

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

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

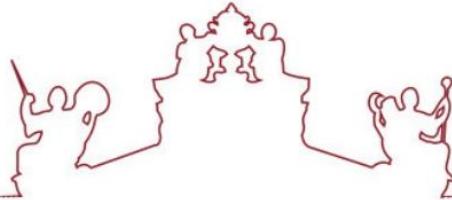
Relatório de Estágio

Promoção do autocuidado da mulher no período pós-parto

Miriam Márquez Gambín

Orientador(es) | Maria da Luz Ferreira Barros

Évora 2025



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

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

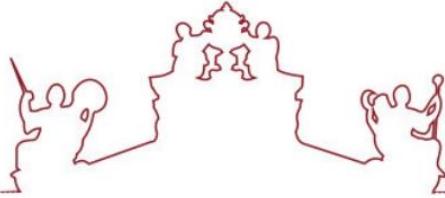
Relatório de Estágio

Promoção do autocuidado da mulher no período pós-parto

Miriam Márquez Gambín

Orientador(es) | Maria da Luz Ferreira Barros

Évora 2025



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 | Ana Galhanas (Universidade de Évora) (Arguente)
Maria da Luz Ferreira Barros (Universidade de Évora) (Orientador)

Évora 2025

AGRADECIMENTOS

Acaba uma das etapas mais desafiantes da minha vida, tanto pessoal, como profissionalmente, e chegar até aqui não teria sido possível sem todas aquelas pessoas que me acompanharam durante este percurso. Assim sendo, quero agradecer:

À minha orientadora de estágio, Professora doutora Maria Luz Barros, pelo apoio, incentivo e disponibilidade constantes.

Às Enfermeiras Supervisoras, Ana Bruno, Elina, Sandra, Sara, Inês, Paula e Elsa pelo apoio, dedicação e motivação e pela partilha de conhecimento, aprendizagens e experiências.

Aos colegas de profissão que me apoiaram e se disponibilizaram para conseguir compatibilizar melhor os turnos com a especialidade.

Às minhas colegas da especialidade, pelo apoio e motivação constantes.

À Carolina, pelas eternas viagens, refeições e risos partilhados.

À minha família e amigos, em especial aos meus pais, por compreenderem a minha ausência durante estes dois longos anos e por me apoiarem sempre.

À minha irmã, o meu exemplo a seguir e a minha inspiração para a escolha deste tema.

Ao Tiago, o meu companheiro e maior apoio.

TITULO: “Promoção do autocuidado da mulher no período pós-parto”

RESUMO

Introdução: O desenvolvimento das competências teórico-práticas pela mestranda é proporcionado através do Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final inserido no Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Universidade de Évora. **Objetivo:** Analisar criticamente o processo de aprendizagem e aquisição de competências em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica durante a realização do estágio. **Metodologia:** Descrição e reflexão das experiências clínicas vivenciadas durante o Estágio, realizado sob metodologia de supervisão clínica e orientação pedagógica, com aprofundamento na temática “Promoção do autocuidado da mulher no pós-parto”. **Resultados:** A aquisição e desenvolvimento das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista. Aprofundar na temática escolhida facilitou a aquisição e consolidação dos conhecimentos na prestação de cuidados. **Conclusões:** Os objetivos propostos no presente relatório foram atingidos. O autocuidado revelou-se fundamental em todas as fases de vida da mulher, especialmente no pós-parto, sendo um pilar na prevenção de complicações e aumento da qualidade de vida.

Descritores (DeCS): Autocuidado; Enfermeiras Obstétricas; Mulher; Período pós-parto; Promoção da Saúde.

TITLE: "Promoting women's self-care in the postpartum period"

ABSTRACT

Introduction: The development of theoretical and practical competences by the master's student is provided through the Professional Internship with Final Report as part of the Master's Degree in Maternal and Obstetric Health Nursing at the University of Évora. **Objective:** To critically analyse the process of learning and acquiring skills in Maternal and Obstetric Health Nursing during the internship. **Methodology:** Description and reflection of the clinical experiences during the internship, carried out under clinical supervision and pedagogical guidance, with an in-depth study of the theme 'Promoting women's self-care in the postpartum period'. **Results:** The acquisition and development of the common and specific competences of the Specialist Nurse. Delving deeper into the chosen subject facilitated the acquisition and consolidation of knowledge in the provision of care. **Conclusions:** The objectives proposed in this report were achieved. Self-care proved to be fundamental at all stages of a woman's life, especially in the postpartum period, and is a pillar in preventing complications and increasing quality of life.

Descriptors (DeCS): Self Care; Nurse Midwives; Woman; Postpartum Period; Health Promotion.

ABREVIATURAS

ACES: Agrupamentos dos Centros de Saúde

AM: Aleitamento Materno

APSI: Associação para a Promoção da Segurança Infantil

APF: Associação para o Planeamento da Família

BP: Bloco de Partos

BO: Bloco Operatório

BSG: Boletim de Saúde da Grávida

CH: Centro Hospitalar

CHU: Centro Hospitalar Universitário

CPP: Curso de Preparação para o Parto

DG: Diabetes Gestacional

DGS: Direção Geral de Saúde

DM: Diabetes Mellitus

DPN: Diagnóstico Pré-Natal

DPP: Data Provável de Parto

EEESIP: Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

EEESMO: Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

ENPRF: Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final

EPE: Entidade Pública Empresarial

FIGO: *International Federation of Gynecology and Obstetrics*

HAP: Hospital de Apoio Perinatal

HAPD: Hospital de Apoio Perinatal Diferenciado

IPPF: *International Planned Parenthood Federation*

ITS: Infeções de Transmissão Sexual

IVG: Interrupção Voluntária da Gravidez

LF: Leite de Fórmula

MCEESMO: Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

MMF: Medicina Materno-Fetal

NIDCAP: *Newborn Individual Development Care and Assessment Program*

OCDE: Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

ODS: Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

OE: Ordem dos Enfermeiros

OMS: Organização Mundial da Saúde

PRISMA: *Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analyses*

RCF: Restrição de Crescimento Fetal

RN: Recém-nascido

SDR: Síndrome de Dificuldade Respiratória

SNS: Sistema Nacional de Saúde

SO: Sala de Observação

SPN: Sociedade Portuguesa de Neonatologia

SUB: Serviços de Urgência Básica

SUOG: Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica

TDAE: Teoria do Déficit de Autocuidado na Enfermagem

TP: Trabalho de parto

UC: Unidade Curricular

UCIN: Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

ULS: Unidade Local de Saúde

UNICEF: *United Nations International Children's Emergency Fund*

UOG: Urgência de Obstetrícia e Ginecologia

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	14
1. CONTEXTO CLÍNICO DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL.....	16
1.1. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS CLÍNICOS – UNIDADE A.....	18
1.1.1. Consulta Medicina Materno-Fetal e Consulta Diagnóstico Pré-Natal.....	21
1.1.2. Serviço de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia.....	25
1.1.3. Serviço de Internamento Puerpério.....	29
1.1.4. Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais.....	33
1.2. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS CLÍNICOS – UNIDADE D.....	34
1.2.1. Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica/Bloco de Partos.....	35
1.3. METODOLOGIA DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL.....	39
1.3.1 Objetivos.....	39
1.3.2. Método de Aprendizagem.....	40
1.3.3. População Alvo.....	43
2. CONTRIBUTOS PARA A MELHORIA DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM EM SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA.....	44
2.1. CONCEITUALIZAÇÃO.....	44
2.2. ANÁLISE DOS RESULTADOS OBTIDOS NA PRÁTICA CLÍNICA.....	57
3. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE MOBILIZAÇÃO DE COMPETÊNCIAS.....	68
3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	68
3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA.....	76
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	90
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	92

ANEXOS.....	105
Anexo I - PARTOGRAMA.....	106
Anexo II - Certificado de participação no curso “Reanimação e Técnicas em Neonatologia” das Jornadas Neonatais da Primavera.....	107
Anexo III - Certificado de participação nas Jornadas “Nova realidade, agir em equipa”.....	108
APÊNDICES.....	109
Apêndice A - Proposta de projeto/tese/dissertação/estágio/trabalho de projeto (modelo T-005), resumo, plano e cronograma.....	110
Apêndice B - Escrita reflexiva Modelo de Gibbs.....	115
Apêndice C - Relato de caso “Pré-eclâmpsia”.....	120
Apêndice D - Pôster “Promoção do autocuidado emocional na puérpera”.....	121
Apêndice E - Panfleto “Promoção do autocuidado na puérpera”.....	122
Apêndice F - Sessão a puérperas e pessoa significativa sobre “Promoção do autocuidado”.....	123
Apêndice G - Registo total das atividades realizadas	124

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Contextos Clínicos.....	17
Tabela 2: Patologias distribuídas por dia da semana - Consulta de MMF da Unidade A.....	22
Tabela 3: Estratégia PICO.....	47
Tabela 4: Análise dos artigos selecionados.....	49
Tabela 5: Necessidades maternas de autocuidado.....	66
Tabela 6: Necessidades com os cuidados ao recém-nascido.....	67

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: N° total de partos e cesarianas da ULS ao sul do país nos últimos anos.....	20
Figura 2: N° total de partos e cesarianas na Unidade D no ano 2023.....	36
Figura 3: N° total de partos e cesarianas na Unidade D nos últimos anos.....	36
Figura 4: Fluxograma PRISMA – Seleção de artigos.....	48
Figura 5: Idade das puérperas.....	57
Figura 6: Nacionalidade das puérperas.....	58
Figura 7: Habilidades literárias das puérperas.....	59
Figura 8: N° de filhos das puérperas.....	60
Figura 9: Vigilância da gravidez.....	61
Figura 10: Frequência do Curso de Preparação para o Parto.....	61
Figura 11: Puérperas saudáveis vs. em risco.....	62
Figura 12: Fase de puerpério.....	62
Figura 13: Tipo de parto.....	63
Figura 14: Apoio social recebido.....	64
Figura 15: Apoio recebido por parte dos profissionais de saúde.....	64

INTRODUÇÃO

O Mestrado em Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica [MESMO] é promovido pela Universidade de Évora com o objetivo de formar e proporcionar a aquisição de competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica [EEESMO], concedendo a obtenção do grau de mestre. O MESMO encontra-se homologado pela Direção-Geral do Ensino Superior (R/A-Ef1783/2011/AL03) e aprovado pela Ordem dos Enfermeiros [OE] (SAI-OE/2017/9022 e SAI-OE/2019/5981).

Os conhecimentos e competências desenvolvidas ao longo do MESMO envolvem a prestação de cuidados à mulher ao longo das diferentes fases da vida sexual e reprodutiva, desde o período pré-concepcional e pré-natal, passando pelo ciclo gravídico-puerperal e climatério, incluindo a assistência a mulheres com doença de foco ginecológico, assim como os cuidados ao recém-nascido [RN] até os primeiros 28 dias após o nascimento (OE, 2019c).

A Unidade Curricular [UC] de Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final [ENPRF], inserida no segundo ano do MESMO, corresponde a 60 ECTS e teve início a 11/09/2023 e fim a 23/06/2024, tendo lugar em diferentes contextos clínicos como são: Consulta Externa, Internamento de grávidas e de puerpério, Bloco de Partos [BP] e Neonatologia. A realização do ENPRF foi sempre sob supervisão clínica das supervisoras EEESMO pertencentes a cada contexto clínico e sob a orientação pedagógica da professora Maria da Luz Barros, de forma a desenvolver os conhecimentos e competências necessárias para alcançar os objetivos exigidos para a conclusão do MESMO, sendo estes: 1) cuidar da mulher/companheiro inseridos na família e comunidade; 2) demonstrar uma aquisição de conhecimentos conducente a uma proposta de melhoria de cuidados, considerando as vertentes de teórico-práticas e a prática baseada na evidência; e 3) defender através de um Relatório apresentado em provas públicas, a aquisição de competências ao longo do Estágio de Natureza Profissional. Paralelamente, serão aprofundados os conhecimentos na temática escolhida “Promoção do autocuidado da mulher no período pós-parto” como forma de contribuir para a melhoria da prestação dos cuidados de Saúde Materna e Obstétrica.

O período pós-parto representa uma fase de mudança e adaptação a vários níveis para a mulher, sendo um período considerado como vulnerável para a mesma (OE, 2015a). Devido à vulnerabilidade que advém das mudanças que têm lugar durante este período, o papel do EEESMO torna-se essencial para facilitar o processo de adaptação nesta fase desafiante para a puérpera. Promover e assegurar que as necessidades de autocuidado materno sejam atendidas de forma satisfatória, assim como os cuidados ao RN, é fundamental para prevenir possíveis

complicações e preservar a segurança de ambos (Mota *et al.*, 2021; Nené *et al.*, 2016). Após o parto, as mulheres permanecem no internamento de puerpério entre 48 a 72 horas em função do tipo de parto, sendo este período fundamental para a transmissão de conhecimentos e suporte emocional, assim como o fortalecimento da confiança na puérpera (Zugaib, 2016). Os conhecimentos proporcionados à mulher durante a estadia no hospital em relação ao autocuidado durante esta etapa podem facilitar a diminuição dos níveis de ansiedade e stress e contribuir para uma melhor adaptação a esta fase, promovendo a autonomia nos cuidados da puérpera e do RN, de forma a melhorar a sua saúde e bem-estar de ambos.

No contexto da realização do ENPRF, foi fundamental reforçar o processo de aprendizagem através do seguimento de uma teoria de enfermagem para estabelecer uma prática clínica orientada e fundamentada. A teoria escolhida foi a Teoria do Défice do Autocuidado na Enfermagem [TDAE] de Dorothea Orem que apoia a identificação das necessidades individuais relacionadas com o autocuidado, bem como o desenvolvimento das capacidades e habilidades pessoais para realizá-lo de forma autónoma, com a finalidade de atingir saúde e bem-estar (Tomey & Alligood, 2002).

O propósito do presente relatório consiste em descrever de forma analítica, crítica e reflexiva o processo de aquisição das competências comuns e específicas do EEEESMO, sendo que a estrutura do mesmo compreende inicialmente a introdução, seguido de vários capítulos onde são descritos os diferentes contextos clínicos onde tiveram lugar os estágios e a metodologia do mesmo, os contributos à melhoria da assistência à mulher na área de Saúde Materna e Obstétrica relacionados com a temática escolhida, a análise do processo da aquisição das competências e, finalmente, as considerações finais seguidas das referências bibliográficas, apêndices e anexos.

O presente Relatório foi elaborado em conformidade com o Novo Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa e as normas *American Psychological Associations 7.ª Edição* (APA, 2020), cumprindo com as Normas para realização de Trabalhos Académicos e Científicos Escritos na Universidade de Évora – Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus com a Ordem de Serviço n.º 01/2023.

1. CONTEXTO CLÍNICO DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

A experiência prática profissional de enfermagem é um período fundamental na aprendizagem do estudante, proporcionando-lhe a oportunidade de integrar os conteúdos teóricos já adquiridos na prática (Silva *et al.*, 2019). Do mesmo modo, a passagem por diversos contextos clínicos permite enriquecer esta aprendizagem através da exposição e vivência por parte do estudante a ambientes de ensino diferentes, constituídos por recursos materiais, estruturais e humanos diversos (Adam *et al.*, 2021), contribuindo assim para o desenvolvimento pessoal e profissional do mesmo (Adam *et al.*, 2021; Silva *et al.*, 2019).

De acordo com Adam *et al.* (2021), a realização das práticas desenvolvidas e supervisionadas durante o estágio facilita também a aquisição de competências. O percurso decorrido ao longo do estágio permitiu à mestrande atingir tanto os objetivos e resultados esperados propostos como as competências específicas do EEESMO (Regulamento nº391/2019, de 3 de maio de 2019), assim como as competências comuns aos enfermeiros especialistas (Regulamento nº140/2019, de 6 de fevereiro de 2019). Ambos descritos no Projeto de Estágio (Apêndice A) elaborado para a realização do ENPRF. Desta forma, foi considerada uma parte fundamental na concretização desta UC.

O desenvolvimento da prática clínica decorreu durante dois semestres e permitiu a passagem por diferentes contextos clínicos, consoante se encontra detalhado na Tabela 1, assim como a prestação de cuidados especializados de enfermagem a mulheres em diferentes fases da vida como a gravidez, parto e puerpério, tal como mulheres com patologias do foro ginecológico e RN.

De seguida, são descritos os diferentes campos clínicos onde foi realizado o ENPRF de forma a contextualizar os diversos ambientes a nível de recursos humanos, materiais e estruturais.

Tabela 1.

Contextos clínicos

1º semestre		
Período de estágio	Contexto Clínico	Nº de semanas
11/09/2023– 22/10/2024	<i>Consulta de Diagnóstico Pré-Natal</i> <i>Consulta de Medicina Materno Fetal</i> <i>ULS ao sul do país – Unidade A</i>	6
23/10/2023– 01/12/2023	<i>Serviço de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia</i> <i>Internamento de Grávidas</i> <i>ULS ao sul do país – Unidade A</i>	6
04/12/2023– 20/12/2023	<i>Serviço de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia – Bloco de Partos</i> <i>ULS ao sul do país – Unidade A</i>	6
2º semestre		
14/02/2024– 12/04/2024	<i>Serviço de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia – Bloco de Partos</i> <i>ULS ao sul do país – Unidade A</i>	8
15/04/2024– 12/05/2024	<i>Serviço de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia – Bloco de Partos</i> <i>ULS Lisboa e Vale do Tejo – Unidade D</i>	4
13/05/2024– 16/06/2024	<i>Internamento de Puerpério</i> <i>ULS ao sul do país – Unidade A</i>	5
18/06/2024– 23/06/2024	<i>Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais</i> <i>ULS ao sul do país – Unidade A</i>	1

Fonte: Elaboração Própria

1.1. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS CLÍNICOS – UNIDADE A

A grande maioria dos estágios tiveram lugar num Centro Hospitalar [CH] localizado ao sul do país. Anteriormente conhecido como Centro Hospitalar Universitário [CHU] desde 2017 (Diário da República, 1^a Série 23 de Agosto 2017), foi estabelecido como Unidade Local de Saúde [ULS] a partir de 1 de janeiro de 2024 em conformidade com o Decreto-lei nº102/2023. Esta ULS compreende as Unidades A, B e C assim como os Serviços de Urgência Básica [SUB] e o Centro de Medicina Física e Reabilitação do sul junto com os Agrupamentos dos Centros de Saúde [ACES] (SNS,2024a; SNS, 2024c), estando a autorização da criação destes últimos ao abrigo do Decreto-Lei 52/2022.

De modo a integrar a prestação de cuidados de saúde primários e hospitalares, foram unificadas as unidades hospitalares já presentes com os ACES, o que facilitou o nascimento de uma nova forma de organizar o sistema de saúde através do formato em ULS (SNS, 2024a). A integração da referida Unidade A ao modelo de ULS, assim como as outras unidades já existentes, visa contribuir para uma resposta mais qualificada do Sistema Nacional de Saúde [SNS], através de processos mais simplificados e uma melhor comunicação interprofissional, contribuindo para a diminuição do tempo de espera e aumentando a eficiência do SNS perante à comunidade das diferentes áreas geográficas que se beneficiam dos cuidados (SNS, 2024a).

A Unidade A tem a missão de consolidar uma unidade de excelência inserida no sistema de saúde, com foco em assegurar um acesso e uma assistência equitativa e universalizada de forma a satisfazer a utentes e profissionais (SNS, 2024b). Do mesmo modo, esta unidade apostava pelo desenvolvimento e a aprendizagem constante dos seus profissionais mediante a ligação com universidades e ensinos específicos nas diferentes ciências da saúde, sendo um exemplo disto o Centro Académico de Investigação e Formação Biomédica da Universidade localizada ao sul do país (SNS, 2024b).

Sendo uma entidade de referência no SNS (SNS, 2024b), a ULS que abrange a Unidade A, é responsável pela saúde da população de 16 conselhos da região do Algarve, assegurando os cuidados de saúde de 467.343 habitantes na totalidade (Pordata, 2024a; SNS, 2024b) durante a maior parte do ano, sendo que este número tem a tendência a aumentar em épocas determinadas devido aos turistas que escolhem esta região como destino (SNS, 2024c).

Além do mais, a Unidade A é considerada como Hospital de Apoio Perinatal Diferenciado [HAPD], formando parte da Rede Nacional de Referenciação Materno- Infantil (Comissão Nacional de Saúde Materna e Neonatal, 2006).

Em relação à natalidade, a ULS onde se encontra inserida a Unidade A, registou no ano 2023 um total de 3725 partos, dos quais 1197 foram cesarianas (SNS, 2023d). Estes dados estão representados na Figura 1, mediante a qual pode observar-se um aumento progressivo no número de partos, tanto vaginais como cesarianas, nos últimos anos, sendo que desde o ano 2019 até 2022 houve uma leve diminuição nestes números. Este facto pode estar relacionado com a pandemia SARS-CoV-2 e as consequências que esta teve na estrutura económica e social a nível mundial, incluindo principalmente as medidas de contenção social e o aumento da preocupação constante pelo risco da doença (Chmielewska *et al.*, 2021; Pomar *et al.*, 2022).

Outro aspecto relevante que se pode observar na Figura 1 é o número crescente da taxa de partos via cesariana nos últimos anos, facto que vai ao encontro de Betran *et al.* (2021) e Parasilitia *et al.* (2023), que relatam que a taxa de cesarianas tem vindo a aumentar nas últimas décadas. Na atualidade, aproximadamente 21% dos partos são executados via cesariana, percentagem que poderá vir a aumentar mundialmente até 29% segundo a Organização Mundial da Saúde [OMS] nos próximos anos (Betran *et al.*, 2023). Este aumento é motivo de preocupação. A OMS afirma, já desde 1985, que a taxa de cesarianas superior a 10-15% não é justificada em nenhuma região (Parasilitia *et al.*, 2023; WHO, 2015). Sendo que a World Health Organisation [WHO] (2015) acrescenta que uma taxa superior ao 10% de cesarianas na população não está associada a uma diminuição da mortalidade materna e neonatal.

A cesariana, quando realizada em situações de risco justificadas, favorece a diminuição de complicações e a redução da morbimortalidade materna e neonatal. No entanto, há evidências de que realizar este tipo de cirurgia de forma desnecessária, pode aumentar estes riscos na diáde, além dos riscos imediatos e a longo prazo intrínsecos a uma cirurgia na saúde da mulher, do bebé e em futuras gravidezes (Parasilitia *et al.*, 2023; WHO, 2015).

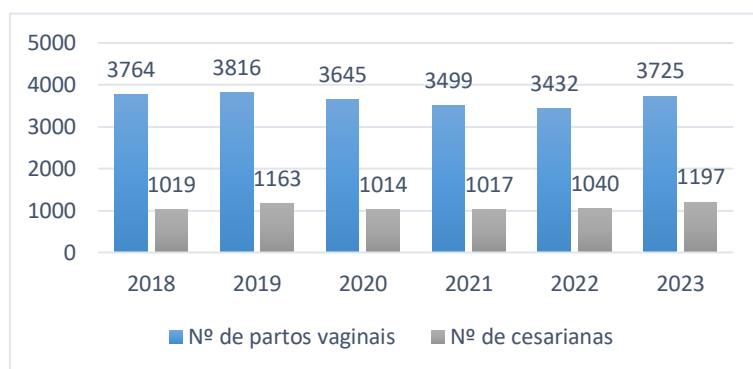
Tem-se constatado que os motivos que poderiam explicar este aumento de cesarianas nas últimas décadas são bastante dispares. Por um lado, estão as mudanças associadas ao desenvolvimento populacional, tais como o incremento e prevalência das taxas de obesidade e gravidezes múltiplas, assim como o aumento da nuliparidade ou gravidezes em idade avançada. Por outro lado, existem outros fatores como a falta de informação, o medo do parto vaginal, desenvolvimento e melhora da técnica e de infraestruturas, assim como inclinação médica ou da mulher (Singh *et al.*, 2020; WHO, 2018a). Este último fator é especialmente relevante. Nos últimos tempos, a escolha da mulher pela realização da cesariana tem vindo a aumentar. É possível que esta escolha esteja motivada por fatores económicos e socioculturais, mas também

pela falsa concepção de que a cesariana é uma cirurgia isenta de riscos ou que os riscos acrescidos são menores em comparação com o parto vaginal (Singh *et al.*, 2020; WHO 2018a)

A taxa crescente de cesarianas apresenta um grave desafio para a sanidade pública, pelo que é necessário garantir medidas que contribuam para contrariar este aumento tendencial (WHO, 2018a). Uma das medidas utilizadas em diversos países para contribuir para a redução desta tendência é a Classificação de Robson, sendo uma forma de avaliação e comparação das taxas de cesarianas ao longo do tempo (WHO, 2018a), favorecendo que a realização das cesarianas seja concebida só nos casos estritamente necessários, evitando maiores gastos para o sistema de saúde e visando sempre pela segurança da diáde (WHO, 2015).

