	EEESMO A.N.
7	CC3	12/01/20	0 dias	40s	Observação do RN, cuidado conforto, verificar a pega, ensinos à mãe	EEESMO A.N.
8	CC3	12/01/20	0 dias	39s+4d	Observação do RN, cuidado conforto, verificar a pega, ensinos à mãe	EEESMO A.N.
9	CC3	14/01/20	0 dias	39s+1d	Observação do RN, cuidado conforto, verificar a pega, ensinos à mãe	EEESMO A.N.
10	CC3	19/01/20	0 dias	39s+4d	Observação do RN, verificar a pega, ensinos à mãe	EEESMO A.N.
11	CC3	22/01/20	0 dias	41s	Observação do RN, verificar a pega, ensinos à mãe	EEESMO A.N.
12	CC3	26/01/20	0 dias	37s+3d	Observação do RN, cuidado conforto, verificar a pega, ensinos à mãe	EEESMO A.N.
13	CC3	26/01/20	0 dias	39s+2d	Observação do RN, cuidado conforto, verificar a pega, ensinos à mãe	EEESMO A.N.
14	CC3	27/01/20	0 dias	41s	Observação do RN, cuidado conforto, verificar a pega, ensinos à mãe	EEESMO A.N.
15	CC4	12/02/20	0 dias	40s+6d	Observação RN, cuidado conforto, adm terapêutica	EEESMO L.B.
16	CC4	13/02/20	0 dias	40s	Observação RN, adm terapêutica, cuidado conforto	EEESMO L.B.
17	CC4	13/02/20	0 dias	40s+4d	Cuidados conforto, verificar pega, ensinos à mãe	EEESMO L.B.
18	CC4	15/02/20	0 dias	36s+3d	Cuidados conforto, verificar pega, ensinos à mãe	EEESMO L.B.
19	CC4	15/02/20	0 dias	40s+4d	Cuidados conforto, verificar pega, ensinos à mãe	EEESMO L.B.
20	CC4	18/02/20	0 dias	37s+4d	Cuidados conforto, verificar pega, ensinos à mãe	EEESMO L.B.
21	CC4	27/02/20	0 dias	38s	Observação RN, adm terapêutica, cuidado conforto, identificação	EEESMO L.B.
22	CC4	28/02/20	0 dias	40s+5d	Cuidados conforto, verificar pega, ensinos à mãe	EEESMO L.B.
23	CC4	28/02/20	0 dias	41s+1d	Observação RN, adm terapêutica, cuidado conforto, identificação	EEESMO L.B.
24	CC4	28/02/20	0 dias	37s+4d	Observação RN, adm terapêutica, cuidado conforto, identificação	EEESMO L.B.
25	CC4	03/03/20	0 dias	39s+1d	Cuidados conforto, verificar pega, ensinos à mãe	EEESMO L.B.

Nº	Local	Data	Idade	Idade Gestacional	Observações	Supervisor
26	CC4	03/03/20	0 dias	38s+4d	Observação RN, adm terapêutica, cuidado conforto, identificação	EEESMO L.B.
27	CC4	06/03/20	0 dias	38s+1d	Observação RN, adm terapêutica, cuidado conforto, identificação	EEESMO L.B.
28	CC4	04/06/20	1 dia	39s	Ensinos, verificar pega, avaliação, cuidado conforto	EEESMO R.R.
29	CC4	04/06/20	2 dias	39s+2d	Ensinos, vacinação, cuidado conforto, alta	EEESMO R.R.
30	CC4	04/06/20	1 dia	37s+5d	Ensinos, verificar pega, avaliação, cuidado conforto	EEESMO R.R.
31	CC4	04/06/20	2 dias	38s+5d	Ensinos, verificar pega, avaliação, cuidado conforto, vacinação	EEESMO R.R.
32	CC4	05/06/20	1 dia	38s	Ensinos, verificar pega, avaliação, cuidado conforto	EEESMO R.R.
33	CC4	05/06/20	1 dia	37s+5d	Ensinos, verificar pega, avaliação, cuidado conforto	EEESMO R.R.
34	CC4	05/06/20	3 dias	37s+2d	Ensinos, verificar pega, avaliação, cuidado conforto, vacinação	EEESMO R.R.
35	CC4	05/06/20	2 dias	40s+2d	Ensinos, verificar pega, avaliação, cuidado conforto, vacinação	EEESMO R.R.
36	CC4	05/06/20	2 dias	39s+3d	Ensinos, verificar pega, avaliação, cuidado conforto, vacinação	EEESMO R.R.
37	CC4	08/06/20	1 dia	37s	Ensinos, verificar pega, avaliação, cuidado conforto	EEESMO R.R.
38	CC4	08/06/20	2 dias	38s+1d	Ensinos, verificar pega, avaliação, cuidado conforto, vacinação	EEESMO R.R.
39	CC4	08/06/20	2 dias	39s	Ensinos, verificar pega, avaliação, cuidado conforto, vacinação	EEESMO R.R.
40	CC4	09/06/20	1 dia	38s+1d	Ensinos, verificar pega, avaliação, cuidado conforto	EEESMO R.R.
41	CC4	09/06/20	2 dias	37s+4d	Ensinos, verificar pega, avaliação, cuidado conforto, vacinação	EEESMO R.R.
42	CC4	09/06/20	2 dias	39s+6d	Ensinos, verificar pega, avaliação, cuidado conforto, vacinação	EEESMO R.R.
43	CC4	09/06/20	3 dias	37s+1d	Ensinos, verificar pega, avaliação, cuidado conforto, vacinação	EEESMO R.R.
44	CC4	09/06/20	2 dias	37s	Ensinos, verificar pega, avaliação, cuidado conforto, vacinação	EEESMO R.R.
45	CC4	09/06/20	1 dia	39s+4d	Ensinos, verificar pega, avaliação, cuidado conforto	EEESMO R.R.
46	CC4	09/06/20	1 dia	38s+2d	Ensinos, verificar pega, avaliação, cuidado conforto	EEESMO R.R.
47	CC4	10/06/20	1 dia	38s+1d	Ensinos, verificar pega, avaliação, cuidado conforto	EEESMO R.R.
48	CC4	10/06/20	2 dias	39s	Ensinos, verificar pega, avaliação, cuidado conforto, vacinação	EEESMO R.R.
49	CC4	10/06/20	2 dias	39s+6d	Ensinos, verificar pega, avaliação, cuidado conforto, vacinação	EEESMO R.R.
50	CC4	10/06/20	1 dia	39s+3d	Ensinos, verificar pega, avaliação, cuidado conforto	EEESMO R.R.
51	CC4	10/06/20	1 dia	37s	Ensinos, verificar pega, avaliação, cuidado conforto	EEESMO R.R.
52	CC4	12/06/20	1 dia	38s+4d	Ensinos, verificar pega, avaliação, cuidado conforto	EEESMO R.R.
53	CC4	12/06/20	1 dia	39s+1d	Ensinos, verificar pega, avaliação, cuidado conforto	EEESMO R.R.
54	CC4	12/06/20	2 dias	38s+2d	Ensinos, verificar pega, avaliação, cuidado conforto, vacinação	EEESMO R.R.
55	CC4	12/06/20	2 dias	40s+3d	Ensinos, verificar pega, avaliação, cuidado conforto, vacinação	EEESMO R.R.
56	CC4	12/06/20	2 dias	37s+1d	Ensinos, verificar pega, avaliação, cuidado conforto	EEESMO R.R.
57	CC4	12/06/20	1 dia	38s+5d	Ensinos, verificar pega, avaliação, cuidado conforto	EEESMO R.R.
58	CC4	12/06/20	3 dias	39s	Ensinos, verificar pega, avaliação, cuidado conforto, vacinação	EEESMO R.R.
59	CC4	16/06/20	1 dia	37s+2d	Ensinos, verificar pega, avaliação, cuidado conforto	EEESMO R.R.
60	CC4	16/06/20	1 dia	38s+4d	Ensinos, verificar pega, avaliação, cuidado conforto	EEESMO R.R.
61	CC4	17/06/20	1 dia	39s+5d	Ensinos, verificar pega, avaliação, cuidado conforto	EEESMO R.R.
62	CC4	17/06/20	1 dia	37s	Ensinos, verificar pega, avaliação, cuidado conforto	EEESMO R.R.
63	CC4	17/06/20	2 dias	40s+1d	Ensinos, verificar pega, avaliação, cuidado conforto, vacinação	EEESMO R.R.
64	CC4	17/06/20	2 dias	39s+4d	Ensinos, verificar pega, avaliação, cuidado conforto, vacinação	EEESMO R.R.
65	CC4	17/06/20	3 dias	38s+6d	Ensinos, verificar pega, avaliação, cuidado conforto, vacinação	EEESMO R.R.
66	CC4	17/06/20	1 dia	39s	Ensinos, verificar pega, avaliação, cuidado conforto	EEESMO R.R.
67	CC4	17/06/20	1 dia	38s	Ensinos, verificar pega, avaliação, cuidado conforto	EEESMO R.R.
68	CC4	18/06/20	1 dia	37s+4d	Ensinos, verificar pega, avaliação, cuidado conforto	EEESMO R.R.
69	CC4	18/06/20	1 dia	38s+1d	Ensinos, verificar pega, avaliação, cuidado conforto	EEESMO R.R.
70	CC4	18/06/20	2 dias	37s+5d	Ensinos, verificar pega, avaliação, cuidado conforto, vacinação	EEESMO R.R.

Nº	Local	Data	Idade	Idade Gestacional	Observações	Supervisor
71	CC4	18/06/20	2 dias	38s+4d	Ensinos, verificar pega, avaliação, cuidado conforto, vacinação	EEESMO R.R.
72	CC4	18/06/20	3 dias	40s+2d	Ensinos, verificar pega, avaliação, cuidado conforto, vacinação	EEESMO R.R.
73	CC4	18/06/20	1 dia	41s	Ensinos, verificar pega, avaliação, cuidado conforto	EEESMO R.R.
74	CC4	18/06/20	1 dia	38s+6d	Ensinos, verificar pega, avaliação, cuidado conforto	EEESMO R.R.
75	CC4	18/06/20	2 dias	39s+2d	Ensinos, verificar pega, avaliação, cuidado conforto, vacinação	EEESMO R.R.
76	CC4	22/06/20	1 dia	39s+5d	Ensinos, verificar pega, avaliação, cuidado conforto	EEESMO R.R.
77	CC4	22/06/20	2 dias	40s+5d	Ensinos, verificar pega, avaliação, cuidado conforto, vacinação	EEESMO R.R.
78	CC4	22/06/20	1 dia	38s+3d	Ensinos, verificar pega, avaliação, cuidado conforto	EEESMO R.R.
79	CC4	23/06/20	1 dia	38s+2d	Ensinos, verificar pega, avaliação, cuidado conforto	EEESMO R.R.
80	CC4	23/06/20	2 dias	39s+6d	Ensinos, verificar pega, avaliação, cuidado conforto, vacinação	EEESMO R.R.
81	CC4	23/06/20	1 dia	40s+2d	Ensinos, verificar pega, avaliação, cuidado conforto	EEESMO R.R.
82	CC4	23/06/20	1 dia	37s+1d	Ensinos, verificar pega, avaliação, cuidado conforto	EEESMO R.R.
83	CC4	24/06/20	1 dia	37s	Ensinos, verificar pega, avaliação, cuidado conforto	EEESMO R.R.
84	CC4	24/06/20	2 dias	38s+3d	Ensinos, verificar pega, avaliação, cuidado conforto, vacinação	EEESMO R.R.
85	CC4	24/06/20	2 dias	39s+2d	Ensinos, verificar pega, avaliação, cuidado conforto, vacinação	EEESMO R.R.
86	CC4	24/06/20	2 dias	38s+3d	Ensinos, verificar pega, avaliação, cuidado conforto, vacinação	EEESMO R.R.
87	CC4	25/06/20	1 dia	41s	Ensinos, verificar pega, avaliação, cuidado conforto	EEESMO R.R.
88	CC4	25/06/20	2 dias	39s	Ensinos, verificar pega, avaliação, cuidado conforto, vacinação	EEESMO R.R.
89	CC4	25/06/20	2 dias	38s+4d	Ensinos, verificar pega, avaliação, cuidado conforto, vacinação	EEESMO R.R.
90	CC4	26/06/20	2 dias	39s+3d	Ensinos, verificar pega, avaliação, cuidado conforto, vacinação	EEESMO R.R.
91	CC4	26/06/20	2 dias	37s+6d	Ensinos, verificar pega, avaliação, cuidado conforto, vacinação	EEESMO R.R.
92	CC4	01/07/2020	0 dias	37s+5d	Observação do RN, adm. terapêutica, peso, identificação	EEESMO R.R.
93	CC4	02/07/2020	0 dias	39s+4d	Ensinos, verificar pega, cuidado conforto	EEESMO R.R.
94	CC4	07/07/2020	0 dias	39s+6d	Ensinos, verificar pega, avaliação, cuidado conforto	EEESMO R.R.
95	CC4	09/07/2020	0 dias	39s+4d	Ensinos, verificar pega, cuidado conforto	EEESMO R.R.
96	CC4	09/07/2020	0 dias	40s+1d	Ensinos, verificar pega, avaliação, cuidado conforto	EEESMO R.R.
97	CC4	11/07/2020	0 dias	41s	Ensinos, verificar pega, avaliação, cuidado conforto	EEESMO R.R.
98	CC4	11/06/2020	0 dias	39s	Ensinos, verificar pega, cuidado conforto	EEESMO R.R.
99	CC4	12/07/2020	0 dias	39s	Ensinos, cuidado conforto	EEESMO R.R.
100	CC4	12/07/2020	0 dias	38s+2d	Ensinos, verificar pega, avaliação, cuidado conforto	EEESMO R.R.
101	CC4	14/07/2020	0 dias	40s+5d	Ensinos, verificar pega, avaliação, cuidado conforto	EEESMO R.R.
102	CC4	16/07/2020	0 dias	39s	Ensinos, verificar pega, avaliação, cuidado conforto	EEESMO R.R.
103	CC4	16/07/2020	0 dias	39s+5d	Ensinos, verificar pega, avaliação, cuidado conforto	EEESMO R.R.
104	CC4	19/07/2020	0 dias	39s+5d	Ensinos, cuidado conforto	EEESMO R.R.
105	CC4	26/07/2020	0 dias	38s+4d	Ensinos, verificar pega, avaliação, cuidado conforto	EEESMO R.R.
106	CC4	27/07/2020	0 dias	41s	Ensinos, avaliação, cuidado conforto	EEESMO R.R.
107	CC4	31/07/2020	0 dias	39s+4d	Ensinos, verificar pega, avaliação, cuidado conforto	EEESMO R.R.
108	CC4	31/07/2020	0 dias	41s	Ensinos, verificar pega, avaliação, cuidado conforto	EEESMO R.R.
109	CC4	03/08/2020	0 dias	40s+4d	Ensinos, verificar pega, avaliação, cuidado conforto	EEESMO R.R.
110	CC4	05/08/2020	0 dias	39s+6d	Ensinos, verificar pega, avaliação, cuidado conforto	EEESMO R.R.
111	CC4	05/08/2020	0 dias	40s	Ensinos, verificar pega, avaliação, cuidado conforto	EEESMO R.R.
112	CC4	05/08/2020	0 dias	40s+2d	Ensinos, verificar pega, avaliação, cuidado conforto	EEESMO R.R.
113	CC4	08/08/2020	0 dias	40s	Ensinos, verificar pega, avaliação, cuidado conforto	EEESMO R.R.
114	CC4	08/08/2020	0 dias	39s+5d	Ensinos, verificar pega, avaliação, cuidado conforto	EEESMO R.R.
115	CC4	11/08/2020	0 dias	40s+3d	Ensinos, verificar pega, avaliação, cuidado conforto	EEESMO R.R.

Nº	Local	Data	Idade	Idade Gestacional	Observações	Supervisor
116	CC4	11/08/2020	0 dias	37s+2d	Ensinos, verificar pega, avaliação, cuidado conforto	EEESMO R.R.
117	CC4	18/08/2020	0 dias	39s+1d	Ensinos, verificar pega, avaliação, cuidado conforto	EEESMO R.R.
118	CC4	20/08/2020	0 dias	37s+5d	Ensinos, verificar pega, avaliação, cuidado conforto	EEESMO R.R.

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

Nº	Local	Data	Idade	Idade Gestacional	Situação clínica	Observações	Supervisor
1	CC3	14/01/20	0 dias	35s+1d	Baixo peso, PPT, imaturidade	Observação do RN, colaboração com Neo na transferência	EEESMO A.N.
2	CC3	19/01/20	0 dias	39s+4d	Mãe DG; RN macrossômico, fetopatia diabética	Observação do RN, adm terapêutica, peso, cuidado conforto	EEESMO A.N.
3	CC3	22/01/20	0 dias	36s+3d	PPT, baixo peso	Observação do RN, adm terapêutica, peso, cuidado conforto	EEESMO A.N.
4	CC3	26/01/20	0 dias	37s+3d	Apresentação pélvica + GIG	Observação do RN, adm terapêutica, peso, cuidado conforto	EEESMO A.N.
5	CC4	13/02/20	0 dias	36s+1d	PPT; baixo peso, mãe pré-eclampsia	Observação RN, adm terapêutica, cuidado conforto, colaboração com NEO	EEESMO L.B.
6	CC4	03/03/20	0 dias	41s	Mãe HIV+	Observação do RN, adm terapêutica, peso, cuidado conforto	EEESMO L.B.
7	CC4	09/06/20	1 dia	36s+6d	RCIU, baixo peso	Observação do RN, adm terapêutica, peso, cuidado conforto	EEESMO R.R.
8	CC4	24/06/20	2 dias	37s+6d	Fototerapia	Observação do RN, peso, cuidado conforto, manutenção da técnica	EEESMO R.R.
9	CC4	02/07/2020	0 dias	40s	Baixo peso	Observação do RN, adm terapêutica, peso, cuidado conforto	EEESMO R.R.
10	CC4	04/07/2020	0 dias	39s+3d	Baixo Apgar (4)	Cuidados imediatos (colaboração)	EEESMO R.R.
11	CC4	07/07/2020	0 dias	39s+6d	Circular cervical apertada	Observação do RN, adm terapêutica, peso, cuidado conforto	EEESMO R. R.
12	CC4	19/07/2020	0 dias	35s	Pré-eclampsia materna	Observação do RN, adm terapêutica, peso, cuidado conforto	EEESMO R. R.

### ***Cuidados em situação de patologia obstétrica***

Data	Nº	Local	Cuidados	Supervisor
17/09/19	5	CC1	(colaboração e observação)	EEESMO M.G.
18/09/19	12	CC1	Av sinais vitais, CTG, adm terapêutica, ensinos	EEESMO M.G.
20/09/19	14	CC1	ABCF, CTG, toque, adm terapêutica, ensinos	EEESMO M.G.
26/09/19	14	CC1	ABCF, CTG, adm terapêutica, ensinos	EEESMO M.G.
27/09/19	15	CC1	ABCF, CTG, toque, adm terapêutica, transferência, admissão, registros	EEESMO M.G.
07/10/19	14	CC1	ABCF, CTG, toque, adm terapêutica, ensinos, registros	EEESMO C.M.
08/10/19	12	CC1	ABCF, CTG, toque, adm terapêutica, ensinos, registros	EEESMO C.M.
09/10/19	13	CC1	ABCF, CTG, alta, adm terapêutica, ensinos registros	EEESMO C.M.
11/10/19	11	CC1	ABCF, CTG, exame vaginal, adm terapêutica, alta, admissão	EEESMO C.M.
14/10/19	8	CC1	ABCF, CTG, alta, adm terapêutica	EEESMO C.M.
15/10/19	12	CC1	ABCF, CTG, admissão, alta, adm terapêutica, colheitas, registros, ensinos	EEESMO C.M.; EEESMO C.



17/10/19	7	CC1	ABCF, CTG, transferência, adm terapêutica, registros, act BSG, admissão, ensinos	EEESMO C.; EEESMO L.
24/10/19	12	CC1	ABCF, CTG, transferência, adm terapêutica, registros, act BSG, admissão	EEESMO C.M.
25/10/19	10	CC1	ABCF, CTG, transferência, adm terapêutica, registros, act BSG, admissão, alta, registros	EEESMO C.M.
14/12/19	2	CC3	ABCF, CTG, adm terapêutica, ensinos	EEESMO A.N.
06/01/20	4	CC3	ABCF, CTG, adm terapêutica, ensinos	EEESMO A.N.
09/01/20	2	CC3	ABCF, CTG, adm terapêutica, ensinos	EEESMO A.N.
16/01/20	4	CC3	CTG, av sinais vitais, ensinos	EEESMO A.N.
08/06/20	2	CC4	CTG, av sinais vitais, adm terapêutica, ensinos	EEESMO R.R.
09/06/20	1	CC4	CTG, av sinais vitais, ensinos (Covid + desc)	EEESMO R.R.
16/06/20	4	CC4	CTG, av sinais vitais, adm terapêutica, colheitas, ensinos	EEESMO R.R.
22/06/20	2	CC4	CTG, av sinais vitais, adm terapêutica, colheitas, cervicometria, ensinos	EEESMO R.R.
23/01/20	2	CC4	CTG, av sinais vitais, adm terapêutica, colheitas, cervicometria, ensinos	EEESMO R.R.
24/01/20	2	CC4	CTG, av sinais vitais, adm terapêutica, cervicometria, ensinos	EEESMO R.R.

### *Cuidados em situação de patologia ginecológica*

Nº	Local	Data	Idade	Situação/Cuidados	Supervisor
1	CC2	14/11/19	32	Histeroscopia	EEESMO S.P.
4	CC3	14/12/19	(35-42)	Ensinos, adm terapêutica, av sinais vitais, vigilância perdas, trat ferida cirúrgica	EEESMO A.N.
2	CC3	06/01/20	(33-39)	Ensinos, adm terapêutica, av sinais vitais, trat ferida cirúrgica	EEESMO A.N.
2	CC3	09/01/2020	(33-39)	Ensinos, adm terapêutica, av sinais vitais, vigilância perdas	EEESMO A.N.
3	CC4	20/02/2020	(29-41)	Ensinos, adm terapêutica, av sinais vitais, vigilância perdas	EEESMO L.B.
3	CC4	14/07/2020	25 anos	Curetagem. Adm terapêutica, vig sinais vitais	EEESMO L.B.
3	CC4	31/07/2020	34 anos	Remoção de pólipos do colo uterino	EEESMO L.B.
3	CC4	18/08/2020	41 anos	Curetagem. Adm terapêutica, av sinais vitais, vigilância perdas	EEESMO L.B.

### *Prática simulada*

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

### *Apêndice D: Jornais de Aprendizagem*

Jornal	Data	Local	Campo	Tema
1	30/09 a 06/10/2019	CC1	Internamento grávidas	Objeção de Consciência
2	07 a 13/10/2019	CC1	Internamento grávidas	Versão Externa
3	14 a 20/10/2019	CC1	Internamento grávidas	Vasa Prévia
4	21 a 27/10/2019	CC1	Internamento grávidas	Placenta Prévia
5	11 a 17/11/2019	CC2	Consultas Externas	Vigilância Gravidez
6	18 a 24/11/2019	CC2	Consultas Externas	Diagnóstico Pré-Natal
7	25/11 a 01/12/2019	CC2	Consultas Externas	Histeroscopia
8	02 a 08/12/2019	CC2	Consultas Externas	Amniocentese
9	06 a 12/01/2020	CC3	Bloco de Partos	Distocia de Ombros
10	13 a 19/01/2020	CC3	Bloco de Partos	Episiotomia e Episiorrafia
11	20 a 26/01/2020	CC3	Bloco de Partos	Indução do Trabalho de Parto
12	27 a 31/01/2020	CC3	Bloco de Partos	Direito à Contraceção
13	17 a 23/02/2020	CC4	Bloco de Partos	Monitorização Cardiotocografia
14	24/02 a 01/03/2020	CC4	Bloco de Partos	Prolapso do Cordão
15	02 a 08/03/2020	CC4	Bloco de Partos	Pré-eclampsia e eclampsia

## JA 1: Objeção de Consciência

# Jornal de Aprendizagem

Instrumento de registo semanal para Estudantes da UEESESJD

**Nome:** Maria da Conceição Carola e Fona

**Data:** 30/09/2019 a 06/10/2019

**Campo clínico:** CC1

**Local:** Consulta de IVG

## Editorial

Participei na consulta de IVG, tendo sido questionado se sou objetora de consciência. Não sou, estando em processo interno para compreensão das implicações de ser objetor nesta área.

Na consulta prestei cuidados à utente C.M., 35 anos de idade, caucasiana, portuguesa e solteira.

G2P1, 7s+5d, parto por cesariana, um filho do sexo masculino.

Vem sozinha, refere gravidez coincidente com tempo em que manteve relações sexuais com preservativo e este ficou preso na vagina. Recorreu ao vizinho, enfermeiro, para ajudar a retirá-lo pois “faz-me confusão mexer nestas partes” (SIC). Não realiza contraceção pois refere não ter relacionamento estável desde que se separou.

Expliquei a importância de realizar contraceção mesmo não existindo uma relação estável, validei a utilização do preservativo e abordei a contraceção pós IVG. Aceitou a colocação de implante hormonal subcutâneo.

Fiz ensinamentos sobre os procedimentos da IVG e o método a utilizar. C.M. questionou a não utilização do método cirúrgico. Esclareci que o método utilizado nesta consulta é o que apresenta menos riscos e complicações, nomeadamente de fertilidade, a longo prazo.

Pareceu-me receptiva aos ensinamentos e aceitou os termos propostos. Manteve-se atenta, bem-disposta e conversadora. Percebi que queria resolver a situação rapidamente, sem envolvimento emocional.

Considero que fui explícita, correta e disponível para esclarecer questões. Mantive presente o Art.º 81ª, alínea e) do Código Deontológico do Enfermeiro “abster-se de juízos de valor sobre o comportamento da pessoa assistida e não lhe impor os seus próprios critérios e valores no âmbito da consciência e da filosofia de vida.”

## Atividades Semanais

Esta semana foi vocacionada ao atendimento de grávidas em ambulatório. Participei na consulta pré-natal, onde além da avaliação da grávida e do bem-estar fetal (CTG ou ABCF) realicei ensinamentos relativos à fase da gestação e do pós-parto, entreguei material informativo e efetuei a atualização do BSG. Realizei alguns registos no programa informático do hospital, com supervisão.

Na consulta inicial de IVG realicei entrevista às grávidas, ensino e esclarecimento de dúvidas sobre o procedimento e apoio na decisão do método contraceptivo a adotar. Realizei registos no processo da utente.

Na consulta de IVG (procedimento) administrei terapêutica às grávidas, fiz reforço dos ensinamentos, esclareci dúvidas e prestei apoio emocional.

## Desenvolvimento de Competências

Cons.	Atividades desenvolvidas (OE, 2015)	Critério de avaliação (OE, 2019)	Competência Desenvolvida (OE, 2019)
Pré-natal	<ul style="list-style-type: none"><li>- Entrevista: identificação, história pessoal e familiar, hábitos, cálculo da IG e DPP;</li><li>- Preenchimento e atualização do BSG;</li><li>- Observação dos exames realizados (análises e ecografias);</li><li>- Peso (aumento ponderal), tensão arterial e observação de edemas;</li><li>- Auscultação dos BCF;</li><li>- Medicação do AFU e do perímetro abdominal (a partir das 27 semanas);</li><li>- Orientação para a vacina anti tétano/difteria e da tosse convulsa;</li><li>- Confirmação de fator RH das grávidas e do cônjuge;</li><li>- Administração de imunoglobulina anti-D;</li><li>- Ensinamentos sobre comportamentos saudáveis;</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>2.1.3 — Diagnostica e monitoriza a gravidez.</li><li>2.1.5 — Informa e orienta sobre estilos de vida saudáveis na gravidez.</li><li>2.1.6 — Promove a decisão esclarecida no âmbito da saúde pré-natal, facultando informação à grávida sobre recursos disponíveis na comunidade.</li><li>2.2.1 — Informa e orienta a grávida e conviventes significativos sobre os sinais e sintomas de risco.</li><li>2.2.6 — Avalia bem-estar materno-fetal pelos meios clínicos e técnicos apropriados.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>2.1 — Promove a saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento;</li><li>2.2 — Diagnostica precocemente e previne complicações na saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento.</li><li>2.3 — Providencia cuidados à mulher e facilita a sua adaptação, durante o período pré-natal e em situação de abortamento.</li></ul>

	- Orientação da grávida para indução do trabalho de parto às 41 semanas.		
IVG	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entrevista: identificação, história pessoal e familiar, hábitos, cálculo da IG e DPP;</li> <li>- Observação dos exames realizados (análises e ecografias);</li> <li>- Aconselhamento/Informações gerais suportadas por informação escrita;</li> <li>- Apoio na tomada de decisão;</li> <li>- Confirmação de fator RH das grávidas e do cônjuge;</li> <li>- Administração de imunoglobulina anti-D e terapêutica antiemética.</li> <li>- Ensino sobre métodos contraceptivos.</li> </ul>	<p>2.1.2 — Informa e orienta a mulher sobre sexualidade e contraceção no período pós-aborto.</p> <p>2.1.4 — Promove a decisão esclarecida no âmbito da interrupção voluntária da gravidez, informando e orientando para os recursos disponíveis na comunidade.</p> <p>2.2.1 — Informa e orienta a grávida e conviventes significativos sobre os sinais e sintomas de risco.</p>	

## Fontes de Pesquisa

Ordem dos Enfermeiros (2005). Código Deontológico dos Enfermeiros. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

Ordem dos Enfermeiros (2015). *Livro de Bolso Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica/Parteiras*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

Ordem dos Enfermeiros (2019). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Regulamento nº391/2019. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

Plataforma Portuguesa para os Direitos das Mulheres (2015). *Objeção de Consciência de Profissionais de Saúde e a IVG*. Lisboa. Consultado em <http://plataformamulheres.org.pt/site/wp-content/ficheiros/2015/07/PpDM-posicao-IVG-Objeccao-consciencia-profissionais-saude-13Julho.pdf>, a 13-10-2019

## JA 2: Versão Externa

### Jornal de Aprendizagem

Instrumento de registo semanal para Estudantes da UEESESJD

**Nome:** Maria da Conceição Carola e Fona

**Data:** 07/10/2019 a 13/10/2019

**Campo clínico:** CC1

**Local:** Internamento de Medicina Materno-Fetal

#### Editorial

Esta semana realizei o acolhimento à grávida D.L. de 38 anos, portuguesa, caucasiana, acompanhada pelo marido, para realização de uma versão externa. G3P2, feto em apresentação pélvica as 37s+5d de gestação. Segundo Graça e Clode (2017), a VE é a única intervenção com nível 1 de evidencia na redução da taxa de cesarianas.

Expliquei o procedimento, respondi às dúvidas colocadas e verifiquei a assinatura do consentimento informado. O casal pareceu esclarecido, sentindo-se à vontade para colocar questões. D.L. mostrou-se receptiva ao reforço positivo e entender os possíveis riscos e desconfortos.

Colaborei na realização dos procedimentos prévios (avaliação sinais vitais, bem-estar materno e fetal e administração de salbutamol em perfusão EV).

O procedimento foi executado pela médica, com a presença de duas enfermeiras.

Para a grávida foi sofrível, a dor e o desconforto estiveram visíveis. Tentei confortá-la com palavras de encorajamento, enquanto guiava o posicionamento dos membros.

Para mim foi maravilhoso ver a rotação completa dos polos fetais. É uma manobra complexa, que exige conhecimento, habilidade e força. Neste caso teve sucesso, com a mãe o feto a deixarem o serviço após verificação prolongada do bem-estar de ambos.

Muito agradei ao casal e à médica a possibilidade de presenciar esta técnica tão curiosa quanto antiga, que contribui para a diminuição dos partos cirúrgicos. Segundo Zhang (1993), citado por Graça e Clode (2017) a utilização da VE baixa as taxas de cesariana por apresentação pélvica de 83,2% para 36,7%.

#### Atividades Semanais

Esta semana mudei de orientadora, causando-me alguma instabilidade. Ocorreu a reunião de avaliação intermédia que validou a minha autoavaliação.

A prestação dos cuidados incidiu nas grávidas com patologia/alto risco.

Realizei avaliação do bem-estar materno e fetal (ABCF e CTG), administrei terapêutica, realizei toque vaginal, fiz colheita de amostras e realizei ensinios.

Colaborei em processos de admissão, alta e transferência de grávidas para o bloco de partos.

Colaborei com a equipa médica na observação/avaliação das grávidas e em procedimentos como colocação de cateter para dilatação cervical e versão externa.

Em conjunto com uma colega realizei a admissão de uma grávida de 33s com FM.

Realizei registos no processo informático, com supervisão. Sinto-me mais integrada na equipa, autónoma na gestão do tempo e confiante na tomada de decisão.

#### Desenvolvimento de Competências

	Atividades desenvolvidas (OE, 2015)	Critério de avaliação (OE, 2019)	Competência Desenvolvida (OE,2019)
Internamento Medicina Materno-Fetal/ Grávidas alto risco	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Observação dos exames realizados (análises e ecografias);</li> <li>- Peso (aumento ponderal), tensão arterial e observação de edemas;</li> <li>- Auscultação dos BCF;</li> <li>- Avaliação do bem-estar fetal (CTG)</li> <li>- Avaliar sinais ou sintomas de desvio à gravidez normal ou de inadaptação à gravidez que possam afetar a mãe e o feto;</li> <li>- Orientação para a vacina anti tétano/difteria e da tosse convulsa;</li> <li>- Administração de imunoglobulina anti-D;</li> <li>- Ensinios sobre comportamentos saudáveis;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>2.1.5 — Informa e orienta sobre estilos de vida saudáveis na gravidez.</li> <li>2.1.6 — Promove a decisão esclarecida no âmbito da saúde pré-natal, facultando informação à grávida sobre recursos disponíveis na comunidade.</li> <li>2.1.10 — Promove o plano de parto, aconselha e apoia a mulher na decisão.</li> <li>2.2.2 — Identifica e monitoriza saúde materno-fetal pelos meios clínicos e técnicos apropriados.</li> <li>2.2.5 — Identifica e monitoriza desvios ao padrão de adaptação à gravidez, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação.</li> <li>2.2.6 — Avalia bem-estar materno-fetal pelos meios clínicos e técnicos apropriados.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>2.1 — Promove a saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento;</li> <li>2.2 — Diagnostica precocemente e previne complicações na saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento.</li> <li>2.3 — Providencia cuidados à mulher e facilita a sua adaptação, durante o período pré-natal e em situação de abortamento</li> </ul>

	<p>- Incentivo para a amamentação;</p>	<p>2.2.8 — Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções com a finalidade de potenciar uma gravidez saudável</p> <p>2.3.1 — Informa e orienta sobre medidas de suporte para alívio dos desconfortos da gravidez.</p> <p>2.3.3 — Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez.</p> <p>.3.4 — Cooperar com outros profissionais no tratamento da mulher com complicações da gravidez, ainda que com patologia associada e/ou concomitante.</p>	
--	--	---	--

#### Fontes de Pesquisa

Ordem dos Enfermeiros (2015). *Livro de Bolso Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica/Parteiras*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

Ordem dos Enfermeiros (2019). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia*. Regulamento nº391/2019. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

Graça, L.M. e Colaboradores (2017). *Medicina Materno-Fetal*. 5ª Edição. Lisboa: Lidel.

### JA 3: Vasa Prévia

#### Jornal de Aprendizagem

Instrumento de registo semanal para Estudantes da UEESESJD

**Nome:** Maria da Conceição Carola e Fona

**Data:** 14/10/2019 a 20/10/2019

**Campo clínico:** CC1 **Local:** Internamento de Medicina Materno-Fetal e Consulta de Alto Risco

#### Editorial

Situação peculiar esta semana foi transferir a gestante S.P. ao bloco de partos para cesariana eletiva. S.P., 34 anos, G1P0, portuguesa, caucasiana, internada desde o início do estágio com diagnóstico de vasa prévia (inserção velamentosa anterior da placenta) e diabetes gestacional do 2º trimestre. Segundo Areia (2017), vasa prévia é uma causa de hemorragia anteparto rara, por existir uma inserção velamentosa do cordão umbilical, com vasos placentários a passar sobre o orifício do colo e dita o parto por cesariana. O internamento tinha como objetivo a prevenção da hemorragia e o controlo metabólico. Fiz ensinios sobre alimentação da grávida e contagem de HC, com o objetivo de melhor controlo glicémico. Ensinei a importância de não estimular o TP, o que obrigaria a medidas farmacológicas ou a cesariana emergente (DGS, 2015). Realizei relação de ajuda (Mendes, 2006) pois percebi a revolta de não ter um parto eutócico, importante para a construção do seu papel de mãe. Esta percebeu o risco para si e para a bebé e sinto que se resignou. Prestei os cuidados anteriores à transferência. No elevador deu-me a mão e pediu: “Venha comigo! O meu marido não pode e quero comigo alguém...” Eu sabia que não podia, mas queria. Não tive coragem de pedir para me deixarem assistir, entendo as regras de funcionamento dos serviços. Uma hora depois o marido de S.P. veio ao serviço anunciar que a Yasmin tinha nascido e tudo correria bem. Felicidades à nova família!

#### Atividades Semanais

Esta semana manteve a orientação da Enfª C. A prestação dos cuidados incidiu nas grávidas com patologia/alto risco. Realizei avaliação do bem-estar materno e fetal (ABCF e CTG), administrei terapêutica, realizei toque vaginal, fiz colheita de amostras e realizei ensinios. Colaborei em processos de admissão, alta e transferência de grávidas para o bloco de partos. Colaborei com a equipa médica na observação/avaliação das grávidas. Ocorreu uma situação em que cumpri uma indicação médica, mas fui alertada para a possibilidade do ESMO, no âmbito das suas competências, questionar a decisão (término de um CTG não tranquilizador). Na consulta de alto risco avalei sinais vitais, dados antropométricos (perímetro abdominal, AFU), efetuei ABCF e CTG, atualização do BSG e fiz ensinios. Realizei registos no processo informático, com supervisão. Sinto-me bem integrada na equipa, autónoma na gestão do tempo e atividades a realizar e confiante na tomada de decisão.

#### Desenvolvimento de Competências

	Atividades desenvolvidas (OE, 2015)	Critério de avaliação (OE, 2019)	Competência Desenvolvida (OE,2019)
Internamento Medicina Materno-Fetal/ Consulta grávidas alto risco	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entrevista: identificação, história pessoal e familiar, hábitos, cálculo da IG e DPP;</li> <li>- Observação dos exames realizados (análises e ecografias);</li> <li>- Peso (aumento ponderal), tensão arterial e observação de edemas;</li> <li>- Auscultação dos BCF;</li> <li>- Avaliação do bem-estar fetal (CTG)</li> <li>- Avaliar sinais ou sintomas de desvio à gravidez normal ou de inadaptação à gravidez que possam afetar a mãe e o feto;</li> <li>- Orientação para a vacina anti tétano/difteria e da tosse convulsa;</li> <li>- Administração de imunoglobulina anti-D;</li> <li>- Ensinios sobre comportamentos saudáveis;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>2.1.5 — Informa e orienta sobre estilos de vida saudáveis na gravidez.</li> <li>2.1.6 — Promove a decisão esclarecida no âmbito da saúde pré-natal, facultando informação à grávida sobre recursos disponíveis na comunidade.</li> <li>2.1.10 — Promove o plano de parto, aconselha e apoia a mulher na decisão.</li> <li>2.2.1 — Informa e orienta a grávida e conviventes significativos sobre os sinais e sintomas de risco.</li> <li>2.2.2 — Identifica e monitoriza saúde materno-fetal pelos meios clínicos e técnicos apropriados.</li> <li>2.2.4 — Identifica e monitoriza desvios à gravidez fisiológica,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>2.1 — Promove a saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento;</li> <li>2.2 — Diagnostica precocemente e previne complicações na saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento.</li> <li>2.3 — Providencia cuidados à mulher e facilita a sua adaptação, durante o período pré-natal e em situação de abortamento</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Incentivo para a amamentação;</li> <li>- Aconselhamento/Informações gerais suportadas por informação escrita;</li> </ul>	<p>referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação.</p> <p>2.2.5 — Identifica e monitoriza desvios ao padrão de adaptação à gravidez, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação.</p> <p>2.2.6 — Avalia bem-estar materno-fetal pelos meios clínicos e técnicos apropriados.</p> <p>2.2.8 — Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções com a finalidade de potenciar uma gravidez saudável</p> <p>2.3.1 — Informa e orienta sobre medidas de suporte para alívio dos desconfortos da gravidez.</p> <p>2.3.3 — Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez.</p> <p>2.3.4 — Cooperar com outros profissionais no tratamento da mulher com complicações da gravidez, ainda que com patologia associada e/ou concomitante.</p>	
<b>Fontes de Pesquisa</b>		
<p>Areia, A.L. (2017) Hemorragias do segundo e do terceiro trimestres da gravidez. In Luís Mendes da Graça e Colaboradores, <i>Medicina Materno-Fetal</i> (pp-315-325). 5ª Edição. Lisboa: Lidel.</p> <p>DGS (2015). <i>Registo de Indicações de Cesariana</i>. Norma 001/2015. Lisboa: DGS. Disponível em: <a href="https://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/DGS_001_2015%2001.2015.pdf">https://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/DGS_001_2015%2001.2015.pdf</a></p> <p>Mendes, J.M.G. (2006). A relação de Ajuda: um instrumento no processo de cuidados de enfermagem. <i>Revista de Formação Continua em Enfermagem</i>, 36, Janeiro-Junho 2006, 71-77.</p> <p>Ordem dos Enfermeiros (2015). <i>Livro de Bolso Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica/Parteiras</i>. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.</p> <p>Ordem dos Enfermeiros (2019). <i>Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia</i>. Regulamento nº391/2019. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros</p>		



## JA 4: Placenta prévia

### Jornal de Aprendizagem

Instrumento de registo semanal para Estudantes da UEESESJD

**Nome:** Maria da Conceição Carola e Fona

**Data:** 21/10/2019 a 27/10/2019

**Campo clínico:** CC1 **Local:** Internamento de Medicina Materno-Fetal e Consulta de Alto Risco

#### Editorial

Relato a situação de S.P., 42 anos, G4P2, duas cesarianas (2014, 2018), internada desde o início do estágio com o diagnóstico de hemorragia do 3º trimestre e placenta prévia total. Placenta prévia é aquela que se implanta sobre o orifício cervical interno, causando hemorragia aquando da dilatação ou apagamento do colo. Cesariana anterior aumenta a incidência deste fenómeno (Graça, 2017). Por internamento prolongado S.P. apresenta humor deprimido, solicitando cuidados de enfermagem para queixas inespecíficas. Referiu arritmia, cardiologia não realizou diagnóstico; odontalgia, ORL que não valorizou; obstipação, alternada com períodos de diarreia por excesso de medicação. Na noite de 21 teve perdas hemáticas vaginais, sem registo de contratilidade uterina. Com 36s de gestação e concluído o ciclo de maturação pulmonar, houve indicação para cesariana urgente. A ecografia prévia revelou uma placenta acreta, uma das maiores complicações da placenta prévia, segundo Areia (2017). A indicação passou a colocação de stent nas artérias femorais, seguida de cesariana e posterior histerectomia, sendo esta a medida terapêutica preferível nestas situações (Areia, 2017). Pela partilha da equipa médica a intervenção foi complexa, mas decorreu de forma linear. S.P. verbalizou não pretender mais filhos, mas ficar sem útero não era opção. Deixou de comunicar e solicitar cuidados. Marcou-me ter partilhado que poderia ser diferente se tivessem valorizado as queixas, mesmo após tudo lhe ter sido explicado pela equipa médica e não haver relação causal. Sei que nada teria sido diferente, mas também eu senti revolta, devido aos laços criados com S.P. Sei hoje que está bem, em casa, com os seus três filhos.

#### Atividades Semanais

A prestação dos cuidados incidu nas grávidas com patologia/alto risco. Realizei avaliação do bem-estar materno e fetal (ABCF e CTG), administrei terapêutica, realizei toque vaginal, fiz colheitas e realizei ensinamentos. Colaborei em processos de admissão, alta e transferência de grávidas para o bloco de partos. Colaborei com a equipa médica na observação/avaliação de grávidas. Na consulta de alto risco avalei sinais vitais, dados antropométricos (perímetro abdominal, AFU), efetuei ABCF e CTG, atualização do BSG e fiz ensinamentos. Realizei registos no processo informático, com supervisão. Sinto-me completamente integrada na equipa, autónoma na gestão do tempo e atividades a realizar e confiante na tomada de decisão. Decorreu a avaliação final, que traduziu bons resultados. Considero ter atingido os objetivos propostos. Atingi um nível satisfatório de desenvolvimento pessoal, o que muito agradeço.

#### Desenvolvimento de Competências

	Atividades desenvolvidas (OE, 2015)	Critério de avaliação (OE, 2019)	Competência Desenvolvida (OE,2019)
Internamento Medicina Materno-Fetal/ Consulta grávidas alto risco	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entrevista: identificação, história pessoal e familiar, hábitos, cálculo da IG e DPP;</li> <li>- Observação dos exames realizados (análises e ecografias);</li> <li>- Peso (aumento ponderal), tensão arterial e observação de edemas;</li> <li>- Auscultação dos BCF;</li> <li>- Avaliação do bem-estar fetal (CTG)</li> <li>- Avaliar sinais ou sintomas de desvio à gravidez normal ou de inadaptação à gravidez que possam afetar a mãe e o feto;</li> </ul>	<p>2.1.5 — Informa e orienta sobre estilos de vida saudáveis na gravidez.</p> <p>2.1.6 — Promove a decisão esclarecida no âmbito da saúde pré-natal, facultando informação à grávida sobre recursos disponíveis na comunidade.</p> <p>2.1.10 — Promove o plano de parto, aconselha e apoia a mulher na decisão.</p> <p>2.2.1 — Informa e orienta a grávida e conviventes significativos sobre os sinais e sintomas de risco.</p> <p>2.2.2 — Identifica e monitoriza saúde materno-fetal pelos meios clínicos e técnicos apropriados.</p>	<p>2.1 — Promove a saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento;</p> <p>2.2 — Diagnostica precocemente e previne complicações na saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento.</p> <p>2.3 — Providencia cuidados à mulher e facilita a sua adaptação, durante o período pré-natal e em situação de abortamento</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Orientação para a vacina anti tétano/difteria e da tosse convulsa;</li> <li>- Administração de imunoglobulina anti-D;</li> <li>- Ensinos sobre comportamentos saudáveis;</li> <li>- Incentivo para a amamentação;</li> <li>-</li> </ul> <p>Aconselhamento/Informações gerais suportadas por informação escrita;</p>	<p>2.2.4 — Identifica e monitoriza desvios à gravidez fisiológica, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação.</p> <p>2.2.5 — Identifica e monitoriza desvios ao padrão de adaptação à gravidez, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação.</p> <p>2.2.6 — Avalia bem-estar materno-fetal pelos meios clínicos e técnicos apropriados.</p> <p>2.2.8 — Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções com a finalidade de potenciar uma gravidez saudável</p> <p>2.3.1 — Informa e orienta sobre medidas de suporte para alívio dos desconfortos da gravidez.</p> <p>2.3.3 — Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez.</p> <p>2.3.4 — Cooperar com outros profissionais no tratamento da mulher com complicações da gravidez, ainda que com patologia associada e/ou concomitante.</p>	
--	--	--	--

#### Fontes de Pesquisa

Areia, A.L. (2017) Hemorragias do segundo e do terceiro trimestres da gravidez. In Luís Mendes da Graça e Colaboradores, *Medicina Materno-Fetal* (pp-315-325). 5ª Edição. Lisboa: Lidel.

Graça, L.M. e Colaboradores (2017). *Medicina Materno-Fetal*. 5ª Edição. Lisboa: Lidel.

Ordem dos Enfermeiros (2015). *Livro de Bolso Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica/Parteiras*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2019). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia*. Regulamento nº391/2019. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

## JA 5: Vigilância gravidez

### Jornal de Aprendizagem

Instrumento de registo semanal para Estudantes da UEESESJD

**Nome:** Maria da Conceição Carola e Fona

**Data:** 11/11/2019 a 17/11/2019

**Campo clínico:** CC2

**Local:** Consultas Externas

#### Editorial

Relato a situação de Q.D. de 27 anos, africana, G3P2, em Portugal há 1 ano. Vem referenciada pelo C.S. para consulta de Peri parto com a datação de 37s+5d. Esta consulta é da responsabilidade do enfermeiro especialista e integra a grávida nos cuidados hospitalares. São validadas as informações do BSG (análises, exames, história pessoal e familiar), são feitos ensinamentos e pode haver encaminhamento para indução. Q.D. surge na consulta sem BSG, com três ecografias, algumas análises e registo da vacina do tétano. Pelo Despacho nº 1/91 de 1 de fevereiro, todas as grávidas têm direito a posse de um BSG corretamente preenchido. Questionou-se o C.S. e foi devolvido que não tinham boletins. Iniciamos consulta com entrevista, historial pessoal e obstétrica, antecedentes, mas Q.D. fala pouco.... Pela eco do 1ºT (às 9s), estaria de 33s, pela do 2ºT estaria de 35s. Refere que irá ter o bebé no Natal! A ecografia do 1º T é idealmente realizada as 11-13s+6d e determina a idade gestacional definitiva (PNVGBR, 2015). Sem registo de vigilância, desconhecendo o real tempo de gestação e sem resultados analíticos adequados (grupo sanguíneo), concluímos estar perante uma gravidez de risco e encaminhamos a grávida ao SUOG. Q.D. chora, percebe que algo não está bem. Explico que aparentemente está tudo bem, não depende dela, mas devo ter a certeza de que não correm riscos. Pergunta se a culpa é dela. Explico que não. Gostaria de ter tido tempo para explicar que frui do seu direito a engravidar, mas não de outros inerentes.

#### Atividades Semanais

A prestação dos cuidados incidiu nas grávidas na situação de peri parto e de IVG. Na consulta de peri parto realizei avaliação do bem-estar materno e fetal (CTG), avalei sinais vitais e AFU, realizei entrevista e ensinamentos, fiz toque vaginal, colheitas (sangue e exsudados) e realizei a atualização do BSG. Na consulta de GND (gravidez não desejada) realizei entrevista, ensinamentos, administração de terapêutica (per os e intramuscular), fiz ecografia (guiada pela orientadora) e auxiliiei na colocação do DIU. Observei uma colposcopia com secção de septo uterino. Participei numa reunião de trabalho para articulação entre CSD e CSD, promovida pelo HGO com o tema da contraceção e IVG. Participei no curso de preparação para o aleitamento materno (uma sessão semanal). Sinto-me integrada e acolhida na equipa, autónoma na gestão do tempo e atividades e confiante na tomada de decisão.

#### Desenvolvimento de Competências

	Atividades desenvolvidas (OE, 2015)	Critério de avaliação (OE, 2019)	Competência Desenvolvida (OE, 2019)
Consultas Externas Serviço Obstetria HGO	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entrevista: identificação, história pessoal e familiar, hábitos, cálculo da IG e DPP;</li> <li>- Preenchimento do BSG;</li> <li>- Observação dos exames realizados (análises e ecografias);</li> <li>- Avaliação do risco;</li> <li>- Peso (aumento ponderal), tensão arterial e observação de edemas;</li> <li>- Auscultação dos BCF;</li> <li>- Avaliação do bem-estar fetal (CTG);</li> <li>- Avaliação da altura do fundo do útero;</li> <li>- Exame sumário de urina com fita-teste;</li> <li>- Avaliar sinais ou sintomas de desvio à gravidez normal ou de inadaptação à gravidez que possam afetar a mãe e o feto;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>2.1.2 — Informa e orienta a mulher sobre sexualidade e contraceção no período pós-aborto.</li> <li>2.1.4 — Promove a decisão esclarecida no âmbito da interrupção voluntária da gravidez, informando e orientando para os recursos disponíveis na comunidade</li> <li>2.1.5 — Informa e orienta sobre estilos de vida saudáveis na gravidez.</li> <li>2.1.6 — Promove a decisão esclarecida no âmbito da saúde pré-natal, facultando informação à grávida sobre recursos disponíveis na comunidade.</li> <li>2.1.9 — Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projetos e intervenções de promoção do aleitamento materno.</li> <li>2.1.10 — Promove o plano de parto, aconselha e apoia a mulher na decisão.</li> <li>2.2.1 — Informa e orienta a grávida e conviventes significativos sobre os sinais e sintomas de risco.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>2.1 — Promove a saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento;</li> <li>2.2 — Diagnostica precocemente e previne complicações na saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento.</li> <li>2.3 — Providencia cuidados à mulher e facilita a sua adaptação, durante o período pré-natal e em situação de abortamento</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Orientação para a vacina anti tétano/difteria e da tosse convulsa;</li> <li>- Administração de imunoglobulina anti-D;</li> <li>- Ensinos sobre comportamentos saudáveis;</li> <li>- Incentivo para a amamentação;</li> <li>- Aconselhamento/Informações gerais suportadas por informação escrita;</li> <li>- Pesquisa de Estreptococos do grupo B entre as 35-37 semanas, de acordo com a norma da DGS;</li> <li>- Orientação da grávida para indução do trabalho de parto as 41 semanas;</li> <li>- Colheita de sangue para avaliação analítica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>2.2.2 — Identifica e monitoriza saúde materno-fetal pelos meios clínicos e técnicos apropriados.</li> <li>2.2.3 — Prescreve exames auxiliares de diagnóstico necessários à deteção de gravidez de risco.</li> <li>2.2.4 — Identifica e monitoriza desvios à gravidez fisiológica, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação.</li> <li>2.2.5 — Identifica e monitoriza desvios ao padrão de adaptação à gravidez, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação.</li> <li>2.2.6 — Avalia bem-estar materno-fetal pelos meios clínicos e técnicos apropriados.</li> <li>2.2.8 — Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções com a finalidade de potenciar uma gravidez saudável</li> <li>2.2.9 — Identifica e monitoriza trabalho de abortamento.</li> <li>2.2.10 — Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções com a finalidade de potenciar a saúde da mulher durante o abortamento e após o aborto.</li> <li>2.2.11 — Identifica complicações pós-aborto, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação.</li> <li>2.3.1 — Informa e orienta sobre medidas de suporte para alívio dos desconfortos da gravidez.</li> <li>2.3.3 — Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez.</li> <li>2.3.4 — Cooperar com outros profissionais no tratamento da mulher com complicações da gravidez, ainda que com patologia associada e/ou concomitante.</li> <li>2.3.7 — Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com complicações pós-aborto.</li> <li>2.3.8 — Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de apoio à mulher, incluindo conviventes significativos, durante o período de luto em caso de abortamento.</li> <li>2.3.9 — Cooperar com outros profissionais no tratamento da mulher com complicações pós-aborto.</li> </ul>	
<p><b>Fontes de Pesquisa</b></p>		
<p>DGS (2001). <i>Circular Informativa: Boletim de Saúde da Grávida</i>. Lisboa: Ministério da Saúde  DGS (2015). Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco. Lisboa: Ministério da Saúde  Ordem dos Enfermeiros (2015). <i>Livro de Bolso Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica/Parteiras</i>. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.  Ordem dos Enfermeiros (2019). <i>Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia</i>. Regulamento nº391/2019. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros</p>		

## JA 6: Diagnóstico Pré-Natal

**Nome:** Maria da Conceição Carola e Fona

**Data:** 18/11/2019 a 24/11/2019

**Campo clínico:** CC2

**Local:** Consultas Externas

### Editorial

Em consulta de Idade Materna recebi M.R., 44 anos, africana, G4P3, 17s de gestação. Realizara rastreio combinado do 1º trimestre, onde marcadores são avaliados (TN, osso nasal, FCF, doseamento de HCG livre e PAPP-A no sangue materno), que permitem determinar a existência de uma aneuploidia (Carvalho e Santo, 2017 in Graça). Este rastreio permite uma taxa de deteção da trissomia 21 de cerca de 90% com uma taxa de falsos positivos de 5% (Graça 2017). Revelara um risco aumentado para trissomias. Por DPN entende-se todas as atividades pré-natais que tem como objetivo o diagnóstico de um defeito congénito (OMS, 1982). Neste âmbito fora-lhe proposta a realização de uma amniocentese. Após esta M.R. veio saber o resultado. Aguardava desde as 10h. Entrou e questionou o tempo de espera, o porquê daquela consulta: não queria falar com as enfermeiras, só com a médica! Expliquei que pretendia comunicar o resultado da amniocentese. O filho teria trissomia 21, síndrome de Down. “-Qual deles!?” Expliquei que são nomes diferentes para a mesma situação, descrevi as características principais destas crianças. Mostrei o resultado escrito. “-Não pode ser! Não há meninos desses na minha família, na minha aldeia.” Retorqui que não é uma questão hereditária ou contagiosa. Que depende de vários fatores, um deles a idade materna. Disse-lhe que podia decidir continuar a gravidez, ou não... Levantou-se, falou alto e exigiu ver a médica, africana também. Encaminhei-a: soube posteriormente que decidiu manter a gravidez, negando sempre o diagnóstico. Lamento não ter conseguido estabelecer relação nesta situação complexa, mas aceito a decisão materna.