Figura 1.

Nº total de partos e cesarianas na ULS ao sul do país nos últimos anos



Fonte: SNS, 2023

No ano 1991, foi lançado um programa para promover o Aleitamento Materno [AM] pela OMS e pelo Fundo de Emergência Internacional das Nações Unidas para a Infância [*United Nations International Children's Emergency Fund – UNICEF*]. Este programa foi intitulado Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés e foi desenvolvido para proteger, promover e apoiar o AM em entidades que apresentem serviços de assistência à maternidade através do envolvimento dos profissionais de saúde (SNS, 2018; WHO, 2009). A Unidade B foi acreditada como “Entidade Amiga dos Bebés” desde 2008 até 2018 (SNS, 2018), sendo que, desde finais de 2023, foi constituída a Comissão para a Promoção do AM pelo Governo português. Desta forma, cabe agora à nova Comissão definir e implementar as práticas de promoção e manutenção do AM nas diferentes instituições de saúde, substituindo a Iniciativa Amiga dos Bebés da UNICEF Portugal, como também o trabalho da Comissão Nacional Iniciativa dos Hospitais Amigos dos Bebés e a certificação de Hospitais Amigos dos Bebés pela UNICEF (UNICEF, s. d.).

A unidade onde decorreram a maioria dos estágios, além do mais, encontra-se envolvida no projeto “Maternidade com Qualidade”, projeto este lançado pela OE no ano 2013 que visa melhorar a qualidade na prestação dos cuidados (OE, s.d.), tendo obtido a certificação com nível qualidade bom pela Direção Geral de Saúde [DGS] no ano 2014.

O setor de Ginecologia e Obstetrícia desta unidade abrange os Serviços de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia [SUOG], internamento de grávidas, internamento de ginecologia, bloco de partos [BP] e internamento de puerpério, no 5º piso do edifício principal e, por outro lado, a consulta externa de obstetrícia, que se encontra no edifício das consultas externas.

1.1.1. Consulta Medicina Materno-Fetal e Consulta Diagnóstico Pré-Natal

A Consulta de Medicina Materno-Fetal [MMF] e a Consulta de Diagnóstico Pré-natal [DPN] formam parte do serviço de Consultas Externas de Obstetrícia onde concretizei o meu primeiro estágio. Estas são realizadas no 2º piso do edifício hospitalar das consultas externas pertencente à Unidade A. Este espaço está formado por sete gabinetes, uma casa de banho para profissionais e grávidas e uma copa. Cada gabinete está acondicionado com o material necessário segundo a função ao que está destinado.

A consulta de MMF dispõe de dois gabinetes diferentes adequados de igual forma. Cada gabinete está formado por uma secretária e três cadeiras, uma para o profissional de saúde e duas para que a grávida e o acompanhante, se for o caso, consigam estar o mais confortáveis possível durante a consulta. Constam também de um computador para realizar os registos de enfermagem informaticamente, um monitor para avaliar os sinais vitais como a tensão arterial e a frequência cardíaca, uma balança para conseguir manter uma vigilância do peso corporal da mulher durante a gravidez e uma fita métrica para obter a altura da mesma. Do mesmo modo, cada gabinete tem um lavatório caso seja preciso.

No que concerne aos recursos humanos, tanto a consulta de MMF como de DPN, contam com uma equipa multidisciplinar formada por vários médicos, enfermeiros, assistentes operacionais e pessoal administrativo. Em relação à equipa de enfermagem, esta está formada por 3 EEEESMO (dois na consulta MMF e um na consulta de DPN), e uma enfermeira de cuidados gerais.

A Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica [MCEESMO] estabelece o conceito de “dotações seguras” perante a necessidade de otimizar recursos correspondentes às demandas factuais dos utentes, de forma a assegurar uma resposta adequada em saúde (OE, 2019a). Assim, a MCEESMO determina que a Consulta Externa de

Obstetrícia deve ser assegurada em exclusiva por EEESMO (OE, 2019a), sendo que cada um deve acompanhar as mulheres em cada âmbito abrangente neste serviço. Podemos afirmar que isto não se cumpre na totalidade uma vez que, as Consultas Externas de Obstetrícia da Unidade A possuem 3 EEESMO, um responsável pela consulta de DPN e dois pela consulta de MMF, sendo que as consultas de Interrupção Voluntária da Gravidez [IVG] estão asseguradas, maioritariamente, por uma enfermeira de cuidados gerais. Em relação à metodologia de trabalho, o método mais utilizado neste contexto clínico é o funcional (Ventura-Silva *et al.*, 2021), sendo o trabalho distribuído consoante as necessidades do serviço em função do volume de trabalho e recursos disponíveis.

As indicações para poder aceder à consulta de MMF são mulheres com as patologias descritas na Tabela 2.

Para poderem aceder à consulta de MMF, as mulheres são referenciadas através de um médico de clínica Geral e Familiar, um médico privado, diretamente do internamento, outras consultas ou do serviço de urgências. Uma vez referenciadas é realizada a triagem e fica agendada uma consulta. As utentes recebem a informação com a data e a hora da consulta através de carta, SMS ou por telefone através do pessoal administrativo.

A consulta é realizada por dois EEESMO no período da manhã e está distribuída por patologia ao longo dos dias úteis da semana. Existem numerosos protocolos no serviço que servem como guia perante as diferentes patologias.

Tabela 2.

Patologias distribuídas por dia da semana - Consulta de MMF da Unidade A

Segunda- feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira
- Doença hipertensiva	-Patologia cardíaca	-Diabetes Mellitus [DM]	- DM	-Doenças neurológicas
- Trombofilias			- DG	
- Gravidez Múltipla	-Gravidez	-Diabetes Gestacional	-Portadora de imunodeficiências	-Doenças endócrinas não diabéticas
-Risco de prematuridade e patologia placentar	após técnicas de Procriação	[DG]	-Consumidora de substâncias aditivas	-Doenças do trato gastrointestinal
- Risco de Pré-eclâmpsia e Restrição de Crescimento Fetal [RCF] detectado nos rastreios do 1º Trimestre	Medicamente Assistida	-Doenças Psiquiátricas	-Doença Respiratória	-Doenças do trato urinário
	-Doenças Hematológicas		-Patologia ginecológica	
			-Patologia Hepática	

Fonte: Elaboração própria

O EEESMO realiza uma avaliação inicial da grávida durante a consulta, avaliando os parâmetros vitais e antropométricos da mesma. Os registos são realizados de forma informatizada e no Boletim de Saúde da Grávida [BSG]. Em cada consulta também serão realizados os ensinos de acordo com a patologia da grávida e a idade gestacional, com o objetivo de melhorar a saúde da mesma, identificar padrões e sinais de alarme e prevenir possíveis complicações (Bryant *et al.*, 2023; Mota *et al.*, 2021).

Segundo a OMS, a Educação para a Saúde é uma forma de ajudar as pessoas e a comunidade a disfrutar de uma melhor saúde através do enriquecimento dos conhecimentos em saúde e do desenvolvimento de competências (WHO, 2012). Através destas ações, contribui-se para o aumento da capacidade da pessoa e da comunidade de sentirem um maior controlo sobre sua saúde, promovendo a mesma (WHO, 2014a). Neste contexto, o EEESMO deve fazer com que cada consulta de vigilância da gravidez seja uma fonte de aprendizagem e partilha de informação, tanto com a mulher como com a família (DGS, 2015).

É importante referir que, devido ao grande número de mulheres com DG na consulta de MMF, sendo a complicação gestacional mais frequente (León *et al.*, 2022; López *et al.*, 2019), são realizadas consultas diariamente com esta patologia.

Em relação à consulta de DPN, esta dispõe de dois gabinetes onde têm lugar as consultas. O primeiro gabinete desta consulta, o gabinete de enfermagem, possui uma secretária e três cadeiras, um computador para realizar os registos de enfermagem de forma informatizada, um telefone para estar em contacto com outros serviços ou com as utentes e um telemóvel para facilitar o contacto referente a dúvidas depositadas pelas utentes a qualquer hora, já seja via telefónica ou por mensagem SMS, sendo devolvida a chamada durante o horário de trabalho. Este gabinete também consta de um armário com material para uso clínico para conseguir realizar as colheitas de sangue ou para técnicas mais invasivas como são a amniocentese e a biópsia das vilosidades coriónicas. Esta consulta está formada por um segundo gabinete que é utilizado normalmente por um médico obstetra onde se realizam ecografias obstétricas e, esporadicamente, consultas médicas. Este gabinete apresenta uma marquesa ginecológica, um ecógrafo, uma secretária, um computador, um telefone e três cadeiras.

O horário da consulta de DPN é das 08h00 às 18h00 de segunda a sexta-feira. Na atualidade e, como referido anteriormente, a consulta é da responsabilidade de um único EEESMO que está disponível para efetuar as consultas de enfermagem de DPN Protocolo I. Assim, é uma enfermeira de cuidados gerais que dá apoio à consulta através da realização de colheitas de sangue materno e da avaliação de sinais vitais, entre outras funções.

As indicações para a consulta de DPN são: idade materna avançada, malformações fetais, infecções maternas/fetais, fármacos potencialmente teratogénicos, isoimunização materno-fetal, patologia genética hereditária, RCF e alterações no líquido amniótico.

Nesta consulta é realizado o rastreio combinado de primeiro trimestre, o qual compreende uma associação de informação clínica materna com o resultado de uma ecografia fetal e marcadores bioquímicos calculados previamente ou no momento da realização da primeira ecografia da gravidez. Através deste rastreio é possível a deteção de aneuploidias, RCF e pré-eclâmpsia (Almeida, 2020).

Toda a grávida tem acesso garantido à realização deste rastreio, o qual é efetuado pelo EEESMO na consulta através de uma avaliação inicial e colheita de informação clínica materna detalhada, junto com a colheita de sangue materno, o que permite o rastreio combinado precoce. Desta forma, conseguimos melhorar a eficiência dos marcadores analisados e aumentar a percentagem de deteção para 93% a 97% para as trissomias 13, 18 e 21, sendo que a grávida consegue saber o resultado mesmo após a realização da avaliação ecográfica, reduzindo o tempo de espera e planeamento em circunstâncias de elevado risco (CGC, 2016).

Durante a consulta, a EEESMO explica em que consiste o rastreio combinado de 1º trimestre e resolve as dúvidas pertinentes a esta fase da gravidez. Além disto, é realizada uma entrevista inicial (à mãe e ao pai, se este estiver presente), é colhido sangue para análise e são avaliados os parâmetros vitais e antropométricos. Na entrevista são obtidos dados como a idade, profissão, naturalidade, antecedentes pessoais e familiares assim como antecedentes obstétricos, hábitos tabágicos e alcoólicos, alergias e medicação habitual, entre outros. Do mesmo modo, através desta entrevista é avaliada a necessidade de manter o seguimento na consulta de MMF. Nas grávidas que apresentem 35 anos ou mais na data provável de parto [DPP], serão descritos os riscos acrescidos à idade materna e serão informadas sobre a existência de técnicas invasivas de diagnóstico de anomalias cromossómicas (amniocentese e biópsia das vilosidades coriónicas), caso a grávida resolva fazer por escolha própria ou porque o rastreio do 1º trimestre venha com resultado positivo. É necessário informar a grávida em que consistem estas técnicas e os riscos que apresentam.

Uma vez avaliado o risco, na grávida até risco intermédio (1:1000) e risco elevado (1:200) é oferecida a possibilidade de realizar uma colheita de sangue materno periférico para pesquisa de DNA fetal, sendo que este método aumenta a taxa de deteção até 99% com uma taxa de falsos positivos de 0,04%. Nos casos em que o resultado do DNA fetal é positivo, a única

confirmação diagnóstica possível é a realização das técnicas invasivas já mencionadas anteriormente (Afonso & Santo, 2020).

Em definitiva, através deste tipo de consultas conseguimos efetuar rastreios e ações para a saúde de forma oportuna e integrada, junto com medidas educativas durante o período pré-natal, obtendo melhorias em saúde e reduzindo a morbimortalidade materna e perinatal (DGS, 2015).

1.1.2. Serviço de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia

O SUOG encontra-se localizado no 5º piso do edifício principal da Unidade A. Este está formado pelos serviços de Admissão (Urgência de Obstetrícia e Ginecologia [UOG]), Internamento de Grávidas e BP, sendo que este último possui um Bloco Operatório [BO] reservado para urgências obstétricas indicadas.

As utentes dão entrada através do serviço de Urgência Geral, onde são triadas mediante o sistema de Triagem de Manchester e são encaminhadas à Admissão. Nesta ala do 5º piso desta unidade, são prestados os cuidados às mulheres com afeções do foro ginecológico e/ou grávidas e são reencaminhadas ao serviço pertinente, se houver necessidade, em função da causa da vinda à urgência. O internamento de grávidas está destinado à prestação de cuidados a mulheres grávidas em fase latente do trabalho de parto [TP] ou com alguma patologia associada durante a gravidez com necessidade de vigilância. As mulheres em fase ativa de TP são encaminhadas diretamente para o BP, após a observação na Admissão, onde são prestados os cuidados a elas e ao RN, durante o parto e o puerpério imediato. A forma de trabalhar está baseada na metodologia funcional, pela qual o trabalho é distribuído em função das tarefas a realizar mediante a avaliação dos recursos disponíveis e a quantidade de trabalho (Ventura-Silva *et al.*, 2021).

Na admissão é realizada a primeira observação após a triagem no serviço de Urgência Geral, onde é decidido qual é o serviço de destino em função das necessidades da utente. Este espaço conta com dois gabinetes totalmente equipados para a observação e prestação de cuidados às utentes, sendo que ambos possuem uma marquesa ginecológica, um ecógrafo, um armário com material de consumo clínico, um monitor para avaliação de sinais vitais, um cortinado para promover a privacidade das utentes, uma secretária, um computador para a realização de registo a nível informático e três cadeiras. A sala número 1, além do mais, possui uma casa de banho para as utentes. A sala número 2, pelo seu lado, apresenta um prolongamento físico com um cadeirão, uma marquesa e um cardiotocógrafo, onde são realizados os registo cardiotocográficos. A admissão também conta com uma sala de observação [SO], equipada com

uma marquesa ginecológica, um cadeirão, um monitor para avaliação de sinais vitais, uma bancada com material de consumo clínico, um lavatório, um cortinado a modo de divisão caso se encontrem duas utentes na mesma sala, um cardiotocógrafo e duas cadeiras se for requisitado pela presença de um acompanhante. Esta sala está destinada às utentes com necessidade da realização de tratamentos e observação de curta duração e pode ser destinada, perante a necessidade urgente, à assistência de partos iminentes quando as salas de parto estão ocupadas na totalidade. Neste posto é suposto estarem escalados dois EEESMO mas, tendo em conta que os recursos humanos são limitados, alguns turnos são assegurados por um EEESMO e um enfermeiro de cuidados gerais. Os registos são efetuados através do sistema ALERT®.

Em relação ao espaço físico do BP, este está formado por quatro salas de parto, duas salas de recobro, uma sala operatória, uma sala de cuidados imediatos ao RN, uma copa, uma casa de banho para os profissionais de saúde, o gabinete da enfermeira chefe, uma sala de enfermagem, uma sala de sujos e uma sala de material de consumo clínico.

Cada sala de parto está equipada com uma cama de parto, um cardiotocógrafo com ligação à Central *Omniview* e monitor de avaliação de sinais vitais, uma rampa de oxigénio, um *pantoff*, um cadeirão para o acompanhante se for o caso, mesa móvel e banco para auxiliar na colocação do catéter epidural ou durante a assistência no TP e um armário com material de consumo clínico. Além do mais, cada sala possui uma bancada que possibilita a prestação dos cuidados imediatos ao RN, constituída por uma fonte de calor, uma fonte de oxigénio, sistema de vácuo e ar comprimido e um lavatório. Cada sala de partos também possui uma balança para obter o peso do RN. Algumas salas possuem bolas de Pilates e são disponibilizadas se for desejo da parturiente.

Segundo Campos-Quintero e Vázquez-Truisi (2021), o parto pode significar um dos momentos mais importantes na vida da mulher e, acrescenta que, o modo de prestar cuidados à parturiente durante o TP pode ser essencial no progresso do mesmo e na visão da parturiente em relação à própria experiência do parto. A OMS determina uma experiência de parto positiva como aquela que satisfaz ou melhora as expectativas da mulher grávida, sendo um aspecto fundamental para todas as gestantes. Isto implica parir num ambiente considerado como seguro, tanto a nível clínico como psicológico, com uma prestação de cuidados de forma integral baseados em valores como a empatia e o respeito e a assegurar a presença de um acompanhante durante o TP se for uma das preferências da mulher (Campos-Quintero & Vázquez-Truisi, 2021; WHO, 2018b). Desta forma, são asseguradas as condições possíveis para assegurar uma experiência de parto positivo a cada parturiente. Assim sendo, é sempre oferecida analgesia

epidural se for o desejo da parturiente, de forma a respeitar as escolhas da mesma e, além do mais, cada parturiente, é acompanhada sempre que o desejar por uma pessoa, durante todo o TP, parto e recobro, cumprindo com a Lei 15/2014, promulgada a 21 de março.

Em relação às dotações seguras, a MCEESMO determina que o rácio no 1º estádio do TP deve ser 1:2 e 1:1 no 2º estádio, sendo que o rácio deve ser de 1:3 nos casos de indução de TP (OE, 2019a), pelo que nem sempre é possível cumprir estas orientações devido à alta movimentação de parturientes que passam pelo BP.

Em relação à sala operatória, esta está constituída por uma marquesa cirúrgica, um ventilador, dois carros com material de consumo clínico, um para dar apoio ao enfermeiro de anestesia e outro ao enfermeiro circulante, um *pantoff*, rampas de aspiração e ar comprimido, três mesas móveis e dois computadores para realizar registo através dos programas *Patient Care* e Cirurgia Segura. Os postos de enfermagem estão cobertos por três enfermeiros de cuidados gerais que abrangem as funções da parte de anestesia, instrumentista e circulante, segundo as dotações seguras exigidas (OE, 2019a). Esta sala está destinada, frequentemente, a cesarianas eletivas e/ou urgentes/emergentes, mas pode ser usada perante a necessidade da realização de técnicas como a dequitadura manual.

As salas de recobro estão destinadas à prestação de cuidados, tanto à puérpera como ao RN, durante o puerpério imediato. Durante este período, a vigilância é essencial visto que é um período com alto risco de ocorrência de complicações (Sequeira *et al.*, 2020), pelo que ambos ficam nas salas de recobro, como mínimo, duas horas após o parto até serem transferidos para o internamento do puerpério de forma segura. Estas salas possuem macas, um monitor para avaliar os sinais vitais, um armário com material de consumo clínico, um lavatório e cadeiras para a pessoa significativa, se for o caso.

A sala de reanimação e cuidados imediatos ao RN possui duas incubadoras, rampas de oxigénio, sistema de aspiração, vácuo e ar comprimido, uma banheira, um armário com material de consumo clínico, uma balança, uma estufa que contém lençóis aquecidos e um frigorífico onde se encontra a medicação que precisa ser conservada a uma determinada temperatura. Esta sala comunica com a Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais [UCIN] através de uma janela com o objetivo de abreviar situações que podem pôr em risco a segurança do RN.

A sala de enfermagem é composta por um armário com a medicação mais frequentemente utilizada e material de consumo clínico, dois computadores e duas cadeiras para a realização de registo através do sistema informático *Sclinic®* e Parto Seguro. Além do mais, esta sala possui um ecrã com ligação à Central *Omniview-SisPorto®* através da qual é realizada a vigilância e

monitorização por cardiotocografia durante o TP mediante a visualização e a interpretação do mesmo segundo as diretrizes da *International Federation of Gynecology and Obstetrics* [FIGO], segundo Ben M'Barek *et al.* (2022), a mais frequentemente utilizada atualmente pelos profissionais. Através destas diretrizes é possível identificar sinais de hipoxia fetal ou outras situações durante o TP (Ben M'Barek *et al.*, 2022).

O internamento de grávidas está localizado no mesmo piso que o resto dos serviços mencionados neste subcapítulo, partilhando ala com o serviço de ginecologia. Está constituído por uma sala de enfermagem, que possui três computadores e cadeiras para a realização de registos no sistema informático *Sclinic®*, sendo que os registos também são realizados através do partograma (Anexo I), um ecrã ligado à Central *Omniview* para realizar a vigilância e a monitorização dos traçados cardiotocográficos, um armário com medicação e material de consumo clínico, um frigorífico que contém medicação com necessidade de conservação a temperaturas mais baixas e possui ainda uma casa de banho para profissionais de saúde. O serviço conta com quinze camas distribuídas em cinco enfermarias com três camas cada uma. Além do mais, cada enfermaria conta com um armário de pequenas dimensões com material de consumo clínico (como luvas esterilizadas, gel, compressas e resguardos), bolas de Pilates caso sejam solicitadas, uma mesa com várias cadeiras para as refeições e cacifos com o mesmo número da cama para que as utentes guardem os seus pertences. O serviço de grávidas possui também uma casa de banho para as utentes, com duches e lavatório. Os duches podem ser utilizados, consoante a necessidade, por parturientes vindas em TP do BP com o desejo de utilizar a hidroterapia como medida não farmacológica para o alívio da dor, sendo uma medida de fácil acesso para as parturientes e que pode favorecer a redução da percepção da dor e o aumento da sensação de bem-estar e auto controlo durante o TP (Klein, B.& Gouveia, H., 2022).

Um dos objetivos principais do internamento de grávidas é assegurar a vigilância do bem-estar materno-fetal, sendo fundamental uma assistência integral à utente devido a que a qualidade da prestação de cuidados está associada a uma diminuição da mortalidade tanto materna como perinatal (Costa *et al.*, 2019). Desta forma, o serviço possui ainda quatro cardiotocógrafos que estão ligados à Central *Omniview*, onde são observados e interpretados pelos EEESMO desde a sala de enfermagem. Além do mais, dispõe de vários monitores e um termómetro para verificar os parâmetros vitais.

A responsabilidade pelas utentes internadas neste serviço é habitualmente de dois EEESMO. Porém, dado que os recursos humanos são carentes, existem turnos em que estes cuidados são prestados por um EEESMO e um enfermeiro de cuidados gerais, sendo o método

funcional de trabalho o aplicado (Ventura-Silva *et al.*, 2021). O rácio EEESMO/grávida no internamento determinado pela MCEESMO é de 1:3 em caso de gravidez de alto risco e 1:6 em caso de gravidez de médio risco. No que concerne aos casos de indução de TP, o rácio recomendado é de 1:3 (OE, 2019a). Tendo em conta o número total de vagas, podemos afirmar que, por vezes, estas recomendações não são cumpridas.

Em relação aos recursos humanos, a equipa de enfermagem está constituída por um total de quarenta e oito enfermeiros dos quais, vinte e oito são EEESMO, uma é enfermeira especialista em médico-cirúrgica, dezoito são enfermeiros generalistas e uma é enfermeira em funções de chefia. Os turnos estão organizados em manhã (08:00-16:00 horas), tarde (15:30-00:00 horas) e noite (23:30-08:30 horas), sendo que estão escalados oito enfermeiros em cada turno. A dotação segura é essencial para assegurar uma prestação de cuidados de saúde de qualidade, sendo que, recursos humanos limitados em relação ao volume de trabalho podem influenciar na segurança dos cuidados prestados e pôr em risco a saúde das utentes (OE, 2019a). Da mesma forma, a OE (2019a) preconiza que todos os enfermeiros que integram o SUOG e prestam cuidados neste contexto sejam EEESMO com nível de qualificação e competências adequados (OE, 2019a).

1.1.3. Serviço de Internamento Puerpério

O internamento de puerpério está localizado no 5º piso do edifício central da Unidade A. Este serviço está constituído por dez enfermarias de três camas individuais e três quartos individuais com uma cama, tendo uma capacidade total para trinta e três puérperas e, no mínimo, trinta e três RN, com o objetivo de prestar cuidados às puérperas e aos RN provenientes do BP após o puerpério imediato e, uma vez que os mesmos se encontrem nas condições favoráveis para serem transferidos. Este serviço também presta cuidados às puérperas que, por vezes, precisam de internamento novamente devido a complicações associadas a esta fase.