### Atividades Semanais

Na consulta de Periparto e MMF realizei avaliação do bem-estar materno e fetal (CTG e ABCF), avalei sinais vitais, realizei entrevista e ensinamentos, fiz toque vaginal, colheitas (sangue) e realizei a atualização do BSG. Na consulta de GND realizei entrevista, ensinamentos, administração de terapêutica (per os e intramuscular), fiz ecografia (guiada pela orientadora) e coloquei três DIU'S. Realizei registos no processo informático, com supervisão. Fiz encaminhamento de utentes e agendamento de consultas. Participei em mais uma sessão do curso de preparação para o aleitamento materno. Sinto-me bem integrada na equipa, aceite, autónoma, confiante e apoiada na tomada de decisão e no desenvolvimento das competências.

### Desenvolvimento de Competências

	Atividades desenvolvidas (OE, 2015)	Critério de avaliação (OE, 2019)	Competência Desenvolvida (OE,2019)
Consultas Externas Serviço Obstetrícia HGO	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entrevista: identificação, história pessoal e familiar, hábitos, cálculo da IG e DPP;</li> <li>- Preenchimento do BSG;</li> <li>- Observação dos exames realizados (análises e ecografias);</li> <li>- Avaliação do risco;</li> <li>- Peso (aumento ponderal), tensão arterial e observação de edemas;</li> <li>- Auscultação dos BCF;</li> <li>- Avaliação do bem-estar fetal (CTG);</li> <li>- Avaliação da altura do fundo do útero;</li> <li>- Exame sumário de urina com fita-teste;</li> <li>- Avaliar sinais ou sintomas de desvio à gravidez normal ou de inadaptação à gravidez que possam afetar a mãe e o feto;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>2.1.2 — Informa e orienta a mulher sobre sexualidade e contraceção no período pós-aborto.</li> <li>2.1.4 — Promove a decisão esclarecida no âmbito da interrupção voluntária da gravidez, informando e orientando para os recursos disponíveis na comunidade</li> <li>2.1.5 — Informa e orienta sobre estilos de vida saudáveis na gravidez.</li> <li>2.1.6 — Promove a decisão esclarecida no âmbito da saúde pré-natal, facultando informação à grávida sobre recursos disponíveis na comunidade.</li> <li>2.1.9 — Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projetos e intervenções de promoção do aleitamento materno.</li> <li>2.1.10 — Promove o plano de parto, aconselha e apoia a mulher na decisão.</li> <li>2.2.1 — Informa e orienta a grávida e conviventes significativos sobre os sinais e sintomas de risco.</li> <li>2.2.2 — Identifica e monitoriza saúde materno-fetal pelos meios clínicos e técnicos apropriados.</li> <li>2.2.3 — Prescreve exames auxiliares de diagnóstico necessários à deteção de gravidez de risco.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>2.1 — Promove a saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento;</li> <li>2.2 — Diagnostica precocemente e previne complicações na saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento.</li> <li>2.3 — Providencia cuidados à mulher e facilita a sua</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Orientação para a vacina anti tétano/difteria e da tosse convulsa;</li> <li>- Administração de imunoglobulina anti-D;</li> <li>- Ensinos sobre comportamentos saudáveis;</li> <li>- Incentivo para a amamentação;</li> <li>- Aconselhamento/Informações gerais suportadas por informação escrita;</li> <li>- Pesquisa de Estreptococos do grupo B entre as 35-37 semanas, de acordo com a norma da DGS;</li> <li>- Orientação da grávida para indução do trabalho de parto as 41 semanas;</li> <li>- Colheita de sangue para avaliação analítica.</li> </ul>	<p>2.2.4 — Identifica e monitoriza desvios à gravidez fisiológica, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação.</p> <p>2.2.5 — Identifica e monitoriza desvios ao padrão de adaptação à gravidez, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação.</p> <p>2.2.6 — Avalia bem-estar materno-fetal pelos meios clínicos e técnicos apropriados.</p> <p>2.2.8 — Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções com a finalidade de potenciar uma gravidez saudável</p> <p>2.2.9 — Identifica e monitoriza trabalho de abortamento.</p> <p>2.2.10 — Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções com a finalidade de potenciar a saúde da mulher durante o abortamento e após o aborto.</p> <p>2.2.11 — Identifica complicações pós-aborto, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação.</p> <p>2.3.1 — Informa e orienta sobre medidas de suporte para alívio dos desconfortos da gravidez.</p> <p>2.3.3 — Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez.</p> <p>2.3.4 — Cooperar com outros profissionais no tratamento da mulher com complicações da gravidez, ainda que com patologia associada e/ou concomitante.</p> <p>2.3.7 — Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com complicações pós-aborto.</p> <p>2.3.8 — Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de apoio à mulher, incluindo conviventes significativos, durante o período de luto em caso de abortamento.</p> <p>2.3.9 — Cooperar com outros profissionais no tratamento da mulher com complicações pós-aborto.</p>	<p>adaptação, durante o período pré-natal e em situação de abortamento</p>
---	--	--

#### Fontes de Pesquisa

- Carvalho, R.; Santo, S. (2017) Ultrassonografia em Medicina Materno-Fetal. In Luís Mendes da Graça e Colaboradores, *Medicina Materno-Fetal* (pp-126-136). 5ª Edição. Lisboa: Lidel.
- DGS (2015). Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco. Lisboa: Ministério da Saúde
- Graça, L.M. e Colaboradores (2017). *Medicina Materno-Fetal*. 5ª Edição. Lisboa: Lidel.
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Livro de Bolso Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica/Parteiras*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2019). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia*. Regulamento nº391/2019. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Tavares, P.; Rendeiro, P.; Basto, J.P. (2017) Rastreio e Diagnóstico pré-natal de alterações genéticas. In Luís Mendes da Graça e Colaboradores, *Medicina Materno-Fetal* (pp-73-80). 5ª Edição. Lisboa: Lidel.

## JA 7: Histeroscopia

### Jornal de Aprendizagem

Instrumento de registo semanal para Estudantes da UEESESJD

**Nome:** Maria da Conceição Carola e Fona

**Data:** 25/11/2019 a 01/12/2019

**Campo clínico:** CC2

**Local:** Consultas Externas

#### Editorial

Esta semana pude observar a realização de uma histeroscopia.

A.M, 35 anos, caucasiana, G?P0, realiza este exame pois tem história de aborto recorrente. Segundo Serrano (2017) em 10-15% das mulheres com AR encontra-se presente uma anomalia uterina.

Refere tentar ser mãe há mais de 3 anos, mas só agora percebe porque não consegue: tem um septo uterino. 50% dos defeitos uterinos não obstrutivos são assintomáticos estando este defeito associado a taxas de aborto espontâneo após a 9ª semana que atingem os 44,3%. (Serrano, 2017). A correção histeroscópica de septos uterinos, a lise de aderências e a miomectomia devem ser consideradas (Practice Committee Opinion of the American Society of Reproductive Medicine 2012).

Perante estas indicações A.M veio sozinha para realização do exame que iria decidir o seu futuro obstétrico. Verbalizou não ter contado à família, “(...) não quero criar falsas expectativas(...)”.

O exame decorreu de acordo com o descrito pela literatura, havendo dois fatores a ressaltar:

- a complexidade técnica;

-o estoicismo da utente, não anestesiada ou sedada, com dor observada, mas nunca referida.

Além da importância de participar neste exame pela novidade da técnica foi uma pedra de toque na reflexão sobre a maternidade. Como a mulher aceita o diagnóstico e se sujeita aos tratamentos para alcançar o seu objetivo final é algo que, para quem cuida da grávida, muitas vezes está ausente da história. Valorizamos a gravidez e o parto, mas o caminho até lá nem sempre é linear. Desejo que A.M. consiga ser mãe.

#### Atividades Semanais

Na consulta de MMF realizei avaliação do bem-estar materno e fetal (CTG e ABCF), avaliei sinais vitais, realizei entrevista e ensinos (diabetes), fiz toque vaginal, colheitas (sangue e exsudados) e realizei a atualização do BSG.

Na consulta de GND realizei entrevista, ensinos, administração de terapêutica (per os e intramuscular), fiz ecografia (guiada pela orientadora) e coloquei dois DIU'S e um implante hormonal.

Realizei registos no processo informático, com supervisão. Fiz encaminhamento de utentes e agendamento de consultas.

Participei na última sessão do curso de preparação para o aleitamento materno e solicitei participar em posteriores formações.

Sinto-me bem integrada na equipa, aceite, autónoma, confiante e apoiada na tomada de decisão e no desenvolvimento das competências. Considero o papel da orientadora fundamental no estímulo que o aluno sente para realizar este desenvolvimento, quer pessoal quer profissional.

#### Desenvolvimento de Competências

	Atividades desenvolvidas (OE, 2015)	Critério de avaliação (OE, 2019)	Competência Desenvolvida (OE,2019)
Consultas Externas Serviço Obstetria HGO	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entrevista: identificação, história pessoal e familiar, hábitos, cálculo da IG e DPP;</li> <li>- Preenchimento do BSG;</li> <li>- Observação dos exames realizados (análises e ecografias);</li> <li>- Avaliação do risco;</li> <li>- Peso (aumento ponderal), tensão arterial e observação de edemas;</li> <li>- Auscultação dos BCF;</li> <li>- Avaliação do bem-estar fetal (CTG);</li> <li>- Avaliação da altura do fundo do útero;</li> <li>- Exame sumário de urina com fita-teste;</li> <li>- Avaliar sinais ou sintomas de desvio à gravidez normal ou</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>2.1.2 — Informa e orienta a mulher sobre sexualidade e contraceção no período pós-aborto.</li> <li>2.1.4 — Promove a decisão esclarecida no âmbito da interrupção voluntária da gravidez, informando e orientando para os recursos disponíveis na comunidade</li> <li>2.1.5 — Informa e orienta sobre estilos de vida saudáveis na gravidez.</li> <li>2.1.6 — Promove a decisão esclarecida no âmbito da saúde pré-natal, facultando informação à grávida sobre recursos disponíveis na comunidade.</li> <li>2.1.9 — Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projetos e intervenções de promoção do aleitamento materno.</li> <li>2.1.10 — Promove o plano de parto, aconselha e apoia a mulher na decisão.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>2.1 — Promove a saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento;</li> <li>2.2 — Diagnostica precocemente e previne complicações na saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento.</li> <li>2.3 — Providencia cuidados à mulher e facilita a sua adaptação, durante o período pré-natal e em situação de abortamento</li> </ul>

<p>de inadaptação à gravidez que possam afetar a mãe e o feto;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Orientação para a vacina anti tétano/difteria e da tosse convulsa;</li> <li>- Administração de imunoglobulina anti-D;</li> <li>- Ensinos sobre comportamentos saudáveis;</li> <li>- Incentivo para a amamentação;</li> <li>- Aconselhamento/Informações gerais suportadas por informação escrita;</li> <li>- Pesquisa de Estreptococos do grupo B entre as 35-37 semanas, de acordo com a norma da DGS;</li> <li>- Orientação da grávida para indução do trabalho de parto as 41 semanas;</li> <li>- Colheita de sangue para avaliação analítica.</li> </ul>	<p>2.2.1 — Informa e orienta a grávida e conviventes significativos sobre os sinais e sintomas de risco.</p> <p>2.2.2 — Identifica e monitoriza saúde materno-fetal pelos meios clínicos e técnicos apropriados.</p> <p>2.2.3 — Prescreve exames auxiliares de diagnóstico necessários à deteção de gravidez de risco.</p> <p>2.2.4 — Identifica e monitoriza desvios à gravidez fisiológica, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação.</p> <p>2.2.5 — Identifica e monitoriza desvios ao padrão de adaptação à gravidez, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação.</p> <p>2.2.6 — Avalia bem-estar materno-fetal pelos meios clínicos e técnicos apropriados.</p> <p>2.2.8 — Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções com a finalidade de potenciar uma gravidez saudável</p> <p>2.2.9 — Identifica e monitoriza trabalho de abortamento.</p> <p>2.2.10 — Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções com a finalidade de potenciar a saúde da mulher durante o abortamento e após o aborto.</p> <p>2.2.11 — Identifica complicações pós-aborto, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação.</p> <p>2.3.1 — Informa e orienta sobre medidas de suporte para alívio dos desconfortos da gravidez.</p> <p>2.3.3 — Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez.</p> <p>2.3.4 — Cooperar com outros profissionais no tratamento da mulher com complicações da gravidez, ainda que com patologia associada e/ou concomitante.</p> <p>2.3.7 — Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com complicações pós-aborto.</p> <p>2.3.8 — Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de apoio à mulher, incluindo conviventes significativos, durante o período de luto em caso de abortamento.</p> <p>2.3.9 — Cooperar com outros profissionais no tratamento da mulher com complicações pós-aborto.</p>	
Fontes de Pesquisa		
<p>Carvalho, R.; Santo, S. (2017) Ultrassonografia em Medicina Materno-Fetal. In Luís Mendes da Graça e Colaboradores, <i>Medicina Materno-Fetal</i> (pp-126-136). 5ª Edição. Lisboa: Lidel.</p> <p>DGS (2015). Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco. Lisboa: Ministério da Saúde</p> <p>Graça, L.M. e Colaboradores (2017). <i>Medicina Materno-Fetal</i>. 5ª Edição. Lisboa: Lidel.</p> <p>Ordem dos Enfermeiros (2015). <i>Livro de Bolso Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica/Parteiras</i>. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.</p> <p>Ordem dos Enfermeiros (2019). <i>Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia</i>. Regulamento nº391/2019. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.</p> <p>Tavares, P.; Rendeiro, P.; Basto, J.P. (2017) Rastreio e Diagnóstico pré-natal de alterações genéticas. In Luís Mendes da Graça e Colaboradores, <i>Medicina Materno-Fetal</i> (pp-73-80). 5ª Edição. Lisboa: Lidel.</p>		



## JA 8: Amniocentese

### Jornal de Aprendizagem

Instrumento de registo semanal para Estudantes da UEESESJD

**Nome:** Maria da Conceição Carola e Fona

**Data:** 02/12/2019 a 08/12/2019

**Campo clínico:** CC2

**Local:** Consultas Externas

#### Editorial

Esta semana tive a oportunidade de participar na realização de uma amniocentese.

E.P, 36 anos, caucasiana, G1P0, 16s. Após rastreio pré-natal positivo foi-lhe proposto a realização deste exame, que anuiu. O momento ideal para efetuar a amniocentese para DPN é entre as 14-16 semanas segundo Tavares, Rendeiro e Basto (2017) ou as 14-18 semanas segundo Graça (2017), sendo a indicação mais comum para esta o diagnóstico citogenético de anomalias dos cromossomas fetais a partir do início do 2º trimestre (Graça, 2017). E.P. vinha ansiosa e expectante. Um rastreio de risco aumentado (positivo) não significa, necessariamente, a presença de doença e isso deve ser frisado aos indivíduos que a ele se submetem (Tavares, Rendeiro, Basto, 2017). Verbalizou os receios que trazia e a estratégia adotadas foi explicar o procedimento ao longo do seu decurso.

A técnica utilizada correspondeu à descrita por Graça (2017) no capítulo “Técnicas invasivas de diagnóstico e terapêutica do feto”, da publicação Medicina Materno Fetal, pág. 199.

Percebi também eu estar receosa, tanto pela novidade, como pelo risco associado a tal técnica. O risco mais significativo é o aborto (1:300 – 1:500) (Graça, 2017). Contudo segundo o mesmo autor os riscos dependem da prática do operador, do momento da gestação em que é realizada e de patologias previamente existentes.

Tendo E.P. reunido todas as condições de baixo risco (operador experiente, tempo de gestação adequado e sem patologias prévias) a intervenção decorreu sem intercorrências e a grávida regressou ao seu domicílio para o repouso aconselhado.

#### Atividades Semanais

Na consulta de MMF e IM realizei avaliação do bem-estar materno e fetal (CTG), avaliei sinais vitais e AFU, realizei entrevista e ensinamentos, colheitas (sangue) e realizei a atualização do BSG.

Na consulta de GND (gravidez não desejada) realizei entrevista, ensinamentos, administração de terapêutica (per os e intramuscular), fiz ecografia (guiada pela orientadora) e coloquei um implante contraceptivo.

Participei na realização de uma amniocentese e de uma biópsia de vilosidades coriônicas (que não avançou por interposição de ansas intestinais).

Realizei registos no processo informático, com supervisão. Fiz encaminhamento de utentes e agendamento de consultas.

Sinto-me pessoal e profissionalmente realizada com esta estágio, que terminou, mas que muito gosto me daria em continuar.

#### Desenvolvimento de Competências

	Atividades desenvolvidas (OE, 2015)	Critério de avaliação (OE, 2019)	Competência Desenvolvida (OE,2019)
Consultas Externas Serviço Obstetrícia HGO	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entrevista: identificação, história pessoal e familiar, hábitos, cálculo da IG e DPP;</li> <li>- Preenchimento do BSG;</li> <li>- Observação dos exames realizados (análises e ecografias);</li> <li>- Avaliação do risco;</li> <li>- Peso (aumento ponderal), tensão arterial e observação de edemas;</li> <li>- Auscultação dos BCF;</li> <li>- Avaliação do bem-estar fetal (CTG);</li> <li>- Avaliação da altura do fundo do útero;</li> <li>- Exame sumário de urina com fita-teste;</li> <li>- Avaliar sinais ou sintomas de desvio à gravidez normal ou de inadaptação à gravidez que possam afetar a mãe e o feto;</li> <li>- Orientação para a vacina anti tétano/difteria e da tosse convulsa;</li> <li>- Administração de imunoglobulina anti-D;</li> </ul>	<p>2.1.2 — Informa e orienta a mulher sobre sexualidade e contraceção no período pós-aborto.</p> <p>2.1.4 — Promove a decisão esclarecida no âmbito da interrupção voluntária da gravidez, informando e orientando para os recursos disponíveis na comunidade</p> <p>2.1.5 — Informa e orienta sobre estilos de vida saudáveis na gravidez.</p> <p>2.1.6 — Promove a decisão esclarecida no âmbito da saúde pré-natal, facultando informação à grávida sobre recursos disponíveis na comunidade.</p> <p>2.1.9 — Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projetos e intervenções de promoção do aleitamento materno.</p> <p>2.1.10 — Promove o plano de parto, aconselha e apoia a mulher na decisão.</p> <p>2.2.1 — Informa e orienta a grávida e conviventes significativos sobre os sinais e sintomas de risco.</p>	<p>2.1 — Promove a saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento;</p> <p>2.2 — Diagnostica precocemente e previne complicações na saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento.</p> <p>2.3 — Providencia cuidados à mulher e facilita a sua adaptação, durante o período pré-natal e em situação de abortamento</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ensinos sobre comportamentos saudáveis;</li> <li>- Incentivo para a amamentação;</li> <li>- Aconselhamento/Informações gerais suportadas por informação escrita;</li> <li>- Pesquisa de Estreptococos do grupo B entre as 35-37 semanas, de acordo com a norma da DGS;</li> <li>- Orientação da grávida para indução do trabalho de parto as 41 semanas;</li> <li>- Colheita de sangue para avaliação analítica.</li> </ul>	<p>2.2.2 — Identifica e monitoriza saúde materno-fetal pelos meios clínicos e técnicos apropriados.</p> <p>2.2.3 — Prescreve exames auxiliares de diagnóstico necessários à deteção de gravidez de risco.</p> <p>2.2.4 — Identifica e monitoriza desvios à gravidez fisiológica, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação.</p> <p>2.2.5 — Identifica e monitoriza desvios ao padrão de adaptação à gravidez, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação.</p> <p>2.2.6 — Avalia bem-estar materno-fetal pelos meios clínicos e técnicos apropriados.</p> <p>2.2.8 — Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções com a finalidade de potenciar uma gravidez saudável</p> <p>2.2.9 — Identifica e monitoriza trabalho de abortamento.</p> <p>2.2.10 — Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções com a finalidade de potenciar a saúde da mulher durante o abortamento e após o aborto.</p> <p>2.2.11 — Identifica complicações pós-aborto, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação.</p> <p>2.3.1 — Informa e orienta sobre medidas de suporte para alívio dos desconfortos da gravidez.</p> <p>2.3.3 — Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez.</p> <p>2.3.4 — Cooperar com outros profissionais no tratamento da mulher com complicações da gravidez, ainda que com patologia associada e/ou concomitante.</p> <p>2.3.7 — Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com complicações pós-aborto.</p> <p>2.3.8 — Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de apoio à mulher, incluindo conviventes significativos, durante o período de luto em caso de abortamento.</p> <p>2.3.9 — Cooperar com outros profissionais no tratamento da mulher com complicações pós-aborto.</p>		
<b>Fontes de Pesquisa</b>				
<p>Graça, L.M. e Colaboradores (2017). <i>Medicina Materno-Fetal</i>. 5ª Edição. Lisboa: Lidel.</p> <p>Ordem dos Enfermeiros (2015). <i>Livro de Bolso Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica/Parteiras</i>. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.</p> <p>Ordem dos Enfermeiros (2019). <i>Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia</i>. Regulamento nº391/2019. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros</p>				

## JA 9: Distocia de Ombros

**Nome:** Maria da Conceição Carola e Fona

**Data:** 06/01/2020 a 12/01/2020

**Campo clínico:** CC3

**Local:** Bloco de Partos

### Editorial

A distocia de ombros é uma emergência obstétrica rara e imprevisível, que pode resultar em graves complicações para a díade (Graça, 2017). Pela sua imprevisibilidade, torna-se difícil de ser prevenida. Define-se como a dificuldade de extração do feto ao nível da cintura escapular após a expulsão do polo cefálico, causando bloqueio da expulsão dos ombros do feto (diâmetro biacromial), pela sínfise púbica (anteriormente) e pelo promontório (posteriormente). A incidência deste fenómeno, segundo a ACOG (2017), em partos vaginais é entre 0,2%-3%.

Os fatores de risco são a macrosomia fetal; a diabetes e/ou obesidade materna; história de distocia anterior e 2º estágio de TP prolongado.

A morbilidade materna nesta complicação inclui a hemorragia pós-parto, lacerações do colo, lacerações perineais de 3º e 4º grau, traumatismo da bexiga, incontinência urinária e endometrite puerperal (Graça, 2017). A morbilidade fetal/neonatal relaciona-se com a asfíxia e com traumatismos resultantes das manobras.

O “sinal de tartaruga”, observado e estímulo desta pesquisa, é o mais evidente da distocia: retração do polo fetal após expulsão. Reconhecer a dificuldade de expulsão é o passo mais importante para a resolução. Indica-se à parturiente que pare os esforços expulsivos e pede-se ajuda. Recorre-se à episiotomia para aumentar o espaço pélvico posterior (talvez) e solicita-se a hiperflexão das coxas da parturiente (McRoberts). Em certas situações será o suficiente para resolver, contudo no observado não foi tendo-se recorrido à manobra de Wood (sacacrolhas). Aprendi a importância de manter a calma, da destreza (e força) manual e da interajuda.

### Atividades Semanais

No Puerpério realizei avaliação da puérpera (sinais vitais, involução uterina, perdas sanguíneas, mamas) e do RN (características da eliminação e bem-estar geral). Administrei terapêutica e fiz ensinamentos sobre amamentação e bem-estar materno e fetal.

No BP realizei avaliação do bem-estar materno e fetal (ABCF e CTG), administrei terapêutica, realizei cervicometria (treinei avaliar a dilatação do colo, o plano de apresentação e as características da bolsa), fiz colheita de amostras e realizei ensinamentos. Participei no período expulsivo do TP, observei episiotomias, realizei episiorrafias e prestei cuidados a RN saudáveis.

Colaborei em processos de admissão de grávidas e na administração de epidural.

Colaborei com a equipa médica na observação/avaliação das grávidas.

Realizei registos no processo informático, com supervisão. Gostaria de poder dizer que me sinto confiante nas tomadas de decisão, mas não corresponde à realidade. Sinto-me assoberbada com os cuidados a prestar à parturiente e ainda duvido de mim mesma.