No que concerne ao espaço físico, cada enfermaria está constituída por três camas individuais, cortinados para preservar a privacidade de cada puérpera, uma fonte de oxigénio, uma fonte de vácuo e ar comprimido, uma mesa e cadeiras para as refeições e cacifos que possibilitam às puérperas guardarem os seus bens pessoais. Além do mais, este serviço possui uma sala que serve de apoio à amamentação e onde se realizam os ensinos no dia da alta, o gabinete da enfermeira chefe, dois gabinetes médicos, uma copa, duas casas de banho para as puérperas equipadas com duches e lavatório, uma casa de banho para profissionais, uma sala de registo de enfermagem onde são realizados os registo através do sistema informático

Sclinic® e uma sala de registo civil do bebé nomeada “Nascer Cidadão” que se encontra aberta às segundas, quartas e sextas-feiras no horário das 14h às 16h e, também, onde se realizam as audiometrias. Ademais, este serviço dispõe de um berçário onde são prestados cuidados aos RN como os banhos, medição do peso, realização de gasimetrias e colheitas de sangue ou teste do pezinho. O teste do pezinho, como é vulgarmente conhecido, é um rastreio neonatal realizado através do Programa Nacional de Diagnóstico Precoce, que permite determinar a existência de doenças graves e tratá-las com a maior prontidão possível (SNS, 2015). Este teste é realizado entre o terceiro e sexto dia de vida do bebé mediante a colheita de sangue através de uma picada no calcanhar, sendo que, no caso das puérperas que estão internadas 72 horas, é efetuado no serviço.

O berçário também possui duas bombas de extração de leite materno junto com dois cadeirões onde as mães que não tenham limitações após o parto podem usufruir desta possibilidade. O serviço dispõe também de uma sala de trabalho que contém medicação, leite de fórmula [LF] e material de consumo clínico, assim como um aquecedor de leite e um lavatório, uma sala de sujos, uma sala de consumo clínico, uma rouparia e uma sala de recobro. Esta última possui uma marquesa ginecológica e é utilizada para a observação das puérperas por parte dos obstetras ou para a realização de ecografias antes da alta hospitalar em situações específicas como membranas fragmentadas durante o TP. O serviço conta com vários monitores para a avaliação de sinais vitais e termómetros para possibilitar manter uma vigilância mais acertada.

O tempo de internamento varia consoante o tipo de parto. Por norma, as mulheres que têm parto vaginal (eutócico ou instrumentalizado), ficam internadas durante 48 horas e, as mulheres que são submetidas a cesariana, ficam 72 horas, sendo que, este tempo pode ser prolongado excepcionalmente. Durante o internamento, a mãe e o RN ficam juntos, exceto quando o RN é internado na UCIN por necessidade em determinadas situações. O internamento conjunto, não só favorece o início e manutenção do AM (Ibáñez de Garayo *et al.* 2021) como também contribui para a formação e fortalecimento do vínculo na diáde (Maliska I. *et al.*, 2023). A presença de puérperas com doenças infectocontagiosas justifica a utilização dos quartos individuais.

Ao longo deste período no hospital, existem muitas dúvidas e inseguranças por parte da maioria das puérperas derivadas da falta de conhecimentos e de preparação para a vivência do pós-parto (Bryant *et al.*, 2023). Tendo em conta a curta duração do internamento, o apoio à mulher e à família pelos profissionais de saúde, concretamente enfermeiros, é fundamental para

prevenir desequilíbrios a nível pessoal e familiar e promover a saúde e o bem-estar da puérpera, família e RN (OE, 2015).

A equipa de enfermagem conta com vinte e uma enfermeiras na totalidade, das quais um é EEESMO em funções de chefia, dois são EEESMO na prestação de cuidados, dois são Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica [EEESIP] e as restantes são enfermeiras de cuidados gerais. A equipa divide-se em turnos de manhã (08:00-16:00 horas), tarde (15:30-00:00 horas) e noite (23:30-08:30 horas) e cada turno é habitualmente assegurado por quatro enfermeiros no turno da manhã e três nos turnos da tarde e noite, sendo que, este número pode variar consoante o número de puérperas e RN internados. A equipa aplica a metodologia de trabalho individual, pois cada enfermeira assume a total responsabilidade pelos cuidados prestados às puérperas e RN que lhe são atribuídos (Ventura-Silva *et al.*, 2021). Para que esta distribuição seja o mais equitativa possível, é realizada diariamente a classificação através do sistema informático *Sclinic®* de forma a conseguir justificar e calcular o número de horas de cuidados que cada utente e RN precisam por enfermeira. No que diz respeito às dotações seguras no puerpério, a MCEESMO preconiza um serviço de puerpério formado por EEESMO em exclusiva, o que não é verificado neste serviço, e um rácio de 1:3 para o puerpério patológico e 1:6 para o normal (OE, 2019a).

Durante o turno da manhã, além das enfermeiras que prestam cuidados, encontra-se uma enfermeira, dedicada exclusivamente ao apoio à amamentação no “Cantinho da Amamentação” e aos ensinos da Alta Segura em horário das 09:00 às 17:00 horas, fins-de-semana e feriados incluídos. Todas as enfermeiras que assumem esta função têm formação como conselheiras em AM. O “Cantinho da Amamentação” é um recurso que contribui ao apoio e promoção do AM (DGS, 2015). No dia da alta, esta enfermeira, oferece apoio e vigilância pessoalmente às puérperas com necessidades nesta área assim como àquelas puérperas que já tiveram alta há três dias, através de uma consulta via telefónica para esclarecer dúvidas, verificar o bem-estar da mãe e o RN e relembrar que podem sempre recorrer ao “Cantinho de Amamentação” da sua área de residência nos horários estipulados, fazendo assim com que a puérpera se sinta apoiada. Caso não atendam, é sempre enviado um SMS automático com a informação do contacto. Segundo a OMS e a UNICEF, o AM exclusivo é recomendado como única fonte de nutrição exclusiva durante os primeiros seis meses de vida. A partir dessa altura, segundo as organizações já citadas, é recomendado continuar o AM com uma alimentação complementar até os dois anos de vida ou mais (Ibáñez de Garayo *et al.*, 2021). O apoio e a educação na amamentação são fundamentais, sendo uma forma de contribuir para o bem-estar e a adaptação

das mulheres ao pós-parto, garantindo o início satisfatório e a manutenção do AM adaptado às necessidades da diáde mediante aconselhamento, avaliação e vigilância individualizados (Asadi *et al.*, 2020; Ibáñez de Garayo *et al.*, 2021).

No “Cantinho da Amamentação”, são também realizados os ensinos da Alta Segura. A Alta Segura é um projeto lançado pela Associação para a Promoção da Segurança Infantil [APSI], que promove que o transporte do RN no automóvel seja em segurança, na primeira viagem realizada (APSI, 2022). No dia da alta, as puérperas e/ou a pessoa significativa recebem os ensinos teórico-práticos sobre o transporte do RN baseados nas premissas deste projeto e com a ajuda de recursos materiais como vídeos e uma cadeira homologada, acabando a sessão com uma demonstração prática por parte dos assistentes perante a enfermeira formadora. São também mostrados vídeos para a prevenção de acidentes em crianças de 0 a 12 meses.

O serviço de puerpério da Unidade A presta cuidados de alta excelência, considerando de extrema importância o desenvolvimento constante para manter ou melhorar a qualidade na assistência. Um exemplo disto é o esforço evidente que realizam os seus profissionais de saúde na promoção do AM exclusivo e no apoio à puérpera nesta e em todas as áreas que abrangem o puerpério, com o objetivo de facilitar a adaptação da mesma e o bem-estar da diáde, família e comunidade.

Proteger, promover e apoiar o AM é fundamental para a melhoria das condições de saúde das mulheres e as crianças a nível mundial. Portanto, a análise e o acompanhamento dos indicadores de AM são essenciais, sendo que interferem diretamente nas taxas de morbilidade e mortalidade materno-infantil (Maliska I. *et al.*, 2023). Assim, estratégias como os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável [ODS] ou a Estratégia Global para a Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente (2016-2030), visam a promoção de uma vida saudável e de qualidade na população em todas as fases da vida (Maliska I. *et al.*, 2023; WHO, 2018b), assim como assegurar a sobrevivência das mães e bebés a possíveis complicações e potenciar uma vivência plena em saúde durante esta fase, incluindo apoio físico e emocional de forma continuada e com as competências apropriadas, respetivamente (Campos-Quintero & Vázquez-Truisi, 2021; WHO, 2018b). Estratégias que são incorporadas na prestação de cuidados em serviços como o internamento de puerpério desta unidade, visando sempre pela segurança e satisfação das utentes.

1.1.4. Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

A UCIN encontra-se localizada no 5º piso do edifício central da Unidade A e engloba o serviço de Medicina Intensiva Pediátrica. Este serviço é caracterizado pela elevada taxa de morbimortalidade do neonato causada pela extrema vulnerabilidade e risco acrescido de contrair patologias graves, sendo necessário um internamento mais prolongado, o que pode intensificar o sofrimento dos pais e da família (Silva *et al.*, 2020). Assim, neste serviço são prestados cuidados aos RN transferidos tanto do BP como do internamento do puerpério ou da Urgência Pediátrica.

Em relação ao espaço físico, o serviço dispõe de uma sala principal constituída por doze incubadoras distribuídas em “U”, sendo que, cinco delas são consideradas postos intensivos com suporte ventilatório e, as restantes, cuidados intermédios. Esta distribuição permite uma prestação de cuidados mais organizada e reduz o risco de transmissão cruzada de infecções. Além do mais, o serviço possui um berçário, com capacidade máxima de seis berços, assim como uma sala de enfermagem, uma sala onde é preparado o LF e onde as puérperas extraem o LM, uma copa e duas casas de banho, sendo uma para os profissionais de saúde e outra para os pais. O serviço dispõe ainda de uma lavandaria onde é possível higienizar a roupa dos bebés com o objetivo de prevenir infecções.

As unidades do RN estão dotadas de rampa de oxigénio, sistema de vácuo, monitor para avaliação de sinais vitais, bomba infusora para a administração continua de medicação e material de consumo clínico para a prestação de cuidados, assim como um cadeirão para a pessoa significativa.

Os motivos mais comuns de internamento são a prematuridade, patologia cardíaca, Síndrome de Dificuldade Respiratória [SDR], hiperbilirrubinémia ou infecção.

No que concerne aos recursos humanos, a equipa de enfermagem está formada por quarenta e três enfermeiros, dos quais vinte e um são EEESIP e uma enfermeira em funções de chefia. A equipa distribui-se em turnos de manhã (08:00-16:00 horas), tarde (15:30-00:00 horas) e noite (23:30-08:30 horas), sendo que estão escalados seis enfermeiros em cada turno. Os profissionais da saúde que formam parte da UCIN devem ter as competências adequadas e experiência na área devido às altas exigências e complexidade de um serviço como este (Silva *et al.*, 2020). Assim, a partir de informações cedidas pela supervisora clínica deste estágio observacional, foi possível saber que a experiência profissional da maioria de enfermeiros que integram este serviço é entre dez e vinte anos e que mais da metade deles já tinha experiência nesta área, indo ao encontro de um dos objetivos da Sociedade Portuguesa de Neonatologia

[SPN], a formação e atualização contínuas (SPN, s.d.). Assim sendo, a integração neste serviço tem uma duração de três meses, superior a outros, e mais da metade da equipa de enfermagem tem formação em cuidados para o desenvolvimento “*Newborn Individual Development Care and Assessment Program*” [NIDCAP].

As intervenções baseadas no NIDCAP, programa amplamente usado no ambiente de cuidados agudos, visam garantir a diminuição das sequelas associadas ao internamento do neonato e promover a neuroproteção e desenvolvimento do mesmo. Desta forma, são realizadas numerosas intervenções com o objetivo de diminuir o stress ambiental (ruído e luz em excesso) e alentar aos pais à participação nos cuidados para fortalecer e manter o vínculo (Da Silva *et al.*, 2020; Nelson, 2019).

A equipa de enfermagem desempenha um papel fundamental e pretende uma assistência integral com a maior qualidade e conforto tanto para o bebé como para os pais que estão numa situação difícil como pode ser o internamento de um RN. A qualidade na prestação dos cuidados de forma integral passa pela humanização destes cuidados com a realização de técnicas como o método canguru, contacto pele a pele ou a possibilidade de manter a amamentação durante o internamento, de forma a transmitir um ambiente de maior segurança e conforto para o RN e para a família (Da Silva *et al.*, 2020).

1.2. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS CLÍNICOS – UNIDADE D

Durante o decurso do segundo semestre realizei um estágio de 4 semanas na Unidade D que, junto com todos os serviços de cuidados primários da região de Lisboa e Vale do Tejo, conformam a ULS que presta cuidados à população desta área geográfica (SNS, 2024e).

A Unidade D teve o seu início em setembro de 1991 perante a crescente necessidade de oferecer cuidados a uma população cada vez maior na península de Setúbal (SNS, 2024e). No ano 2003, foi classificada como Hospital Central devido ao elevado progresso e nível de especialização alcançados, passando a ser o único na margem sul do Tejo. Hoje em dia e desde 2006, é constituído como uma Entidade Pública Empresarial [EPE] (SNS, 2024e).

Atualmente, a Unidade D forma parte do modelo ULS desde 1 de janeiro de 2024 (SNS, 2024g) e presta cuidados diferenciados a aproximadamente 350 mil habitantes dos concelhos já mencionados, sendo que alguns serviços respondem perante as necessidades da população da Península de Setúbal, concretamente Neonatologia e Neurocirurgia. Esta unidade tem também capacidade de cerca de 590 camas repartidas por diferentes especialidades e dispõe de mais de 2900 funcionários a dia de hoje (SNS, 2024e).

A Unidade D é também considerada como HAPD (Comissão Nacional de Saúde Materna e Neonatal, 2006) e, além do mais, foi declarada como “Hospital Amigo dos bebés” pela UNICEF desde o ano 2005 (SNS, 2024f) até dezembro de 2023, sendo substituída nessa altura pela nova Comissão, como mencionado anteriormente (UNICEF, s. d.).

A missão da Unidade D compreende a prestação de assistência baseada em cuidados que permitam a promoção da saúde e o aumento do bem-estar da população mediante uma organização de serviços bem estruturada, focada na proximidade e envolvimento de cuidados, assim como no progresso e na investigação, de forma a facilitar o desenvolvimento e otimização das competências dos profissionais e os meios com os que conta a comunidade. Desta forma, promove valores como a igualdade e o respeito no local de trabalho, facilitando o crescimento e qualificação pessoal mediante a oportunidade de acesso a formações e ensino da pré e pós-graduada e do estudo científico (SNS, 2024e).

Na Unidade D, os serviços que prestam cuidados relacionados com a maternidade estão distribuídos no primeiro andar, onde se encontram o SUOG e o BP e, no quinto andar, onde estão localizados os internamentos de grávidas e puerpério e os serviços de neonatologia e pediatria, em diferentes áreas. Do mesmo modo, as consultas de ginecologia encontram-se na consulta externa. Estes serviços estão formados por uma equipa de profissionais de saúde como médicos obstetras, pediatras, neonatologistas e anestesiistas, assim como enfermeiros, assistentes operacionais e pessoal administrativo que prestam cuidados à população baseados em altos níveis de qualidade e humanização, um dos objetivos principais desta unidade (SNS, 2024e).

A mestrandona teve a oportunidade de realizar um estágio de quatro semanas no serviço de BP desta unidade.

1.2.1 Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica/Bloco de Partos

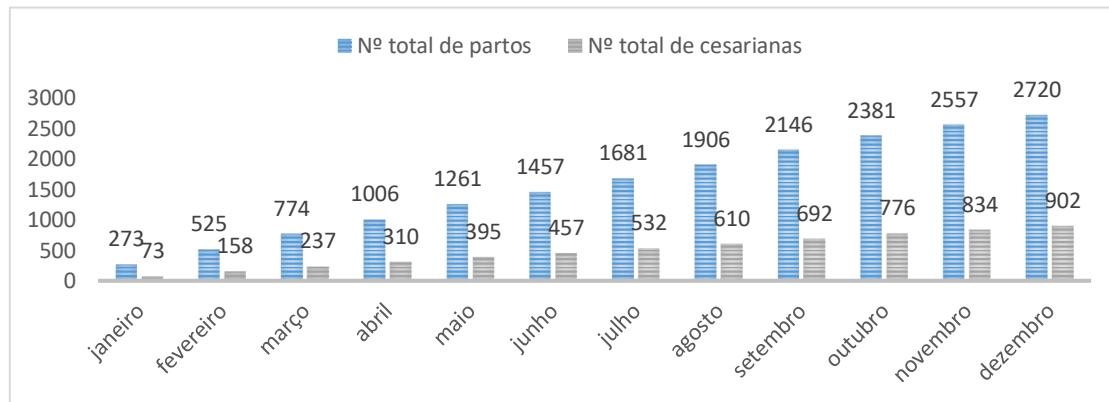
O serviço de BP está localizado no 1º piso do edifício central da Unidade D, junto com o SUOG, sendo ambos parte integrante do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia. No BP desta unidade, os cuidados são focados na atenção à mulher em TP e parto, assim como cuidados ao RN e à mulher durante o puerpério imediato em situações de baixo, médio e alto risco (SNS, 2024f)

Segundo os dados estatísticos disponíveis no site SNS Transparência (2023), a Unidade D apresentou um total de 3622 partos no ano 2023, sendo que 2720 foram partos vaginais,

envolvendo partos eutócicos e instrumentalizados, e 902 foram cesarianas, dados representados na Figura 2.

Figura 2.

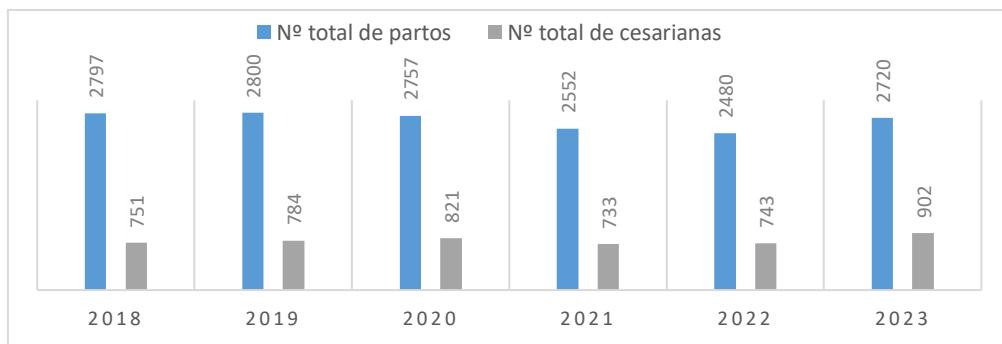
Nº total de partos e cesarianas na Unidade D no ano 2023



Fonte: Transparência SNS, 2023

Figura 3.

Número total de partos e cesarianas na Unidade D nos últimos anos



Fonte: Transparência SNS, 2023

Nesta unidade também se pode verificar que, tal como acontece na Unidade A, há um aumento do número de cesarianas nos últimos anos (Figura 3), excetuando uma ligeira diminuição no período da pandemia.

No que respeita ao espaço físico, o serviço está formado por 8 unidades individuais para parto, duas salas de BO, uma sala de reanimação do RN, uma sala para o material esterilizado, uma sala dos sujos, uma casa de banho e um quarto com um duche, ambas

para as parturientes, duas casas de banho com duche, uma copa, uma sala de reuniões, um recobro com duas camas e um gabinete pertencente à enfermeira chefe.

Cada sala de parto está equipada com marquesa de parto, um cardiotocógrafo com ligação à Central (com e sem telemetria), armário e bancada completamente equipados com o material necessário para a realização do parto e/ou técnicas como colheita de sangue, rampa de oxigénio, sistema de ar comprimido e vácuo, cadeira para o acompanhante se for o caso, banco e mesa de apoio móvel, lavatório, um *pantoff*, um rebozo, um monitor e um termómetro para avaliar parâmetros vitais.

Cada sala operatória está equipada com maca operatória, monitor de anestesia e respirador, mesa e banco, um *pantoff*, duas mesas móveis, um armário com o material necessário como fios de sutura e medicação prevista que possa ser necessária. Normalmente, a sala 1 está destinada a cesarianas eletivas e ou urgentes/emergentes e, a sala 2, a curetagens e aspirações, gravidezes ectópicas ou cerclagens. As cirurgias ginecológicas mais complexas são direcionadas para o BO Central.

A sala de recobro está equipada com duas camas, dois cardiotocógrafos, dois monitores e um termómetro para avaliar os parâmetros vitais, um armário e bancada com material necessário para a situação clínica pertinente. Esta sala está destinada exclusivamente para a realização do recobro das cesarianas ou de puérperas com alguma patologia que precise de vigilância hemodinâmica constante. O resto de mulheres realizam o puerpério imediato nas salas de parto junto com os RN, onde são transferidas para uma cama com o objetivo de aumentar o conforto durante as duas horas, aproximadamente, que ficam na sala após o parto. Depois deste período de vigilância no BP e, reunidas as condições clínicas, são ambos transferidos para o internamento de puerpério, no quinto andar.

O BP possui também um corredor na parte lateral que abrange sete das oito salas de parto, onde se encontram materiais como bolas de Pilates e de amendoim e por onde acedem os acompanhantes. Cada parturiente tem direito a estar acompanhada por uma pessoa, independentemente do horário e segundo o artigo nº1 da Lei nº 15/2014, promulgada a 21 de março de 2014, que garante o direito ao acompanhamento à mulher grávida durante todas as fases do TP (DRE, 2014). As parturientes também percorrem este corredor para ir à casa de banho ou duche correspondentes.

A sala de cuidados imediatos ao RN está equipada com uma bancada com dois espaços com aquecimento para dois bebés, uma balança, uma incubadora, armário com material necessário para preparar medicação e entubar, assim como fraldas e lençóis, e bancada com

oxigênio e aspiração se for o caso. No corredor principal, encontra-se uma incubadora móvel totalmente equipada para os RN que precisam de ser transferidos para o serviço de Neonatologia. Esta deve ser revisada uma vez por dia durante o turno da manhã para verificar que esteja tudo certo caso seja preciso utilizar.

A parte central do BP está equipada com computadores para realizar registos em papel no partograma e no sistema informático através do programa *Sclinic®*. Este espaço também dispõe de um ecrã com ligação à Central para conseguir visualizar e manter a vigilância continua dos traçados cardiotocográficos das mulheres que se encontram nas salas de parto. Estes traçados são analisados e interpretados através das diretrizes da FIGO (Ben M'Barek *et al.*, 2022).

As grávidas que recorrem ao SUOG são observadas pelo EEESMO que realiza a triagem através da avaliação dos parâmetros vitais e da realização de cardiotocografia, assim como outros exames se forem necessários. Segundo o motivo da vinda ao SUOG e da avaliação pertinente, a grávida pode ir para o internamento de grávidas ou diretamente para o BP. As grávidas que seguem para o internamento são aquelas que têm indicação de indução de TP, mas não apresentam início do mesmo. Em relação às grávidas que são encaminhadas para o BP, são aquelas que se encontram em TP, preferencialmente em fase ativa, sendo que isto também pode variar consoante a intensidade das queixas da mesma e a disponibilidade das salas de parto. Assim sendo, nas grávidas com patologias com necessidade de vigilância constante e com necessidade de internamento, a observação da mesma pode ser tanto no internamento de grávidas como no recobro do BP, segundo a gravidade da patologia descrita e dos recursos disponíveis. Desta forma, consegue-se dar uma resposta mais eficiente baseada na gestão e otimização de recursos, oferecendo cuidados de qualidade e melhores condições num momento tão marcante.

É de salientar que a Unidade D tem disponível uma consulta de plano de parto. O plano de parto é um registo escrito e legal onde são definidas as preferências da mulher e/ou casal em relação ao seu TP (MCEESMO, 2012). Esta consulta visa informar e resolver possíveis dúvidas à mulher e/ou casal, contribuindo na redução dos níveis de ansiedade e facilitando a promoção da liberdade da grávida em todas as fases do TP (SNS, 2024f).

Em relação aos recursos humanos, a equipa é formada por médicos obstetras, EEESMO e enfermeiros de cuidados gerais assim como de assistentes operacionais e administrativas junto com o apoio de médicos anestesiistas e pediatras. A equipa de enfermagem encontra-se distribuída em turnos de manhã (08h00-16h00 horas), tarde

(16h00- 23h00 horas) e noite (22h30-08h30 horas), uma vez que cada turno dispõe de seis elementos, quatro no BP e dois no SUOG, sendo que o método de trabalho aplicado é o método funcional (Ventura *et al.*, 2021). No SUOG, estão habitualmente escalados dois EEESMO, sendo que, por vezes, é um EEESMO e um enfermeiro de cuidados gerais a assegurar este posto, ainda quando a MCEESMO preconiza que a prestação de cuidados no serviço de UOG é exclusivamente da responsabilidade do EEESMO (OE, 2019a). No BP, os cuidados às mulheres nas salas de parto são exclusivamente assegurados por EEESMO e, segundo às dotações seguras que estabelece a MCEESMO, o rácio no 1º e 2º estádio de TP deve ser de 1:2 e 1:1, respetivamente e, no caso de indução de TP, o rácio recomendado é 1:3 (OE, 2019a). Devido à alta afluência de mulheres em TP nesta unidade e à limitação de recursos humanos, estas recomendações podem não ser cumpridas com alguma frequência.

1.3. METODOLOGIA DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

O conhecimento científico é aquele que tem capacidade de ser verificado e, para que isto seja possível, é necessário estabelecer processos mentais e técnicas que possibilitem a sua veracidade ou, noutras palavras, um método que permita chegar a esse conhecimento (Prodanov & Freitas, 2013). A metodologia, portanto, é um meio para conseguir um fim determinado, sendo que, na investigação científica, é descrita como uma série de procedimentos e técnicas realizadas de forma sistematizada para a consecução dos objetivos propostos, com a finalidade de adquirir conhecimento (Prodanov & Freitas, 2013).

A metodologia aplicada ao longo do ENPRF envolve a passagem pelos diferentes campos clínicos e o processo de aprendizagem e competências desenvolvidas em cada um deles, mediante a supervisão clínica e orientação pedagógica.

1.3.1 Objetivos

A planificação da UC descreve os objetivos gerais do ENPRF, sendo eles:

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

Em relação aos objetivos específicos, foram estabelecidos com o propósito de adquirir as competências específicas do EEESMO descritas no regulamento das competências específicas do EEESMO (OE, 2019b), sendo estes os objetivos:

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

1.3.2. Método de Aprendizagem

No processo de mobilização de conhecimentos da teoria para a prática, desenvolvido ao longo da passagem pelos diferentes contextos clínicos, foi utilizado um método de aprendizagem baseado na supervisão clínica e orientação pedagógica, observação, pesquisa bibliográfica, estratégias de reflexão e aplicação do modelo teórico.

Supervisão clínica e orientação pedagógica

A supervisão clínica, segundo a OE (2020), é definida como um processo formal, organizado, dinâmico e interpessoal que se dá entre o supervisor clínico e a pessoa supervisada para estruturar a aprendizagem, construir conhecimentos e desenvolver competências profissionais, capacidade de análise e reflexão. Este processo visa fomentar a autonomia na tomada de decisões, com foco na proteção da pessoa e na prestação de cuidados seguros e de qualidade.

Ao longo do período do ENPRF foram realizadas várias reuniões com caráter formativo entre a orientadora pedagógica e a mestrande e, também, reuniões de avaliação intermédia e final em cada campo clínico de estágio nas quais estavam presentes a orientadora pedagógica,

a supervisora clínica e a mestranda. Estas reuniões foram realizadas com o objetivo de manter uma avaliação e formação continua e sistemática. Foi sempre utilizado um instrumento de avaliação onde constavam as competências a adquirir em cada campo clínico.

Observação

No início de cada estágio dos diferentes campos clínicos, a mestranda adoptou uma atitude atenta e observadora para compreender melhor as dinâmicas de cada campo de estágio, assim como as técnicas e procedimentos envolvidos em cada um deles. Após esta fase inicial e, gradualmente, foi possível desenvolver a prática clínica e adquirir autonomia nos cuidados prestados, assim como competências específicas do EEESMO, sempre supervisionada e acompanhada.

Pesquisa bibliográfica

O processo de aprendizagem também incluiu uma fase de pesquisa bibliográfica sistemática e consulta de normas e protocolos vigentes nos serviços onde decorreu o ENPRF, contribuindo para o aprofundamento de conhecimentos e a aquisição de capacidades de EEESMO, nomeadamente a realização de um relato de caso. Como método de pesquisa estruturada, o relato de caso é amplamente utilizado em diferentes áreas de atuação da prática profissional de Enfermagem. São estudos que permitem conhecer de forma mais intensiva e detalhada fenómenos com diferentes graus de complexidade, baseando-se sempre em fontes de evidência científica de forma a conseguir um melhor entendimento e veracidade dos factos (Andrade *et al.*, 2017). Ao longo do ENPRF, foi possível realizar um relato de caso sobre a “Pré-eclâmpsia” no contexto clínico de SUOG da Unidade A (apêndice C), temática de muito interesse para a mestranda devido ao alto número de utentes com esta patologia com que se deparou durante o período em que o estágio foi realizado.

Por outro lado, durante o contexto clínico de internamento de puerpério, foi possível para a mestranda elaborar um póster (apêndice D) e, posterior apresentação em serviço, assim como um panfleto (apêndice E) sobre a “Promoção do autocuidado na puérpera”, temática da qual a mestranda teve a oportunidade de realizar uma sessão formativa a puérperas e pessoas significativas (apêndice F).

Paralelamente, foi realizada uma revisão narrativa da literatura para aprofundar os conhecimentos sobre a temática escolhida para o relatório “Promoção do autocuidado da mulher no pós-parto” com o objetivo de explorar a literatura sobre a influência da promoção do

autocuidado da mulher por parte do EEESMO no período pós-parto, de forma a adquirir conhecimentos teórico-práticos e aprofundar o tema eleito.

Estratégias de reflexão

Refletir sobre as experiências vividas é uma parte essencial do desenvolvimento humano (Pereira-Mendes, 2016; Ramos *et al.*, 2017). Nesta linha de pensamento, a mestrandona achou pertinente realizar uma reflexão seguindo o modelo de Gibbs (apêndice B) no contexto de BP da Unidade A em base a uma experiência marcante que suscitou reflexão. O ciclo de Gibbs constitui um modelo reflexivo integrado por várias fases que fomentam a análise e reflexão do estudante face à situação vivenciada, os recursos disponíveis e a tomada de decisão, para justificar o acontecido e desenhar um plano para situações semelhantes futuras (Ramos *et al.*, 2017).

Aplicação do Modelo Teórico

Para contribuir ao processo de aprendizagem, foi essencial identificar um modelo teórico de enfermagem que guiasse a prática clínica durante o ENPRF. O modelo teórico selecionado foi o da TDAE da Dorothea Orem, considerando que é o que mais se adequa à temática escolhida.

O autocuidado, o conceito principal desta teoria, é descrito pela teórica Dorothea Orem como o conjunto de ações realizadas num espaço de tempo pela pessoa e que contribuem para o desenvolvimento da mesma e para o seu próprio benefício, com a finalidade de assegurar a vida e o bem-estar pessoal de forma saudável (Queirós *et al.*, 2014; Tomey & Alligood, 2002). Para conseguir compreender esta teoria, é necessário explicar que esta está formada por três teorias interligadas: 1) a teoria do autocuidado, onde se detalha de que maneira e o motivo pelo qual as pessoas cuidam de si mesmas, 2) a teoria do défice de autocuidado, que detalha a razão pela qual a enfermagem pode ajudar às pessoas e 3) a teoria dos sistemas de enfermagem, que expõe e detalha a necessidade de estabelecer e manter as relações com as pessoas por parte da equipa de enfermagem para que esta aconteça (Tomey & Alligood, 2002).

Segundo Orem, cada pessoa tem a responsabilidade de cuidar de si, mas quando uma pessoa é incapaz de realizar essas atividades por conta própria devido às limitações físicas, psicológicas ou sociais, tem lugar um défice de autocuidado, e é aí que a enfermagem se torna necessária. O papel do enfermeiro, segundo esta teoria, é avaliar as necessidades de autocuidado da pessoa, identificar o défice de autocuidado e intervir para suprir essas necessidades. O

conjunto de ações e interações dos enfermeiros e dos pacientes são definidos por Orem como sistemas de enfermagem, que são: 1) sistema totalmente compensatório, quando a enfermagem substitui o indivíduo no autocuidado; 2) sistema parcialmente compensatório, quando o indivíduo apenas precisa da enfermagem para ajudá-lo naquilo que ele não é capaz de realizar por si só; e 3) apoio-educativo, quando o indivíduo é capaz de realizar o autocuidado, embora necessite dos enfermeiros para o ensinar e supervisionar na realização das ações (Queirós *et al.*, 2014; Tomey & Alligood, 2002).

A TDAE de Dorothea Orem contribui significativamente para a prática de enfermagem ao enfatizar o papel central do autocuidado na preservação da saúde e do bem-estar dos utentes (Queirós *et al.*, 2014; Tomey & Alligood, 2002). Este modelo teórico permitiu à mestrande adaptar a teoria na prática clínica, contribuindo para a identificação das necessidades das utentes com as que teve contacto ao longo do ENPRF, assim como a promoção da autonomia e capacitação de autocuidado, contribuindo para o seu bem-estar, através de cuidados individualizados.

1.3.3. População Alvo

A população alvo do ENPRF abrange todas as mulheres/famílias inseridas na comunidade com as quais a mestrande teve contacto durante os diferentes campos clínicos, concretamente os serviços de Consulta Externa, Internamento de Grávidas, BP e Internamento de Puerpério das unidades A e D. Nos últimos anos, um dos desafios que enfrenta a prestação de cuidados é o aumento da população estrangeira. Em 2022, segundo consta no SEF (2022), verificou-se um aumento de 11,9% em relação a 2021, sendo um total de 781.915 cidadãos estrangeiros titulares de autorização de residência. Do mesmo modo, a população estrangeira continua a concentrar-se principalmente no litoral, sendo que, a maioria (65,5%) encontra-se registada nos distritos de Lisboa, Faro e Setúbal, áreas geográficas onde a mestrande realizou os contextos clínicos (SEF, 2022). Além do mais, o Algarve é uma região reconhecida internacionalmente como destino turístico, acrescentando uma maior diversidade populacional na prestação de cuidados nesta instituição devido ao alto fluxo migratório. Este aumento da diversidade cultural demanda cuidados de saúde adequados às necessidades das utentes, o que supõe um desafio e uma adaptação na prestação de cuidados para as instituições de saúde, que devem estar preparadas para lidar com a diversidade de valores e crenças culturais, assim como as diferenças linguísticas (Arias, J. A. *et al.*, 2021; Timoteo *et al.*, 2023).

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

Para a realização do MESMO, é imprescindível adquirir novas competências que levem a melhorar a prática clínica e prestação de cuidados. Assim, a mestrandona recorreu à realização de uma revisão da literatura para aprofundar e fundamentar conhecimentos, de forma a conseguir aplicar informação fidedigna e atualizada sobre os cuidados em enfermagem, com a finalidade de melhorar a sua prática clínica baseada em evidências científicas recentes.

Após a revisão da literatura, expõem-se os resultados obtidos durante a prática no decorrer do ENPRF, relacionado com a temática central do relatório.

2.1 CONCEITUALIZAÇÃO

A promoção do autocuidado é fundamental em todas as fases da vida da mulher, mas a gravidez, o parto e o período pós-parto são alturas em que as necessidades de cuidados de saúde das mulheres aumentam significativamente (Asadi *et al.*, 2020; Doğan & Cesur, 2023).

O puerpério ou período pós-parto é definido como o período de seis semanas após o parto, onde tem lugar o retrocesso das mudanças a nível anatómico e fisiológico que acompanham a gravidez (OE, 2015a), podendo ser dividido em três fases determinadas pela duração temporal: puerpério imediato (primeiras 24 horas), puerpério precoce (até ao final da primeira semana) e puerpério tardio (até ao final da sexta semana) (Sequeira *et al.*, 2020).

Devido às transformações intensas a nível pessoal e familiar que derivam deste momento vital na puérpera, é considerado um período bastante vulnerável para a mulher (OE, 2015a). Este estado de vulnerabilidade pode estar relacionado com informações inseguras, questões relacionadas com o vínculo com o bebé, relacionamento interpessoal, mudanças na dinâmica familiar, sexualidade e autoestima, entre outras (Lima *et al.*, 2019). Desta forma, a vivência deste período pode estar relacionada frequentemente a ansiedade e stress pelo início repentino das alterações e os desafios que este supõe (Abbaspoor *et al.*, 2023; Asadi *et al.*, 2020; Nazari *et al.*, 2021). Durante o pós-parto, aspetos como a saúde e a autoestima da mulher podem versar deteriorados, dificultando a adaptação ao papel de mãe e o vínculo mãe-filho. Além disto, existe um grupo de fatores de stress comuns durante este período como são as dificuldades na amamentação, falta de sono, cansaço acumulado, mudanças hormonais, responsabilidade de cuidar ao RN unido à falta de apoio, que resultam na diminuição do autocuidado na mulher e com o bebé (Abbaspoor *et al.*, 2023; Barbosa *et al.*, 2020).

Portanto, esta nova etapa pode ser muito gratificante, mas também pode favorecer o desenvolvimento de problemas de saúde mental como são a tristeza materna, ansiedade, depressão e psicose pós-parto (Abbaspoor *et al.*, 2023; Asadi *et al.*, 2020; Doğan & Cesur, 2023; Shahinfar *et al.*, 2021; Shamasbi *et al.*, 2020). Nesta linha de pensamento, a promoção da saúde mental adquire um papel muito importante nos cuidados pós parto e na promoção do autocuidado à puérpera, implicando uma especial atenção por parte dos profissionais de saúde (DGS, 2005).

De igual forma, este período suscita maior possibilidade de intercorrências clínicas, como anemias, hemorragias e infecções (Mota *et al.*, 2021; Nazari *et al.*, 2021) assim como deiscência da ferida, dor perineal, desconforto e/ou ardor ao urinar, mastalgia, cefaleias, ansiedade/stress pós-natal, entre outros (Dinari *et al.*, 2021; Nazari *et al.*, 2021). Sendo este um período muito complexo (Asadi *et al.*, 2020; Mota *et al.*, 2021) e sabendo que as infecções puerperais estão entre as principais causas de mortalidade materna, autores alertam da importância e da necessidade de identificar os aspectos do autocuidado e os fatores atenuantes e agravantes, como forma de promover a saúde e prevenir este tipo de complicações (Mota *et al.*, 2021).

Durante a estadia no hospital, existem muitas dúvidas e inseguranças por parte da maioria das puérperas derivadas da falta de conhecimentos e de preparação para a vivência do pós-parto (Bryant *et al.*, 2023). Inclusivamente, a grande maioria das mulheres durante este período consideram mais importante os cuidados relacionados com o RN e a família do que o seu autocuidado (Frias & Damas, 2019).

O autocuidado no período pós-parto consiste em ações desenvolvidas pela puérpera para a promoção particular da saúde e do bem-estar, sendo uma das formas mais importantes para ajudar as mulheres a ultrapassar estes desafios (Dinari *et al.*, 2021).

O papel do enfermeiro como educador é fundamental no cuidado à saúde, pois desenvolve as práticas educativas baseadas em cuidados individualizados e orientados ao autocuidado feminino, considerando as necessidades das mulheres mediante a tomada de decisão baseada em informação veraz e mantendo a continuidade dos cuidados prestados (OE, 2015a).

Por conseguinte, devido à breve duração da estadia da puérpera no hospital (entre 48 e 72 horas) (Nené *et al.*, 2016), é fundamental a qualidade e eficácia da comunicação da informação, assim como garantir que a puérpera se sinta apoiada (OE, 2015a). Desta forma, a intervenção dos enfermeiros deve destacar a prevenção de complicações e a promoção da autonomia da puérpera nos cuidados com ela própria e com o RN, de forma a favorecer a breve recuperação da mulher e adoção de competências por parte dela (Nené *et al.*, 2016).

Atendendo a todas estas razões e a importância que o autocuidado tem em todas as fases da vida da mulher, especialmente, no período pós-parto devido as mudanças a vários níveis já mencionadas, com esta revisão narrativa da literatura procura-se contribuir e aprofundar o conhecimento e o desenvolvimento da influência da promoção do autocuidado na mulher durante esta etapa e salientar a importância do papel do EEESMO como facilitador desta tarefa.

Metodologia da Revisão da literatura

Foi realizada uma revisão narrativa da literatura que permitiu aprofundar na temática escolhida sobre o autocuidado no período pós-parto. Esta fase de pesquisa e revisão é fundamental, já que possibilita o enriquecimento de conhecimentos e a obtenção de resultados relevantes através da partilha de recursos, conhecimentos e saberes com outros pesquisadores (Fornari & Pinho, 2022). A presente revisão da literatura tem como objetivos conhecer uma visão geral e crítica da literatura nacional e internacional publicada sobre o tema, favorecer a compreensão da questão norteadora e identificar as necessidades de investigações futuras sobre o tema.

Definiu-se o problema e foi formulada a questão norteadora através do modelo PICO, representado na Tabela 3, sendo um dos modelos mais utilizados na fase da elaboração de questões alvo para a pesquisa (Dantas *et al.*, 2022). Neste modelo P é população, I intervenção, C comparação e O *outcomes* ou resultados. Para Dantas *et al.* (2022), a definição de uma questão norteadora é crucial para a realização de uma revisão da literatura que deve ser clara e focalizada, pois é através dela que se determinam estudos abrangentes. Através deste procedimento, procurou-se obter uma melhor pesquisa de evidências que sustentassem o entendimento do tema.

A questão de investigação formulada foi “Qual é a influência da promoção do autocuidado na mulher no período pós-parto? (Tabela 3).

Para dar resposta a esta questão, selecionaram-se fontes de informação científica por permitirem maior fiabilidade à informação. Assim, foi realizada uma pesquisa primária nas bases de dados, Pubmed, EBSCOhost e Biblioteca do Conhecimento Online, através da utilização dos descritores DeCS “*selfcare*”, “*postpartum period*”, “*midwives*”, “*woman*” e “*health promotion*”, com o operador booleano “AND”, da qual obteve-se um resultado de 1571 artigos. Tendo em conta o elevado número de resultados, aplicaram-se os seguintes critérios de inclusão: acesso gratuito, texto completo, idioma (português, inglês e espanhol) e um intervalo

de tempo entre 2019 e 2024. Foram excluídos todos aqueles que não cumprem os critérios de inclusão mencionados.

Após a aplicação destes critérios, o número de artigos diminuiu para 58, dos quais foram excluídos 48 após a leitura e análise do título e resumo por não cumprir os critérios. Assim, incluíram-se 10 estudos.

A realização da seleção dos artigos está esquematizada em fluxograma segundo a declaração *Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analyses* [PRISMA] (Page *et al.*, 2021) (Figura 4).

Tabela 3.

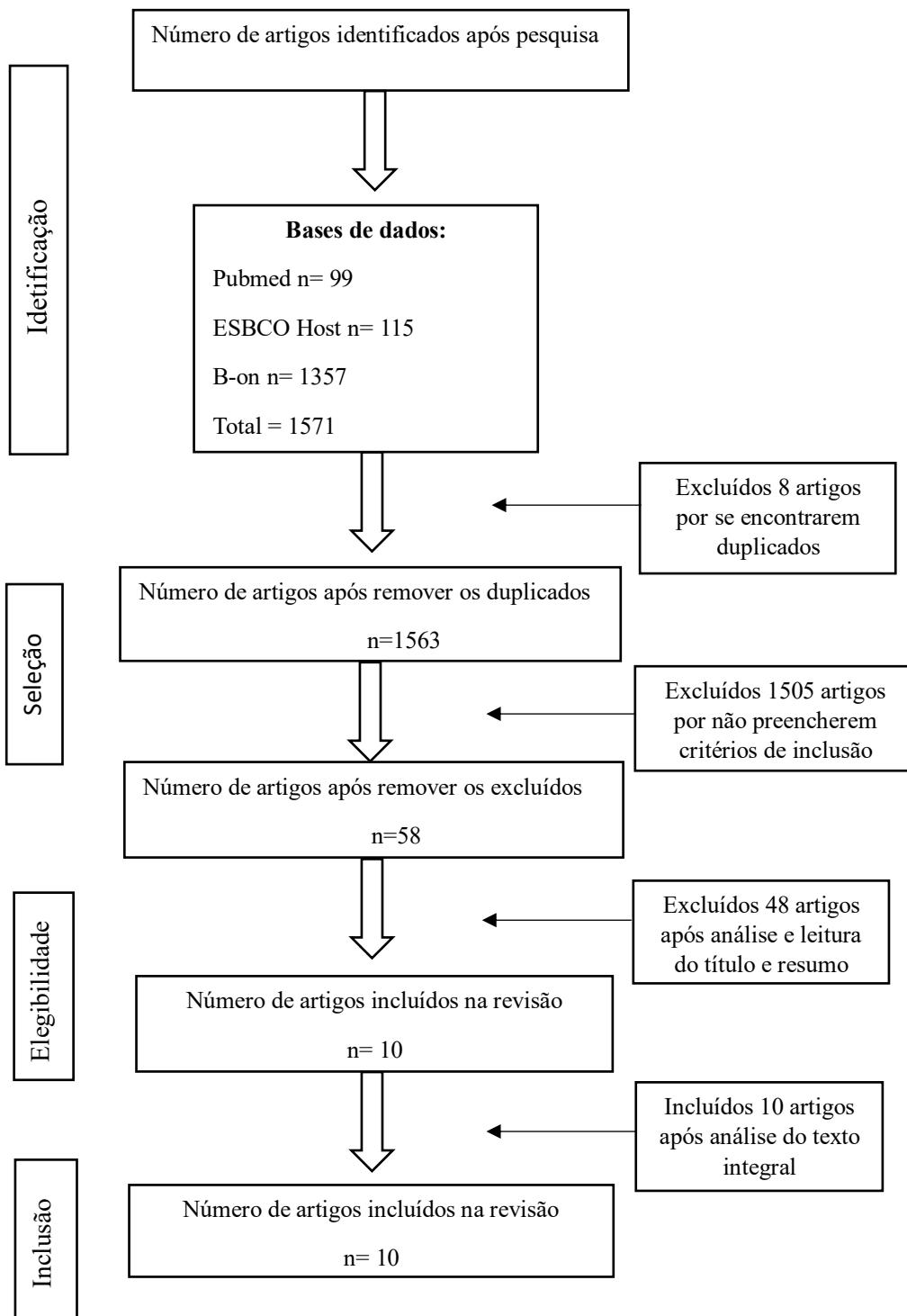
Modelo PICO

P	População	Mulheres no pós-parto
I	Intervenção	Promoção do autocuidado
C	Comparação	Nenhum tratamento
O	Resultados	Influência da promoção do autocuidado na mulher no pós-parto

Fonte: elaboração própria adapta de Dantas *et al.* (2022)

Figura 4.

Fluxograma PRISMA – Seleção de artigos



Fonte: Adaptação de Page *et al.* (2021)

RESULTADOS

Na seguinte tabela (Tabela 4), são descritos os resultados dos artigos selecionados que foram analisados de forma a dar resposta à questão norteadora e aos objetivos propostos.

Tabela 4.

Análise dos artigos selecionados.

Título, Autores, Ano	Objetivo	Amostra	Desenho do Estudo/Recolha de dados/Medidas	Resultados
E1 Antenatal and postnatal depression – Are Polish midwives really ready for them? Magdalena & Tamara, 2020	Avaliar o conhecimento de parteiras sobre transtornos de saúde mental nos primeiros seis meses pós-parto.	N= 111 parteiras polacas	Estudo quantitativo Test of Antenatal and Postpartum Depression Knowledge by Jones, Creedy, and Gamble (2001) + perguntas sobre estudo de caso hipotético (mulher deprimida)	As parteiras autoavaliaram os seus conhecimentos e competências na avaliação do estado mental das puérperas como os mais baixos de entre todas as suas competências. Uma avaliação objetiva realizada posteriormente confirmou que os resultados revelaram conhecimentos insuficientes sobre a depressão pré-natal e pós-natal e as formas de tratamento destas perturbações.
E2 The relationship between maternal functioning and mental health after childbirth in Iranian Women Shamasbi et al., 2020	Determinar a relação entre o funcionamento materno e a saúde mental no período pós-parto.	N= 530 puérperas	Estudo descritivo-analítico transversal Questionário de características sociodemográficas, Mental Health Inventory (MHI) e o Barkin Index of Maternal Functioning (BIMF)	A saúde mental e os seus subdomínios tiveram correlações positivas e significativas com os cuidados infantis, interação mãe-filho, bem-estar mental, apoio social, gestão, ajustamento, autocuidado e funcionamento materno ($p < 0,001$). O aumento do funcionamento materno foi associado a uma maior pontuação total de saúde mental, ter uma renda moderada e receber apoio para cuidar do bebé ($p < 0,05$).