### Desenvolvimento de Competências

	Atividades desenvolvidas (OE, 2015)	Critério de avaliação (OE, 2019)	Competência Desenvolvida (OE, 2019)
Serviço de Ginecologia e Obstetria do HESE	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entrevista inicial: identificação, história pessoal e familiar, história obstétrica e ginecológica, grupo sanguíneo, alergias, intercorrências da gravidez, hábitos e informações relevantes ao parto (integridade da bolsa, frequência e duração das contrações e movimentos fetais);</li> <li>- Observação física (edemas, higiene, estado emocional, altura do fundo uterino, manobras de Leopold)</li> <li>- Avaliação da mulher (exame vaginal) para determinar o estágio do trabalho de parto;</li> <li>- Avaliação do plano do parto ou incentivo à mulher a expressar a sua vontade;</li> <li>- Observação dos exames realizados (análises e ecografias);</li> <li>- Colheita de sangue para avaliação analítica (se necessário);</li> <li>- Avaliação do risco;</li> <li>- Avaliação do bem-estar fetal (CTG);</li> <li>- Avaliação do bem-estar materno através de sinais vitais (TA, FC, temperatura, dor) e do seu estado geral (respiração, eliminação,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>3.1.1 — Atua de acordo com o plano de parto estabelecido com mulher, garantindo intervenções de qualidade e risco controlado.</li> <li>3.1.2 — Garante um ambiente seguro durante o trabalho de parto e parto.</li> <li>3.1.3 — Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção do conforto e bem-estar da mulher e conviventes significativos.</li> <li>3.1.4 — Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção da vinculação mãe/pai/recém-nascido/conviventes significativos.</li> <li>3.1.5 — Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno.</li> <li>3.1.6 — Cooperar com outros profissionais na implementação de intervenções de promoção, prevenção e controlo da dor.</li> <li>3.2.1 — Identifica e monitoriza trabalho de parto.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>3.1 — Promove a saúde da mulher durante o trabalho de parto e otimiza a adaptação do recém-nascido à vida extrauterina.</li> <li>3.2 — Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e do recém-nascido.</li> <li>3.3 — Providencia cuidados à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez e/ou com o trabalho de parto.</li> <li>4.1 — Promove a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal.</li> </ul>

<p>comportamento, vocalizações, frequência e duração das contrações);</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Propiciar a presença da pessoa significativa junto da mulher;</li> <li>- Utilização de linguagem acessível e positiva para comunicar;</li> <li>- Incentivo à utilização de métodos não farmacológicos de alívio de dor;</li> <li>- Esclarecimento sobre e participação no estabelecimento de métodos farmacológicos de alívio da dor (analgésia epidural);</li> <li>- Proporcionar hidratação e alimentação adequada à mulher durante o trabalho de parto;</li> <li>- Administração de terapêutica prescrita;</li> <li>- Encorajar a mulher a expressar o que sente e ajudar na tomada de decisão;</li> <li>- Incentivar a adoção da posição mais favorável ao trabalho de parto/parto;</li> <li>- Promoção da integridade perineal (aplicação de compressas quentes, episiotomia seletiva, esforços expulsivos espontâneos);</li> <li>- Incentivo e encorajamento da mulher à realização de esforços expulsivos;</li> <li>- Promoção da clampagem e corte tardio do cordão umbilical;</li> <li>- Promoção do contacto pele a pele e estabelecimento da relação precoce díade/tríade;</li> <li>- Incentivo e promoção da amamentação;</li> <li>- Vigilância dos sinais de dequitação;</li> <li>- Garantir a completa expulsão da placenta e membranas;</li> <li>- Vigilância das perdas sanguíneas e administração de uterotómico após dequitação;</li> <li>- Observação e restauro do períneo, caso seja necessário;</li> <li>- Realização de anestesia perineal no caso de verbalização de dor por parte da puérpera;</li> <li>- Ensinos sobre os cuidados perineais no pós-parto;</li> <li>- Avaliação da mulher no puerpério imediato (TA, FC, temperatura, perdas sanguíneas, eliminação vesical, estado do períneo, tônus uterino);</li> <li>- Remoção do cateter epidural, salvo indicação contrária;</li> <li>- Avaliação da involução uterina através da AFU;</li> <li>- Avaliação dos lóquios e suas características;</li> <li>- Inspeção do períneo;</li> <li>- Avaliação das características das mamas e mamilos;</li> <li>- Verificação da presença ou não do desejo de amamentar;</li> <li>- Realização de registos clínicos no processo físico e informático de acordo com procedimentos do serviço;</li> </ul>	<p>3.2.2 — Identifica e monitoriza o risco materno-fetal durante o trabalho de parto e parto, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação.</p> <p>3.2.3 — Identifica e monitoriza desvios ao padrão normal de evolução do trabalho de parto, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação.</p> <p>3.2.4 — Avalia e determina a adequação da estrutura pélvica em relação ao feto durante o trabalho de parto.</p> <p>3.2.5 — Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções adequadas à evolução do trabalho de parto, otimizando as condições de saúde da mãe e do feto.</p> <p>3.2.6 — Aplica as técnicas adequadas na execução do parto de apresentação cefálica e, em caso de urgência, do parto de apresentação pélvica.</p> <p>3.2.7 — Assegura a avaliação imediata do recém-nascido implementando medidas de suporte na adaptação à vida extrauterina.</p> <p>3.2.9 — Cooperar com outros profissionais no tratamento do recém-nascido com alterações morfológicas e funcionais.</p> <p>3.2.10 — Identifica alterações morfológicas e funcionais do recém-nascido, referenciando as que estão para além da sua área de atuação.</p> <p>3.3.1 — Concebe, planeia, implementa e avalia medidas de suporte emocional e psicológico à parturiente e à mulher em trabalho de parto, incluindo conviventes significativos.</p> <p>3.3.2 — Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à parturiente com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez durante o trabalho de parto.</p> <p>3.3.4 — Avalia a integridade do canal de parto e aplica técnicas de reparação, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação.</p> <p>3.3.5 — Cooperar com outros profissionais no tratamento da parturiente com complicações da gravidez e do parto.</p>	<p>4.2 — Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e recém-nascido durante o período pós-natal.</p>
---	---	--

#### Fontes de Pesquisa

- American College of Obstetrician and Gynecologists (ACOG). (2017, Maio). Practice Bulletin: Shoulder Dystocia. Vol 129. 123-133.
- Graça, L.M. e Colaboradores (2017). Medicina Materno-Fetal. 5ª Edição. Lisboa: Lidel.
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Livro de Bolso Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica/Parteiras*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2019). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia*. Regulamento nº391/2019. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

## JA 10: Episiotomia e Episiorrafia

### Jornal de Aprendizagem

Instrumento de registo semanal para Estudantes da UEESESJD

**Nome:** Maria da Conceição Carola e Fona

**Data:** 13/01/2020 a 19/01/2020

**Campo clínico:** CC3

**Local:** Bloco de Partos

#### Editorial

Episiotomia é uma lesão perineal de 2º grau, iatrogénica, realizada para facilitar/abreviar o 2º estágio do TP (Henriques, 2017). Contudo, não há dados que suportem a evidência de que esta traz benefícios para o feto, nem de que abrevie o 2º estágio do TP. Diz a OMS (2018) que “não há evidências que corroborem a necessidade da episiotomia nos cuidados de rotina, e uma taxa “aceitável” é difícil de determinar. Nos casos de necessidade, deve ser realizada a técnica médio lateral, sob efeito de anestesia local e com o consentimento informado da mulher.”

A episiotomia médio-lateral, mais observada, realiza-se a partir da fúrcula, com uma incisão afastada 45º da linha média do períneo, sob anestesia (epidural, bloqueio dos pudendos ou infiltração local por planos). Defende-se que maximiza o espaço do canal de parto e reduz a possibilidade de existirem lacerações de 3º/4º grau, com a desvantagem de reparação difícil, maior perda sanguínea e mais dor perineal no pós-parto.

A episiorrafia deve ser feita em dois planos: o da mucosa vaginal seguido do plano muscular, em sutura contínua, por estar associada a menos dor; e o encerramento da pele com sutura subcuticular. O material a utilizar será de absorção rápida, de modo a evitar a necessidade de remoção dos pontos.

Refletindo, não me sinto confortável com esta prática. Os casos que observei não corresponderam à teoria: não houve mais valias, nem pedido de consentimento. Traduziram-se em dor e desconforto. Aprendi, mas prevejo uma utilização parcimoniosa.

#### Atividades Semanais

Prestei cuidados a mulheres em TP. Realizei monitorização do bem-estar materno e fetal (CTG, auscultação de BCF, avaliação de SV); colaborei na admissão, na monitorização da evolução do TP (cervicometria e observação de sinais objetivos e subjetivos) e administrei terapêutica (ITP).

Fiz ensinamentos sobre a gestão do desconforto (métodos farmacológicos e não farmacológicos) e participei na administração de analgesia epidural.

No período expulsivo participei ativamente, sentindo-me mais confiante a autónoma. Consolidamos os sinais da dequitação. Realizei uma episiorrafia completa. Prestei cuidados a RN saudáveis e assisti a uma CST. Assisti a uma expulsão com procedência da mão e subsequente sutura de laceração de 4º grau.

Prestei cuidados a mulheres no puerpério imediato (avaliação do globo de segurança de Pinard, das perdas sanguíneas, retirada do cateter de epidural e avaliação de SV).

Existir em mim um dilema entre o observado, o ensinado e o que dizem as evidências mais recentes. Contudo, saber fazer esta destrição faz parte do crescimento profissional (e pessoal).

#### Desenvolvimento de Competências

	Atividades desenvolvidas (OE, 2015)	Critério de avaliação (OE, 2019)	Competência Desenvolvida (OE,2019)
Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do HESE	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entrevista inicial: identificação, história pessoal e familiar, história obstétrica e ginecológica, grupo sanguíneo, alergias, intercorrências da gravidez, hábitos e informações relevantes ao parto (integridade da bolsa, frequência e duração das contrações e movimentos fetais);</li> <li>- Observação física (edemas, higiene, estado emocional, altura do fundo uterino, manobras de Leopold)</li> <li>- Avaliação da mulher (exame vaginal) para determinar o estágio do trabalho de parto;</li> </ul>	<p>3.1.1 — Atua de acordo com o plano de parto estabelecido com mulher, garantindo intervenções de qualidade e risco controlado.</p> <p>3.1.2 — Garante um ambiente seguro durante o trabalho de parto e parto.</p> <p>3.1.3 — Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção do conforto e bem-estar da mulher e conviventes significativos.</p> <p>3.1.4 — Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção da vinculação mãe/pai/recém-nascido/conviventes significativos.</p>	<p>3.1 — Promove a saúde da mulher durante o trabalho de parto e otimiza a adaptação do recém-nascido à vida extrauterina.</p> <p>3.2 — Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e do recém-nascido.</p> <p>3.3 — Providencia cuidados à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez e/ou com o trabalho de parto.</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliação do plano do parto ou incentivo à mulher a expressar a sua vontade;</li> <li>- Observação dos exames realizados (análises e ecografias);</li> <li>- Colheita de sangue para avaliação analítica (se necessário);</li> <li>- Avaliação do risco;</li> <li>- Avaliação do bem-estar fetal (CTG);</li> <li>- Avaliação do bem-estar materno através de sinais vitais (TA, FC, temperatura, dor) e do seu estado geral (respiração, eliminação, comportamento, vocalizações, frequência e duração das contrações);</li> <li>- Propiciar a presença da pessoa significativa junto da mulher;</li> <li>- Utilização de linguagem acessível e positiva para comunicar;</li> <li>- Incentivo à utilização de métodos não farmacológicos de alívio de dor;</li> <li>- Esclarecimento sobre e participação no estabelecimento de métodos farmacológicos de alívio da dor (analgesia epidural);</li> <li>- Proporcionar hidratação e alimentação adequada à mulher durante o trabalho de parto;</li> <li>- Administração de terapêutica prescrita;</li> <li>- Encorajar a mulher a expressar o que sente e ajudar na tomada de decisão;</li> <li>- Incentivar a adoção da posição mais favorável ao trabalho de parto/parto;</li> <li>- Promoção da integridade perineal (aplicação de compressas quentes, episiotomia seletiva, esforços expulsivos espontâneos);</li> <li>- Incentivo e encorajamento da mulher à realização de esforços expulsivos;</li> <li>- Promoção da clampagem e corte tardio do cordão umbilical;</li> <li>- Promoção do contacto pele a pele e estabelecimento da relação precoce díade/tríade;</li> </ul>	<p>3.1.5 — Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno.</p> <p>3.1.6 — Cooperar com outros profissionais na implementação de intervenções de promoção, prevenção e controlo da dor.</p> <p>3.2.1 — Identifica e monitoriza trabalho de parto.</p> <p>3.2.2 — Identifica e monitoriza o risco materno-fetal durante o trabalho de parto e parto, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação.</p> <p>3.2.3 — Identifica e monitoriza desvios ao padrão normal de evolução do trabalho de parto, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação.</p> <p>3.2.4 — Avalia e determina a adequação da estrutura pélvica em relação ao feto durante o trabalho de parto.</p> <p>3.2.5 — Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções adequadas à evolução do trabalho de parto, otimizando as condições de saúde da mãe e do feto.</p> <p>3.2.6 — Aplica as técnicas adequadas na execução do parto de apresentação cefálica e, em caso de urgência, do parto de apresentação pélvica.</p> <p>3.2.7 — Assegura a avaliação imediata do recém-nascido implementando medidas de suporte na adaptação à vida extrauterina.</p> <p>3.2.9 — Cooperar com outros profissionais no tratamento do recém-nascido com alterações morfológicas e funcionais.</p> <p>3.2.10 — Identifica alterações morfológicas e funcionais do recém-nascido, referenciando as que estão para além da sua área de atuação.</p> <p>3.3.1 — Concebe, planeia, implementa e avalia medidas de suporte emocional e psicológico à parturiente e à mulher em trabalho de parto, incluindo conviventes significativos.</p> <p>3.3.2 — Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à parturiente com patologia associada e/ou concomitante com</p>	<p>4.1 — Promove a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal.</p> <p>4.2 — Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e recém-nascido durante o período pós-natal.</p>
--	---	---

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Incentivo e promoção da amamentação;</li> <li>- Vigilância dos sinais de dequitação;</li> <li>- Garantir a completa expulsão da placenta e membranas;</li> <li>- Vigilância das perdas sanguíneas e administração de uterotômico após dequitação;</li> <li>- Observação e restauro do períneo, caso seja necessário;</li> <li>- Realização de anestesia perineal no caso de verbalização de dor por parte da puérpera;</li> <li>- Ensinos sobre os cuidados perineais no pós-parto;</li> <li>- Avaliação da mulher no puerpério imediato (TA, FC, temperatura, perdas sanguíneas, eliminação vesical, estado do períneo, tônus uterino);</li> <li>- Remoção do cateter epidural, salvo indicação contrária;</li> <li>- Avaliação da involução uterina através da AFU;</li> <li>- Avaliação dos lóquios e suas características;</li> <li>- Inspeção do períneo;</li> <li>- Avaliação das características das mamas e mamilos;</li> <li>- Verificação da presença ou não do desejo de amamentar;</li> <li>- Realização de registos clínicos no processo físico e informático de acordo com procedimentos do serviço;</li> </ul>	<p>a gravidez durante o trabalho de parto.</p> <p>3.3.4 — Avalia a integridade do canal de parto e aplica técnicas de reparação, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação.</p> <p>3.3.5 — Cooperar com outros profissionais no tratamento da parturiente com complicações da gravidez e do parto.</p>	
<b>Fontes de Pesquisa</b>		
<p>Graça, L.M. e Colaboradores (2017). <i>Medicina Materno-Fetal</i>. 5ª Edição. Lisboa: Lidel.</p> <p>OMS (recomendações) (2018). <i>Intrapartum care for a positive childbirth experience</i>. Genebra. OMS.</p> <p>Ordem dos Enfermeiros (2015). <i>Livro de Bolso Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica/Parteiras</i>. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.</p> <p>Ordem dos Enfermeiros (2019). <i>Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia</i>. Regulamento nº391/2019. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.</p>		

## JA 11: Indução do Trabalho de Parto

**Nome:** Maria da Conceição Carola e Fona

**Data:** 20/01/2020 a 26/01/2020

**Campo clínico:** CC3

**Local:** Bloco de Partos

### Editorial

Indução do trabalho de parto (ITP) está indicada quando os benefícios para a mãe e feto são superiores do que deixar seguir a gravidez, devendo ser restrita a casos com indicação clínica explícita (Graça, 2017).

Segundo a norma 002/215 da DGS, as indicações para ITP são complicações maternas ou fetais que beneficiem com o término da gravidez não urgente, como: patologia médica ou obstétrica grave, oligoamnios em gestação de termo, restrição de crescimento intrauterino com alterações fluxométricas, morte fetal e gravidez de baixo risco com 41 semanas completas. As contra-indicações absolutas são a existências de duas ou mais cesarianas anteriores, cirurgia uterina prévia envolvendo o miométrio e todas as situações que contraindiquem o parto vaginal.

A metodologia divide-se em métodos farmacológicos (dinoprostona, misoprostol ou ocitocina) e métodos mecânicos (sonda de Foley dilatada). A ITP com recurso a fármacos dever ser realizada com monitorização cardiotocografica continua.

Graça (2017) apresenta outros métodos mecânicos, como o descolamento digital das membranas (stripping), mas refere que a sua eficácia é variável e que o procedimento é desconfortável e pode causar hemorragia cervical. Refere também a RAM (rotura artificial das membranas) como método para acelerar o TP, mas raramente usada para induzir o mesmo.

Ainda Graça (2017) diz que a ITP falhada apenas é uma indução mal conduzida: apenas em situações de parto inadiável ou em que haja sinais cardiotocograficos sugestivos de hipoxia fetal, não existe base clínica para considerar uma indução de 8/10h como falhada, não havendo indicação para uma cesariana.

### Atividades Semanais

Esta semana os cuidados incidiram sobre grávidas em TP. Pude realizar a avaliação da progressão do TP (cervicometria) e a monitorização de bem-estar materno (sinais vitais) e fetal (CTG). Sinto-me bastante à vontade na interpretação dos traçados de CTG.

Participei na admissão de grávidas, realizei colheitas e administrei terapêutica (ITP). Realizei ensinamentos sobre a gestão da dor, sobre posicionamentos favoráveis ao TP e sobre o desenrolar do TP. Ainda me surpreendo com o que as grávidas não sabem.

Prestei cuidados a RN saudáveis, mas também a RN de risco, em parceria com o pediatra e a orientadora, tendo acompanhado a sua transferência para a Neonatologia.

Prestei cuidados a mulheres no puerpério imediato e realizei ensinamentos.

Assisti a uma cesariana e prestei cuidados ao RN, tendo ficado muito agradada com a atitude do clínico, que colocou o bebé em contacto pele-a-pele com a mãe assim que o extraiu.

Realizei registos clínicos na plataforma ALERT, sentindo-me já mais confiante da minha prática.

## Desenvolvimento de Competências

	Atividades desenvolvidas (OE, 2015)	Critério de avaliação (OE, 2019)	Competência Desenvolvida (OE,2019)
Serviço de Ginecologia e Obstetria do HESE	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entrevista inicial: identificação, história pessoal e familiar, história obstétrica e ginecológica, grupo sanguíneo, alergias, intercorrências da gravidez, hábitos e informações relevantes ao parto (integridade da bolsa, frequência e duração das contrações e movimentos fetais);</li> <li>- Observação física (edemas, higiene, estado emocional, altura do fundo uterino, manobras de Leopold)</li> <li>- Avaliação da mulher (exame vaginal) para determinar o estágio do trabalho de parto;</li> <li>- Avaliação do plano do parto ou incentivo à mulher a expressar a sua vontade;</li> <li>- Observação dos exames realizados (análises e ecografias);</li> <li>- Colheita de sangue para avaliação analítica (se necessário);</li> <li>- Avaliação do risco;</li> <li>- Avaliação do bem-estar fetal (CTG);</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>3.1.1 — Atua de acordo com o plano de parto estabelecido com mulher, garantindo intervenções de qualidade e risco controlado.</li> <li>3.1.2 — Garante um ambiente seguro durante o trabalho de parto e parto.</li> <li>3.1.3 — Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção do conforto e bem-estar da mulher e conviventes significativos.</li> <li>3.1.4 — Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção da vinculação mãe/pai/recém-nascido/conviventes significativos.</li> <li>3.1.5 — Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno.</li> <li>3.1.6 — Cooperar com outros profissionais na implementação de</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>3.1 — Promove a saúde da mulher durante o trabalho de parto e otimiza a adaptação do recém-nascido à vida extrauterina.</li> <li>3.2 — Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e do recém-nascido.</li> <li>3.3 — Providencia cuidados à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez e/ou com o trabalho de parto.</li> </ul>



<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliação do bem-estar materno através de sinais vitais (TA, FC, temperatura, dor) e do seu estado geral (respiração, eliminação, comportamento, vocalizações, frequência e duração das contrações);</li> <li>- Propiciar a presença da pessoa significativa junto da mulher;</li> <li>- Utilização de linguagem acessível e positiva para comunicar;</li> <li>- Incentivo à utilização de métodos não farmacológicos de alívio de dor;</li> <li>- Esclarecimento sobre e participação no estabelecimento de métodos farmacológicos de alívio da dor (analgesia epidural);</li> <li>- Proporcionar hidratação e alimentação adequada à mulher durante o trabalho de parto;</li> <li>- Administração de terapêutica prescrita;</li> <li>- Encorajar a mulher a expressar o que sente e ajudar na tomada de decisão;</li> <li>- Incentivar a adoção da posição mais favorável ao trabalho de parto/parto;</li> <li>- Promoção da integridade perineal (aplicação de compressas quentes, episiotomia seletiva, esforços expulsivos espontâneos);</li> <li>- Incentivo e encorajamento da mulher à realização de esforços expulsivos;</li> <li>- Promoção da clampagem e corte tardio do cordão umbilical;</li> <li>- Promoção do contacto pele a pele e estabelecimento da relação precoce díade/tríade;</li> <li>- Incentivo e promoção da amamentação;</li> <li>- Vigilância dos sinais de dequitação;</li> <li>- Garantir a completa expulsão da placenta e membranas;</li> <li>- Vigilância das perdas sanguíneas e administração de uterotómico após dequitação;</li> <li>- Observação e restauro do períneo, caso seja necessário;</li> <li>- Realização de anestesia perineal no caso de verbalização de dor por parte da puérpera;</li> <li>- Ensinos sobre os cuidados perineais no pós-parto;</li> <li>- Avaliação da mulher no puerpério imediato (TA, FC, temperatura, perdas sanguíneas, eliminação vesical, estado do períneo, tônus uterino);</li> <li>- Remoção do cateter epidural, salvo indicação contrária;</li> <li>- Avaliação da involução uterina através da AFU;</li> <li>- Avaliação dos lóquios e suas características;</li> <li>- Inspeção do períneo;</li> <li>- Avaliação das características das mamas e mamilos;</li> <li>- Verificação da presença ou não do desejo de amamentar;</li> <li>- Realização de registos clínicos no processo físico e informático de acordo com procedimentos do serviço;</li> </ul>	<p>intervenções de promoção, prevenção e controlo da dor.</p> <p>3.2.1 — Identifica e monitoriza trabalho de parto.</p> <p>3.2.2 — Identifica e monitoriza o risco materno-fetal durante o trabalho de parto e parto, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação.</p> <p>3.2.3 — Identifica e monitoriza desvios ao padrão normal de evolução do trabalho de parto, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação.</p> <p>3.2.4 — Avalia e determina a adequação da estrutura pélvica em relação ao feto durante o trabalho de parto.</p> <p>3.2.5 — Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções adequadas à evolução do trabalho de parto, otimizando as condições de saúde da mãe e do feto.</p> <p>3.2.6 — Aplica as técnicas adequadas na execução do parto de apresentação cefálica e, em caso de urgência, do parto de apresentação pélvica.</p> <p>3.2.7 — Assegura a avaliação imediata do recém-nascido implementando medidas de suporte na adaptação à vida extrauterina.</p> <p>3.2.9 — Cooperar com outros profissionais no tratamento do recém-nascido com alterações morfológicas e funcionais.</p> <p>3.2.10 — Identifica alterações morfológicas e funcionais do recém-nascido, referenciando as que estão para além da sua área de atuação.</p> <p>3.3.1 — Concebe, planeia, implementa e avalia medidas de suporte emocional e psicológico à parturiente e à mulher em trabalho de parto, incluindo conviventes significativos.</p> <p>3.3.2 — Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à parturiente com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez durante o trabalho de parto.</p> <p>3.3.4 — Avalia a integridade do canal de parto e aplica técnicas de reparação, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação.</p> <p>3.3.5 — Cooperar com outros profissionais no tratamento da parturiente com complicações da gravidez e do parto.</p>	<p>4.1 — Promove a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal.</p> <p>4.2 — Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e recém-nascido durante o período pós-natal.</p>
---	---	---

## Fontes de Pesquisa

- DGS (2015). *Indução do Trabalho de Parto*. Norma 002/2015. Lisboa. DGS. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0022015-de-19012015-pdf.aspx>
- Graça, L.M. e Colaboradores (2017). *Medicina Materno-Fetal*. 5ª Edição. Lisboa: Lidel.
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Livro de Bolso Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica/Parteiras*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2019). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia*. Regulamento nº391/2019. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

## JA 12: Direito à Contraceção

### Jornal de Aprendizagem

Instrumento de registo semanal para Estudantes da UEESESJD

**Nome:** Maria da Conceição Carola e Fona

**Data:** 27/01/2020 a 31/01/2020

**Campo clínico:** CC3

**Local:** Bloco de Partos

#### Editorial

Relato o caso de C.F., 19 anos, etnia cigana, que recorreu ao S.U. por dor. Não traz informação clínica, refere estar de 38s de gestação e ter um filho com 3 anos. Na admissão está queixosa e à observação apresenta 4 cm de dilatação, com BAI. Explico o que é expectável que aconteça (parto) o que aumenta as queixas e a ansiedade.

A evolução foi rápida, o parto ocorreu na cama, de um RN saudável apesar da não vigilância da gravidez. Já no puerpério, falei com C.F. Diz não ter médico de família (mora em Reguengos) e não querer mais filhos. Falo-lhe na possibilidade de usar método contraceptivo. Quer, mas que o companheiro não “perceba”. O PF está baseado nos Direitos Humanos (APF), nomeadamente direito a decidir o número e espaçamento de filhos que deseja, direito à informação, à igualdade e não discriminação. O Enfermeiro garante que a mulher decida, de forma consciente e informada, o método que deseja utilizar. Realizei ensinamentos e mostrou-se animada. Discuti a situação com a orientadora: a possibilidade da puérpera sair do hospital com um método implementado, por não haver resposta na comunidade. Fui repreendida, por ter sugerido algo a uma puérpera que não é exequível: “no Hospital, não se colocam implantes a ciganas, era o que mais faltava!” Nesse dia chorei de pena, raiva e frustração. Ganhei a melhor lição deste campo de estágio: mais importante do que saber o que quero ser, é saber o que/quem não quero ser.

#### Atividades Semanais

Nesta última semana participei apenas num parto, tendo prestado a maioria dos cuidados a essa grávida e RN. Realizei a episiorrafia de forma autónoma, tendo consolidado conhecimentos tanto na sutura, como na analgesia local, pois a grávida não fez epidural.

Monitorizei o bem-estar materno e fetal de grávidas em TP, participei na administração de epidural, realizei colheitas e administrei terapêutica.

Realizei ensinamentos a puérperas, no puerpério imediato, sobre amamentação e relação precoce com o RN.

Realizo registos de forma autónoma, mas não de forma confiante, pois o ALERT é complicado.

Termino este estágio com a sensação que “estive sempre a mais”, pois não me identifico com a política do serviço. Dei o meu melhor, tendo em conta que foi a minha primeira experiência em Bloco de Partos, efetivamente aprendi, mas desejo que o futuro seja melhor.

## Desenvolvimento de Competências

	Atividades desenvolvidas (OE, 2015)	Critério de avaliação (OE, 2019)	Competência Desenvolvida (OE, 2019)
Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do HESE	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entrevista inicial: identificação, história pessoal e familiar, história obstétrica e ginecológica, grupo sanguíneo, alergias, intercorrências da gravidez, hábitos e informações relevantes ao parto (integridade da bolsa, frequência e duração das contrações e movimentos fetais);</li> <li>- Observação física (edemas, higiene, estado emocional, altura do fundo uterino, manobras de Leopold)</li> <li>- Avaliação da mulher (exame vaginal) para determinar o estágio do trabalho de parto;</li> <li>- Avaliação do plano do parto ou incentivo à mulher a expressar a sua vontade;</li> <li>- Observação dos exames realizados (análises e ecografias);</li> <li>- Colheita de sangue para avaliação analítica (se necessário);</li> <li>- Avaliação do risco;</li> <li>- Avaliação do bem-estar fetal (CTG);</li> <li>- Avaliação do bem-estar materno através de sinais vitais (TA, FC, temperatura, dor) e do seu estado geral (respiração, eliminação, comportamento, vocalizações, frequência e duração das contrações);</li> <li>- Propiciar a presença da pessoa significativa junto da mulher;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>3.1.1 — Atua de acordo com o plano de parto estabelecido com mulher, garantindo intervenções de qualidade e risco controlado.</li> <li>3.1.2 — Garante um ambiente seguro durante o trabalho de parto e parto.</li> <li>3.1.3 — Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção do conforto e bem-estar da mulher e conviventes significativos.</li> <li>3.1.4 — Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção da vinculação mãe/pai/recém-nascido/conviventes significativos.</li> <li>3.1.5 — Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno.</li> <li>3.1.6 — Cooperar com outros profissionais na implementação de intervenções de promoção, prevenção e controlo da dor.</li> <li>3.2.1 — Identifica e monitoriza trabalho de parto.</li> <li>3.2.2 — Identifica e monitoriza o risco materno-fetal durante o trabalho de parto e parto, referenciando as</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>3.1 — Promove a saúde da mulher durante o trabalho de parto e otimiza a adaptação do recém-nascido à vida extrauterina.</li> <li>3.2 — Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e do recém-nascido.</li> <li>3.3 — Providencia cuidados à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez e/ou com o trabalho de parto.</li> <li>4.1 — Promove a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal.</li> <li>4.2 — Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e recém-nascido durante o período pós-natal.</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Utilização de linguagem acessível e positiva para comunicar;</li> <li>- Incentivo à utilização de métodos não farmacológicos de alívio de dor;</li> <li>- Esclarecimento sobre e participação no estabelecimento de métodos farmacológicos de alívio da dor (analgésia epidural);</li> <li>- Proporcionar hidratação e alimentação adequada à mulher durante o trabalho de parto;</li> <li>- Administração de terapêutica prescrita;</li> <li>- Encorajar a mulher a expressar o que sente e ajudar na tomada de decisão;</li> <li>- Incentivar a adoção da posição mais favorável ao trabalho de parto/parto;</li> <li>- Promoção da integridade perineal (aplicação de compressas quentes, episiotomia seletiva, esforços expulsivos espontâneos);</li> <li>- Incentivo e encorajamento da mulher à realização de esforços expulsivos;</li> <li>- Promoção da clampagem e corte tardio do cordão umbilical;</li> <li>- Promoção do contacto pele a pele e estabelecimento da relação precoce diáde/tríade;</li> <li>- Incentivo e promoção da amamentação;</li> <li>- Vigilância dos sinais de dequitação;</li> <li>- Garantir a completa expulsão da placenta e membranas;</li> <li>- Vigilância das perdas sanguíneas e administração de uterotómico após dequitação;</li> <li>- Observação e restauro do períneo, caso seja necessário;</li> <li>- Realização de anestesia perineal no caso de verbalização de dor por parte da puérpera;</li> <li>- Ensinos sobre os cuidados perineais no pós-parto;</li> <li>- Avaliação da mulher no puerpério imediato (TA, FC, temperatura, perdas sanguíneas, eliminação vesical, estado do períneo, tônus uterino);</li> <li>- Remoção do cateter epidural, salvo indicação contrária;</li> <li>- Avaliação da involução uterina através da AFU;</li> <li>- Avaliação dos lóquios e suas características;</li> <li>- Inspeção do períneo;</li> <li>- Avaliação das características das mamas e mamilos;</li> <li>- Verificação da presença ou não do desejo de amamentar;</li> <li>- Realização de registos clínicos no processo físico e informático de acordo com procedimentos do serviço;</li> </ul>	<p>situações que estão para além da sua área de atuação.</p> <p>3.2.3 — Identifica e monitoriza desvios ao padrão normal de evolução do trabalho de parto, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação.</p> <p>3.2.4 — Avalia e determina a adequação da estrutura pélvica em relação ao feto durante o trabalho de parto.</p> <p>3.2.5 — Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções adequadas à evolução do trabalho de parto, otimizando as condições de saúde da mãe e do feto.</p> <p>3.2.6 — Aplica as técnicas adequadas na execução do parto de apresentação cefálica e, em caso de urgência, do parto de apresentação pélvica.</p> <p>3.2.7 — Assegura a avaliação imediata do recém-nascido implementando medidas de suporte na adaptação à vida extrauterina.</p> <p>3.2.9 — Cooperar com outros profissionais no tratamento do recém-nascido com alterações morfológicas e funcionais.</p> <p>3.2.10 — Identifica alterações morfológicas e funcionais do recém-nascido, referenciando as que estão para além da sua área de atuação.</p> <p>3.3.1 — Concebe, planeia, implementa e avalia medidas de suporte emocional e psicológico à parturiente e à mulher em trabalho de parto, incluindo conviventes significativos.</p> <p>3.3.2 — Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à parturiente com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez durante o trabalho de parto.</p> <p>3.3.4 — Avalia a integridade do canal de parto e aplica técnicas de reparação, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação.</p> <p>3.3.5 — Cooperar com outros profissionais no tratamento da parturiente com complicações da gravidez e do parto.</p>	
<b>Fontes de Pesquisa</b>		
<p>Associação Portuguesa de Planeamento Familiar (s.d.). <i>Métodos Contraceptivos</i>. <a href="http://www.apf.pt/metodos-contracetivos">http://www.apf.pt/metodos-contracetivos</a></p> <p>Ordem dos Enfermeiros (2015). <i>Livro de Bolso Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica/Parteiras</i>. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.</p> <p>Ordem dos Enfermeiros (2019). <i>Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica</i>. Regulamento nº391/2019. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.</p>		

## JA 13: Monitorização Cardiotocografica

**Nome:** Maria da Conceição Carola e Fona

**Data:** 17/02/2020 a 23/02/2020

**Campo clínico:** CC4

**Local:** Bloco de Partos

### Editorial

A cardiotocografia permite registar, simultânea e continuamente, a frequência cardíaca fetal (FCF) e a contractilidade uterina, colocando dois transdutores de ultrassons no abdómen materno: o *Doppler* colocado no foco fetal, capta a FCF; o transdutor de pressão, colocado no fundo uterino, capta as contrações uterinas. O posicionamento da grávida durante o exame é importante, aconselhando-se a posição de *semifowler*, sentada ou o decúbito lateral esquerdo (Cerejeira, 2011).

Em 2015 a FIGO, com a colaboração do Dr. Diogo Ayres-de-Campos, elaborou uma guideline para interpretação dos traçados. Esta aconselha que todos os traçados sejam identificados: nome, tempo gestação, início e fim do traçado (data e hora) e velocidade do papel. Devem ser também guardados, como parte do processo clínico: em papel ou em *Backup* informático.

A análise baseia-se em três fatores: linha de base; variabilidade e acelerações. Da sua análise conjunta, emergem três cenários: normal, suspeito e patológico.

	Normal	Suspeito	Patológico
Linha de base	110-160 bpm		<100 bpm
Variabilidade	5-25 bpm	Falta de pelo menos um critério de normalidade, mas sem critérios de patológico	Variabilidade reduzida. Variabilidade aumentada. Padrão sinusoidal.
Desacelerações	Desacelerações não repetitivas*		* Desacelerações tardias repetitivas ou prolongadas para > 30 min (ou > 20 min, se redução da variabilidade). Desaceleração > 5 min
Interpretação	Sem hipóxia/ acidose	Baixa probabilidade de hipóxia / acidose	Alta probabilidade de hipóxia / acidose
Clinical management	Sem necessidade de intervenção para melhorar o estado de oxigenação fetal.	Ação para reverter a causa se identificada. Monitorização próxima ou métodos adjuvantes.	Medidas imediatas para corrigir causas reversíveis, métodos adjuvantes ou se não for possível acelerar o parto. Em situações agudas, o parto imediato deverá ser realizado.

### Atividades Semanais

Esta semana participei apenas num parto. A utente não falava português e foi emocionalmente gratificante, pois foi o primeiro parto em que me senti autónoma e capaz. Acompanhei diversas grávidas em trabalho de parto, prestando-lhe os cuidados inerentes.

Participei na administração de analgesia epidural e houve a disponibilidade por parte de uma médica anestesista para me explicar os diferentes tipos de analgesia (epidural, bloqueio e raqui).

Realizei registos no processo físico da grávida e participei nos registos informático, ainda de forma incipiente, apesar de estar familiarizada com o aplicativo informático (SClínico).

Sinto-me bem acolhida e integrada na equipa e considero o modelo de funcionamento do serviço favorável.

Identifico-me com a política de humanização e personalização dos cuidados aqui implementada.

### Desenvolvimento de Competências

	Atividades desenvolvidas (OE, 2015)	Critério de avaliação (OE, 2019)	Competência Desenvolvida (OE,2019)
Serviço de Clínica Obstétrica	- Entrevista inicial: identificação, história pessoal e familiar, história obstétrica e ginecológica, grupo sanguíneo, alergias, intercorrências da gravidez, hábitos e informações relevantes ao parto (integridade da bolsa, frequência e duração das contrações e movimentos fetais);	3.1.1 — Atua de acordo com o plano de parto estabelecido com mulher, garantindo intervenções de qualidade e risco controlado. 3.1.2 — Garante um ambiente seguro durante o trabalho de parto e parto. 3.1.3 — Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção do	3.1 — Promove a saúde da mulher durante o trabalho de parto e otimiza a adaptação do recém-nascido à vida extrauterina.  3.2 — Diagnostica precocemente e previne

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Observação física (edemas, higiene, estado emocional, altura do fundo uterino, manobras de Leopold)</li> <li>- Avaliação da mulher (exame vaginal) para determinar o estágio do trabalho de parto;</li> <li>- Avaliação do plano do parto ou incentivo à mulher a expressar a sua vontade;</li> <li>- Observação dos exames realizados (análises e ecografias);</li> <li>- Colheita de sangue para avaliação analítica (se necessário);</li> <li>- Avaliação do risco;</li> <li>- Avaliação do bem-estar fetal (CTG);</li> <li>- Avaliação do bem-estar materno através de sinais vitais (TA, FC, temperatura, dor) e do seu estado geral (respiração, eliminação, comportamento, vocalizações, frequência e duração das contrações);</li> <li>- Propiciar a presença da pessoa significativa junto da mulher;</li> <li>- Utilização de linguagem acessível e positiva para comunicar;</li> <li>- Incentivo à utilização de métodos não farmacológicos de alívio de dor;</li> <li>- Esclarecimento sobre e participação no estabelecimento de métodos farmacológicos de alívio da dor (analgésia epidural);</li> <li>- Proporcionar hidratação e alimentação adequada à mulher durante o trabalho de parto;</li> <li>- Administração de terapêutica prescrita;</li> <li>- Encorajar a mulher a expressar o que sente e ajudar na tomada de decisão;</li> <li>- Incentivar a adoção da posição mais favorável ao trabalho de parto/parto;</li> <li>- Promoção da integridade perineal (aplicação de compressas quentes, episiotomia seletiva, esforços expulsivos espontâneos);</li> <li>- Incentivo e encorajamento da mulher à realização de esforços expulsivos;</li> <li>- Promoção da clampagem e corte tardio do cordão umbilical;</li> <li>- Promoção do contacto pele a pele e estabelecimento da relação precoce díade/tríade;</li> <li>- Incentivo e promoção da amamentação;</li> <li>- Vigilância dos sinais de dequitação;</li> <li>- Garantir a completa expulsão da placenta e membranas;</li> <li>- Vigilância das perdas sanguíneas e administração de uterotômico após dequitação;</li> <li>- Observação e restauro do períneo, caso seja necessário;</li> <li>- Realização de anestesia perineal no caso de verbalização de dor por parte da puérpera;</li> <li>- Ensinos sobre os cuidados perineais no pós-parto;</li> <li>- Avaliação da mulher no puerpério imediato (TA, FC, temperatura, perdas sanguíneas, eliminação vesical, estado do períneo, tônus uterino);</li> <li>- Remoção do cateter epidural, salvo indicação contrária;</li> </ul>	<p>conforto e bem-estar da mulher e conviventes significativos.</p> <p>3.1.4 — Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção da vinculação mãe/pai/recém-nascido/conviventes significativos.</p> <p>3.1.5 — Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno.</p> <p>3.1.6 — Cooperar com outros profissionais na implementação de intervenções de promoção, prevenção e controlo da dor.</p> <p>3.2.1 — Identifica e monitoriza trabalho de parto.</p> <p>3.2.2 — Identifica e monitoriza o risco materno-fetal durante o trabalho de parto e parto, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação.</p> <p>3.2.3 — Identifica e monitoriza desvios ao padrão normal de evolução do trabalho de parto, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação.</p> <p>3.2.4 — Avalia e determina a adequação da estrutura pélvica em relação ao feto durante o trabalho de parto.</p> <p>3.2.5 — Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções adequadas à evolução do trabalho de parto, otimizando as condições de saúde da mãe e do feto.</p> <p>3.2.6 — Aplica as técnicas adequadas na execução do parto de apresentação cefálica e, em caso de urgência, do parto de apresentação pélvica.</p> <p>3.2.7 — Assegura a avaliação imediata do recém-nascido implementando medidas de suporte na adaptação à vida extrauterina.</p> <p>3.2.9 — Cooperar com outros profissionais no tratamento do recém-nascido com alterações morfológicas e funcionais.</p> <p>3.2.10 — Identifica alterações morfológicas e funcionais do recém-nascido, referenciando as que estão para além da sua área de atuação.</p> <p>3.3.1 — Concebe, planeia, implementa e avalia medidas de suporte emocional e psicológico à parturiente e à mulher em trabalho de parto, incluindo conviventes significativos.</p> <p>3.3.2 — Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à parturiente com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez durante o trabalho de parto.</p> <p>3.3.4 — Avalia a integridade do canal de parto e aplica técnicas de reparação, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação.</p> <p>3.3.5 — Cooperar com outros profissionais no tratamento da parturiente com complicações da gravidez e do parto.</p>	<p>complicações para a saúde da mulher e do recém-nascido.</p> <p>3.3 — Providencia cuidados à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez e/ou com o trabalho de parto.</p> <p>4.1 — Promove a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal.</p> <p>4.2 — Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e recém-nascido durante o período pós-natal.</p>
---	---	--

<ul style="list-style-type: none"><li>-Avaliação da involução uterina através da AFU;</li><li>-Avaliação dos lóquios e suas características;</li><li>-Inspeção do períneo;</li><li>-Avaliação das características das mamas e mamilos;</li><li>-Verificação da presença ou não do desejo de amamentar;</li><li>- Realização de registos clínicos no processo físico e informático de acordo com procedimentos do serviço;</li></ul>			
---	--	--	--

## Fontes de Pesquisa

- Cerejeira, I (2011). *Realização e posicionamento da grávida durante a monitorização/registo cardiotocografico electronico externo em consulta de vigilância pré-natal*. Parecer nº16/2011. Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Ordem dos Enfermeiros. Lisboa.
- Ayres-de-Campos, Diogo et al (2015). Figo consensus guidelines on intrapartum fetal monitoring: Cardiotocogrphy. *International Journal os Gynecology and Obstetrics*. 131. 13-24
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Livro de Bolso Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica/Parteiras*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2019). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia*. Regulamento nº391/2019. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

## JA 14: Prolapso do Cordão

### Jornal de Aprendizagem

Instrumento de registo semanal para Estudantes da UEESESJD

**Nome:** Maria da Conceição Carola e Fona

**Data:** 24/02/2020 a 01/03/2020

**Campo clínico:** CC4

**Local:** Bloco de Partos

#### Editorial

Prestei cuidados a S.R, 41 anos, IO 3003; IG 40s, internada para ITP por DG do 2ºT. Admitida no turno da manhã, iniciou maturação cervical com prostaglandinas. Segundo Graça (2017), a indução de TP com colo imaturo (índice de Bishop <5) continua a ser um desafio, sendo os fármacos mais correntemente usados a PGE2 e o misoprostol. Nesta situação foi decidido aplicar Prostin E2 gel (dinoprostona 2mg). Pelas 16h30 foi observada pela equipa médica: por apresentar colo favorável (índice de Bishop >5) iniciou PO (5 UI de ocitocina em 500 ml de dextrose a 5% a 10ml/h). O TP iniciou-se, tendo referido queixas algicas pelas 19h, altura em que foi observada: apresentava 5 cm de dilatação com BAI, AP cefálica, alta. Solicitou analgesia epidural, que decorreu sem intercorrências. Pelas 22h30 foi novamente observada pela equipa médica (sem presença da equipa de enfermagem): realizaram amniotomia, que comunicaram posteriormente. Notei como o LA saía pela vagina: quantidade abundante, em golfadas, algo que nunca tinha observado. Decidi prestar cuidados de higiene no leito, mantendo sempre a monitorização. A PO fora aumentada para 47 ml/h... Pelas 23h20 a médica perguntou se “queria o parto”, pois tinha dilatação completa. Passei a grávida à colega que entrou de turno. A saída apercebi-me da situação emergente: prolapso do cordão. A amniotomia, usada quando a dilatação atingiu os 5cm para acelerar o TP (Graça, 2017) deve ser decidida criteriosamente: neste caso a apresentação estaria alta, o que resultou no prolapso do cordão umbilical, implicando uma cesariana.

### Atividades Semanais

Esta semana participei em apenas um período expulsivo, utente de 19 anos de etnia cigana. Foi desafiante participar num parto eutócico de um RN GIG: houve necessidade de recorrer a manobras para ajudar na expulsão. Também a cultura da utente me obrigou a pensar na minha postura perante a prestação dos cuidados. Acompanhei diversas grávidas em trabalho de parto, prestando-lhe os cuidados e realizando os ensinamentos pertinentes. Duas delas atingiram dilatação completa, iniciaram esforços expulsivos, que não sendo eficientes, foi decidido cesariana, nas quais tive a oportunidade de participar, tendo prestado cuidados tanto à mulher como ao RN. Participei na administração de analgesia epidural. Prestei cuidados a puérperas, no puerpério imediato e participei na sua transferência. Realizei registos no processo físico da grávida e participei nos registos informático. Sinto-me bem integrada na equipa e considero este serviço um ambiente favorável à prática.

#### Desenvolvimento de Competências

	Atividades desenvolvidas (OE, 2015)	Critério de avaliação (OE, 2019)	Competência Desenvolvida (OE, 2019)
Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do HESE	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entrevista inicial: identificação, história pessoal e familiar, história obstétrica e ginecológica, grupo sanguíneo, alergias, intercorrências da gravidez, hábitos e informações relevantes ao parto (integridade da bolsa, frequência e duração das contrações e movimentos fetais);</li> <li>- Observação física (edemas, higiene, estado emocional, altura do fundo uterino, manobras de Leopold)</li> <li>- Avaliação da mulher (exame vaginal) para determinar o estágio do trabalho de parto;</li> <li>- Avaliação do plano do parto ou incentivo à mulher a expressar a sua vontade;</li> <li>- Observação dos exames realizados (análises e ecografias);</li> </ul>	<p>3.1.1 — Atua de acordo com o plano de parto estabelecido com mulher, garantindo intervenções de qualidade e risco controlado.</p> <p>3.1.2 — Garante um ambiente seguro durante o trabalho de parto e parto.</p> <p>3.1.3 — Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção do conforto e bem-estar da mulher e conviventes significativos.</p> <p>3.1.4 — Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção da vinculação mãe/pai/recém-nascido/conviventes significativos.</p> <p>3.1.5 — Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de</p>	<p>3.1 — Promove a saúde da mulher durante o trabalho de parto e otimiza a adaptação do recém-nascido à vida extrauterina.</p> <p>3.2 — Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e do recém-nascido.</p> <p>3.3 — Providencia cuidados à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez e/ou com o trabalho de parto.</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Colheita de sangue para avaliação analítica (se necessário);</li> <li>- Avaliação do risco;</li> <li>- Avaliação do bem-estar fetal (CTG);</li> <li>- Avaliação do bem-estar materno através de sinais vitais (TA, FC, temperatura, dor) e do seu estado geral (respiração, eliminação, comportamento, vocalizações, frequência e duração das contrações);</li> <li>- Propiciar a presença da pessoa significativa junto da mulher;</li> <li>- Utilização de linguagem acessível e positiva para comunicar;</li> <li>- Incentivo à utilização de métodos não farmacológicos de alívio de dor;</li> <li>- Esclarecimento sobre e participação no estabelecimento de métodos farmacológicos de alívio da dor (analgesia epidural);</li> <li>- Proporcionar hidratação e alimentação adequada à mulher durante o trabalho de parto;</li> <li>- Administração de terapêutica prescrita;</li> <li>- Encorajar a mulher a expressar o que sente e ajudar na tomada de decisão;</li> <li>- Incentivar a adoção da posição mais favorável ao trabalho de parto/parto;</li> <li>- Promoção da integridade perineal (aplicação de compressas quentes, episiotomia seletiva, esforços expulsivos espontâneos);</li> <li>- Incentivo e encorajamento da mulher à realização de esforços expulsivos;</li> <li>- Promoção da clampagem e corte tardio do cordão umbilical;</li> <li>- Promoção do contacto pele a pele e estabelecimento da relação precoce díade/tríade;</li> <li>- Incentivo e promoção da amamentação;</li> <li>- Vigilância dos sinais de dequitação;</li> <li>- Garantir a completa expulsão da placenta e membranas;</li> <li>- Vigilância das perdas sanguíneas e administração de uterotômico após dequitação;</li> <li>- Observação e restauro do períneo, caso seja necessário;</li> <li>- Realização de anestesia perineal no caso de verbalização de dor por parte da puérpera;</li> <li>- Ensinos sobre os cuidados perineais no pós-parto;</li> <li>- Avaliação da mulher no puerpério imediato (TA, FC, temperatura, perdas sanguíneas, eliminação vesical, estado do períneo, tónus uterino);</li> <li>- Remoção do cateter epidural, salvo indicação contrária;</li> <li>- Avaliação da involução uterina através da AFU;</li> <li>- Avaliação dos lóquios e suas características;</li> <li>- Inspeção do períneo;</li> </ul>	<p>promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno.</p> <p>3.1.6 — Cooperar com outros profissionais na implementação de intervenções de promoção, prevenção e controlo da dor.</p> <p>3.2.1 — Identifica e monitoriza trabalho de parto.</p> <p>3.2.2 — Identifica e monitoriza o risco materno-fetal durante o trabalho de parto e parto, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação.</p> <p>3.2.3 — Identifica e monitoriza desvios ao padrão normal de evolução do trabalho de parto, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação.</p> <p>3.2.4 — Avalia e determina a adequação da estrutura pélvica em relação ao feto durante o trabalho de parto.</p> <p>3.2.5 — Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções adequadas à evolução do trabalho de parto, otimizando as condições de saúde da mãe e do feto.</p> <p>3.2.6 — Aplica as técnicas adequadas na execução do parto de apresentação cefálica e, em caso de urgência, do parto de apresentação pélvica.</p> <p>3.2.7 — Assegura a avaliação imediata do recém-nascido implementando medidas de suporte na adaptação à vida extrauterina.</p> <p>3.2.9 — Cooperar com outros profissionais no tratamento do recém-nascido com alterações morfológicas e funcionais.</p> <p>3.2.10 — Identifica alterações morfológicas e funcionais do recém-nascido, referenciando as que estão para além da sua área de atuação.</p> <p>3.3.1 — Concebe, planeia, implementa e avalia medidas de suporte emocional e psicológico à parturiente e à mulher em trabalho de parto, incluindo conviventes significativos.</p> <p>3.3.2 — Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à parturiente com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez durante o trabalho de parto.</p> <p>3.3.4 — Avalia a integridade do canal de parto e aplica técnicas de reparação, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação.</p> <p>3.3.5 — Cooperar com outros profissionais no tratamento da parturiente com complicações da gravidez e do parto.</p>	<p>4.1 — Promove a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal.</p> <p>4.2 — Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e recém-nascido durante o período pós-natal.</p>
---	---	---



-Avaliação das características das mamas e mamilos; -Verificação da presença ou não do desejo de amamentar; - Realização de registos clínicos no processo físico e informático de acordo com procedimentos do serviço;			
--	--	--	--

## Fontes de Pesquisa

Graça, L.M. e Colaboradores (2017). *Medicina Materno-Fetal*. 5ª Edição. Lisboa: Lidel.

Ordem dos Enfermeiros (2015). *Livro de Bolso Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica/Parteiras*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2019). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia*. Regulamento nº391/2019. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

## JA 15: Pré-eclampsia e eclampsia

### Jornal de Aprendizagem

Instrumento de registo semanal para Estudantes da UEESESJD

**Nome:** Maria da Conceição Carola e Fona

**Data:** 02/03/2020 a 08/03/2020

**Campo clínico:** CC4

**Local:** Bloco de Partos

#### Editorial

Prestei cuidados a C.S., 36 anos, de etnia Afro, IO 2001 (segundo filho faleceu de acidente), 36s+1d de gestação. Internada há duas semanas por HTA de difícil controlo, evoluiu para um quadro de pré-eclampsia. Segundo Graça (2017) a síndrome de pré-eclampsia caracteriza-se pelo surgimento de HTA associado a proteinúria e/ou edema patológico após a 20ª semana de gravidez em mulheres previamente normotensas. Pode evoluir para eclampsia (quadro complicado por convulsões ou coma, excluindo epilepsia).

Após ciclo de maturação pulmonar, iniciou ITP. Contudo esta não surtiu efeito e a equipa médica decidiu cesariana emergente, visto a HTA intraparto estar a evoluir (TA persistentes superior a 160-100 mm HG, sob terapêutica anti hipertensora) e existir proteinúria significativa (superior a 0,3g/24h) com diminuição do débito urinário.

C.S. foi levada para o Bloco Operatório, queixosa e ansiosa. Auxiliei no posicionamento da grávida para analgesia epidural (decúbito lateral direito). Num momento de conforto emocional, diz-me: “Enfermeira, estou a sentir uma coisa a sair...” Pensei, será LA!?, pedi que levantasse um pouco a perna. Nesse movimento, expulsa o feto, pequeno e escorregadio. Instintivamente agarrei-o, apertei-o e gritei: Pediatra, pediatra! O RN chora e as enfermeiras presentes usam o kit de cesariana para clampar e cortar o cordão. A pediatra observa o RN: está bem, mas deverá seguir para Neonatologia.

Já C.S. segue para o puerpério imediato, com vigilância apertada. A TA mantém-se elevada (200-120 mm HG, sob terapêutica) pelo que há indicação medica para seguir para Cuidados Intensivos. Desconheço o desfecho.

#### Atividades Semanais

Esta semana participei apenas num parto eutócico e em duas cesarianas.

Prestei cuidados a mulheres em TP, realizei ensinamentos e pude participar na administração de analgesia epidural. Nas cesarianas pude prestar cuidados à grávida (posicionamento, monitorização, algaliação, conforto) e ao RN. Participei no processo de admissão de grávidas no BP. Realizei registos, tanto no processo físico como no processo computadorizado.

Sinto-me capaz e mais confiante no momento das passagens de turno.

Realizou-se a avaliação final, tendo o ponto de vista da minha orientadora criado em mim confiança para manter o esforço. Estou apreensiva com o que aí vem (pausa forçada do estágio).