E3 Saberes e experiências de gestantes sobre autocuidado puerperal e cuidado do/a recém-nascido/a mediante práticas educativas	Analisar saberes e experiências de gestantes sobre o autocuidado puerperal e cuidado do/a recém-nascido/a mediante práticas educativas	N= 16 gestantes	Estudo qualitativo	Emergiram três categorias: autocuidado no período pós-parto, neonato e amamentação e práticas educativas na gestação. Evidenciou-se a necessidade e relevância das práticas educativas desde a gestação, contudo valorizou-se o cuidado do/a recém-nascido/a em relação ao autocuidado da mulher, podendo influenciar no (auto)cuidado das envolvidas.
Mota et al., 2021				
E4 Factors Affecting Women's Adjustment to Postpartum Changes: A Narrative Review	Perceber quais os fatores que afetam o ajuste das mulheres às mudanças pós-parto	Revisão narrativa da literatura	Os fatores que afetam o ajuste às mudanças pós-parto foram divididos em fatores pessoais (experiências anteriores, estratégias para lidar com alterações, traços de personalidade) e sociais (família, profissionais de saúde, contexto cultural...).	
Asadi et al., 2020				
E5 Postpartum care promotion based on maternal education needs: A mixed study	Determinar as necessidades educativas das mães no período pós-parto em Bojnourd	N=250 grávidas e puérperas	Estudo realizado em duas partes: - Parte qualitativa: método de análise de conteúdo - Parte quantitativa: método descritivo e transversal	*Parte qualitativa: principais necessidades educativas foram classificadas em “manutenção e restauração da saúde física”, “necessidades de saúde sexual”, “necessidades de saúde mental” e “barreiras educativas” *Parte quantitativa: a maior necessidade educativa materna foi o autocuidado e amamentação e o melhor momento para ensinar foi durante a gravidez, sendo o melhor método presencial e a melhor fonte de informação foram enfermeiras obstétricas e ginecologistas.
Nazari et al., 2021				

E6 Development and validation of AN educational booklet for postpartum health and well-being	Desenvolver e validar o conteúdo e a aparência de um folheto educativo para o autocuidado das puérperas	N= 30 puérperas e 6 acompanhantes	1ª Fase: revisão integrativa e grupo de discussão para selecionar o conteúdo 2ª Fase: criação das ilustrações 3ª Fase: desenvolvimento da 1ª versão do material 4ª Fase: validação do conteúdo por 26 especialistas 5ª Fase: quinze puérperas validaram a segunda versão do folheto	Foram obtidos índices adequados de validação do folheto educativo para a saúde e bem-estar no período pós-parto
Barbosa et al., 2020				
E7 The relationship between postpartum anxiety and maternal function in mothers	Determinar a relação entre a ansiedade pós-parto e a função materna em mães com bebés entre 6 e 10 semanas	N=258 puérperas entre 6-10 semanas pós-parto	Estudo descritivo e correlacional longitudinal. Os dados foram recolhidos utilizando o formulário de Informação Pessoal, a Escala de Ansiedade Específica Pós-parto (PSAS) e Índice Barkin de Funcionamento Materno (BIMF)	Determinou-se que o nível de funcionamento materno diminuía à medida que a ansiedade pós-parto aumentava.
Doğan & Cesur, 2023				
E8 Women's perception of continuity of team midwifery care in Iran: a qualitative content analysis	Explorar a percepção das mulheres sobre a continuidade de cuidados de obstetrícia no Irão	N= 15 mulheres	Estudo qualitativo Foram realizadas entrevistas semiestruturadas através do método de amostragem. As entrevistas foram gravadas digitalmente e transcritas textualmente em persa e analisadas utilizando análise de conteúdo convencional	Após a análise dos dados, surgiram dois temas e quatro categorias principais: 1º Tema: "Empoderamento materno" <i>Categorias principais:</i> - Melhoria da autoeficácia durante as aulas de educação pré-natal - Intereração eficaz parteira-mãe 2º Tema: "Satisfação da mãe durante a transição da gravidez para a maternidade" <i>Categorias principais:</i>

Shahinfar et al., 2021			
E9 The role of social networks in improving women's self-care during pregnancy and postpartum	Investigar o papel das redes sociais na melhoria do autocuidado das mulheres durante a gravidez e o período pós-parto	N= 96 grávidas	<ul style="list-style-type: none"> -Satisfação com o processo de gravidez, parto e pós-parto -Satisfação com a maternidade <p>Destaca-se a efetividade da continuidade do modelo de cuidados obstétricos em equipa para promover o empoderamento e a satisfação das mulheres durante a gravidez, parto e pós-parto.</p>
Dinari et al., 2021			<p>Houve uma relação significativa entre o nível de escolaridade, o emprego, a duração da participação em redes sociais e a duração da utilização de redes sociais diariamente com as características demográficas. Não houve relação significativa entre a idade e os filhos em casa com as características demográficas das mulheres.</p> <p>As redes sociais são uma fonte importante de informação que pode ajudar a melhorar o processo do autocuidado das mulheres durante a gravidez e o período pós-parto.</p>
E10 Evaluation of the effectiveness of a postnatal support education program for husbands in promotion of their primiparous wives' perceived social support: a randomized controlled trial	Determinar o efeito de um programa de educação de apoio pós-natal para os maridos sobre o apoio social percebido (resultado primário), o stress e a autoeficácia materna (resultado secundário) das suas esposas primíparas.	N= 100 grávidas + companheiros	<p>Ensaio clínico randomizado. Realizadas quatro sessões de formação por semana para os maridos (grupo de intervenção). As primíparas preencheram a Postpartum Partner Support Scale, Escala de Stress Percebido e Inquérito sobre as Expectativas Parentais no Pós-parto. Os dados foram analisados utilizando o teste exato de Fisher, o teste do Qui-quadrado, o teste t independente e a análise de medidas no SPSS.</p> <p>Nos grupos de controlo, as características sociodemográficas, as pontuações médias de apoio social percebido, autoeficácia materna e stress percebido não foram estatisticamente significativas. No entanto, no grupo de intervenção, as pontuações médias de apoio social percebido, autoeficácia materna e stress percebido imediatamente após a intervenção e após um mês da intervenção mudaram de forma significativa.</p>
Abbaspoor et al., 2023		Fonte: elaboração própria	

Discussão dos resultados

Nos últimos tempos, o autocuidado tem vindo a ser mais popular entre as mulheres e estas são mais conscientes da sua importância, sobretudo, no período pós-parto (Mota *et al.*, 2021; Nazari *et al.*, 2021).

De acordo com Dorotea Orem, a realização do autocuidado por parte da pessoa é premeditada e determinada para conseguir a preservação da vida mesma, com saúde e conforto. Porém, há determinados momentos em que a capacidade de responder às necessidades de autocuidado por parte da pessoa são restrinidas por limitações de origem físico, emocional e/ou cognitivo. Daí a importância da TDAE de Dorotea Orem, através da qual foca-se na identificação dessas limitações e contribui-se para o restabelecimento ou manutenção da capacidade de autocuidado da pessoa (Queirós *et al.*, 2014).

O breve período de internamento após o parto é insuficiente para resolver todas as vulnerabilidades que as mulheres apresentam quando chegam a esta fase. A grande maioria das mulheres sentem-se inseguras em relação à falta de conhecimento e fornecer demasiada informação neste curto período de tempo pode ser contraproducente sendo que, a maior parte sente um cansaço intenso associado à vivência do parto e isto dificulta a interiorização da informação naquela fase, tanto para elas como para os companheiros (Abbaspoor *et al.*, 2023; Mota *et al.*, 2021; Nazari *et al.*, 2021). Desta forma, é necessário que os profissionais de saúde adquiram os conhecimentos e meios adequados para levar à melhoria dos cuidados no período pós-parto, de uma forma realista e adaptada às expectativas dos pais (Abbaspoor *et al.*, 2023).

É amplamente reconhecido que a melhor altura para preparar e realizar ensinos sobre o autocuidado à população é no período pré-natal, sendo preferível que seja um profissional de saúde capacitado a abordar a situação e realizar o acompanhamento (Abbaspoor *et al.*, 2023; Asadi *et al.*, 2020; Dinari *et al.*, 2021; Doğan & Cesur, 2023; Mota *et al.*, 2021; Nazari *et al.*, 2021). Programas sobre autocuidado relacionados com, por exemplo, uma alimentação saudável, exercício físico, e cuidados apropriados durante a gravidez são fundamentais na preparação da futura mãe para esta nova etapa (Nazari *et al.*, 2021). Estes programas educativos são uma ferramenta capaz de contribuir na identificação de sinais de alerta, prevenção de complicações e promoção da saúde na gravidez e no pós-parto, diminuindo os níveis de morbimortalidade da mãe e do RN (Abbaspoor *et al.*, 2023; Dinari *et al.*, 2021; Mota *et al.*, 2021; Nazari *et al.*, 2021) e favorecendo a autonomia e segurança da puérpera. Desta forma, estes programas também favorecem a desmistificação de crenças erróneas arraigadas em algumas mães que podem pôr em risco a sua saúde e do RN (Nazari *et al.*, 2021).

O apoio recebido pela puérpera em todas as suas vertentes tem-se demonstrado ser fundamental durante esta etapa (Abbaspoor *et al.*, 2023; Asadi *et al.*, 2020; Dinari *et al.*, 2021; Shamasbi *et al.*, 2020). De facto, numerosos estudos coincidem em que receber apoio social e no cuidado do bebé é um fator preditor fundamental sobre a melhor saúde e funcionamento materno durante o período pós-parto, de modo que, as mães que recebem apoio, recebem tempo e recursos para o autocuidado físico e emocional. (Abbaspoor *et al.*, 2023; Asadi *et al.*, 2020; Dinari *et al.*, 2021; Doğan & Cesur, 2023; Shamasbi *et al.*, 2020). Atualmente, os pais estão mais presentes nos cuidados durante a gravidez, parto e pós-parto, sendo uma representação da melhoria da qualidade de vida na esfera física, psicológica e social tanto para a mãe como para o RN (Asadi *et al.*, 2020; Mota *et al.*, 2021). Segundo Abbaspoor *et al.* (2023), as primíparas afirmaram que a maior fonte de apoio social foi a família, concretamente o companheiro. Acrescenta que a rede de apoio, desde familiares e amigos até profissionais, tem um papel fundamental na melhoria e proteção da saúde da puérpera e do RN e do conjunto familiar (Abbaspoor *et al.*, 2023; Doğan & Cesur, 2023), sendo um fator protetor no desenvolvimento de depressão pós-natal (Abbaspoor *et al.*, 2023). Além disto, segundo Asadi *et al.* (2020), a família é um pilar na adaptação ao período pós-parto. Desta forma, o apoio tanto profissional e jurídico como de familiares e amigos traduz-se numa diminuição do stress e medo maternos e complicações durante estas novas etapas, tendo também consequências positivas no RN, como aumento de peso em bebés prematuros e o sucesso na amamentação (Abbaspoor *et al.*, 2023; Asadi *et al.*, 2020).

Assim, podemos afirmar que formar os companheiros em relação ao autocuidado materno durante o período pós-parto é um recurso importante para a promoção do apoio social dos maridos às mulheres e, com isto, aumentando a literacia e os comportamentos positivos em relação à saúde pós-parto (Abbaspoor *et al.*, 2023).

Como anteriormente referido, o período pós-parto é uma fase onde a ansiedade e a depressão podem dificultar a adaptação das puérperas à nova fase, prolongar a recuperação e até impossibilitar comportamentos benéficos para a sua saúde (Dinari *et al.*, 2021; Doğan & Cesur, 2023; Shamasbi *et al.*, 2020). Além do mais, Magdalena e Tamara (2020) referem que a depressão materna no período pré-natal contribui para o aumento do risco de complicações durante a gravidez e o parto, como são o parto prematuro, pré-eclâmpsia e cesariana. Segundo Asadi *et al.* (2020), também tem consequências a longo prazo no desenvolvimento emocional e social do bebé.

Portanto, uma avaliação do bem-estar da puérpera desde as perspectivas física, psicológica e social durante este período é imprescindível para o reconhecimento de possíveis complicações de forma antecipada (Doğan & Cesur, 2023; Nazari *et al.*, 2021).

Segundo Shahinfar *et al.* (2021), um dos fatores determinantes para prestar cuidados no período pós-parto baseados no respeito é a relação de união e confiança estabelecida entre as parteiras e as mulheres. De forma a conseguir uma intervenção de qualidade por parte dos profissionais que possa dar resposta às necessidades sentidas pelas mulheres durante o período pós-parto, é necessário dialogar com as puérperas para conseguir resolver dúvidas e encaminhar os cuidados de forma personalizada através de um entendimento saudável (Doğan & Cesur, 2023; Barbosa *et al.*, 2020), ajudando assim na consolidação dos conhecimentos (Asadi *et al.*, 2020; Mota *et al.*, 2021; Shahinfar *et al.*, 2021). Para que isto seja possível, a confiança é determinante para a criação de um vínculo forte entre o profissional e a mulher, propiciando um ambiente de segurança onde se possam resolver questões e falar abertamente sobre as preocupações e inquietudes da puérpera, conseguindo ultrapassar juntos as possíveis dificuldades durante este período de aprendizagem (Shahinfar *et al.*, 2021). Desta forma, o papel do EEESMO é essencial como educador e promotor do autocuidado e assegurar que as práticas deste sejam realizadas de forma saudável. Isto inclui instruções relacionadas com a alimentação, exercício físico, saúde mental e dar sempre o apoio e ajuda profissional quando for necessário por parte da puérpera. Neste contexto, o diálogo em grupo entre as próprias puérperas é importante para aumentar a interação entre elas, de forma a favorecer a partilha de experiências e aumentar a confiança e o sentimento de empoderamento feminino (Mota *et al.*, 2021).

Antes da alta hospitalar, a mulher deve ser orientada em relação às modificações esperadas no período pós-parto e aos cuidados que deverá ter consigo e com o RN (Zugaib, 2016), incluindo suporte emocional e apoio no início da amamentação (McCarter *et al.*, 2022). As mulheres orientadas e informadas terão certamente mais segurança, confiança e menos ansiedade para o seu autocuidado e cuidados do bebé, contribuindo para a sua independência quanto às necessidades de saúde e capacitando-a para o regresso a casa (Frias & Damas, 2019, Mota *et al.*, 2021). Desta forma, a puérpera adquire a informação necessária para identificar os sinais de alerta de forma precoce e minimização de vulnerabilidades, aspectos indispensáveis para promoção da saúde e redução dos índices de morbimortalidade materna e neonatal (Dinari *et al.*, 2021; Mota *et al.*, 2021), melhorando assim a saúde pós-parto (Bryant *et al.*, 2023).

O EEEESMO tem também a responsabilidade de examinar a puérpera antes da alta, assim como validar se os ensinos e orientações foram realizados adequadamente como forma de garantir e promover o autocuidado e a autonomia da puérpera (OE, 2015a).

Atualmente, existem outras formas alternativas para ajudar na adesão de práticas de autocuidado durante o período pós-parto (Abbaspoor *et al.*, 2023; Dinari *et al.*, 2021). Um exemplo disto são as redes sociais, sendo que estão presentes no nosso dia a dia e são uma ferramenta acessível, prática e de baixo custo. No entanto, para que esta ferramenta possa ser usada com benefício pelas puérperas, é fundamental que a mulher tenha acesso a informações atualizadas e de qualidade provenientes de fontes fidedignas para evitar riscos que envolvam a saúde da mãe e do RN, o que muitas vezes não acontece (Dinari *et al.*, 2021). Por outro lado, o folheto educativo é uma alterativa complementar amplamente recomendada na prática profissional no contexto da maternidade, já que demonstra ser um instrumento que apoia e amplia os conhecimentos da puérpera, e é uma guia de consulta fiável sempre disponível para contribuir no reforço e adesão de práticas de autocuidado saudáveis (Barbosa *et al.*, 2020).

Por conseguinte, sabe-se necessário sensibilizar a população sobre a importância do autocuidado da mulher no período pós-parto de forma a evitar a contínua desvalorização deste período face a outros como a gravidez e/ou o parto (Mota *et al.*, 2021). Assim, é fundamental que os profissionais de saúde e a comunidade como um todo favoreçam e fomentem a promoção do autocuidado da mulher no período pós-parto tendo em conta que esta compreende a atenção integral à saúde tanto física, como psicológica e emocional da puérpera. Desta forma e, segundo a literatura, estaríamos mais perto de conseguir prevenir possíveis complicações e/ou identificá-las o mais precocemente possível, contribuindo para a diminuição da morbimortalidade materna e do RN e, de forma a melhorar a adaptação ao período pós-parto e a saúde da mulher durante esta fase. No final de contas, uma mulher com um bom (auto)cuidado será uma mulher mais saudável e mais satisfeita e uma mãe com mais confiança e capacidade para cuidar melhor de si e do RN.

Finalmente, é necessário ampliar a pesquisa da literatura e investigação na promoção do autocuidado da puérpera, havendo mais opções por explorar tais como as intervenções de enfermagem no domicílio durante este período, o seguimento *online*, as campanhas de conscientização na comunidade, as páginas *web* com informação veraz e baseadas em evidência científica recente que forneçam conhecimento sobre autocuidado e resolvam questões às mulheres neste período, entre outros.

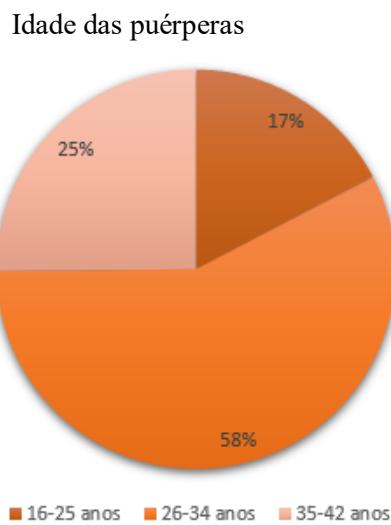
2.2. ANÁLISE DOS RESULTADOS OBTIDOS NA PRÁTICA CLÍNICA

Através da pesquisa bibliográfica e posterior análise sobre o tema escolhido “Promoção do autocuidado da mulher no período pós-parto”, foi possível dar resposta à questão norteadora, assim como aplicar os conhecimentos adquiridos na prática clínica. Durante a realização do ENPRF, a mestrandona teve a oportunidade de identificar quais foram as necessidades sentidas pelas puérperas em relação ao autocuidado e os cuidados com o RN, sendo esta identificação fundamental para saber dar uma resposta de qualidade e adaptada a estas necessidades. Assim sendo, a população alvo definida foram todas as mulheres que se encontravam no período pós-parto internadas em contexto de BP e no serviço de internamento de puerpério. A colheita de dados foi realizada através do partograma (Anexo I) e o BSG, assim como da observação durante a assistência e cuidados prestados.

Caracterização da amostra:

Foram prestados cuidados a um total de 167 puérperas com idades compreendidas entre os 16 e os 42 anos (Figura 5). Através da organização das idades em vários grupos representada na Figura 5, pode-se observar que o grupo mais prevalente é entre os 26-34 anos (58%), seguido do grupo entre os 35-42 anos (25%), sendo entre o de 16-25 anos (17%) o menos frequente.

Figura 5.



Fonte: Elaboração própria

Estes dados representam a realidade portuguesa, sendo que, nos últimos anos, o adiamento da maternidade tem vindo a ser cada vez mais frequente. Segundo PORDATA (2023), a idade média da mulher no nascimento do seu primeiro filho é de 30,8 anos, sendo que esta média de

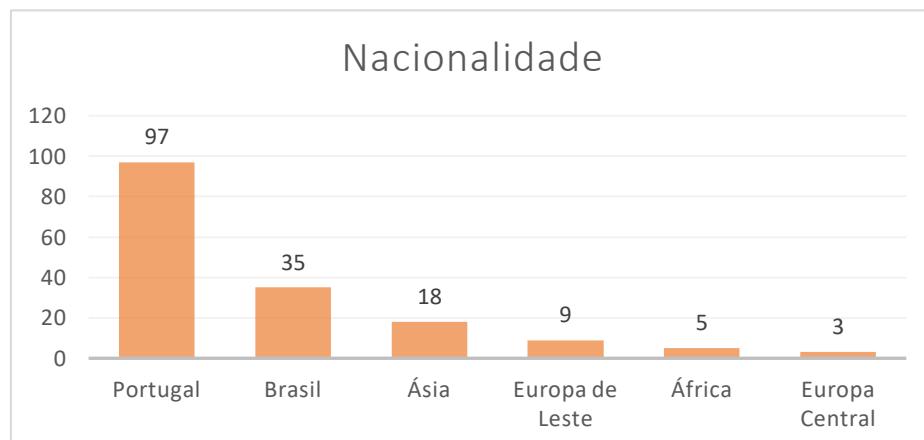
idade pode ver-se influenciada pelos movimentos migratórios elevados que se produzem na região do sul do país e a afluência de mulheres de outras nacionalidades (INE, 2023).

A gravidez a partir dos 35 anos está associada a maior risco de complicações, pelo que precisa de uma vigilância mais apertada. O EEESMO tem um papel fundamental no acompanhamento deste tipo de gravidezes e na prevenção de complicações e promoção da saúde das mulheres nesta fase (Sousa *et al.*, 2020).

Em relação à nacionalidade, conforme podemos observar na Figura 6, a maioria das puérperas eram de nacionalidade portuguesa (58%) (n=97), sendo que as restantes eram estrangeiras, provenientes de Brasil (42%) (n=35), Ásia (Bangladesh, Pakistão e India) (21%) (n=18), Europa do leste (Ucrânia, Romenia e Moldavia) (5%) (n=9), África (Marrocos, Guiné-Bissau e Angola) (3%) (n=5) e Europa Central (França, Itália e Alemanha) (2%) (n=3).

Figura 6.

Nacionalidade das puérperas



Fonte: Elaboração própria

De facto, no ano 2023 nasceram 86.699 bebés em Portugal, dos quais 18.734 eram de mulheres estrangeiras, isto representa o 22% dos partos naquele ano, sendo o sul do país onde se encontra a região com taxas mais elevadas de natalidade (INE, 2023).

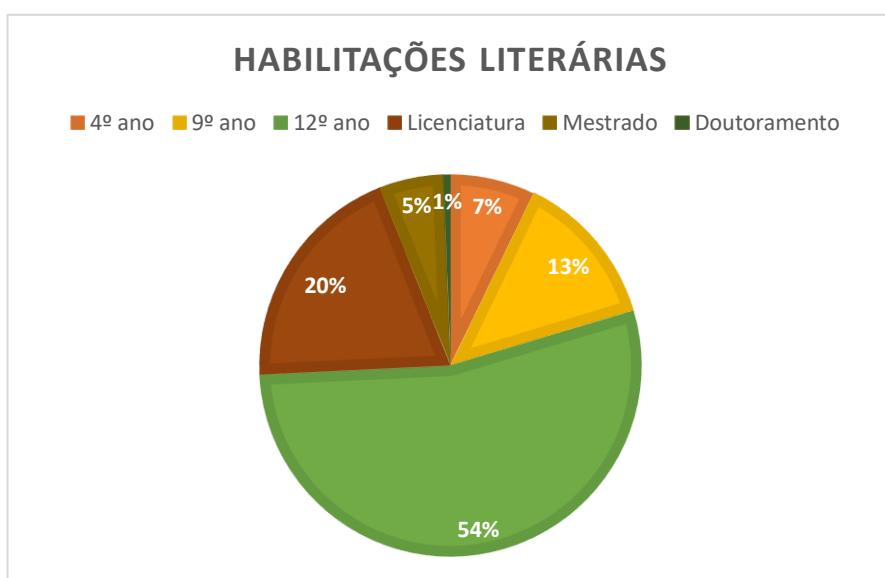
O aumento do fluxo migratório representa um desafio para os profissionais de saúde na prestação de cuidados atualmente. No que concerne ao autocuidado materno no período pós-parto, a cultura e as crenças integradas em diferentes nacionalidades supõem uma influência enorme na forma de entender os comportamentos e as decisões de cada mulher e família, podendo contribuir a criar discrepâncias com as recomendações médicas atuais baseadas na

evidência científica do nosso país (Asadi *et al.*, 2020). Um exemplo disto são culturas onde o período pós-parto ou, também conhecido como “quarentena”, são restritos alguns alimentos, higiene íntima ou qualquer tipo de atividade física (Mota *et al.*, 2021; Nazari *et al.*, 2021). É fundamental que o EEESMO identifique e compreenda as necessidades inseridas na população imigrante e que aborde as questões culturais e religiosas de forma respeitosa e assertiva, com o objetivo de desmistificar crenças populares menos positivas para a saúde da mulher e o RN e poder melhorar assim o bem-estar de ambos, mas de forma a respeitar os valores inseridos na cultura destas mulheres.

No que diz respeito às habilitações literárias (Figura 7), pode-se verificar que a maioria das parturientes (n=90), 54%, tem o 12º ano de escolaridade, 20% (n=33) são licenciadas, 5% (n=9) tem grau de mestrado, 1% (n=1) possui doutoramento, 13% (n=22) tem o 9º de escolaridade e 7% (n=12) tem o 4º ano de escolaridade. Estes índices mais baixos de escolaridade podem estar relacionados com a taxa de puérperas originárias de países como o sudeste asiático onde a educação está condicionada pelas diferenças entre géneros e a obrigatoriedade de casar e ter descendência precocemente (UNESCO, 2020). Níveis de escolaridade mais baixos estão associados a falta de literacia na área da saúde ou literacia inadequada, sendo que a educação e promoção da saúde pelo EEESMO é fundamental neste aspecto (Dutra & Bértolo, 2023; Lopes& De Almeida, 2020).

Figura 7.

Habilitações literárias das puérperas



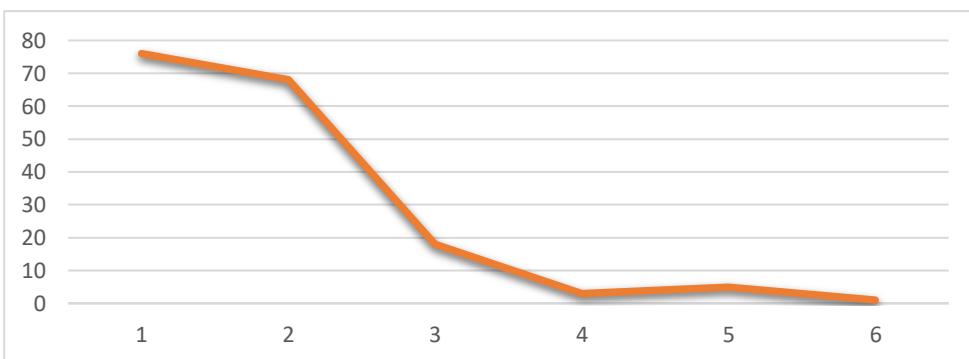
Fonte: Elaboração própria

No que concerne ao autocuidado materno, existem estudos que indicam que o maior nível de habilidades literárias influenciam de forma positiva no autocuidado materno no período pós-parto, sendo que mulheres com maior nível de escolaridade têm melhor acesso à informação de saúde fidedigna e atualizada, compreendem melhor as indicações médicas e aderem mais facilmente às recomendações de práticas de autocuidado, incluindo alimentação mais adequada, exercício físico ou amamentação, entre outros (Garad *et al.*, 2020; Stafford *et al.*, 2021; Vlassak *et al.*, 2024). Além do mais, ter níveis mais altos de habilidades literárias pode estar associado com procurar apoio profissional de forma ativa, promovendo uma recuperação mais breve, saudável e segura no período pós-parto (Vlassak *et al.*, 2024).

No que diz respeito ao número de filhos (Figura 8), pode-se observar que na maioria das puérperas era o primeiro filho ($n=76$), 45%, sendo que em 41% era o seu segundo filho ($n=68$), 11% o terceiro ($n=18$), 2% o quarto ($n=3$), 0,5% o quinto ($n=1$) e 0,5% o sexto filho ($n=1$).

Figura 8.

Nº de filhos das puérperas



Fonte: Elaboração própria

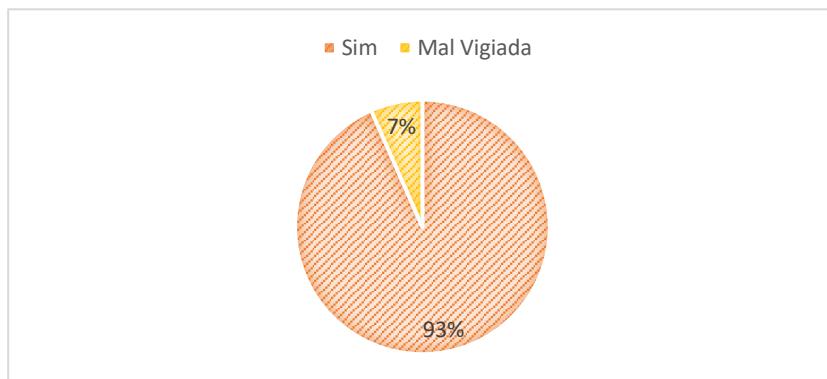
O número de filhos pode influenciar o autocuidado materno no período pós-parto, sendo que, quantos mais filhos, mais difícil se torna para as mulheres ter tempo e ferramentas para se dedicarem tempo de qualidade para o autocuidado, existindo um aumento das responsabilidades e demandas na família. No entanto, a experiência prévia como mãe pode contribuir para uma melhor gestão e adaptação aos próprios cuidados e com o RN (Asadi *et al.*, 2020). Nesta linha de pensamento, o cansaço a nível físico e psicológico acumulado pode impactar no seguimento das práticas de saúde recomendadas (Asadi *et al.*, 2020; Doğan & Cesur, 2023).

Relativamente à vigilância da gravidez (Figura 9), observamos que 156 puérperas apresentam uma gravidez vigiada (93%) frente a 11 puérperas com a gravidez mal vigiada (7%),

isto é, não cumpriram os critérios definidos pela DGS (2015), realizando menos de 6 consultas ao longo da gravidez. Realizar a vigilância da gravidez adequada contribui para a identificação de possíveis complicações, facilitando a diminuição da taxa de morbimortalidade tanto materna como infantil, sendo o papel do EEESMO fundamental nos momentos da avaliação da grávida (DGS, 2015).

Figura 9.

Vigilância da gravidez



Fonte: Elaboração própria

Em relação com a frequência do Curso de Preparação para o Parto [CPP], conforme podemos observar na figura 10, 78% das puérperas (n=131) não frequentou o CPP, frente a 22% (n=36) que sim frequentou. Segundo a DGS (2015), o CPP proporciona informação e ferramentas à mulher/casal que contribuem para melhorar a gestão do TP e parto, assim como a adaptação à maternidade, resolvendo medos e questões e promovendo uma vivência mais positiva desta fase.

Figura 10.

Frequência do CPP

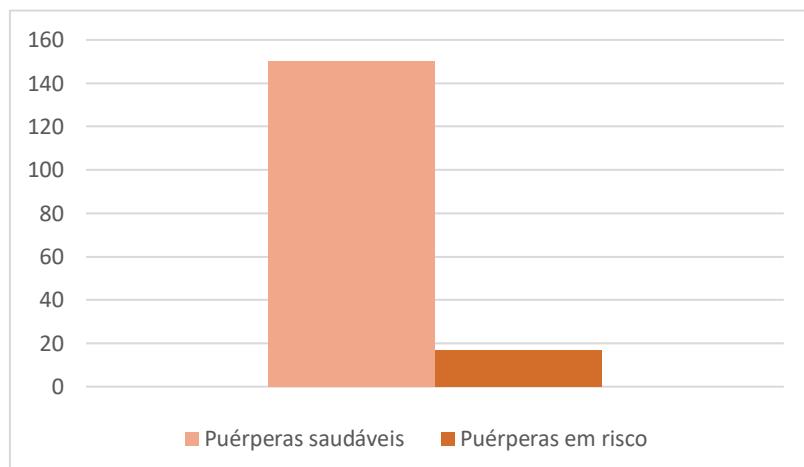


Fonte: Elaboração própria

Durante a realização do ENPRF, foram prestados cuidados a um total de 167 puérperas, como referido anteriormente, das quais 90% foram consideradas como puérperas saudáveis ($n=150$), estando as restantes 10% em situação de risco ($n=17$) (Figura 11). A assistência a estas puérperas foi adaptada em função à fase do puerpério na qual se encontrava cada mulher, sendo estas divididas de acordo com o tempo passado após o parto.

Figura 11.

Puérperas saudáveis vs. em risco

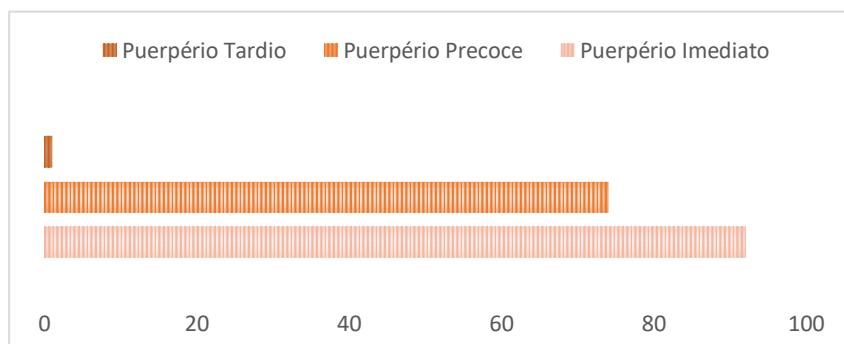


Fonte: Elaboração própria

Assim, na Figura 12, verifica-se a assistência a 55% puérperas no puerpério imediato em contexto de BP ($n=92$), 44% de puérperas no puerpério precoce ($n=74$) e 1% no puerpério tardio ($n=1$), estas últimas no contexto do serviço de internamento de puerpério.

Figura 12.

Fase do puerpério

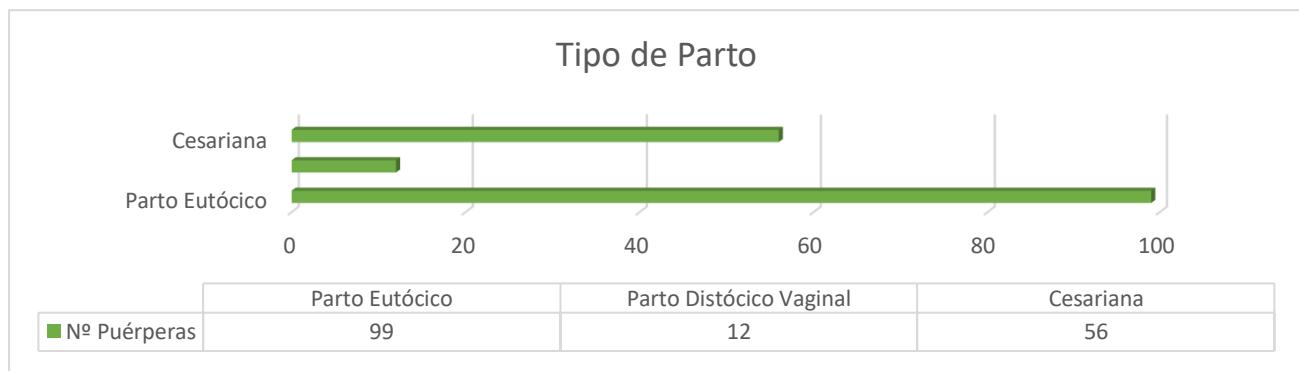


Fonte: Elaboração própria

Relativamente ao tipo de parto, 59% das puérperas tiveram um parto eutócico (n=99), 34% tiveram uma cesariana (n=56) e 7% tiveram um parto distóxico vaginal (ventosa e/ou fórceps) (n=12), como pode verificar-se na Figura 13. O tipo de parto pode influenciar na experiência da dor, sendo esta referida em vários estudos como um aspecto fundamental no período pós-parto, podendo influenciar altamente o autocuidado da mulher (Mota *et al.*, 2021; Nazari *et al.*, 2021). Assim, a dor mal controlada nesta fase pode limitar e atrasar a mobilização da puérpera, a amamentação, o cuidado do RN e a realização de práticas de autocuidado cruciais como o descanso ou a higiene pessoal, aumentando o risco de complicações como a depressão pós-parto (Brito *et al.*, 2021; Mota *et al.*, 2021; Nazari *et al.*, 2021). Porém, a dor controlada favorece a capacitação da mulher para o seu autocuidado e o cuidado do RN, promovendo uma recuperação mais equilibrada (Mota *et al.*, 2021; Nazari *et al.*, 2021).

Figura 13.

Tipo de parto



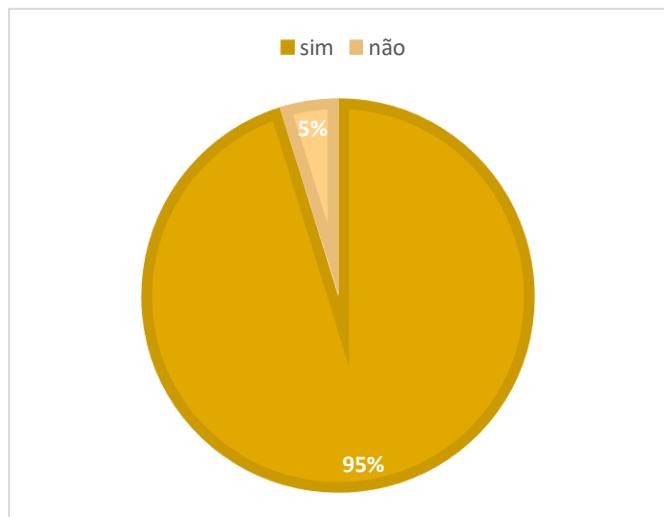
Fonte: elaboração própria

Um dos aspectos fundamentais a analisar quando nos referimos ao autocuidado materno é a percepção pela puérpera do apoio recebido, sendo este de familiares/amigos e/ou profissionais de saúde, principalmente. No que diz respeito ao apoio social, e como podemos observar na Figura 14, a maioria das puérperas recebeu algum tipo de apoio após o parto, sendo este essencial na adaptação e recuperação em esta nova fase (Asadi *et al.*, 2020; Shamasbi *et al.*, 2020). Na Figura 14, pode-se verificar que as puérperas que se sentiram apoiadas por familiares e/ou amigos foram 159 (95%), sendo que, uma minoria de 8 (5%) referiram ter sérias dificuldades para sentirem este tipo de apoio. A fonte principal de apoio era representada pelo pai do bebé, seguida dos avós e/ou outros familiares, indo ao encontro de alguns autores (Asadi *et al.*, 2020; Mota *et al.*, 2021). Este apoio pode variar em função das necessidades individuais

e familiares, incluindo cuidados no dia a dia, ajuda com o bebé, refeições, ou simplesmente apoio emocional (Asadi *et al.*, 2020; Abbaspoor *et al.*, 2023).

Figura 14.

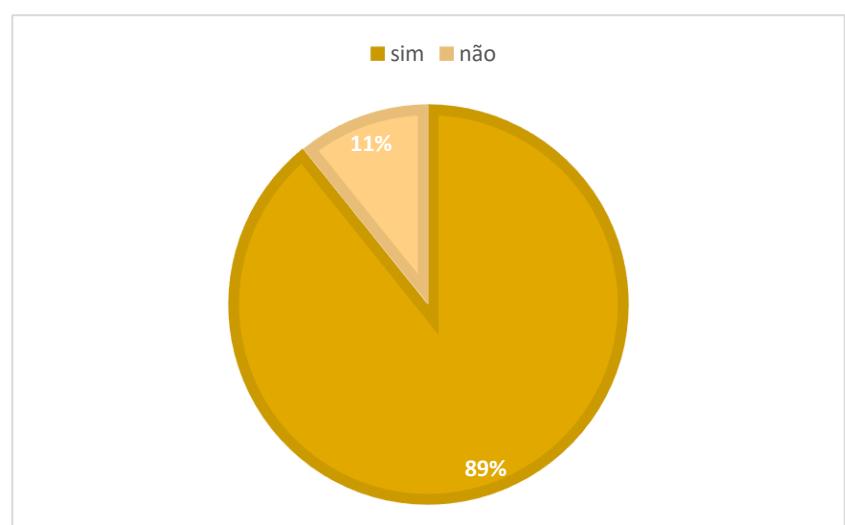
Apoio social recebido



Fonte: Elaboração própria

Figura 15.

Apoio recebido por parte
dos profissionais de saúde



Fonte: Elaboração própria

Foi possível obter estas informações através da entrevista direta à puérpera, perguntando diretamente se tinha apoio social (familiar e/ou de amigos) e se sim, quem era a fonte principal de apoio e, por outro lado, se sentia apoio por parte dos profissionais de saúde. A observação do contexto durante a prestação de cuidados e assistência à puérpera em ambos períodos também foi essencial para a análise da situação.

É importante destacar que há puérperas que podem não expressar diretamente a falta de apoio, sendo essencial saber identificar os sinais que podem indicar que a puérpera precisa de ajuda, como cansaço extremo, stress, ansiedade ou falta de descanso, entre outros (Abbaspoor *et al.*, 2023; Barbosa *et al.*, 2020; Magdalena *et al.*, 2020; Shamasbi *et al.*, 2020). Nesta linha de pensamento, é fundamental oferecer ajuda e dialogar com a puérpera, mostrando disponibilidade e confiança, e informando dos recursos disponíveis com os que pode contar (Doğan & Cesur, 2023; Barbosa *et al.*, 2020). Na minoria que refere não ter apoio social foi difícil investigar a causa, pois referiam não querer abordar o assunto.

Em relação ao apoio recebido por parte dos profissionais, como podemos observar na Figura 15, a grande maioria das puérperas, 89% (n=149), referiu sentir-se apoiada durante a estadia no hospital frente ao 11% (n=18) que não sentiu esse apoio. Continuam a ser uma grande maioria de puérperas as que se sentiram apoiadas, sendo assistidas por profissionais de saúde durante o internamento e contactadas após pelos mesmos, tentando mostrar disponibilidade e continuidade de cuidados de qualidade, orientados à melhoria continua (Abbaspoor *et al.*, 2023). O apoio à puérpera pelos profissionais de saúde é fundamental na prevenção de desequilíbrios a nível pessoal e familiar e na promoção da saúde e o bem-estar da puérpera, família e RN (OE, 2015).

Na prestação de cuidados às puérperas mencionadas e os RN, respetivamente, foi possível perceber durante a realização do ENPRF, uma série de necessidades de autocuidado materno detalhadas na Tabela 5 e necessidades relacionadas com os cuidados ao RN, descritas na Tabela 6. Mediante a observação e o diálogo, verificou-se que grande parte das puérperas sentia mais dificuldades e receios relacionados com os cuidados ao bebé, desvalorizando o seu próprio autocuidado. Relativamente ao autocuidado, durante o puerpério imediato, as necessidades identificadas mais sentidas foram de encontro ao referido por alguns autores (Dinari *et al.*, 2021; Mota *et al.*, 2021; Nazari *et al.*, 2021): a caracterização dos lóquios, cuidados com a episiorrafia/perineorrafia ou ferida cirúrgica e a amamentação, questões mais relacionadas com a pega correta e eficaz. No serviço de puerpério, as questões sobre autocuidado materno foram similares, mas, sendo o período de estadia mais prolongado do que no BP, apareceram outras

questões relacionadas com a amamentação e o cuidado com a mama, lóquios, higiene íntima e eliminação vesical e/ou intestinal, mantendo-se as preocupações relacionadas com o cuidado do RN (Dinari *et al.*, 2021; Mota *et al.*, 2021; Nazari *et al.*, 2021). Porém, o tempo existente no internamento não foi suficiente para resolver todas as questões, indo ao encontro da literatura científica recente, sendo demasiada informação em pouco tempo (Abbaspoor *et al.*, 2023; Mota *et al.*, 2021; Nazari *et al.*, 2021). No que concerne aos cuidados com o RN, as necessidades mais sentidas foram em relação à interpretação do choro do bebé, amamentação e correta pega e preocupação pelo peso do bebé (Frias & Damas, 2019; Mota *et al.*, 2021).

Tabela 5: Necessidades maternas de autocuidado

Necessidades maternas de autocuidado	Higiene pessoal	1º banho
	Nutrição adequada	Alimentação e suplementos Perda de peso no pós-parto
	Descanso/reposo	1º levante Reinicar atividades domésticas
	Atividade/exercício físico	Reinicar exercício físico (quando, que tipo de exercícios, intensidade, etc.)
	Atividade sexual	Retomar atividade sexual Diminuição da libido/desejo sexual Dispareunia Métodos anticoncepcionais Ressecamento vaginal
	Lóquios	Características aspecto, odor, etc.
	Cuidados com a ferida	Ferida cirúrgica da cesariana Sutura/episiorrafia
	Saúde mental	Mudanças psicológicas Medos e inseguranças Ansiedade/stress Blues puerperal/Depressão pós-parto Adaptação ao novo rol
	Consultas período pós-parto	Profissional de saúde, periodicidade, quando acudir a urgências, etc.
	Outras questões	Uso cinta pós-parto Controlo da dor Hemorroidas/obstipação
	Redes de apoio	Cônjugue, família e amigos Profissionais de saúde e instituições Divisão de tarefas domésticas
	Amamentação	Cuidados com a mama Posicionamento e pega adequados Importância do AM exclusivo Vantagens/desvantagens Pega inadequada: fissuras mamilares, dor intensa e aumento do stress

Fonte: Elaboração própria

Tabela 6: Necessidades com os cuidados ao recém-nascido

Necessidades com os cuidados ao RN	Limpeza cordão umbilical	Material de penso, manipulação, periocidade, etc.
	Troca de fraldas	Frequência, higiene correta, higiene da região íntima do RN do sexo feminino, etc.
	Cólicas/gases	Prevenção, massagens, etc.
	Interpretação do choro	Técnica das 5S
	Alimentação	AM exclusivo, LF, Biberão, Peso, etc.
	Banho	Produtos, periocidades, hora, etc.
	Sono	Posição para dormir
	Primeiros auxílios	Engasgamento

Fonte: Elaboração própria

Relativamente ao autocuidado materno no dia da alta, as necessidades mais sentidas pelas puérperas estavam relacionadas com aspectos anteriormente mencionados no internamento, sendo que, apareceram questões relacionadas com o início da atividade sexual e contracepção, entre outras. Em relação aos cuidados com o RN, apareceram novas preocupações como o transporte seguro até o domicílio ou a periocidade das consultas infantis. Mulheres multíparas apresentavam maior conforto face a estas situações, comparativamente com as primíparas (Asadi *et al.*, 2020).

A simples observação e entrevista não nos permite extrapolar os dados recolhidos à população geral. No entanto, os dados descritos com anterioridade estão baseados na literatura descrita, revelando que a promoção do autocuidado da mulher no período pós-parto contribui para a prevenção de complicações durante este período e a promoção da saúde e bem-estar tanto da mãe como do bebé (Bryant *et al.*, 2023; Dinari *et al.*, 2021; Mota *et al.*, 2021). Durante o estágio, foram desenvolvidas ações de modo individualizado com vista ao autocuidado da puérpera e o RN. Os ensinos sobre o autocuidado materno foram realizados durante o puerpério imediato no BP e no puerpério precoce no contexto de internamento de puerpério, sendo reforçados no dia da alta, garantindo que os ensinos foram realizados adequadamente e que a puérpera adquiriu a informação necessária para promover a sua própria saúde e bem-estar e a do bebé.

3. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE MOBILIZAÇÃO DE COMPETÊNCIAS

O Enfermeiro Especialista deve ter um conjunto de competências comuns às outras especialidades de enfermagem adequadas aos diferentes contextos da prática clínica, assim como competências específicas descritas nos regulamentos de cada especialidade que certifiquem os conhecimentos, aptidões e habilidades necessárias para prestar cuidados clínicos especializados (OE, 2019b).

No presente capítulo são descritas as intervenções realizadas durante a prática clínica nos diferentes campos clínicos de estágio que fizeram possível a mobilização de competências, tanto comuns dos enfermeiros especialistas, como específicas do EEESMO.

3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

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

A Enfermagem envolve o compromisso de atender e acompanhar nos cuidados de outra pessoa de forma responsável (Flores *et al.*, 2021). Assim sendo, a mestrandona achou indispensável a adaptação e integração nos diferentes contextos clínicos, incluindo a compreensão das dinâmicas e a consulta dos protocolos vigentes em cada um deles, assim como a aquisição dos conhecimentos referentes a cada área específica, com o objetivo de realizar uma prática clínica de forma responsável e fundamentada. Entendemos esta responsabilidade na prestação de cuidados como uma ação com o objetivo de ajudar e não só como um dever (Flores *et al.*, 2021)

O cuidar envolve o compromisso de conservar a dignidade e a individualidade da pessoa cuidada, sendo um momento de interesse e motivação em que o respeito se torna essencial. Um dos pilares fundamentais a ter em conta na prestação de cuidados é a capacidade de decisão da pessoa que recebe os cuidados (Salviano *et al.*, 2016). Assim sendo, ao longo do ENPRF a mestrandona apresentava-se sempre como estudante de mestrado e explicava as intervenções que iam ser realizadas assim como a medicação que se ia administrar, caso fosse preciso, de forma a manter o respeito pelo acesso à informação da utente, assim como o direito ao consentimento livre e esclarecido da pessoa que recebia os cuidados, tendo sempre em conta a decisão da mesma. Por outro lado, a prática profissional implica o compromisso com normas legais,

princípios éticos e o código deontológico profissional, garantindo que as ações e decisões são tomadas em benefício dos utentes e sustentadas pela legislação (Flores *et al.*, 2021). Para que a tomada de decisão seja partilhada, como base na prestação dos cuidados, é fundamental a criação de uma relação de confiança entre o profissional e a utente, baseada numa comunicação eficaz, de forma a trabalhar juntos, profissionais e utentes no desenvolvimento de soluções adequadas, possibilitando a tomada de decisões autónomas, tendo em conta a informação cedida. O estabelecimento de uma relação de confiança entre o profissional de saúde e o utente promove o sentimento de autoconfiança e segurança do utente perante as dificuldades e desafios em saúde (Shahinfar *et al.*, 2021).