#### Desenvolvimento de Competências

	Atividades desenvolvidas (OE, 2015)	Critério de avaliação (OE, 2019)	Competência Desenvolvida (OE,2019)
Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do HESE	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entrevista inicial: identificação, história pessoal e familiar, história obstétrica e ginecológica, grupo sanguíneo, alergias, intercorrências da gravidez, hábitos e informações relevantes ao parto (integridade da bolsa, frequência e duração das contrações e movimentos fetais);</li> <li>- Observação física (edemas, higiene, estado emocional, altura do fundo uterino, manobras de Leopold)</li> <li>- Avaliação da mulher (exame vaginal) para determinar o estágio do trabalho de parto;</li> <li>- Avaliação do plano do parto ou incentivo à mulher a expressar a sua vontade;</li> <li>- Observação dos exames realizados (análises e ecografias);</li> <li>- Colheita de sangue para avaliação analítica (se necessário);</li> <li>- Avaliação do risco;</li> <li>- Avaliação do bem-estar fetal (CTG);</li> <li>- Avaliação do bem-estar materno através de sinais vitais (TA, FC, temperatura, dor) e do seu estado geral (respiração, eliminação, comportamento, vocalizações, frequência e duração das contrações);</li> <li>- Propiciar a presença da pessoa significativa junto da mulher;</li> <li>- Utilização de linguagem acessível e positiva para comunicar;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>3.1.1 — Atua de acordo com o plano de parto estabelecido com mulher, garantindo intervenções de qualidade e risco controlado.</li> <li>3.1.2 — Garante um ambiente seguro durante o trabalho de parto e parto.</li> <li>3.1.3 — Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção do conforto e bem-estar da mulher e conviventes significativos.</li> <li>3.1.4 — Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção da vinculação mãe/pai/recém-nascido/conviventes significativos.</li> <li>3.1.5 — Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno.</li> <li>3.1.6 — Cooperar com outros profissionais na implementação de intervenções de promoção, prevenção e controlo da dor.</li> <li>3.2.1 — Identifica e monitoriza trabalho de parto.</li> <li>3.2.2 — Identifica e monitoriza o risco materno-fetal durante o trabalho de parto e parto, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação.</li> <li>3.2.3 — Identifica e monitoriza desvios ao padrão normal de evolução do trabalho de parto, referenciando as</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>3.1 — Promove a saúde da mulher durante o trabalho de parto e otimiza a adaptação do recém-nascido à vida extrauterina.</li> <li>3.2 — Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e do recém-nascido.</li> <li>3.3 — Providencia cuidados à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez e/ou com o trabalho de parto.</li> <li>4.1 — Promove a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal.</li> <li>4.2 — Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e recém-nascido durante o período pós-natal.</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Incentivo à utilização de métodos não farmacológicos de alívio de dor;</li> <li>- Esclarecimento sobre e participação no estabelecimento de métodos farmacológicos de alívio da dor (analgésia epidural);</li> <li>- Proporcionar hidratação e alimentação adequada à mulher durante o trabalho de parto;</li> <li>- Administração de terapêutica prescrita;</li> <li>- Encorajar a mulher a expressar o que sente e ajudar na tomada de decisão;</li> <li>- Incentivar a adoção da posição mais favorável ao trabalho de parto/parto;</li> <li>- Promoção da integridade perineal (aplicação de compressas quentes, episiotomia seletiva, esforços expulsivos espontâneos);</li> <li>- Incentivo e encorajamento da mulher à realização de esforços expulsivos;</li> <li>- Promoção da clampagem e corte tardio do cordão umbilical;</li> <li>- Promoção do contacto pele a pele e estabelecimento da relação precoce díade/tríade;</li> <li>- Incentivo e promoção da amamentação;</li> <li>- Vigilância dos sinais de dequitação;</li> <li>- Garantir a completa expulsão da placenta e membranas;</li> <li>- Vigilância das perdas sanguíneas e administração de uterotómico após dequitação;</li> <li>- Observação e restauro do períneo, caso seja necessário;</li> <li>- Realização de anestesia perineal no caso de verbalização de dor por parte da puérpera;</li> <li>- Ensinos sobre os cuidados perineais no pós-parto;</li> <li>- Avaliação da mulher no puerpério imediato (TA, FC, temperatura, perdas sanguíneas, eliminação vesical, estado do períneo, tónus uterino);</li> <li>- Remoção do cateter epidural, salvo indicação contrária;</li> <li>- Avaliação da involução uterina através da AFU;</li> <li>- Avaliação dos lóquios e suas características;</li> <li>- Inspeção do períneo;</li> <li>- Avaliação das características das mamas e mamilos;</li> <li>- Verificação da presença ou não do desejo de amamentar;</li> <li>- Realização de registos clínicos no processo físico e informático de acordo com procedimentos do serviço;</li> </ul>	<p>situações que estão para além da sua área de atuação.</p> <p>3.2.4 — Avalia e determina a adequação da estrutura pélvica em relação ao feto durante o trabalho de parto.</p> <p>3.2.5 — Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções adequadas à evolução do trabalho de parto, otimizando as condições de saúde da mãe e do feto.</p> <p>3.2.6 — Aplica as técnicas adequadas na execução do parto de apresentação cefálica e, em caso de urgência, do parto de apresentação pélvica.</p> <p>3.2.7 — Assegura a avaliação imediata do recém-nascido implementando medidas de suporte na adaptação à vida extrauterina.</p> <p>3.2.9 — Cooperar com outros profissionais no tratamento do recém-nascido com alterações morfológicas e funcionais.</p> <p>3.2.10 — Identifica alterações morfológicas e funcionais do recém-nascido, referenciando as que estão para além da sua área de atuação.</p> <p>3.3.1 — Concebe, planeia, implementa e avalia medidas de suporte emocional e psicológico à parturiente e à mulher em trabalho de parto, incluindo conviventes significativos.</p> <p>3.3.2 — Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à parturiente com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez durante o trabalho de parto.</p> <p>3.3.4 — Avalia a integridade do canal de parto e aplica técnicas de reparação, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação.</p> <p>3.3.5 — Cooperar com outros profissionais no tratamento da parturiente com complicações da gravidez e do parto.</p>	
--	--	--

#### Fontes de Pesquisa

- Graça, L.M. e Colaboradores (2017). *Medicina Materno-Fetal*. 5ª Edição. Lisboa: Lidel.
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Livro de Bolso Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica/Parteiras*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2019). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia*. Regulamento nº391/2019. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

## Apêndice E: Exercício de Revisão da Literatura



Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

**Assunto:** Exercício de Revisão de Literatura

**Mestranda:** Maria da Conceição Carola e Fona

### Nota Introdutória

Revisão de literatura (RL) é um processo que consiste em fazer um inventário e o exame crítico do conjunto de publicações pertinentes sobre um domínio de investigação (Fortin, 1996). Segundo a mesma autora, este tipo de revisão impõe-se em todo o processo de investigação, pois acompanha o processo, desde a conceptualização, à formulação da questão e hipótese, até à interpretação dos resultados. Neste exercício em concreto, além de permitir delimitar o domínio da investigação (contribuir para criar a questão de investigação), serve para distinguir o que já é conhecido e o que falta conhecer sobre este mesmo domínio relativamente novo: o cuidar em contexto de pandemia.

O objetivo das revisões que incluem estudos qualitativos é principalmente o de informar sobre o significado que uma intervenção, procedimento, processo estado ou condição de saúde representa para uma pessoa num determinado contexto. Consideram-se então uma “revisão sistemática da literatura de evidência de significado” (Apostolo, 2017), ou uma “revisão sistemática qualitativa /síntese de evidencias qualitativas” (Sousa et al, 2018). Na literatura inglesa, conforme consultado na JBI denomina-se “*Qualitative evidence synthesis*” (QES). A revisão sistemática da literatura (RSL) é um dos alicerces para prática baseada em evidência (PBE), uma vez que agrega uma grande quantidade de informações num único estudo (Sousa et al, 2018).

A revisão de estudos de evidencia de significado segue o acrónimo. PICO: População, fenómeno de Interesse e Contexto (JBI, 2014<sup>a</sup>). Este utiliza-se para construir um título claro, que traduza a população, o fenómeno de interesse e o contexto, bem como criar o sentido compreensivo do significado.


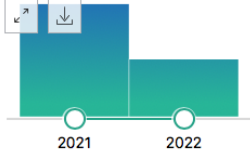
Partindo das experiências vivenciadas no contexto da prática clínica emerge a RL que se enuncia na tabela abaixo.

Estudo Atual	
<b>Tipo de revisão</b>	Síntese de evidência de significados (Apostolo, 2017); Qualitative evidence synthesis (QES)
<b>Título</b>	Vivências do Trabalho de Parto em contexto de pandemia: revisão de evidência de significado
<b>Questão</b>	Como descrevem as mulheres as suas vivências de trabalho de parto hospitalar em contexto de pandemia por SarsCov2?
<b>População (P)</b>	Mulheres grávidas/ Parturientes
<b>Fenómeno de Interesse (I)</b>	Vivência do trabalho de parto
<b>Contexto (Co)</b>	Contingências hospitalares por Pandemia de SarsCov-2
<b>Resultado (esperado)</b>	Descrição do fenómeno em estudo

**Fase 1:** Busca dos descritores MeSH

<b>Descritores MeSH</b>	
<b>Labor, obstétrica</b>	The repetitive uterine contraction during childbirth which is associated with the progressive dilation of the uterine cervix (CERVIX UTERI). Successful labor results in the expulsion of the FETUS and PLACENTA. Obstetric labor can be spontaneous or induced (LABOR, INDUCED). Year introduced: 2003.
<b>Parturition</b>	The process of giving birth to one or more offspring. Year introduced: 2003.
<b>Delivery, Obstetric</b>	Delivery of the FETUS and PLACENTA under the care of an obstetrician or a health worker. Obstetric deliveries may involve physical, psychological, medical, or surgical interventions. Year introduced: 2003.
<b>Personal Narratives as Topic</b>	Works about accounts of individual experience in relation to a particular field or of participation in related activities. Year introduced: 2013
<b>Qualitative Research</b>	Any type of research that employs nonnumeric information to explore individual or group characteristics, producing findings not arrived at by statistical procedures or other quantitative means. (Qualitative Inquiry: A Dictionary of Terms Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 1997). Year introduced: 2003.
<b>Pandemics</b>	Epidemics of infectious disease that have spread to many countries, often more than one continent, and usually affecting a large number of people. Year introduced: 2011.
<b>COVID-19</b>	A viral disorder generally characterized by high FEVER; COUGH; DYSPNEA; CHILLS; PERSISTENT TREMOR; MUSCLE PAIN; HEADACHE; SORE THROAT; a new loss of taste and/or smell (see AGEUSIA and ANOSMIA) and other symptoms of a VIRAL PNEUMONIA. In severe cases, a myriad of coagulopathy associated symptoms often correlating with COVID-19 severity is seen (e.g., BLOOD COAGULATION; THROMBOSIS; ACUTE RESPIRATORY DISTRESS SYNDROME; SEIZURES; HEART ATTACK; STROKE; multiple CEREBRAL INFARCTIONS; KIDNEY FAILURE; catastrophic ANTIPHOSPHOLIPID ANTIBODY SYNDROME and/or DISSEMINATED INTRAVASCULAR COAGULATION). In younger patients, rare inflammatory syndromes are sometimes associated with COVID-19 (e.g., atypical KAWASAKI SYNDROME; TOXIC SHOCK SYNDROME; pediatric multisystem inflammatory disease; and CYTOKINE STORM SYNDROME). A coronavirus, SARS-CoV-2, in the genus BETACORONAVIRUS is the causative agent. Year introduced: 2021(2020)
<b>Midwifery</b>	The practice of assisting women in childbirth. Year introduced: 1966.
<b>Nurse Midwives</b>	Professional nurses who have received postgraduate training in <b>MIDWIFERY</b> . Year introduced: 1977

## Fase 2: Roteiro pelas Bases de Dados

PubMed (1)	
Equação Booleana:	(((("Qualitative Research"[Mesh]) OR "Personal Narratives as Topic"[Mesh]) AND ("Pandemics"[Mesh] OR "COVID-19"[Mesh])) AND ("Midwifery"[Mesh] OR "Nurse Midwives"[Mesh])) AND (("Labor, Obstetric"[Mesh]) OR ("Parturition"[Mesh] OR "Delivery, Obstetric"[Mesh] ))
<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">  </div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; display: flex; align-items: center;"> <input ((\"labor,="" (\"midwifery\"[mesh]="" (\"pandemics\"[mesh]="" (\"parturition\"[mesh]="" ))"="" \"covid-19\"[mesh]))="" \"delivery,="" \"nurse="" \"personal="" and="" as="" midwives\"[mesh]))="" narratives="" obstetric\"[mesh]="" obstetric\"[mesh])="" or="" qualitative="" research\"[mesh])="" topic\"[mesh])="" type="text" value="((((\"/> <span style="margin-left: 10px;">×</span> <span style="background-color: #0070c0; color: white; padding: 2px 10px; border-radius: 3px;">Search</span> </div> <div style="text-align: right; font-size: 0.8em;"> <a href="#">Advanced</a> <a href="#">Create alert</a> <a href="#">Create RSS</a> <a href="#">User Guide</a> </div> </div> <div style="margin-top: 10px; display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="button" value="Save"/> <input type="button" value="Email"/> <input type="button" value="Send to"/> </div> <div style="text-align: right;">       Sorted by: Best match <input type="button" value="Display options"/> </div> </div> <hr/> <div style="display: flex;"> <div style="width: 25%; padding-right: 10px;"> <p>MY NCBI FILTERS </p> <p>RESULTS BY YEAR</p>  <p>TEXT AVAILABILITY</p> <input type="checkbox"/> Abstract  <input type="checkbox"/> Free full text  <input type="checkbox"/> Full text         </div> <div style="width: 75%;"> <p>3 results <span style="float: right;">Page 1 of 1</span></p> <div style="margin-top: 10px;"> <p><input type="checkbox"/> <a href="#">Nurse-midwives reconfiguring care in the scope of labor and births in COVID-19 times.</a></p> <p>1 Cite Dulfe PAM, Alves VH, Pereira AV, Vieira BDG, Rodrigues DP, Marchiori GRS, Branco MBLR. <i>Rev Bras Enferm.</i> 2021 Apr 14;74Suppl 1(Suppl 1):e20200863. doi: 10.1590/0034-7167-2020-0863. eCollection 2021. PMID: 33886843 <span style="color: red;">Free article.</span> English, Portuguese.</p> </div> <div style="margin-top: 10px;"> <p><input type="checkbox"/> <a href="#">Lived experiences of frontline healthcare providers offering maternal and newborn services amidst the novel corona virus disease 19 pandemic in Uganda: A qualitative study.</a></p> <p>2 Cite Kayiga H, Genevive DA, Amuge PM, Ssemata AS, Nanzira RS, Nakimuli A. <i>PLoS One.</i> 2021 Dec 10;16(12):e0259835. doi: 10.1371/journal.pone.0259835. eCollection 2021. PMID: 34890417 <span style="color: red;">Free PMC article.</span></p> </div> <div style="margin-top: 10px;"> <p><input type="checkbox"/> <a href="#">Birth during the Covid-19 pandemic: What childbearing people in the United States needed to achieve a positive birth experience.</a></p> <p>3 Cite Combellick JL, Basile Ibrahim B, Julien T, Scharer K, Jackson K, Powell Kennedy H. <i>Birth.</i> 2022 Jun;49(2):341-351. doi: 10.1111/birt.12616. Epub 2022 Feb 25. PMID: 35218067 <span style="color: red;">Free PMC article.</span></p> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> <span>&lt;&lt; First</span> <span>&lt; Prev</span> <span>Page 1 of 1</span> <span>Next &gt;</span> <span>Last &gt;&gt;</span> </div> </div> </div>	
Resultados (n°):	3
Referencias:	<p>Dulfe, P. A. M., Alves, V. H., Pereira, A. V., Vieira, B. D. G., Rodrigues, D. P., Marchiori, G. R. S., &amp; Branco, M. (2021). Nurse-midwives reconfiguring care in the scope of labor and births in COVID-19 times. <i>Rev Bras Enferm</i>, 74Suppl 1(Suppl 1), e20200863. <a href="https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0863">https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0863</a></p> <p>Kayiga, H., Genevive, D. A., Amuge, P. M., Ssemata, A. S., Nanzira, R. S., &amp; Nakimuli, A. (2021). Lived experiences of frontline healthcare providers offering maternal and newborn services amidst the novel corona virus disease 19 pandemic in Uganda: A qualitative study. <i>PLoS One</i>, 16(12), e0259835. <a href="https://doi.org/10.1371/journal.pone.0259835">https://doi.org/10.1371/journal.pone.0259835</a></p> <p>Combellick JL, Basile Ibrahim B, Julien T, Scharer K, Jackson K, Powell Kennedy H. Birth during the Covid-19 pandemic: What childbearing people in the United States needed to achieve a positive birth experience. <i>Birth.</i> 2022 Jun;49(2):341-351. doi: 10.1111/birt.12616. Epub 2022 Feb 25. Erratum in: <i>Birth.</i> 2022 Sep;49(3):582. PMID: 35218067; PMCID: PMC9111370.</p>

## PubMed (2)

Equação  
Booleana:

((("Delivery, Obstetric"[Mesh]) OR "Parturition"[Mesh]) OR "Labor, Obstetric"[Mesh]) AND (("Midwifery"[Mesh]) OR "Nurse Midwives"[Mesh])) AND (("Pandemics"[Mesh]) OR "COVID-19"[Mesh])

The screenshot shows the PubMed search interface. At the top, the search bar contains the query: "rse Midwives"[Mesh])) AND (("Pandemics"[Mesh]) OR "COVID-19"[Mesh])". Below the search bar, there are buttons for "Advanced", "Create alert", "Create RSS", and "Search". The results section shows 19 results, sorted by "Best match". On the left, there are filters for "MY NCBI FILTERS", "RESULTS BY YEAR" (a bar chart showing results for 2020 and 2022), "TEXT AVAILABILITY" (Abstract, Free full text, Full text), "ARTICLE ATTRIBUTE" (Associated data), and "ARTICLE TYPE" (Books and Documents, Clinical Trial, Meta-Analysis, Randomized Controlled Trial, Review, Systematic Review). The results list includes:

- 1 **Nurse-midwives reconfiguring care in the scope of labor and births in COVID-19 times.**  
Cite Dulfe PAM, Alves VH, Pereira AV, Vieira BDG, Rodrigues DP, Marchiori GRS, Branco MBLR. *Rev Bras Enferm.* 2021 Apr 14;74Suppl 1(Suppl 1):e20200863. doi: 10.1590/0034-7167-2020-0863. eCollection 2021. PMID: 33886843 **Free article.** English, Portuguese.
- 2 **Midwifery and Nursing Strategies to protect against COVID-19 During the Third Trimester of Pregnancy.**  
Cite Liu J, Cao Y, Xu C, Zhou C, Wei W, Yuan J, Wang L, Kang L, Qu X. *Midwifery.* 2021 Jan;92:102876. doi: 10.1016/j.midw.2020.102876. Epub 2020 Oct 29. PMID: 33220602 **Free PMC article.**
- 3 **The impact of planning for COVID-19 on private practising midwives in Australia.**  
Cite Homer CSE, Davies-Tuck M, Dahlen HG, Scarf VL. *Women Birth.* 2021 Feb;34(1):e32-e37. doi: 10.1016/j.wombi.2020.09.013. Epub 2020 Sep 23. PMID: 32994144 **Free PMC article.**
- 4 **Pregnancy, Birth and the COVID-19 Pandemic in the United States.**  
Cite Davis-Floyd R, Gutschow K, Schwartz DA. *Med Anthropol.* 2020 Jul;39(5):413-427. doi: 10.1080/01459740.2020.1761804. Epub 2020 May 14. PMID: 32406755
- 5 **Effects of the Covid-19 pandemic on maternity staff in 2020 - a scoping review.**  
Cite Schmitt N, Mattern E, Cignacco E, Seliger G, König-Bachmann M, Striebich S, Ayerle GM. *BMC Health Serv Res.* 2021 Dec 27;21(1):1364. doi: 10.1186/s12913-021-07377-1.

Resultados (n°):

19

Referencias:

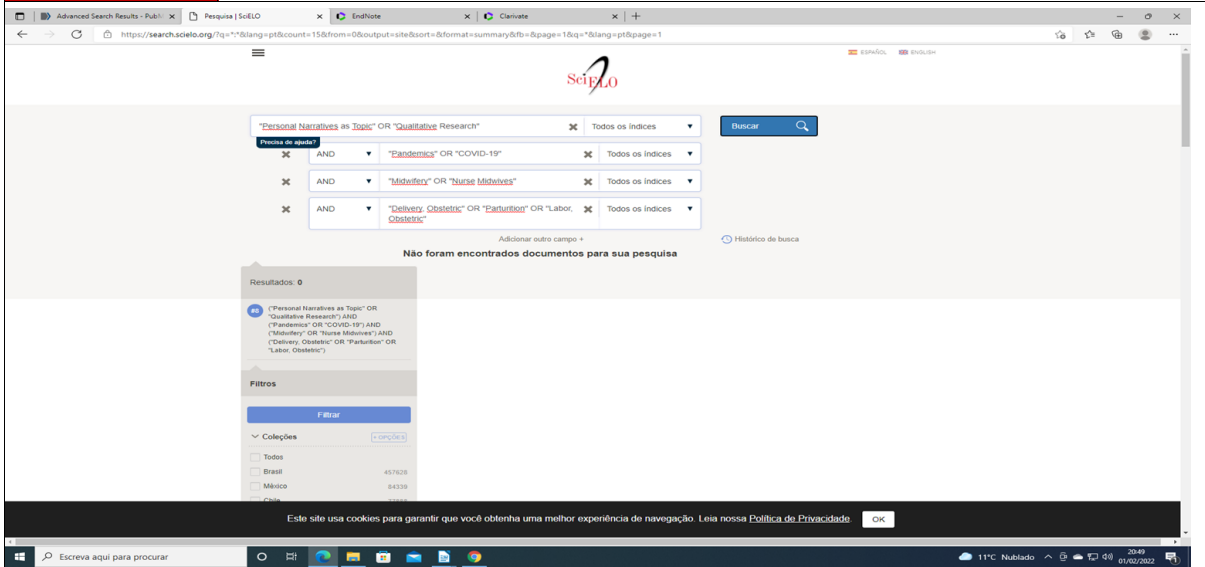
- Dulfe, P., Alves, V. H., Pereira, A. V., Vieira, B., Rodrigues, D. P., Marchiori, G., & Branco, M. (2021). Nurse-midwives reconfiguring care in the scope of labor and births in COVID-19 times. *Revista brasileira de enfermagem*, 74Suppl 1(Suppl 1), e20200863. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0863>
- Coxon, K., Turienzo, C. F., Kweekel, L., Goodarzi, B., Brigante, L., Simon, A., & Lanau, M. M. (2020). The impact of the coronavirus (COVID-19) pandemic on maternity care in Europe. *Midwifery*, 88, 102779. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102779>
- Bender, W. R., Srinivas, S., Coutifaris, P., Acker, A., & Hirshberg, A. (2020). The Psychological Experience of Obstetric Patients and Health Care Workers after Implementation of Universal SARS-CoV-2 Testing. *American journal of perinatology*, 37(12), 1271–1279. <https://doi.org/10.1055/s-0040-1715505>
- Schmitt, N., Mattern, E., Cignacco, E., Seliger, G., König-Bachmann, M., Striebich, S., & Ayerle, G. M. (2021). Effects of the Covid-19 pandemic on maternity staff in 2020 - a scoping review. *BMC health services research*, 21(1), 1364. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-07377-1>
- Liu, J., Cao, Y., Xu, C., Zhou, C., Wei, W., Yuan, J., Wang, L., Kang, L., & Qu, X. (2021). Midwifery and Nursing Strategies to protect against COVID-19 During the Third Trimester of Pregnancy. *Midwifery*, 92, 102876.

- <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102876>
- Homer, C., Davies-Tuck, M., Dahlen, H. G., & Scarf, V. L. (2021). The impact of planning for COVID-19 on private practising midwives in Australia. *Women and birth : journal of the Australian College of Midwives*, 34(1), e32–e37. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.09.013>
- Davis-Floyd, R., Gutschow, K., & Schwartz, D. A. (2020). Pregnancy, Birth, and the COVID-19 Pandemic in the United States. *Medical anthropology*, 39(5), 413–427. <https://doi.org/10.1080/01459740.2020.1761804>
- Schrøder, K., Stokholm, L., Rubin, K. H., Jørgensen, J. S., Nohr, E. A., Petersen, L. K., & Bliddal, M. (2021). Concerns about transmission, changed services and place of birth in the early COVID-19 pandemic: a national survey among Danish pregnant women. The COVIDPregDK study. *BMC pregnancy and childbirth*, 21(1), 664. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-04108-6>
- Webler, N., Almeida, L., Carneiro, J. B., Campos, L. M., Glaeser, T. A., Santos, M. C., & Couto, T. M. (2021). Planned home birth assistance: challenges during the COVID-19 pandemic. *Revista brasileira de enfermagem*, 75(suppl 1), e20210083. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0083>
- Dahlen, H. G., Kumar-Hazard, B., & Chiarella, M. (2020). How COVID-19 Highlights an Ongoing Pandemic of Neglect and Oppression When It Comes to Women's Reproductive Rights. *Journal of law and medicine*, 27(4), 812–828.
- van Manen ELM, Hollander M, Feijen-de Jong E, de Jonge A, Verhoeven C, Gitsels J. Experiences of Dutch maternity care professionals during the first wave of COVID-19 in a community based maternity care system. *PLoS One*. 2021 Jun 17;16(6):e0252735. doi: 10.1371/journal.pone.0252735. PMID: 34138877; PMCID: PMC8211230.
- Haruna M, Nishi D. Perinatal mental health, and COVID-19 in Japan. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2020 Sep;74(9):502-503. doi: 10.1111/pcn.13091. Epub 2020 Jul 17. PMID: 32579265; PMCID: PMC7362146.
- Souto SPAD, Albuquerque RS, Prata AP. Fear of childbirth in time of the new coronavirus pandemic. *Rev Bras Enferm*. 2020 Nov 13;73(Suppl 2):e20200551. English, Portuguese. doi: 10.1590/0034-7167-2020-0551. PMID: 33206819.
- Kayiga H, Genevive DA, Amuge PM, Ssemata AS, Nanzira RS, Nakimuli A. Lived experiences of frontline healthcare providers offering maternal and newborn services amidst the novel corona virus disease 19 pandemic in Uganda: A qualitative study. *PLoS One*. 2021 Dec 10;16(12):e0259835. doi: 10.1371/journal.pone.0259835. PMID: 34890417; PMCID: PMC8664167.
- Okunade KS, Makwe CC, Akinajo OR, Owie E, Ohazurike EO, Babah OA, Okunowo AA, Omisakin SI, Oluwole AA, Olamijulo JA, Adegbola O, Anorlu RI, Afolabi BB. Good clinical practice advice for the management of pregnant women with suspected or confirmed COVID-19 in Nigeria. *Int J Gynaecol Obstet*. 2020 Sep;150(3):278-284. doi: 10.1002/ijgo.13278. Epub 2020 Jul 9. PMID: 32557562.
- Applebaum J. Expanding certified professional midwife services during the COVID-19 pandemic. *Birth*. 2022 Sep;49(3):360-363. doi: 10.1111/birt.12643. Epub 2022 Apr 15. PMID: 35429017; PMCID: PMC9111869.
- Grollman C, Daniele MAS, Brigante L, Knight GM, Latina L, Morgan AS, Downe S. Maternity service reconfigurations for intrapartum and postnatal midwifery staffing shortages: modelling of low-risk births in England. *BMJ Open*. 2022 Sep 21;12(9):e051747. doi: 10.1136/bmjopen-2021-051747. PMID: 36130758; PMCID: PMC9494012.
- Combellick JL, Basile Ibrahim B, Julien T, Scharer K, Jackson K, Powell Kennedy H. Birth during the Covid-19 pandemic: What childbearing people in the United States needed to achieve a positive birth experience. *Birth*. 2022 Jun;49(2):341-351. doi: 10.1111/birt.12616. Epub 2022 Feb 25. Erratum in: *Birth*. 2022 Sep;49(3):582. PMID: 35218067; PMCID: PMC9111370.
- Kluwngant D, Homer C, Dahlen H. "Never let a good crisis go to waste": Positives from disrupted maternity care in Australia during COVID-19. *Midwifery*. 2022 Jul;110:103340. doi: 10.1016/j.midw.2022.103340. Epub 2022 Apr 17. PMID: 35504154; PMCID: PMC9013427.