O dever de sigilo profissional foi sempre respeitado tendo em conta o artigo nº 106 do Código Deontológico que norteia a profissão de Enfermagem (OE, 2015b). Desta forma, a mestrandona garantiu a confidencialidade dos dados das pessoas com as que teve contacto durante o ENPRF, tanto na prestação de cuidados como na elaboração dos trabalhos escritos. No relato de caso “Pré-eclâmpsia” realizado no contexto clínico de SUOG da unidade A (apêndice C), os dados da utente foram recolhidos apenas depois do consentimento da mesma e a informação foi sempre mantida no anonimato. A escrita reflexiva modelo de Gibbs realizada no contexto clínico de BP da unidade A (apêndice B) foi elaborada sobre as mesmas condições.

O processo formativo em enfermagem é complexo e exige cooperação, coordenação e capacitação constantes por parte do supervisor responsável, sendo a supervisão clínica em enfermagem fundamental para garantir a qualidade no processo de aprendizagem (Bratz & Ramirez, 2018). Desta forma, a mestrandona foi supervisionada de forma contínua pela enfermeira supervisora clínica nos diferentes contextos clínicos, acompanhando e guiando na aquisição de competências e no desenvolvimento do pensamento crítico-reflexivo, de forma a promover a segurança dos cuidados prestados e a satisfação das utentes.

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

No decurso do ENPRF, o respeito pelos direitos humanos e as responsabilidades profissionais foram consideradas pela mestrandona com cada uma das utentes e famílias com as que teve contacto. No nosso país, assim como noutras, a dignidade humana é declarada como um princípio fundamental nos direitos humanos, sendo um pilar inquebrantável, independentemente de aspetos como o gênero, raça, religião, nacionalidade e estatuto social, entre outros (OE, 2015c). Além disso, destacam a função profissional de gestão dos cuidados,

a obrigação de participar na defesa dos direitos das pessoas no que respeita aos seus cuidados de saúde e de prosseguir constantemente a promoção, a prevenção e a educação para a saúde (Bratz & Ramirez, 2018). Assim sendo, na prática clínica, foram sempre consideradas pela mestrandas as crenças e valores culturais das mulheres e famílias pertencentes a diferentes etnias e nacionalidades, prestando cuidados de qualidade baseados no respeito e segurança, assim como a dignidade e privacidade de cada pessoa.

A diversidade cultural tem sido um desafio na prática clínica no que respeita à comunicação entre o profissional de saúde e o receptor dos cuidados. Uma comunicação considerada como eficaz promove o aumento da satisfação da pessoa e, em consequência, uma melhor adesão aos cuidados de saúde, sendo adequada a forma de comunicar às necessidades de cada pessoa, considerando aspetos como a cultura, educação, crenças e valores individualmente (Campos, 2017). Por vezes, a comunicação pode ver-se afetada por causa de fatores importantes como a barreira linguística, dificultando a criação de uma comunicação eficaz na prestação dos cuidados. Durante o decorrer do estágio, a mestrandas prestou cuidados a mulheres provenientes de países estrangeiros que, em muitas ocasiões, a língua materna era a sua única forma de comunicação. Assim sendo, a mestrandas teve que recorrer ao uso de estratégias como a pessoa acompanhante como intérprete ou o tradutor do telemóvel para garantir uma comunicação o mais eficaz possível com as utentes. Desenvolver a comunicação num contexto profissional requer transcender a mera conversa, estabelecendo uma análise aprofundada das estratégias de intervenção aplicadas nesta área (Campos, 2017).

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

Os “cuidados de alta qualidade” são definidos pela WHO (2020) como “cuidados que são seguros, eficazes, centrados na pessoa, acessíveis, eficientes, equitativos e integrados” (p.13), o que vai ao encontro da definição que a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico [OCDE], durante os últimos anos, estabeleceu sobre as dimensões da qualidade, relacionando este termo com domínios como eficácia, segurança e atenção aos utentes (WHO, 2020).

A qualidade em saúde, de acordo com a DGS (2015), envolve cuidados de caráter acessível e equitativo, mediante um alto nível de profissionalidade e com recursos humanos e materiais que garantem a prestação de cuidados adequados às necessidades da população, favorecendo o acesso aos cuidados e a satisfação dos utentes. Além do mais, é fundamental haver uma procura constante por parte das instituições de saúde, por melhorar os cuidados em qualidade, de forma a promover a segurança dos cuidados prestados. Assim, existem medidas como são as orientações aprovadas pela Assembleia Ordinária do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica em 2021, definidas com a finalidade de melhorar a prestação de cuidados de enfermagem pelo EEESMO mediante a prática clínica de qualidade, garantindo cuidados seguros, eficazes e de excelência nesta área específica (OE, 2021).

A melhoria da qualidade dos cuidados prestados passa pela formação continua dos profissionais de saúde. Assim sendo, no decorrer do ENPRF, a mestrandona teve a possibilidade de realizar um póster no serviço de Internamento de Puerpério com o título “Promoção do autocuidado emocional na puérpera” (apêndice D), junto com a colaboração da supervisora clínica e a professora orientadora. No mesmo contexto clínico, foi também realizado um panfleto intitulado “Promoção do autocuidado na puérpera” (apêndice E) e foi realizada uma sessão sobre a temática “Promoção do autocuidado emocional na puérpera” (apêndice F) a puérperas e/ou pessoas significativas internadas naquele momento, sobre a supervisão da supervisora clínica. A elaboração destes trabalhos foi essencial no processo de aprendizagem da mestrandona, pois contribuíram para aprofundar conhecimentos e facilitaram a aquisição de competências comuns do Enfermeiro Especialista.

A mestrandona também teve a oportunidade de assistir a várias formações, na qualidade de formanda, realizadas no contexto clínico de BP das unidades A e D. Da mesma forma, e garantindo a formação continua, a mestrandona participou no curso de “Reanimação e Técnicas em Neonatologia” das Jornadas Neonatais da Primavera (Anexo II) organizadas pelo Serviço de Medicina Intensiva Pediátrica e Neonatal da unidade A e, por outro lado, assistiu ao 3º encontro do EEESMO focado na temática “Nova Realidade, Agir em Equipa” (Anexo III) organizado pela unidade D para comemorar o Dia Internacional do EEESMO, assistindo a numerosas formações de profissionais de excelência na qualidade de formanda.

Os trabalhos elaborados e as formações realizadas descritas previamente, tanto na qualidade de formadora como formanda, têm um papel fundamental no percurso de aprendizagem. Estas experiências contribuem para o desenvolvimento, tanto profissional como pessoal da mestrandona, ajudando no aprofundamento de conhecimentos base e na construção de

outros novos, assim como na aquisição de competências práticas, de forma a promover a melhoria da qualidade dos cuidados prestados e o aumento da satisfação e níveis de saúde das pessoas que recebem os cuidados, pois “cada pessoa tem direito aos melhores cuidados de enfermagem disponíveis, isto é, cuidados concebidos e implementados pelo profissional mais competente” (OE, 2021, p.13).

Competência B3: Garante um ambiente terapêutico e seguro

O ambiente da prática de enfermagem nas instituições de saúde desempenha um papel fundamental na qualidade dos cuidados prestados e a segurança do utente, traduzindo-se em menos eventos adversos e maior satisfação tanto para o profissional de saúde como para a pessoa que recebe os cuidados prestados (Guerra *et al.*, 2019). O ambiente mencionado envolve elementos como recursos humanos, físicos, políticos e económicos, assim como crenças e valores culturais, tendo uma grande influência na área da saúde da pessoa (OE, 2021). Desta forma, o enfermeiro deve esforçar-se por promover um ambiente de segurança e proteção dos utentes, através da gestão do ambiente seguro e a minimização do impacto negativo do mesmo, influenciando positivamente na qualidade da prática clínica (OE, 2021).

No decorrer do ENPRF, a mestrandona teve sempre em consideração promover o ambiente seguro através de práticas fundamentais como a prevenção do controlo de infeções, seguindo as diretrizes da DGS (2013) e os protocolos vigentes nos diferentes campos clínicos. O ambiente seguro foi promovido também através da monitorização contínua dos sinais vitais das utentes que necessitavam uma vigilância contínua para detectar precocemente possíveis complicações, como foi o caso de algumas mulheres no puerpério imediato no contexto de BP. Uma comunicação eficaz é fundamental para promover um ambiente de segurança e prevenir erros. Assim sendo, a mestrandona contribuiu para uma comunicação bem-sucedida, tanto entre os diferentes profissionais de saúde como envolvendo a mulher e família, com a finalidade de assegurar o entendimento e a participação nos cuidados e a melhora na coordenação dos mesmos.

Como forma de favorecer um ambiente seguro e terapêutico, a mestrandona recorreu a estratégias diversas adaptadas a cada contexto clínico. No serviço de BP, concretamente, utilizou estratégias como medidas farmacológicas e não farmacológicas para o alívio da dor, facilitou a presença do acompanhante durante todas as fases do TP, questionou as preferências de temperatura e luminosidade para serem adequadas às necessidades da mulher em cada momento, assim como foram explicados os procedimentos que iam ser realizados, promovendo

um ambiente seguro tanto na mulher como na diáde/tríade. As crenças e valores culturais foram sempre consideradas, de forma a garantir a satisfação das necessidades culturais e espirituais, promovendo o diálogo e tornando a experiência do TP fundamentada, segura e satisfatória. Durante o período pós parto, foi assegurado um ambiente que proporcionasse os ensinos com linguagem acessível e orientações claras para o autocuidado, de forma integral, individual e fundamentada no contexto sociocultural das puérperas a quem a mestrandona prestou cuidados.

C. Gestão dos Cuidados

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

A prática profissional de enfermagem envolve uma abordagem multidisciplinar. Segundo a OE (2015b), dentro de uma equipa de saúde, o enfermeiro deve exercer as suas funções de forma responsável e reconhecer as funções dos outros membros que formam parte da equipa, respeitando os limites delineados pelas competências de cada membro e trabalhando de forma coordenada com o resto de profissionais da saúde. No decorrer do ENPRF, a mestrandona deparou-se em cada contexto clínico com profissionais de saúde coordenados entre si, integrando equipas formadas por profissionais com diferentes funções e competências, porém, cooperaram harmoniosamente com o objetivo de garantir cuidados de excelência às mulheres e famílias.

Isto pode ver-se exemplificado na forma em que a equipa de enfermagem do serviço de Internamento do Puerpério comunica com a equipa de enfermagem do Serviço de Medicina Intensiva Neonatal e Pediátrica da unidade A, ambas equipas unidas para que as mães que pretendam continuar a amamentar em exclusivo ou dar LM ao seu bebé, consigam cumprir o seu propósito. Isto não seria possível sem a articulação, comunicação e esforço por parte de ambas equipas.

Outro exemplo vivenciado pela mestrandona foi no contexto de BP, onde as várias equipas que compõem o serviço, desde médicos, enfermeiros e auxiliares, trabalham juntos pela segurança da utente, realizando uma comunicação o mais eficaz possível para minimizar erros e aumentar a satisfação tanto de profissionais como das utentes.

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

Uma parte fundamental para assegurar uma prestação de cuidados de saúde de forma continua, em segurança e de qualidade é a gestão dos recursos, em todas as suas formas (Ventura-Silva *et al.*, 2021). Durante a realização do ENPRF, foi possível verificar este facto através da passagem pelos diferentes contextos clínicos e vivência das dinâmicas em cada um deles.

Assim, uma forma de gestão de cuidados é a organização assistencial por parte de enfermagem e, por conseguinte, dos recursos disponíveis (Lourenço *et al.*, 2022). Desta forma, evidenciam-se quatro métodos de trabalho utilizados por enfermeiros em relação à estruturação da prática assistencial em enfermagem. Estes quatro métodos de trabalho são: o método individual, o funcional, o de trabalho em equipa e o do enfermeiro responsável, sendo amplamente utilizados nos diversos campos clínicos (Ventura-Silva *et al.*, 2021). Porém e, como descrito ao longo do Capítulo 1, foi possível verificar pela mestrande que cada contexto clínico apresenta umas necessidades e, por vezes, é preciso adaptar cada método consoante o contexto clínico para conseguir otimizar a gestão dos cuidados em cada um deles. Desta forma, conseguiu-se evidenciar que os métodos de trabalho funcional e individual foram os mais utilizados nos diferentes contextos clínicos, sendo que a estruturação dos cuidados de enfermagem demonstra a importância de atender às necessidades do utente, colocando-o como o foco principal no processo assistencial (Ventura-Silva *et al.*, 2021).

D. Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

Competência D1: Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade

O autoconhecimento e a assertividade são elementos essenciais em enfermagem, pois têm uma influência direta na qualidade da prática assistencial e na relação com utentes e outros profissionais de saúde, envolvendo o aprofundamento da compreensão das próprias emoções, valores, limitações e habilidades (Haboba, 2022).

Através do desenvolvimento do autoconhecimento, o enfermeiro passa a reconhecer com mais facilidade as áreas onde precisa melhorar e procura ativamente o desenvolvimento pessoal e profissional, além de identificar de forma mais fácil as reações emocionais próprias frente aos desafios e a forma de gestão emocional mais eficaz perante estas situações (Arnold, E., & Boggs, K., 2020). Assim, foi possível para a mestrande, durante o decurso do ENPRF, a

identificação das suas limitações e a influência que estas poderiam ter no processo de aprendizagem e na relação com as utentes e com outros profissionais, conseguindo desenvolver abordagens para melhorar o desempenho ao longo do percurso de formação.

Por outro lado, a assertividade é uma habilidade essencial na enfermagem para conseguir comunicar de forma eficaz com as utentes e famílias, assim como com outros profissionais de saúde, respeitando os próprios direitos e os direitos dos outros (Arnold, E., & Boggs, K., 2020). Desta forma, a mestranda tentou sempre manter uma comunicação assertiva com as mulheres e famílias com as que teve contacto, assim como com outros profissionais de saúde, incluindo as supervisoras clínicas e a orientadora pedagógica, tentando garantir e atender com compreensão as necessidades da população atendida, contribuindo para a construção de um ambiente terapêutico e profissional mais saudável, dando oportunidade ao diálogo baseado no respeito mútuo.

O autoconhecimento e a assertividade contribuem, não só para a melhoria da qualidade da prestação dos cuidados, se não também para o fortalecimento do bem-estar dos profissionais de saúde (Arnold, E., & Boggs, K., 2020; Haboba, 2022).

Competência D2: Baseia a sua práxis clínica especializada em evidência científica

Durante o percurso de formação da mestranda, foi crucial adquirir e aprofundar conhecimentos teóricos onde fundamentar a prática clínica. Assim, ao longo do ENPRF, foi possível investir no processo de aprendizagem através da pesquisa e elaboração de trabalhos que permitiram o desenvolvimento de competências e habilidades, de forma a promover uma prática clínica baseada em evidência científica. Estes momentos de aprendizagem foram realizados com o apoio e supervisão das supervisoras clínicas e a orientadora pedagógica.

De forma a enriquecer o processo de aprendizagem, foi necessário dedicar tempo ao aprofundamento e ampliação do conhecimento sobre técnicas de investigação para possibilitar a realização da escrita reflexiva Modelo de Gibbs (apêndice B), o relato de caso “Pré-eclâmpsia” (apêndice C), o panfleto intitulado “Promoção do autocuidado na puérpera” (apêndice E), a sessão para puérperas e pessoas significativas sobre a “Promoção do autocuidado na puérpera” (apêndice F), o póster “Promoção do autocuidado emocional na puérpera” (apêndice D) e a apresentação do mesmo no serviço de Internamento de puerpério, assim como a revisão da literatura sobre a temática escolhida necessária para a composição do presente relatório.

Segundo Queirós *et al.* (2014), “o conhecimento em enfermagem é algo que se origina e fundamenta numa construção dialógica entre a teoria e a prática de cuidados de forma constante e oscilante” (p.158), sendo que o conhecimento deve estar sempre fundamentando em informação fidedigna e atual, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados em enfermagem.

3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

Para assegurar níveis de saúde mais elevados, cada indivíduo tem o direito a receber os melhores cuidados de enfermagem disponíveis, sendo estes os cuidados executados pelo profissional mais qualificado e competente (OE, 2021).

As competências específicas do EEESMO, juntamente com as competências comuns, integram o conjunto de competências e habilidades clínicas especializadas que certificam a diferenciação dos cuidados prestados pelo EEESMO e informam à população sobre o que devem esperar da prática assistencial destes profissionais de saúde, sendo estas competências descritas no Regulamento nº 391/2019 de 3 de maio (OE, 2019c).

A passagem pelos diversos campos clínicos durante o ENPRF permitiu à mestrandona desenvolver as competências referentes à especialização em Saúde Materna e Obstétrica. Neste subcapítulo, será elaborada uma descrição das atividades que foram realizadas para a obtenção das competências específicas do EEESMO.

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

De acordo com o Regulamento nº 391/2019, o EEESMO é responsável pelo cuidado da mulher inserida na família e comunidade no referente ao planeamento familiar no período pré-concepcional, através do desenvolvimento de “programas de intervenção e de educação para a saúde de forma a promover famílias saudáveis, gravidezes planeadas e vivências positivas da sexualidade e parentalidade” (OE, 2019c, p.3), sendo uma área muito relevante pela influência na identificação de complicações de forma precoce e na promoção da saúde da mulher. Desta forma, o EEESMO tem um papel fundamental no acompanhamento às mulheres nesta fase, através de consultas que são oportunidade de elevado valor para a prestação de cuidados neste

âmbito e o planeamento e implementação de ações de mudança e melhoria na população-alvo (DGS, 2008; Nené, 2016).

A saúde sexual e reprodutiva é uma parte fundamental da saúde integral da mulher, sendo fundamental que a mulher seja livre para decidir em relação à sua sexualidade e reprodução (DGS, 2008). O Planeamento Familiar é um elemento primordial nesta área, sendo considerado como direito humano fundamental pela *International Planned Parenthood Federation* [IPPF] desde 1952 e parte integrante dos serviços de saúde pela OMS em 1968, passando a ser um componente essencial na prática clínica atual no âmbito da saúde sexual e reprodutiva (Santos *et al.*, 2019; WHO, 2017). O planeamento familiar envolve todas aquelas medidas orientadas ao planeamento da gravidez, como são a programação do número de filhos desejados, no período de tempo e com a frequência desejada (DGS, 2008). Além do mais, são necessários cuidados de saúde adequados às necessidades da população e com uma educação sexual de qualidade orientada à promoção da sexualidade responsável e livre de riscos, sendo que o planeamento familiar envolve o aconselhamento relativo a esta área (DGS, 2008; Godinho *et al.*, 2020; Santos *et al.*, 2019). Desta forma, o mesmo visa pela formação para a parentalidade consciente e comprometida, a redução das taxas de morbimortalidade materno-fetal e infantil, a prevenção de gravidezes não desejadas e a diminuição da prevalência das Infecções de Transmissão Sexual [ITS] e as possíveis repercussões para a saúde (DGS, 2008; Godinho *et al.*, 2020; Santos *et al.*, 2019). Todas estas medidas constituem efeitos benéficos na vivência da sexualidade, gravidez, dificuldade em conceber e acompanhamento no período anterior e durante a gravidez, assim como a segurança no momento do parto e a qualidade de vida e maior permanência das crianças, contribuindo para a melhoria da qualidade na saúde e bem-estar da população feminina, famílias e comunidade (DGS, 2008; Godinho *et al.*, 2020; Santos *et al.*, 2019).

No decorrer do ENPRF, foi possível para a mestrandona desenvolver e aplicar na prática clínica esta competência específica. Durante a passagem pelo serviço de Consulta Externa, surgiram momentos que facilitaram à mestrandona, junto com o EEESMO, dar orientações com o objetivo de preparar a mulher para uma gravidez mais saudável, abordando questões sobre a saúde reprodutiva. Esse cuidado abrange identificação precoce de riscos e o aconselhamento sobre métodos contraceptivos, respeitando as necessidades e preferências da utente e casal, aportando informação sobre os recursos que a comunidade tem disponíveis nesta área. Do mesmo modo, foi possível abordar questões como a vivência da sexualidade e dar orientações

nos casos em que havia uma problemática detectada nesta área, sendo que eram encaminhadas aquelas questões que excediam a área de competência da mestrandona.

Em relação à prevenção de riscos, a mestrandona teve a possibilidade, nas consultas de DPN, de realizar consultas a mulheres com abortos de repetição, isto é, três abortos ou mais, sendo que as mulheres que estão nesta situação têm indicação para serem encaminhadas para uma consulta de genética com o objetivo de estudar as causas subjacentes (Nené, 2016). Assim, era abordado o assunto e realizado uma análise de sangue para cariótipo e estudo sobre trombofilias da utente e parceiro. Durante estas consultas, o apoio é essencial e deve ser oferecido com sensibilidade e respeito, atendendo às necessidades individuais e resposta emocional da utente e casal devido ao caráter pessoal e profundamente vulnerável da vivência da perda gestacional (Nené, 2016). Durante estes momentos foram dadas orientações e esclarecidas dúvidas sobre o aborto e os cuidados a seguir durante esta fase, sendo encaminhas e referenciadas consoante a necessidade, pois o acompanhamento das situações de risco deve ser feito em estreita colaboração com o Hospital de Apoio Perinatal [HAP] ou HAPD (DGS, 2015).

A passagem pelo serviço de Consulta Externa permitiu à mestrandona realizar um acompanhamento mais próximo e personalizado, que foi além da prevenção de complicações, conseguindo abordar também aspectos emocionais e psicossociais, assim como o contexto cultural e social das utentes, de forma a promover uma vivência positiva da sexualidade e da parentalidade, de maneira integrada à realidade familiar e comunitária.

Do mesmo modo, a mestrandona também teve a oportunidade de desenvolver ações sobre planeamento familiar no serviço de Internamento de Puerpério, onde é amplamente abordado no dia da alta clínica e fundamental para a mulher, família e comunidade. Assim, a mestrandona procurou abordar a importância da utilização da contracepção e a escolha mais adequada para cada mulher e casal e a sua situação atual, de modo a evitar engravidar novamente de forma indesejada, promovendo a melhoria da qualidade de vida e cuidados prestados. Paralelamente, no internamento de puerpério, foi possível abordar a sexualidade em mulheres que apresentavam algum receio ou preocupação ao tornar à atividade sexual, tentando esclarecer as dúvidas pertinentes a este tema.

Cabe destacar que o EEESMO organiza e implementa estratégias para promover a saúde sexual e reprodutiva, através da aquisição de conhecimentos atualizados com objetivo de prestar cuidados de excelência, de forma a contribuir para a segurança e bem-estar das utentes, casais e famílias.

3.2.2. Competência 2: Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal

Os cuidados prestados no período pré-natal são parte integrante dos cuidados em saúde reprodutiva, sendo que envolvem funções tão importantes como promover a saúde, o rastreio e o diagnóstico, assim como prevenir doenças (WHO, 2016). Estar grávida envolve a adaptação a mudanças fisiológicas, físicas, psicológicas e emocionais que finalizam com o nascimento de um RN (ou mais). Este processo é amplamente reconhecido como normal, embora todas as gravidezes envolvem um risco, seja este menor ou maior (DGS, 2015). Assim sendo, é necessária uma vigilância pré-natal de forma a garantir a segurança e o bem-estar, tanto materno como fetal, já que intervenções com base em conhecimento científico atualizado e implementadas em momentos adequados contribuem para a diminuição da morbimortalidade materna e fetal (WHO, 2016), existindo evidência nos ganhos em saúde mediante a assistência e seguimento contínuos durante a gravidez (DGS, 2015).

Segundo a DGS (2023a), a avaliação do risco durante a gravidez é realizada de forma individualizada, sendo fundamental para estabelecer o plano a seguir durante a vigilância da mesma. As mulheres com gravidez de baixo risco têm a possibilidade de ser acompanhadas nos cuidados primários, sendo que, as mulheres com fatores de risco determinados como mais elevados, tanto maternos como fetais, têm a necessidade de manter uma gestação vigiada a nível hospitalar, nomeadamente nas Consultas Externas, adequando o acompanhamento às necessidades e contexto clínico da utente (DGS, 2023a). Através de estratégias como o Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco promovido pela DGS (2015), busca-se a promoção da saúde populacional desde o nascimento.