Equação Booleana:

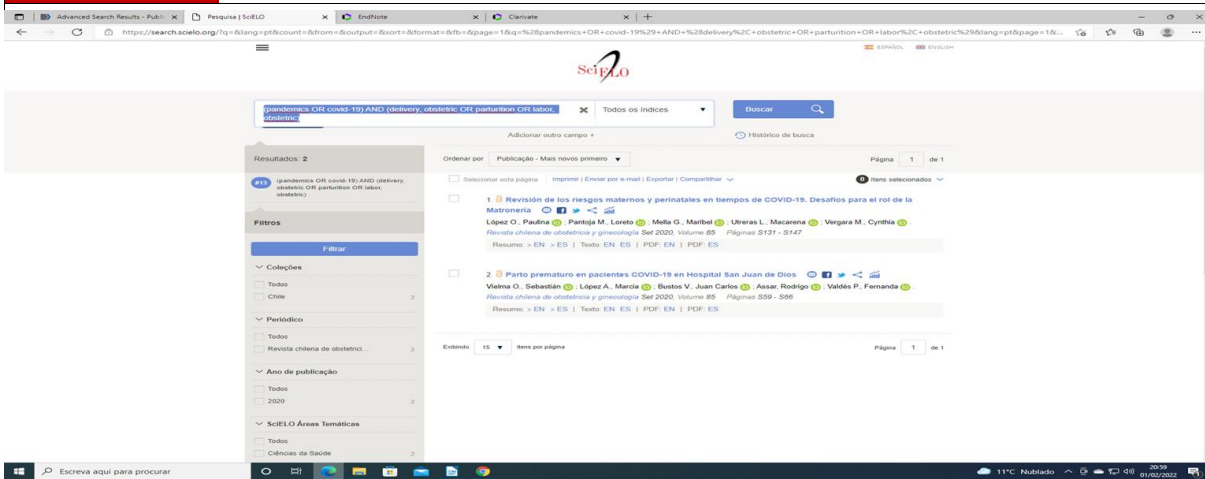
(Personal Narratives as Topic OR Qualitative Research) AND (Pandemics OR COVID-19) AND (Midwifery OR Nurse Midwives) AND (Delivery, Obstetric OR Parturition OR Labor, Obstetric)



Resultados (n°): 0

Equação Booleana:

(pandemics OR covid-19) AND (delivery, obstetric OR parturition OR labor, obstetric)



Resultados (n°): 2

Referencias:

López O., Paulina; Pantoja M., Loreto; Mella G., Maribel; Utreras L., Macarena; Vergara M., Cynthia. - Revisión de los riesgos maternos y perinatales en tiempos de COVID-19. Desafíos para el rol de la Matronería - Revista chilena de obstetricia y ginecología; 85(5); S131-S147; 2020-09

Vielma O., Sebastián; López A., Marcia; Bustos V., Juan Carlos; Assar, Rodrigo; Valdés P., Fernanda. - Parto prematuro en pacientes COVID-19 en Hospital San Juan de Dios - Revista chilena de obstetricia y ginecología; 85(5); S59-S66; 2020-09

# EBSCO (1)

Cinahl Complete; Medline Complete; MedicLatina

Equação  
Booleana:

(pandemics OR covid-19) AND (delivery, obstetric OR parturition OR labor, obstetric) AND (Midwifery OR Nurse Midwives) AND (Personal Narratives as Topic OR Qualitative Research)

Resultados (nº):

10

Referencias:

- Dulfe, P. A. M., Alves, V. H., Pereira, A. V., Vieira, B. D. G., Rodrigues, D. P., Marchiori, G. R. S., & Branco, M. B. L. R. (2021). Nurse-midwives reconfiguring care in the scope of labor and births in COVID-19 times. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74(Suppl 1(Suppl 1)), e20200863. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0863>
- Kayiga, H., Genevive, D. A., Amuge, P. M., Ssemata, A. S., Nanzira, R. S., & Nakimuli, A. (2021). Lived experiences of frontline healthcare providers offering maternal and newborn services amidst the novel corona virus disease 19 pandemic in Uganda: A qualitative study. *PloS One*, 16(12), e0259835. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0259835>
- DeJoy, S. B., Mandel, D., McFadden, N., & Petrecca, L. (2021). Concerns of Women Choosing Community Birth During the COVID-19 Pandemic: A Qualitative Study. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 66(5), 624–630. <https://doi.org/10.1111/jmwh.13290>
- Colaceci, S., Anderson, G., Ricciuto, V., Montinaro, D., Alazraki, G., & Mena-Tudela, D. (2022). Experiences of Birth during COVID-19 Pandemic in Italy and Spain: A Thematic Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(12). <https://doi.org/10.3390/ijerph19127488>
- Combellick, J. L., Basile Ibrahim, B., Julien, T., Scharer, K., Jackson, K., & Powell Kennedy, H. (2022). Birth during the Covid-19 pandemic: What childbearing people in the United States needed to achieve a positive birth experience. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 49(2), 341–351. <https://doi.org/10.1111/birt.12616>
- Kinsler, P., Jallo, N., Moyer, S., Weinstock, M., Barrett, D., Mughal, N., Stevens, L., & Rider, A. (2022). “It’s always hard being a mom, but the pandemic has made everything harder”: A qualitative exploration of the experiences of perinatal women during the COVID-19 pandemic. *Midwifery*, 109, 103313. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2022.103313>
- Nespoli, A., Ornaghi, S., Borrelli, S., Vergani, P., & Fumagalli, S. (2022). Lived experiences of the partners of COVID-19 positive childbearing women: A qualitative study. *Women and Birth: Journal of the Australian College of Midwives*, 35(3), 289–297. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2021.07.006>
- Fumagalli, S., Ornaghi, S., Borrelli, S., Vergani, P., & Nespoli, A. (2022). The experiences

of childbearing women who tested positive to COVID-19 during the pandemic in northern Italy. *Women and Birth : Journal of the Australian College of Midwives*, 35(3), 242–253. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2021.01.001>

Keating, N. E., Dempsey, B., Corcoran, S., McAuliffe, F. M., Lalor, J., & Higgins, M. F. (2022). Women’s experience of pregnancy and birth during the COVID-19 pandemic: a qualitative study. *Irish Journal of Medical Science*, 191(5), 2177–2184. <https://doi.org/10.1007/s11845-021-02862-2>

Andrews, K., Ayers, S., & Williams, L. R. (2022). The experience of fathers during the covid-19 UK maternity care restrictions. *Midwifery*, 113, 103434. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2022.103434>

## BVS

Equação Booleana:

(Delivery, Obstetric OR Parturition OR Labor, Obstetric) AND ( Midwifery OR Nurse Midwives) AND (Pandemics OR COVID-19)



**bvs**  
biblioteca  
virtual em saúde

**Portal Regional da BVS**

Informação e Conhecimento para a Saúde

português | español | english | français

Localizar descritor de assunto | Busca Avançada | EVID@Easy

Título, resumo, assunto (Delivery, Obstetric OR Parturition OR Labor, Obstetric) AND ( Midwifery OR Nurse Midwives)

Home / Pesquisa / (Delivery, Obstetric OR Parturition OR Labor, Obstetric) AND ( Midwifery OR Nurse Midwives... (16)

Ordenar por ▼

Mostrar: 20 | 50 | 100

Resultados 1 - 16 de 16

**Mais filtros**

Filtrar

Texto completo (16)

**Base de dados**

MEDLINE (13)

BDEF - Enfermagem (1)

BRISA/RedTESA (1)

LILACS (1)

**Assunto principal**

Complicações Infecciosas na Gravidez (7)

Infecções por Coronavirus (7)

COVID-19 (7)

1. Cuidado obstétrico na pandemia de COVID-19: Interrelações comunicacionais entre enfermeiro obstetra, mulher e doula / Obstetric care in the COVID-19 pandemic: Communication interactions between nurse midwives, woman, and doula / Cuidado obstétrico en la pandemia de COVID-19: Interrelaciones comunicativas entre enfermero obstetra, mujer y doula  
*Brandão, Luciana Camila dos Santos; Belarmino, Adriano da Costa; Rodrigues, Maria Eunice Nogueira Galeno; Ferreira Júnior, Antonio Rodrigues.*  
*Referência ; serv(1,supl.1): e21049, dez. 2022. tab, graf*  
Artigo em Português | LILACS-Express | BDEF - Enfermagem | ID: biblio-1387134

2. Impact of suspending labour companionship during the COVID-19 pandemic on intrapartum care and delivery outcomes.  
*Eu, Khin-Shwe; Chung, Carmen Diana.*  
*Aust N Z J Obstet Gynaecol ; 62(3): 413-419, 2022 06.*  
Artigo em Inglês | MEDLINE | ID: mdl-35192726

3. Secondary Qualitative Analysis of Moral Injury in Obstetric and Neonatal Nurses.

Ver mais detalhes

**ENVIAR RESULTADO:**

**SELEÇÃO DE REFERÊNCIAS**

Listar selecionados (0)

Limpar seleção

**DETALHE DA PESQUISA**

(delivery, obstetric OR parturition OR labor, obstetric) AND (

Resultados (n°): 16

Referências:

Kawamura, Hiroshi; Orisaka, Makoto; Yoshida, Yoshio. - Mentality of pregnant women and obstetric healthcare workers about prenatal SARS-CoV-2 testing: A regional survey over the first wave of the COVID-19 pandemic in Japan. - *J Obstet Gynaecol Res*;47(5): 1763-1771, 2021 May.

Lee, Tsong-Yeh; Zhong, Yaping; Zhou, Jie; He, Xiaojuan; Kong, Rui; Ji, Ji. - The outbreak of coronavirus disease in China: Risk perceptions, knowledge, and information sources among prenatal and postnatal women. - *Women Birth*;34(3): 212-218, 2021 May.

Liu, Juan; Cao, Yuming; Xu, Cheng; Zhou, Chunhua; Wei, Wei; Yuan, Jing; Wang, Lei; Kang, Liqun; Qu, Xinlan. - Midwifery and Nursing Strategies to protect against COVID-19 During the Third Trimester of Pregnancy. - *Midwifery*;92: 102876, 2021 Jan.

- The silenced pandemic. - *Nurse Pract*;45(10): 9-10, 2020 10.

- López O, Paulina; Pantoja M, Loreto; Mella G, Maribel; Utreras L, Macarena; Vergara M, Cynthia. - Revisión de los riesgos maternos y perinatales en tiempos de COVID-19: desafíos para el rol de la Matronería - Review of maternal and perinatal risks in times of COVID-19: challenges for the role of Midwifery - Rev. chil. obstet. ginecol. (En línea);85(supl.1): S131-S147, set. 2020. tab, graf
- Umazume, Takeshi; Miyagi, Etsuko; Haruyama, Yasuo; Kobashi, Gen; Saito, Shigeru; Hayakawa, Satoshi; Kawana, Kei; Ikenoue, Satoru; Morioka, Ichiro; Yamada, Hideto. - Survey on the use of personal protective equipment and COVID-19 testing of pregnant women in Japan. - J Obstet Gynaecol Res;46(10): 1933-1939, 2020 Oct.
- Bender, Whitney R; Srinivas, Sindhu; Coutifaris, Paulina; Acker, Alexandra; Hirshberg, Adi. - The Psychological Experience of Obstetric Patients and Health Care Workers after Implementation of Universal SARS-CoV-2 Testing. - Am J Perinatol;37(12): 1271-1279, 2020 10.
- Institut National d'Excellence en Santé et en Services Sociaux. - COVID-19 et protoxyde d'azote pendant l'accouchement - COVID-19 and nitrous oxide during childbirth - Québec; INESSS; 16 juil. 2020.
- Okunade, Kehinde S; Makwe, Christian C; Akinajo, Opeyemi R; Owie, Emmanuel; Ohazurike, Ephraim O; Babah, Ochuwa A; Okunowo, Adeyemi A; Omisakin, Sunday I; Oluwole, Ayodeji A; Olamijulo, Joseph A; Adegbola, Omololu; Anorlu, Rose I; Afolabi, Bosedede B. - Good clinical practice advice for the management of pregnant women with suspected or confirmed COVID-19 in Nigeria. - Int J Gynaecol Obstet;150(3): 278-284, 2020 Sep.
- Sharma, J B; Sharma, Eshani. - Obstetrics and COVID-19. - J Pak Med Assoc;70(Suppl 3)(5): S104-S107, 2020 May.
- Grünebaum, Amos; McCullough, Laurence B; Bornstein, Eran; Klein, Risa; Dudenhausen, Joachim W; Chervenak, Frank A. - Professionally responsible counseling about birth location during the COVID-19 pandemic. - J Perinat Med;48(5): 450-452, 2020 Jun 25.
- Davis-Floyd, Robbie; Gutschow, Kim; Schwartz, David A. - Pregnancy, Birth, and the COVID-19 Pandemic in the United States. - Med Anthropol;39(5): 413-427, 2020 07.
- Brandão, Luciana Camila dos Santos, Belarmino, Adriano da Costa, Rodrigues, Maria Eunice Nogueira Galeno, & Ferreira Júnior, Antonio Rodrigues. (2022). Cuidado obstétrico na pandemia de COVID-19: Interrelações comunicacionais entre enfermeiro obstetra, mulher e doula. Revista de Enfermagem Referência, serVI(1, Supl. 1), e21049. Epub 22 de junho de 2022. <https://doi.org/10.12707/rv21049>
- Eu KS, Chung CD. Impact of suspending labour companionship during the COVID-19 pandemic on intrapartum care and delivery outcomes. Aust N Z J Obstet Gynaecol. 2022 Jun;62(3):413-419. doi: 10.1111/ajo.13490. Epub 2022 Feb 22. PMID: 35192726; PMCID: PMC9111259.
- Kayiga H, Genevive DA, Amuge PM, Ssemata AS, Nanzira RS, Nakimuli A. Lived experiences of frontline healthcare providers offering maternal and newborn services amidst the novel corona virus disease 19 pandemic in Uganda: A qualitative study. PLoS One. 2021 Dec 10;16(12):e0259835. doi: 10.1371/journal.pone.0259835. PMID: 34890417; PMCID: PMC8664167.

# Web of Science

Equação Booleana: ((Qualitative Research) AND (pandemic) AND (labor, obstetric OR parturition OR delivery, obstetric OR Childbirth OR birth))

**DOCUMENTS** RESEARCHERS

Search in: **Web of Science Core Collection** ▾ Editions: **All** ▾

**DOCUMENTS** CITED REFERENCES STRUCTURE

Topic ▾ Example: oil spill\* mediterranean  
Qualitative Research ×

⊖ And ▾ All Fields ▾ Example: liver disease india singh  
pandemic ×

⊖ And ▾ All Fields ▾ Example: liver disease india singh  
labor, obstetric OR parturition OR delivery, obstetric OR Childbirth OR birth ×

⊖ Publication Date ▾ All years (1900 - 2022)

**+ Add row** Advanced Search

× Clear Search

61 results from Web of Science Core Collection for:

Qualitative Research (Topic) and pandemic (All Fields) and labor, obstetric OR parturition OR delivery, obstetric OR Childbirth OR birth (All Fields) **Analyze Results** **Citation Report** **Create Alert**

Refined By: **Open Access** × **Clear all**

**Copy query link**

**Publications** You may also like...

Refine results

Search within results... 🔍

Filter by Marked List

Quick Filters

- Review Article 4
- Early Access 5
- Open Access 61
- Enriched Cited References 33

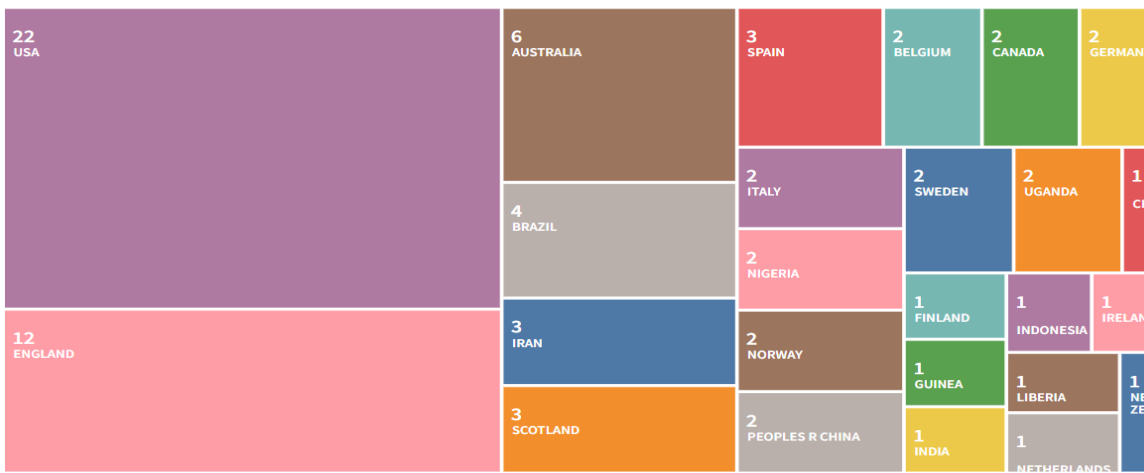
Citation Topics Meso

- 1.72 Obstetrics & Gynecology 32
- 1.273 Health Literacy & Telemedicine 5
- 1.155 Medical Ethics 4
- 1.104 Virology - General 3
- 1.128 Fertility, Endometriosis & Hysterectomy 2

**See all >**

0/61 **Add To Marked List** **Export** ▾ **Sort by: Relevance** < 1 of 2 >

- 1 **Birthing under the Condition of the COVID-19 Pandemic in Germany: Interviews with Mothers, Partners, and Obstetric Health Care Workers** 1 Citation  
**Schmiedhofer, M., Derksen, C. (-), Ljogbe, S.**  
Feb 2022 | INTERNATIONAL JOURNAL OF ENVIRONMENTAL RESEARCH AND PUBLIC HEALTH 19 (3)  
55 References  
**Enriched Cited References**  
Background: The COVID-19 pandemic and the necessary containment measures challenge obstetric care. Support persons were excluded while protection measures burdened and disrupted the professionals' ability to care and communicate. The objective of this study was to explore the first-hand experience of the impact of the COVID-19 pandemic on mothers, their partners, and obstetric professionals reg ... Show more  
**Services** **Free Full Text from Publisher** \*\*\* **Related records** ?
- 2 **Evaluation of a Rapid Implementation of Telemedicine for Delivery of Obstetric Care During the COVID-19 Pandemic** 29 References  
**Beid, CN; Marshall, J and Fryer, S**  
Apr 2022 (Early Access) | TELEMEDICINE AND E-HEALTH  
**Enriched Cited References**  
Introduction: The use of telemedicine was to assess the rapid implementation of telemedicine during the COVID-19 pandemic. Objective: To evaluate the impact of telemedicine on obstetric care during the COVID-19 pandemic. Methods: A descriptive study was conducted in a tertiary care hospital. Results: The study found that telemedicine was used to provide obstetric care during the COVID-19 pandemic. The use of telemedicine was associated with a decrease in the number of in-person visits and a decrease in the number of hospital admissions. Conclusion: The use of telemedicine for obstetric care during the COVID-19 pandemic was associated with a decrease in the number of in-person visits and a decrease in the number of hospital admissions.



Resultados (n°): 61

Referencias:

Altman, M. R., Eagen-Torkko, M. K., Mohammed, S. A., Kantrowitz-Gordon, I., Khosa, R. M., & Gavin, A. R. (2021). - The impact of COVID-19 visitor policy restrictions on birthing communities of colour. - 77(- 12), - 4835.

Andrews, K., Ayers, S., & Williams, L. R. (2022). - The experience of fathers during the covid-19 UK maternity care restrictions. - 113.

Ashby, G. B., Riggan, K. A., Huang, L., Torbenson, V. E., Long, M. E., Wick, M. J., . . . Rivera-Chiauszi, E. Y. (2022). - "I had so many life-changing decisions I had to make without support": a qualitative analysis of women's pregnant and postpartum experiences during the COVID-19 pandemic. - 22(- 1).

- Atmuri, K., Sarkar, M., Obudu, E., & Kumar, A. (2022). - Perspectives of pregnant women during the COVID-19 pandemic: A qualitative study. - *35*(- 3), - 288.
- Atuhaire, C., Rukundo, G. Z., Brennaman, L., Cumber, S. N., & Nambozi, G. (2021). - Lived experiences of Ugandan women who had recovered from a clinical diagnosis of postpartum depression: a phenomenological study. - *21*(- 1).
- Babalola, O. J., Sesay, H. W., Blebo, L. S., Whesseh, F. K., Umeokonkwo, C. D., Adewuyi, P. A., & Amo-Addae, M. (2022). - The influence of first wave of COVID-19 outbreak on routine healthcare services, Liberia, August 2020: a mixed study approach. - *22*(- 1).
- Badr, H., & Alghamdi, S. (2022). - Breastfeeding Experience among Mothers during the COVID-19 Pandemic. - *19*(- 8).
- Bankar, S., & Ghosh, D. (2022). - Accessing Antenatal Care (ANC) services during the COVID-19 first wave: insights into decision-making in rural India. - *19*(- 1).
- Banke-Thomas, A., Semaan, A., Amongin, D., Babah, O., Dioubate, N., Kikula, A., . . . Benova, L. (2022). - A mixed-methods study of maternal health care utilisation in six referral hospitals in four sub-Saharan African countries before and during the COVID-19 pandemic. - *7*(- 2).
- Barbosa-Leiker, C., Smith, C. L., Crespi, E. J., Brooks, O., Burduli, E., Ranjo, S., . . . Gartstein, M. A. (2021). - Stressors, coping, and resources needed during the COVID-19 pandemic in a sample of perinatal women. - *21*(- 1).
- Buek, K. W., O'Neil, M., & Mandell, D. J. (2022). - Opportunities and challenges for family-centered postpartum care during the COVID-19 pandemic: a qualitative study of nurse perspectives. - *21*(- 1).
- Chivers, B. R., Garad, R. M., Boyle, J. A., Skouteris, H., Teede, H. J., & Harrison, C. L. (2020). - Perinatal Distress During COVID-19: Thematic Analysis of an Online Parenting Forum. - *22*(- 9).
- Choi, R., Nagappan, A., Kopyto, D., & Wexler, A. (2022). - Pregnant at the start of the pandemic: a content analysis of COVID-19-related posts on online pregnancy discussion boards. - *22*(- 1).
- Colaceci, S., Anderson, G., Ricciuto, V., Montinaro, D., Alazraki, G., & Mena-Tudela, D. (2022). - Experiences of Birth during COVID-19 Pandemic in Italy and Spain: A Thematic Analysis. - *19*(- 12).
- Costa, M. L., Souza, R. T., Pacagnella, R. C., Bento, S. F., Ribeiro-do-Valle, C. C., Luz, A. G., . . . Cecatti, J. G. (2021). - Brazilian network of COVID-19 during pregnancy (REBRACO: a multicentre study protocol). - *11*(- 12).
- Costa, M. L., Souza, R. T., Pacagnella, R. C., Bento, S. F., Ribeiro-do-Valle, C. C., Luz, A. G., . . . Cecatti, J. G. (2021). - Facing the COVID-19 pandemic inside maternities in Brazil: A mixed-method study within the REBRACO initiative. - *16*(- 7).
- D'Angelo, A. B., Argenio, K., Westmoreland, D. A., Appenroth, M. N., & Grov, C. (2021). - Health and Access to Gender-Affirming Care During COVID-19: Experiences of transmasculine individuals and men assigned female sex at birth. - *15*(- 6).
- Dahl, B., Heinonen, K., & Bondas, T. E. (2020). - From Midwife-Dominated to Midwifery-Led Antenatal Care: A Meta-Ethnography. - *17*(- 23).
- DeJoy, S. B., Mandel, D., McFadden, N., & Petrecca, L. - Concerns of Women Choosing Community Birth During the COVID-19 Pandemic: A Qualitative Study.
- DeYoung, S. E., & Mangum, M. (2021). - Pregnancy, Birthing, and Postpartum Experiences During COVID-19 in the United States. - *6*.
- Diniz, C. S. G., Franzon, A. C. A., Fioretti-Foschi, B., Niy, D. Y., Pedrillo, L. S., Amaro, E., & Sato, J. R. (2021). - Communication Intervention Using Digital Technology to Facilitate Informed Choices at Childbirth in the Context of the COVID-19 Pandemic: Protocol for a Randomized Controlled Trial. - *10*(- 5).
- Dove-Medows, E., Davis, J., McCracken, L., Lebo, L., Misra, D. P., Giurgescu, C., & Kavanaugh, K. (2022). - A Mixed-Methods Study of Experiences During Pregnancy Among Black Women During the COVID-19 Pandemic. - *36*(- 2), - 172.
- Farrell, R., Collart, C., Craighead, C., Pierce, M., Chien, E., Frankel, R., . . . Rose, S. (2022). - The Successes and Challenges of Implementing Telehealth for Diverse Patient Populations Requiring Prenatal Care During COVID-19: Qualitative Study. - *6*(- 3).
- Fikslin, R. A., Goldberg, A. J., Gesselman, A. N., Reinka, M. A., Pervez, O., Franklin, E. T., . . . Price, D. M. (2022). - Changes in Utilization of Birth Control and PrEP During COVID-19 in the USA: A Mixed-Method Analysis. - *51*(- 1), - 381.
- Flaherty, S. J., Delaney, H., Matvienko-Sikar, K., & Smith, V. (2022). - Maternity care during COVID-19: a qualitative evidence synthesis of women's and maternity care providers' views and experiences. - *22*(- 1).
- Freitas-Jesus, J. V., Sanchez, O. D., Rodrigues, L., Faria-Schutzer, D. B., Serapilha, A. A. A., & Surita, F. G. (2022). - Stigma, guilt, and motherhood: Experiences of pregnant women with COVID-19 in Brazil. - *35*(- 4), - 412.
- Fumagalli, S., Ornaghi, S., Borrelli, S., Vergani, P., & Nespoli, A. (2022). - The experiences of childbearing women who tested positive to COVID-19 during the pandemic in northern Italy. - *35*(- 3), - 253.
- Galle, A., Semaan, A., Huysmans, E., Audet, C., Asefa, A., Delvaux, T., . . . Benova, L. (2021). - A double-edged sword-telemedicine for maternal care during COVID-19: findings from a global mixed-methods study of healthcare providers. - *6*(- 2).

- Gibson, L. Y., Lockyer, B., Dickerson, J., Endacott, C., Bridges, S., McEachan, R. R. C., . . . Davis, J. A. (2021). - Comparison of Experiences in Two Birth Cohorts Comprising Young Families with Children under Four Years during the Initial COVID-19 Lockdown in Australia and the UK: A Qualitative Study. - *18*(- 17).
- Goberna-Tricas, J., Biurun-Garrido, A., Perello-Iniguez, C., & Rodriguez-Garrido, P. (2021). - The COVID-19 Pandemic in Spain: Experiences of Midwives on the Healthcare Frontline. - *18*(- 12).
- Goldstein, J. T., Eden, A. R., Taylor, M. K., Dotson, A., & Barreto, T. - Impact of COVID-19 on perinatal care: Perceptions of family physicians in the United States.
- Gray, A., & Barnett, J. (2022). - Welcoming new life under lockdown: Exploring the experiences of first-time mothers who gave birth during the COVID-19 pandemic. - *27*(- 2), - 552.
- Hantoushzadeh, S., Bagheri, M., Amjadi, M. A., Farahani, M. F., & Haghollahi, F. (2021). - Experiences of health care providers on pregnancy and childbirth care during the COVID-19 pandemic in Iran: a phenomenological study. - *21*(- 1).
- Hinton, L., Dakin, F. H., Kuberska, K., Boydell, N., Willars, J., Draycott, T., . . . Dixon-Woods, M. - Quality framework for remote antenatal care: qualitative study with women, healthcare professionals and system-level stakeholders.
- John, J. R., Curry, G., & Cunningham-Burley, S. (2021). - Exploring ethnic minority women's experiences of maternity care during the SARS-CoV-2 pandemic: a qualitative study. - *11*(- 9).
- Kaselitz, E., Finkbeiner, C., Javaid, S., Barringer, S., Compton, S. D., Muzik, M., & Moyer, C. A. (2022). - COVID-19 and Decision-Making for Pregnant Women: Taking or Relinquishing Control in Response to a Pandemic. - *2022*.
- Ladd, W., & De Decker, J. (2022). - The Lived Experience of Postpartum Anxiety During COVID-19: A Hermeneutic Phenomenological Study. - *27*(- 7), - 1340.
- Linden, K., Domgren, N., Zaigham, M., Sengpiel, V., Andersson, M. E., & Wessberg, A. (2022). - Being in the shadow of the unknown - Swedish women's lived experiences of pregnancy during the COVID-19 pandemic, a phenomenological study. - *35*(- 5), - 446.
- Macdonald, D., Snelgrove-Clarke, E., Ross-White, A., & Bigelow-Talbert, K. (2022). - Experiences of birthing care during COVID-19: a systematic review protocol. - *20*(- 5), - 1360.
- Melov, S. J., Galas, N., Swain, J., Alahakoon, T. I., Lee, V., Cheung, N. W., . . . McNab, J. (2022). - Exploring the COVID-19 pandemic experience of maternity clinicians in a high migrant population and low COVID-19 prevalence country: A qualitative study. - *35*(- 5), - 502.
- Mirzakhani, K., Shoorab, N. J., Akbari, A., & Khadivzadeh, T. (2022). - High-risk pregnant women's experiences of the receiving prenatal care in COVID-19 pandemic: a qualitative study. - *22*(- 1).
- Mortazavi, F., & Ghardashi, F. (2021). - The lived experiences of pregnant women during COVID-19 pandemic: a descriptive phenomenological study. - *21*(- 1).
- Norman, J. E., Lawton, J., Stock, S. J., Siassakos, D., Norrie, J., Hallowell, N., . . . Whyte, S. (2021). - Feasibility and design of a trial regarding the optimal mode of delivery for preterm birth: the CASSAVA multiple methods study. - *25*(- 61).
- Poon, Z. M., & Tan, N. C. (2022). - A qualitative research study of primary care physicians' views of telehealth in delivering postnatal care to women. - *23*(- 1).
- Reid, C. N., Marshall, J., & Fryer, K. - Evaluation of a Rapid Implementation of Telemedicine for Delivery of Obstetric Care During the COVID-19 Pandemic.
- Schmiedhofer, M., Derksen, C., Dietl, J. E., Haeussler, F., Louwen, F., Huener, B., . . . Lippke, S. (2022). - Birthing under the Condition of the COVID-19 Pandemic in Germany: Interviews with Mothers, Partners, and Obstetric Health Care Workers. - *19*(- 3).
- Searcy, J. J., & Castaneda, A. N. (2021). - On the Outside Looking In: A Global Doula Response to COVID-19. - *6*.
- Sells, C. E., Maes, A. M., Fleddermann, R. A., Otero-Bell, E. L., & Hartley, R. S. (2021). - Impact of the COVID-19 pandemic on rural obstetrics practices in New Mexico. - *10*(- 3), - 1340.
- Shen, L. M. (2021). - An Investigation of Learners' Perception of an Online Intercultural Communicative Competence (ICC) Training Model. - *16*(- 13), - 200.
- Silverio, S. A., De Backer, K., Easter, A., von Dadelszen, P., Magee, L. A., & Sandall, J. (2021). - Women's experiences of maternity service reconfiguration during the COVID-19 pandemic: A qualitative investigation. - *102*.
- Stulz, V. M., Bradfield, Z., Cummins, A., Catling, C., Sweet, L., McInnes, R., . . . Sheehan, A. (2022). - Midwives providing woman-centred care during the COVID-19 pandemic in Australia: A national qualitative study. - *35*(- 5), - 483.
- Thomson, G., Balaam, M. C., Nowland, R., Crossland, N., Moncrieff, G., Heys, S., . . . Downe, S. (2022). - Companionship for women/birthing people using antenatal and intrapartum care in England during COVID-19: a mixed-methods analysis of national and organisational responses and perspectives. - *12*(- 1).
- Thomson, G., Cook, J., Nowland, R., Donnellan, W. J., Topalidou, A., Jackson, L., & Fallon, V. - Resilience and post-traumatic growth in the transition to motherhood during the COVID-19 pandemic: A qualitative exploratory study.
- Tran, T. D. T., Murray, L., & Vo, T. V. (2022). - Intimate partner violence during pregnancy and maternal and child health outcomes: a scoping review of the literature from low-and-middle income countries from 2016-2021. - *22*(- 1).



- Vance, A. J., Malin, K. J., Miller, J., Shuman, C. J., Moore, T. A., & Benjamin, A. (2021). - Parents' pandemic NICU experience in the United States: a qualitative study. - *21*(- 1).
- Velicu, A., Barbovschi, M., & Rotaru, I. (2022). - Socially isolated and digitally excluded. A qualitative exploratory study of the lives of Roma teenage mothers during the COVID-19 lockdown. - *68*.
- Weir, E., Allison, C., & Baron-Cohen, S. (2022). - Autistic adults have poorer quality healthcare and worse health based on self-report data. - *13*(- 1).
- Wright, K. Q. (2022). - "It changed the atmosphere surrounding the baby I did have": Making sense of reproduction during the COVID-19 pandemic. - *84*(- 4), - 1128.
- Yap, M., Debenham, L., Kew, T., Chatterjee, S. R., Allotey, J., Stallings, E., . . . Thangaratinam, S. (2020). - Clinical manifestations, prevalence, risk factors, outcomes, transmission, diagnosis, and treatment of COVID-19 in pregnancy and postpartum: a living systematic review protocol. - *10*(- 12).
- Yates, M., Perry, L., Onyx, J., & Levett-Jones, T. (2022). - 'Grey nomad' travellers' use of remote health services in Australia: a qualitative enquiry of hospital managers' perspectives. - *22*(- 1).
- Yunitasari, E., Lee, B. O., Krisnana, I., Lugina, R., Solikhah, F. K., & Aditya, R. S. (2022). - Determining the Factors That Influence Stunting during Pandemic in Rural Indonesia: A Mixed Method. - *9*(- 8).

## *Apêndice F: Estudo/Relato de Caso*

### **Doença Hemolítica do Recém-Nascido, numa Mãe com Fator Rhesus Negativo e Profilaxia Adequada**

#### **RESUMO**

**Objetivo:** O objetivo é descrever os sinais e sintomas observados, o diagnóstico e a gestão terapêutica realizados para tratar a DHRN nesse contexto específico. Discutiremos também os cuidados de enfermagem prestados pelo EEESMO, pois estes desempenham um papel fundamental no cuidado e suporte às mães e aos recém-nascidos afetados por essa condição.

**Métodos:** A metodologia proposta tem como objetivo garantir uma abordagem abrangente e individualizada no cuidado da mãe e do recém-nascido com DHRN, utilizando os princípios da teoria de Gordon. É importante ressaltar que essa metodologia deve ser adaptada às necessidades específicas de cada caso e considerar as diretrizes clínicas e protocolos institucionais.

**Resultados:** Foram identificadas 4 áreas essenciais na prestação de cuidados pelo EEESMO, nomeadamente a Monitorização e Avaliação, o Suporte à Amamentação e Nutrição; a Gestão da Icterícia; o Suporte Emocional e Educação.

**Descritores:** DHRN; Cuidados de Enfermagem

## ***Apêndice G: Draft inicial para o registo em Balcão***

### **Citation**

Maria Fona. RN. MSc Student, University of Évora, Nursing Department, Évora Community Care Unit

Margarida Sim-Sim. RN. PHD. University of Évora, Nursing Department

### **Review Question**

How do women describe their lived experience of delivery/labor/parturition, in context of Covid-19 pandemics?

How do women describe the care they received?

What dimensions emerge from this care, in this new context?

### **Population:**

Women expecting/giving birth.

### **Exposure:**

The Covid-19 pandemics, in the health care system.

### **Outcome:**

The description of the lived experiences.

The used strategy for determining the review question was the PICO strategy, where P is the population, I the phenomena or exposure and Co the context (Apóstolo, 2017).

### **Searches:**

Searches will be performed on the following electronic bibliographic databases, for published papers which fit the eligibility criteria of the review:

- Medline através do motor de busca PubMed;
- Web of Science;
- Scielo;
- Biblioteca Virtual de Saúde do Ministério da Saúde do Brasil;
- Wiley Online Library.

- Publisher Ebsco (CINAHL Plus with Full Text, Nursing & Allied Health Collection, MedicLatina, MEDLINE with Full Text).

Reference lists of papers included will be extracted and send to Endnote Web and Rayyan. The references will be doubly storied by the two reviewers independently (MF; MSS). As a first step, it will be considered title and abstract. In a second step, it will be considered full paper. Any disagreement will be discussed and decided by both reviewers. If there is no agreement, a third reviewer will decide.

### **Search terms:**

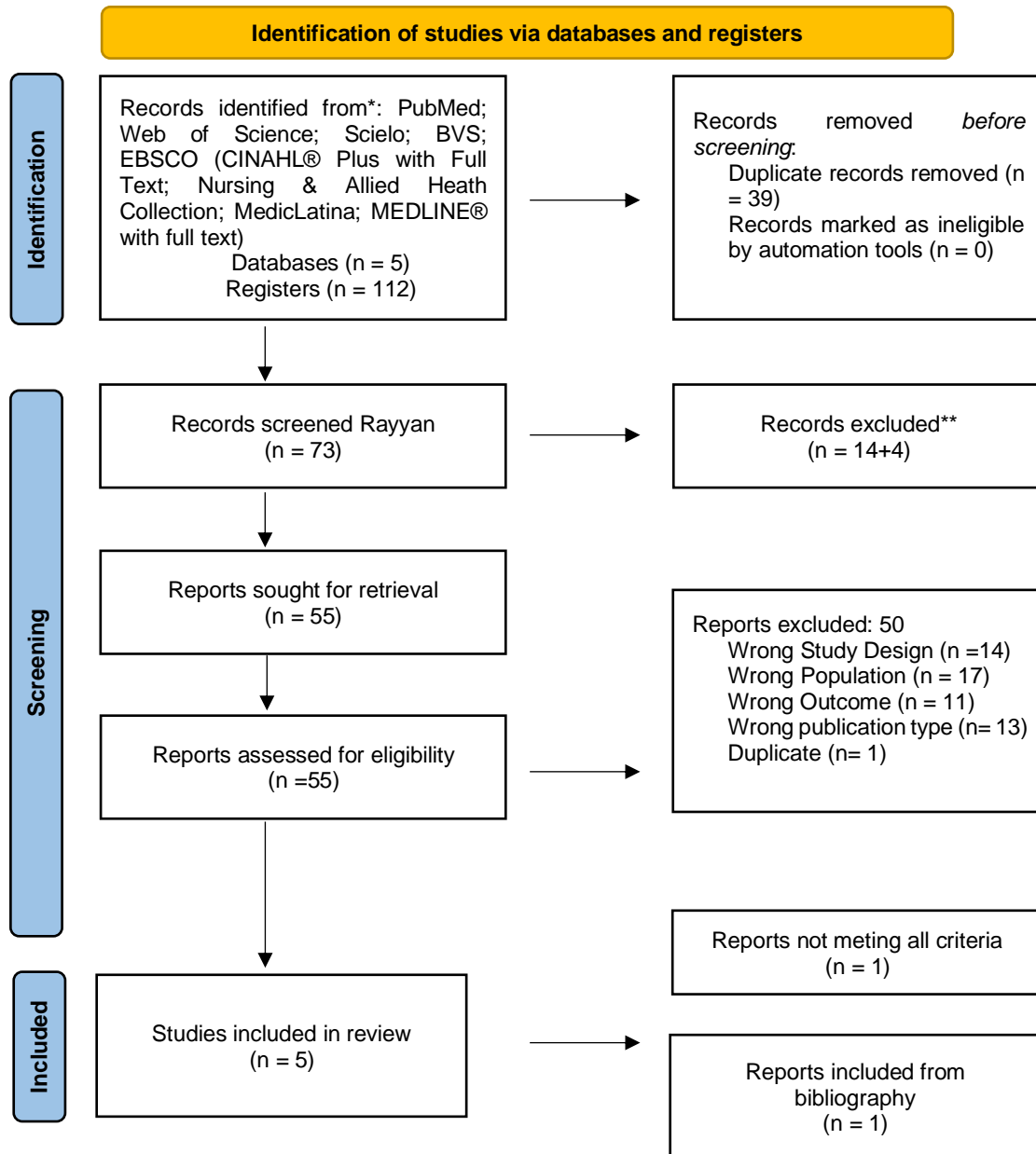
Labor, Obstetric  
Parturition  
Delivery, Obstetric  
Personal Narrative, as Topic  
Qualitative Research  
Pandemic  
COVID-19  
Midwifery  
Nurse Midwives

### **Boolean equation:**

The Boolean equation will be designed using MeSh terms, and the first search will happen in Medline accessed by PubMed. After the Boolean equation will be applied on the other DataBases, considering necessary adaptations.

## Apêndice H: Diagrama PRISMA

**PRISMA 2020 flow diagram for new systematic reviews which included searches of databases and registers only.**



\*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).

\*\*If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.

From: Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71

For more information, visit: <http://www.prisma-statement.org/>

## Apêndice I: Resumo dos artigos identificados na fase de screening

Autor/ano	Objetivo	Desenho	Método	População	Área geográfica	Temas identificados	Conclusões
Combellick, et al, 2021	Identificar o que as grávidas necessitam para uma experiência positiva de parto durante a pandemia	Estudo transversal	Método misto: Questionário online e narrativas	Mulheres com parto durante a pandemia Covid de 01/03/2020 a 01/11/2020 (707 questionários; 394 narrativas)	46 estados e o distrito de Colômbia, Estados Unidos da América	<p><b>Percecionados como negativos:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Stress antecipatório e medo (dar à luz sem a presença da pessoa significativa, ser separado do bebê, ficar contaminado com Covid e estar isolado da família)</li> <li>2) Parto comunitário (opção de “ultima hora”)</li> <li>3) Intervenções desnecessárias (para evitar o risco teórico de exposição ao Covid)</li> <li>4) Pressa nos cuidados durante a pandemia (sentimento de negligência, pela desadequação dos prestadores)</li> </ol> <p><b>Percecionados como positivos:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Informação e afirmação (humanização dos cuidados)</li> <li>2) Acessibilidade e opções (cobertura dos seguros de saúde, a distância, os regulamentos estatais, limitação da oferta de cuidados e o estigma)</li> <li>3) Direito à presença da doula (percecionado como fator de proteção, necessário ao bem-estar)</li> <li>4) Modelo de prestação de cuidados (cuidados prestados por enfermeiras parteiras, percecionados como mais transparentes, informados e respeitosos)</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Participantes mais informados sentiram menos stress.</li> <li>- Participantes que tiveram um parto comunitário sentiram-se mais satisfeitos e bem informados.</li> <li>- Quando o funcionamento dos sistemas de saúde é ameaçado por uma pandemia a qualidade dos cuidados diminui.</li> <li>- A experiência das pessoas cuidadas deve de ser valorizada e incorporada nos protocolos e na prática.</li> <li>- Importância de os prestadores manterem os cuidados significativos e transparentes mesmo em situações em que a informação evolua rapidamente, ou seja, desconhecida.</li> <li>- Todas as opções de local de parto devem de ser consideradas pelos sistemas de saúde.</li> <li>- O acesso aos cuidados prestados por enfermeiras parteiras deve de ser alargado.</li> </ul>

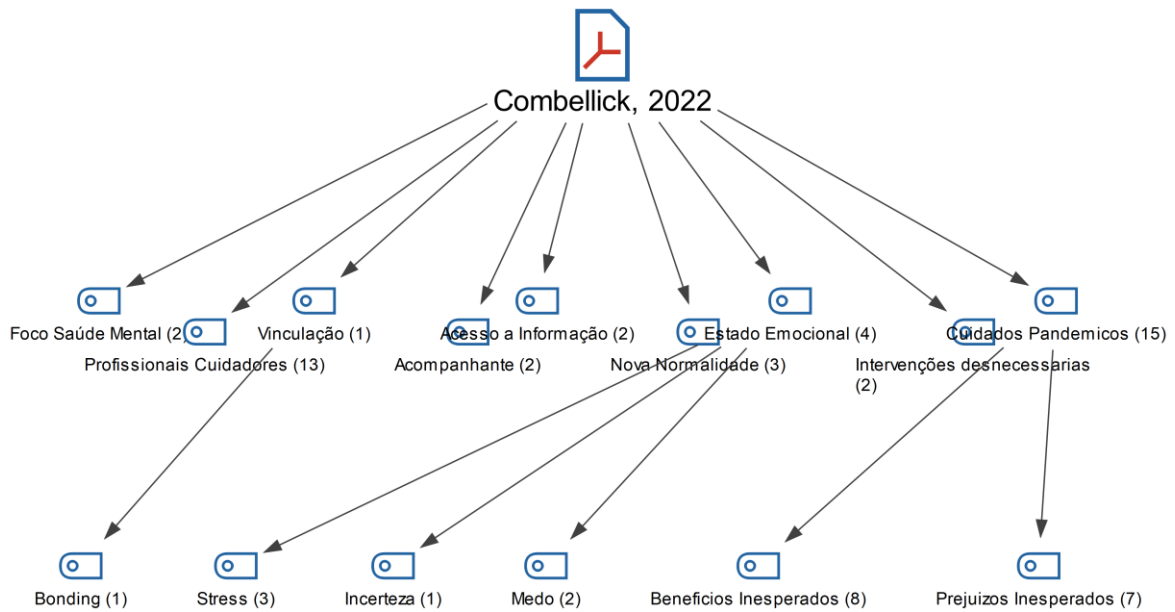
Autor/ano	Objetivo	Desenho	Método	População	Área geográfica	Temas identificados	Conclusões
Kluwgant, et al, 2022	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perceber o contexto dos cuidados na gravidez e parto durante a pandemia de Covid-19.</li> <li>- Conhecer as experiências positivas das mulheres grávidas durante a pandemia de Covid-19.</li> </ul>	Análise crítica de conteúdo	Método misto:	Mulheres australianas que pariram durante a pandemia de Covid-19, de março a dezembro de 2020.	Austrália	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Menor presença de acompanhantes/visitantes no hospital;</li> <li>- Continuidade de cuidados;</li> <li>- Parto na comunidade: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Positivo: escolha benéfica em detrimento das restrições existentes nos hospitais.</li> </ul> </li> <li>- Cuidados de saúde de enfermeiras parteiras privadas: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Positivo: estes cuidados mantiveram-se idênticos aos anteriores à pandemia e permite a presença de acompanhantes;</li> </ul> </li> <li>- Ser alvo de cuidados de apoio, compassivos: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Profissionais focados na importância da saúde mental;</li> </ul> </li> <li>- O aumento da preocupação com a higiene;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Positivo: melhor vínculo parental, melhor iniciação da amamentação, tempo para descansar e recuperar, mais tempo com as enfermeiras parteiras e diminuição da pressão social; <ul style="list-style-type: none"> <li>- Negativo: falta sentida da presença de outros filhos ou dos pais;</li> </ul> </li> <li>- Mais tempo de cuidado das enfermeiras parteiras, maior disponibilidade para o diálogo;</li> <li>- Autonomia: a importância do controlo sobre as opções apresentadas;</li> <li>- A importância do estabelecimento de relação e de redes de suporte;</li> </ul>
Keating, et al, 2021	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Explorar a experiência de mulheres grávidas e parturientes, durante a pandemia de Covid-19.</li> </ul>	Grounded theory approach. SRQR	Método qualitativo. Entrevistas em profundidade.	14 mulheres, dados colhidos entre abril e julho de 2020.	República da Irlanda – Dublin	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perda de normalidade;</li> <li>- Navegação em novos sistemas de cuidados;</li> <li>- Parceiros como espectadores;</li> <li>- Gestão de informação;</li> <li>- Incerteza;</li> <li>- Benefícios inesperados durante a pandemia;</li> <li>- Aumento da ansiedade e incerteza.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A pandemia causou ansiedade nas mulheres grávidas e parturientes devido à incerteza sobre os seus efeitos sobre a gravidez e devido às restrições dúbias;</li> <li>- O parceiro desempenha um papel importante para a mulher e deve estar incluído nos cuidados;</li> <li>- Visão da família como unidade em detrimento da mulher isolada;</li> <li>- Oportunidade de expandir os cuidados na comunidade, nos casos de baixo risco e de melhorar a saúde mental;</li> </ul>

Autor/ano	Objetivo	Desenho	Método	População	Área geográfica	Temas identificados	Conclusões
Kinser, et al, 2022	- Explorar as experiências vividas por grávidas e parturientes	Estudo fenomenológico	Método qualitativo. Entrevista semiestruturada.	54 grávidas e puérperas.	Estados Unidos da América	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Típica complexidade da recente maternidade ampliada pelas incertezas da pandemia de Covid;</li> <li>- As mulheres verbalizam preocupações com necessidades não respondidas e sistemas de apoio não adequados (no geral e durante a pandemia);</li> <li>-</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Falar cedo e frequentemente com as mulheres sobre saúde mental;</li> <li>- Concetualizar planos de cuidados que aumentem o “copping” e a resiliência;</li> <li>- Praticar cuidados na comunidade com equipas multidisciplinares;</li> <li>- Considerar aprender com outros países modelos de cuidados perinatais de sucesso.</li> </ul>

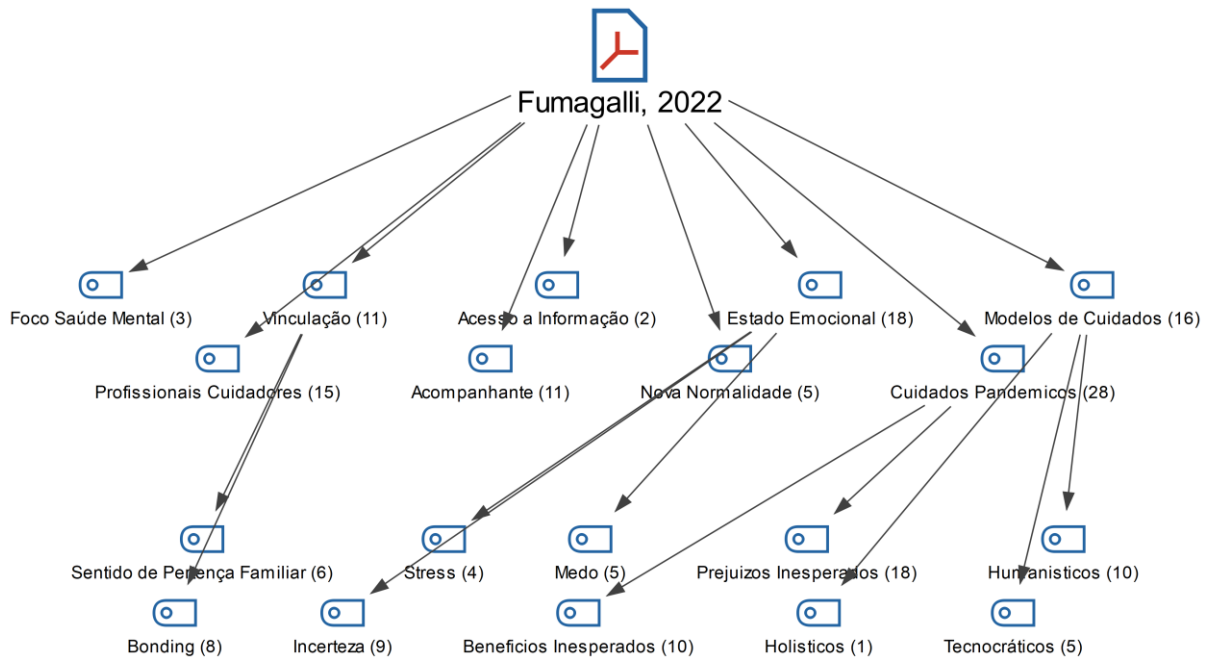


## Apêndice J: Árvores de Conceitos

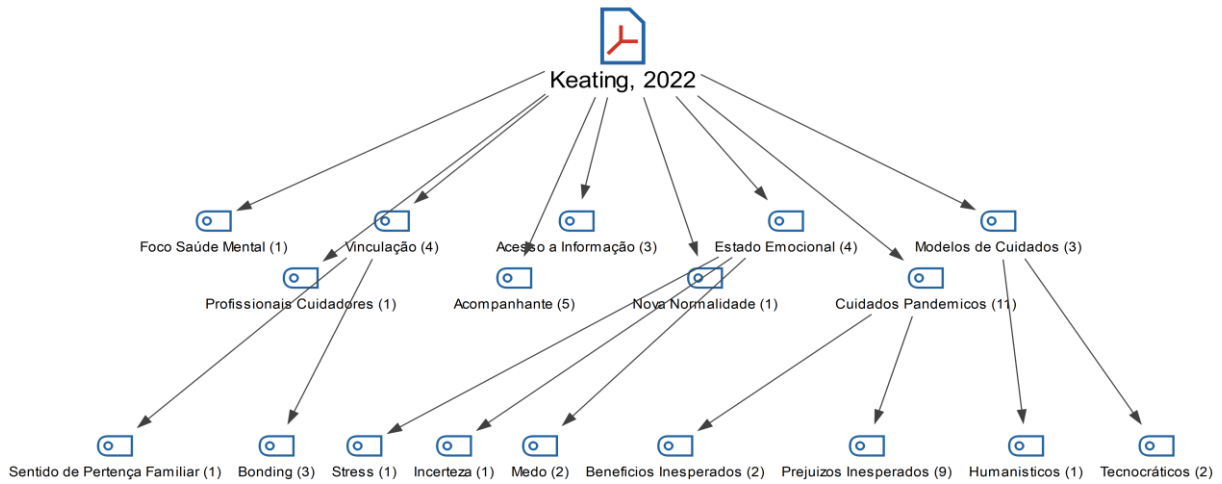
### Modelo com um caso único (Hierarquia de código)



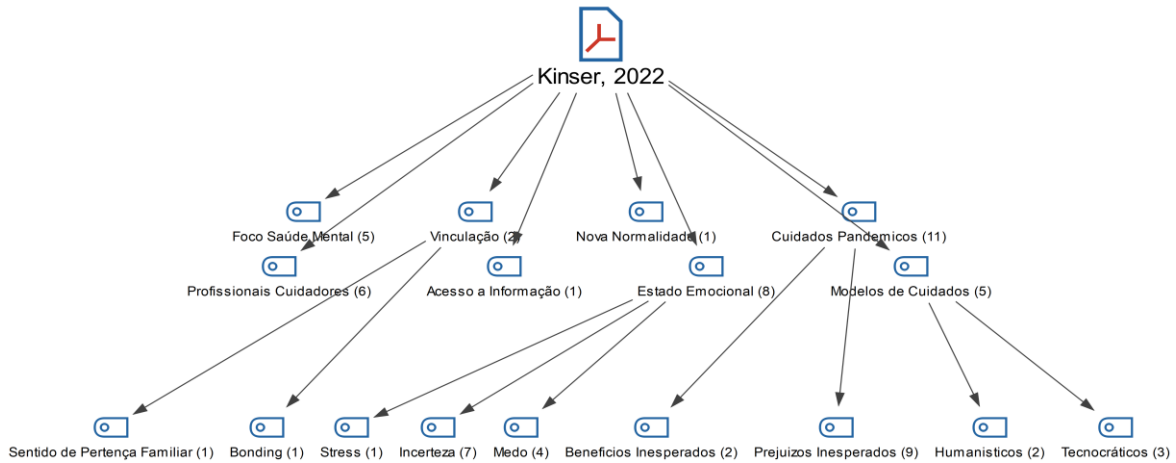
### Modelo com um caso único (Hierarquia de código)



## Modelo com um caso único (Hierarquia de código)



## Modelo com um caso único (Hierarquia de código)



## Modelo com um caso único (Hierarquia de código)