Esta competência foi colocada em prática pela mestrandona durante o decorrer do ENPRF em serviços como Consulta Externa, onde foi possível realizar uma vigilância mais especializada em grávidas com risco acrescido, tanto na consulta de MMF, como na consulta de DPN, junto com o apoio e supervisão das supervisoras clínicas EEESMO. Em relação à consulta de MMF, e com o objetivo de fomentar o aumento e qualidade em saúde tanto materna como fetal, foi possível realizar atividades adequadas individualmente a cada situação clínica através do acompanhamento, diagnóstico e tratamento precoce de complicações ao longo da gravidez. Assim, a mestrandona realizou uma avaliação e monitorização da gravidez de forma a conseguir detectar sinais e sintomas de risco, assim como comportamento de eventual risco, dando orientações sobre estilos de vida mais saudáveis de forma a promover atitudes baseadas no conhecimento e informação adequados, com o objetivo de modificar possíveis

comportamentos menos saudáveis e que envolvam um risco para a saúde da mulher e/ou do feto. Da mesma forma, foram esclarecidas dúvidas sobre estratégias para aliviar os diferentes incômodos da gestação ou dúvidas em relação ao momento do TP, reforçando os sinais sobre quando recorrer ao SUOG ou em relação à contagem dos movimentos fetais, entre outras. Por outro lado, na consulta de DPN, foram desenvolvidas ações semelhantes, porém, esta consulta tem a finalidade de identificar anomalias cromossómicas embrionárias e fetais de forma precoce. A passagem pelo DPN forneceu a oportunidade de realizar uma anamnese mais específica tanto da mulher como do parceiro, abordar questões mais concretas do primeiro trimestre da gravidez referentes à alimentação, atividade física, suplementação e resolver dúvidas em relação ao rastreio combinado precoce e como proceder em função do resultado do mesmo. Assim, a mestrande teve a oportunidade de assistir à realização de técnicas invasivas de diagnóstico como a amniocentese e a biópsia das vilosidades coriônicas.

No serviço de Consulta Externa, surgiram também momentos que possibilitaram o acompanhamento a mulheres com o diagnóstico de patologia fetal grave e que optaram pela IVG. A IVG é um procedimento médico fiável que tem a finalidade de interromper a gravidez (Associação para o Planeamento da Família [APF], 2024), sendo que pode ser realizado até as 10 semanas de gestação segundo a lei nº16/2007 de 17 de abril. De acordo com a APF (2024), é a mulher quem decide o procedimento a realizar para interromper a gravidez, porém, é recomendado que esta decisão seja tomada de forma consensual com o profissional de saúde, após ter sido informada e esclarecida. Assim sendo, durante estes momentos no decorrer do estágio neste serviço, a mestrande procurou explicar em que consiste o procedimento, os passos a seguir nestas situações e as orientações em relação aos sinais e sintomas de alarme após, assim como os recursos dos que a comunidade dispõe e a referenciação aos profissionais pertinentes em situações que fogem à área de atuação do EEESMO. O acompanhamento profissional nesta fase e a forma em que são dadas certas informações é fundamental para facilitar a comunicação terapêutica e a expressão dos sentimentos, evitando o julgamento por parte do profissional de saúde (DGS, 2015), e envolvendo à pessoa significativa. Deste modo, foi facilitado em todo momento, pela mestrande, a presença do/a acompanhante, exceto em situações em que a grávida recusava este direito.

Durante o estágio no SUOG, a mestrande também teve a oportunidade de desenvolver esta competência devido ao contacto frequente com mulheres que se encontravam no período pré-natal. Assim, surgiram momentos de aprendizagem onde foi preciso demonstrar conhecimentos sobre gravidezes em situação de risco ou patologia, como por exemplo, hemorragia de primeiro,

segundo e terceiro trimestre, pré-eclâmpsia, infecção do trato urinário, rotura prematura de membranas e ameaça de parto pré-termo, entre outras. Estas situações promoveram a aquisição de competências e habilidades perante a atuação a desenvolver em cada uma delas, de forma a estabelecer uma prestação de cuidados de enfermagem mais específica e adequada às necessidades de cada mulher e a sua situação clínica, contribuindo para a realização de um diagnóstico precoce e a prevenção de complicações, assim como para a promoção do bem-estar e saúde materno-fetal.

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

O TP é um momento desafiante para a mulher que comprehende um conjunto de mecanismos fisiológicos que, de forma induzida ou espontânea, finalizam com a expulsão do feto e da placenta e membranas (Nené *et al.*, 2016). O processo fisiológico do TP envolve alterações tais como contrações uterinas rítmicas e percebidas como dolorosas, que contribuem para a extinção e dilatação do colo do útero, facilitando a descida do feto através do canal de parto (Nené *et al.*, 2016; Graça, 2017). O TP divide-se em três estádios: o 1º estádio corresponde à fase de dilatação e extinção do colo do útero, e está formado por duas fases: a fase latente, que corresponde à dilatação até os 5 cm e que, segundo as novas diretrizes, pode chegar até os 6 cm (ACOG, 2019), e a fase ativa, que corresponde à dilatação completa do colo uterino (ACOG, 2019; DGS, 2023b; Graça, 2017; WHO, 2018). No que concerne ao 2º estádio do TP, este corresponde à saída do feto, estando ainda dividido em duas fases, a fase ativa e passiva, que têm lugar desde a dilatação completa do colo uterino até o começo dos esforços expulsivos da mãe e, desde estes, até ao nascimento, respetivamente (ACOG, 2019; DGS, 2023b; Graça, 2017; WHO, 2018). Autores defendem a existência ainda de um 4º estádio de TP, comumente conhecido como puerpério imediato ou, também chamado período de *Greenberg*, que corresponde ao período após a dequitadura e tem uma duração de até 2 horas, sendo que é um período extremamente vulnerável onde, tanto a puérpera como o RN, precisam de uma vigilância constante e atenta de forma a prevenir possíveis complicações (Nené *et al.*, 2016; Graça, 2017).

A prestação de cuidados no decorrer do TP requere uma equipa multiprofissional onde estejam estabelecidas as ações e tarefas a desenvolver por cada profissional de saúde, assim como as competências e responsabilidades dos mesmos, de forma a realizar uma abordagem adequada às necessidades e tendo em conta os riscos de cada uma das parturientes (DGS, 2023b).

Segundo o Regulamento de Competências Específicas do EEESMO (OE, 2019c), este deve priorizar a prestação de cuidados orientada a promover a saúde da parturiente e favorecer a segurança tanto materna como fetal, tendo uma abordagem adequada a como o TP evolui. Portanto, é fundamental para o EEESMO conhecer e saber identificar as diferentes fases do TP, sendo que representam variações e características diferentes na fisiologia da mulher e é necessário saber como proceder em cada uma delas, de forma a promover uma experiência de parto positiva e um ambiente considerado como seguro para a diáde e/ou família (DGS, 2023b; OE, 2019c; Frias, 2023).

Assim sendo, foi possível desenvolver a competência descrita durante a passagem pelos serviços de BP no decorrer do ENPRF, onde a mestrandona teve a oportunidade de desempenhar atividades que permitiram a aquisição da mesma. Desta forma, a mestrandona conseguiu cuidar e assistir à mulher em TP desde a admissão na sala de parto, até ao puerpério imediato ou 4º estádio realizado no recobro do mesmo serviço.

Na sala de parto é realizado o acolhimento e a avaliação da parturiente através de uma entrevista direta com a mesma, assim como são estabelecidas as intervenções adequadas à evolução do TP e à situação da parturiente, realizando atividades como: identificar e avaliar o TP, realizar a monitorização do mesmo através do cardiotocógrafo ligado à Central *Omniview*, facilitando a identificação do risco materno-fetal e alguma irregularidade no curso normal da progressão do TP, de forma a alertar e referenciar situações que se encontram fora da área de atuação do EEESMO, segundo as orientações da DGS (2023b). A mestrandona tentou garantir sempre cuidados que contribuissem para aumentar o conforto da parturiente e/ou pessoa significativa, sendo que, foi primordial informar e esclarecer dúvidas sobre os métodos farmacológicos e não farmacológicos existentes e disponíveis no serviço para o alívio da dor durante o TP, uma vez que, a avaliação e valorização da dor e o desconforto expressado pela parturiente é fundamental para avaliar a evolução do TP e identificar algum risco materno-fetal ou alguma outra complicaçāo no decorrer do TP (Frias, 2023). Desta forma, foi possível para a mestrandona incentivar e planejar as intervenções não farmacológicas para o alívio da dor mais adequadas à fase do TP, respeitando as preferências da parturiente e/ou casal, assim como dar apoio na realização da analgesia epidural quando esta era requerida. Além do mais, sempre que a parturiente apresentava um plano de parto, escrito ou verbalmente e, quando possível, eram discutidas e resolvidas as dúvidas entre a equipa e a parturiente e/ou casal, de forma a conseguir adaptar as suas decisões de acordo com o tipo de TP, os recursos disponíveis e a situação clínica materna e fetal, garantindo um ambiente seguro e uma experiência o mais positiva e respeitada

possível (DGS, 2023b). O uso do partograma (Anexo I) foi fundamental como ferramenta de registo de informação e monitorização do TP, sendo que facilita o acompanhamento e a continuidade de cuidados no decorrer do TP.

Além de adaptar os cuidados prestados à evolução do TP, foi necessário adequar os cuidados e implementar intervenções adaptadas às patologias associadas à gravidez de algumas parturientes, como no caso de mulheres com Hipertensão ou DG, sendo que, eram aplicadas intervenções baseadas nos protocolos vigentes no serviço de BP tanto da Unidade A como D, sendo fundamental aumentar a vigilância.

Também foi possível avaliar o períneo das parturientes e decidir como proceder segundo as características do mesmo, elaborando as intervenções necessárias para prevenir o trauma do mesmo e identificando a necessidade de episiotomia, realizando a sua reparação quando não era possível prevenir o desfecho, e referenciando quando as situações fugiam das competências do EEESMO. Durante o estágio no BP da Unidade D, foi possível investir amplamente na realização de medidas protetoras do períneo no 2º estágio do TP aplicando algumas das orientações da *WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience* (2018b), sendo que as mais comuns eram: a aplicação de água morna e colocação de compressas quentes no períneo, a massagem perineal intraparto, a escolha da postura pela parturiente e movimentação livre, assim como o nascimento em duas etapas (WHO, 2018b). Estas medidas eram realizadas com o consentimento verbal das mulheres que concordavam na sua realização, promovendo a construção de um ambiente baseado no respeito. Durante os estágios no BP, foram realizadas 12 episiotomias e 43 episiorrafias/perineorrafias no total.

Cabe destacar, entre as intervenções que contribuem para a vivência positiva do TP, o conforto e apoio emocional como garantia durante estes momentos (ACOG, 2019; DGS, 2023b; WHO, 2018). Assim, a mestrandona tentou sempre assegurar o apoio e companhia da pessoa significativa, sendo que, existe uma relação entre o apoio emocional de forma continuada e resultados mais satisfatórios no TP (ACOG, 2019).

No que concerne ao RN, foram realizadas às intervenções destinadas a promover a adaptação do mesmo à vida fora do útero, passando pela aspiração das secreções apenas em caso de necessidade, a determinação do Índice de APGAR e a promoção do contacto pele-a-pele e a amamentação no puerpério imediato.

Além do mais, a mestrandona teve a oportunidade de experienciar e pôr em prática os seus conhecimentos na resolução de situações tão específicas como a distocia de ombros, sendo que foram resolvidas 6, sempre sob a supervisão e apoio da supervisora clínica. Momentos como

estes contribuem amplamente para o processo de aprendizagem da mestrandona, assim como a motivação para melhorar na atuação e prestação de cuidados em situações futuras similares.

No decorrer do estágio no BP, tanto da Unidade A como D, a mestrandona realizou um total de 142 exames pré-natais e a vigilância de 60 parturientes em TP considerado como de risco. Além disso, foi possível assistir 59 partos eutócos. A mestrandona também teve a oportunidade de participar de forma ativa em 1 parto pélvico, 1 gemelar e colaborar em 33 partos realizados por outros profissionais de saúde (ventosas ou fórceps), incluindo cesarianas (Apêndice G).

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

O período pós-natal ou, comumente conhecido como período pós-parto, corresponde ao conjunto de mudanças e recuperação física e psicológica da mulher, que começa imediatamente depois do parto e que se prolonga até às seis semanas após (OE, 2015a). Este período encontra-se dividido em três fases em função da duração de cada uma delas, sendo que, existe o puerpério imediato ou período pós-parto nas primeiras 24 horas, o puerpério precoce ou período pós-parto que dura até o final da primeira semana e o puerpério tardio, que tem duração até o final da sexta semana (Sequeira *et al.*, 2020).

Este período apresenta-se como uma fase muito vulnerável para a mulher e família devido às mudanças profundas tanto no âmbito pessoal como familiar (OE, 2015a). Além do mais, a OE (2015a) acrescenta que este período apresenta um risco aumentado de complicações clínicas como hemorragias e infecções, entre outras, pelo que é necessária uma vigilância constante e aumentada, principalmente no puerpério imediato, de forma a contribuir para a promoção da saúde da puérpera e prevenir possíveis complicações e desfechos maiores (Mota *et al.*, 2021). Para que isto seja possível, é fundamental que o profissional de saúde tenha as competências e capacidades adequadas para a avaliação da mulher e o RN durante o puerpério, conhecendo as características e o decurso normal desta fase, de forma a identificar as necessidades e prestar cuidados de qualidade (ACOG, 2019).

A mestrandona teve a oportunidade de desenvolver estas competências durante o estágio realizado no serviço de BP, onde foi possível prestar cuidados à mulher no puerpério imediato. Assim, imediatamente após o parto, era realizada uma avaliação geral da puérpera, verificando a formação do Globo de Segurança de Pinard e a avaliação dos lóquios e do estado da vulva e do períneo (DGS, 2023b). Além do mais, era realizada uma avaliação geral do RN, assim como

era promovido o contacto pele-a-pele da diáde e a amamentação, de forma a facilitar a adaptação do RN à vida fora do útero e a vinculação precoce.

Durante as duas horas após o parto, a mestrandona procurou manter uma vigilância aumentada e fornecer apoio em relação a questões como a amamentação, entre outras. Uma vez passado o puerpério imediato, é realizada uma nova avaliação, sendo que, são verificados novamente o Globo de Segurança de Pinard e os lóquios, as mamas e mamilos, o globo vesical, o períneo, e os sinais vitais. Se a parturiente se encontrar bem-disposta e hemodinamicamente estável, é transferida para o serviço de Internamento de Puerpério juntamente com o RN, se for o caso. Em relação aos cuidados prestados ao RN durante este período, são avaliados a coloração da pele, o choro, o reflexo de sucção e deglutição e a adaptação à mama, a existência do SDR e se teve micção e/ou dejeção durante esse tempo (DGS, 2023; Sequeira *et al.*, 2020).

No decorrer do estágio realizado no serviço de Internamento de Puerpério, foi possível acompanhar à mulher no início do puerpério precoce, conseguindo adquirir competências através do planeamento e a realização de atividades orientadas a promoção da saúde da parturiente e o RN durante este período, de forma a identificar e prevenir precocemente possíveis complicações em ambos. Seguimos os princípios de Dorothea Orem, que, ao desenvolver a TDAE, teve como propósito responder à pergunta: “qual é a condição que prediz que o indivíduo necessita de cuidados de enfermagem?” Hartweg & Orem (1991).

Assim, a mestrandona conseguiu acompanhar as mudanças existentes neste período relacionadas com as alterações físicas e fisiológicas como as mudanças nas mamas consoante a evolução do processo de amamentação, a involução uterina, as características e quantidade dos lóquios e inspeção e cuidados com canal de parto ou ferida cirúrgica, de forma a verificar possíveis sinais de infecção através de uma visita diária realizada por parte da MESMO, junto com a supervisora clínica. Pretendia-se assegurar o equilíbrio físico, emocional e cultural nas puérperas. Desta forma, foi possível verificar e dar continuidade aos cuidados relacionados também com as alterações associadas à eliminação intestinal e vesical, as características dos membros inferiores, identificando possíveis complicações tanto na puérpera como no bebé, e realizando uma prestação de cuidados mais específicos em puérperas com queixas álgicas ou patologias prévias. Assim, a mestrandona procurou dar apoio, esclarecer dúvidas e realizar ensinos em relação à amamentação e à boa pega, fomentando o AM, e auxiliar às mães com bebés alimentados com leite adaptado sempre que preciso, assim como em questões mais relacionadas com os cuidados ao bebé, como o primeiro banho, os sinais de fome, a mudança da fralda, os cuidados com o coto umbilical, os sinais de engasgamento e como prevenir ou resolver e a

posição mais adequada para dormir do RN, entre outros. Nos bebés com patologias associadas eram prestados cuidados mais específicos, sendo referenciados e encaminhados aos profissionais de saúde pertinentes em caso da identificação de irregularidades durante esta fase.

Foi possível prestar cuidados a 150 puérperas e 156 RN saudáveis, sendo que também foram prestados cuidados a 17 puérperas e 23 RN considerados de risco (apêndice G).

Além do mais, a mestrande teve a oportunidade de realizar ensinos sobre autocuidado na puérpera, o que foi fundamental no processo de aprendizagem e na obtenção dos resultados para a realização do presente relatório. Desta forma, foi possível realizar uma sessão às puérperas e/ou pessoa significativa em relação ao autocuidado (apêndice F) com resultados satisfatórios, assim como outras formações e trabalhos já descritos anteriormente.

Tal como recomendam alguns autores, no dia da alta, eram realizados ensinos em relação ao planeamento familiar, retoma da atividade sexual, consultas importantes para a mãe e o bebé, os cuidados a ter com o períneo ou ferida cirúrgica, assim como os sinais de alerta nesta fase (Zugaib, 2016), de forma a promover e melhorar a saúde pós-parto (Bryant *et al.*, 2023). O EEESMO deve garantir que os ensinos e as orientações são realizados de forma adequada às necessidades de cada puérpera e bebé (OE, 2015a), assim sendo, eram entregues os documentos com a informação relevante para reforçar os conhecimentos e era oferecido apoio como o Cantinho da amamentação, dado que o curto período de internamento não consegue dar resposta a todas as vulnerabilidades sentidas pela mulher nesta fase (Asadi *et al.*, 2020; Mota *et al.*, 2021).

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

Segundo o Consenso Nacional sobre Menopausa (2021), o climatério é a fase vital da mulher em que tem lugar um processo de transição entre a máxima capacidade reprodutiva e a incapacidade da mesma, ocorrendo uma diminuição gradual da função ovárica. Esta fase vem acompanhada, comumente, de um conjunto de sinais e/ou sintomas que a caracterizam e que podem variar em intensidade e diversidade. De acordo com Vieira *et al.* (2018), o climatério é um período na vida da mulher que acontece de forma natural, sendo que não é sinónimo de doença e há mulheres que atravessam esta fase sem queixas. No entanto, muitas mulheres têm necessidade de intervenção medicamentosa devido aos desconfortos e a intensidade da manifestação dos sintomas, sendo fundamental que o acompanhamento e assistência destas mulheres contribua para a promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida durante este

período de grandes alterações a todos os níveis para a população feminina (Galhanas & Frias, 2024; Vieira *et al.*, 2018).

Durante a passagem pelo SUOG, a mestrandona teve contacto com mulheres que se encontram no período do climatério, tendo a possibilidade de identificar as alterações físicas e/ou psicológicas que se derivam das mudanças na função hormonal durante este período e que podem influenciar na qualidade de vida de mulheres nesta fase (Galhanas & Frias, 2024). Assim, foi possível verificar que as principais causas da ida ao hospital eram metrorragias, desconforto vaginal como secura ou irritação, infecções urinárias e dispareunia. A mestrandona tentou sempre ouvir as mulheres com uma postura atenta e empática, de forma a conseguir compreender a complexidade da manifestação dos sintomas e com o objetivo de capacitar a mulher para a sua saúde sexual e reprodutiva, assim como informar da fase na qual se encontrava e os hábitos que podia adquirir para contribuir na melhoria da sua qualidade de vida, sempre que possível. Foi fundamental a colaboração interprofissional em mulheres com patologias ou complicações relacionadas ao climatério.

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

No decorrer do ENPRF, a mestrandona teve contacto com 48 mulheres com uma variedade de patologias do foro ginecológico (apêndice G). Durante o estágio no SUOG, onde teve um contacto mais frequente com o grupo-alvo, as patologias mais comumente observadas foram: bartolinite, gravidez ectópica, doença inflamatória pélvica, metrorragias, mastite e afecções de origem oncológica, entre outros (apêndice G).

Assim sendo, a mestrandona prestou cuidados baseados na avaliação dos sinais vitais e análises clínicas, assim como na observação a nível físico e ginecológico através da colaboração com a equipa médica e outros profissionais de saúde na execução de exames vaginais e/ou colheita de exsudado para análise. A prestação de cuidados por parte da mestrandona também incidiu na promoção de estilos de vida mais saudáveis, assim como na sensibilização para a identificação de sinais e sintomas de alarme que possam representar eventuais mudanças no estado de saúde, sendo fundamental incidir numa vigilância ginecológica regular.

Além do mais, foram realizados cuidados orientados ao tratamento e melhoria das utentes como a administração de soroterapia, medicação oral e/ou endovenosa e transfusão de sangue, sendo encaminhadas para o internamento de Ginecologia em função da necessidade e do tipo de tratamento.

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

O EEESMO desempenha um papel fundamental na prestação de cuidados às mulheres em idade fértil inseridas na comunidade, abrangendo a aquisição de competências e desenvolvimento de atividades que consigam garantir a promoção da saúde e o bem-estar destas mulheres no decorrer das diferentes fases da vida reprodutiva (OE, 2019c).

A educação para a saúde apresenta-se como um aspecto essencial no desenvolvimento desta competência, pois contribui para o aumento do conhecimento em saúde e promoção da autonomia dos indivíduos para o porem em prática (WHO, 2012), de forma a sentirem maior gestão e responsabilidade pela sua saúde (WHO, 2014a).

Neste contexto, o EEESMO aborda questões como a saúde sexual, o planeamento familiar e a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis. Um exemplo disto são programas de intervenção desenvolvidos para educar em saúde à população, de forma a promover “famílias saudáveis, gravidezes planeadas e vivências positivas da sexualidade e parentalidade” (OE, 2019c, p.3).

No decorrer do ENPRF, foi possível acompanhar a mulher em várias fases da vida reprodutiva, procurando promover uma vivência da sexualidade e da gravidez mais positivas. Desta forma, a mestrandona procurou manter o foco na promoção da saúde e na prevenção de possíveis complicações em todos os contextos clínicos pelos que teve a oportunidade de passar, desde mulheres em fase pré-concepcional e pré-natal, passando pela vigilância da gravidez e durante o TP, assim como durante o período pós-parto e o período de doença ginecológico em mulheres do grupo-alvo.

Assim sendo, ao longo do estágio, a mestrandona buscou promover o aumento de literacia nas mulheres mediante a promoção do autocuidado através do Modelo de Dorothea Orem. Com a TDAE da Orem, foi possível, não só verificar os recursos potenciais, como também os desvios de saúde nas utentes, família e comunidade, de forma a conseguir identificar as necessidades das mulheres em cada fase e ensinar e educar para responder a estas necessidades de maneira autónoma e para o seu próprio autocuidado e benefício (Queirós *et al.*, 2014), promovendo a modificação de estilos de vida e procurando transmitir a motivação e o apoio adequados para que as mudanças necessárias sejam realizadas com sucesso, contribuindo na melhoria de qualidade de vida e na prevenção de possíveis complicações materno-fetais e na diminuição da mortalidade tanto materna como fetal.

Desta forma, o EEESMO não só cuida da saúde física das mulheres em idade fértil, mas também as capacita e apoia ao longo de todas as fases da vida reprodutiva, inseridas no contexto da sua comunidade, pois “assistir as pessoas em processos de transição constitui o papel mais relevante do exercício de enfermagem por facilitar o processo e ajudar as pessoas a alcançarem o seu bem-estar” (Queirós *et al.*, 2014, p.161).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente relatório colmata o percurso de formação realizado durante dois anos consecutivos, através da realização do Estágio de Natureza Profissional, onde a teoria adquirida no primeiro ano, foi desenvolvida e aplicada na prática clínica durante o segundo, envolvendo um longo processo de aprendizagem que culmina formalmente com o Relatório Final e a defesa do mesmo. Durante a elaboração do presente relatório, foi realizada uma análise reflexiva sob o processo de aquisição das competências comuns e específicas inerentes a prática profissional do EEESMO, descrevendo as atividades e funções desempenhadas assim como a temática desenvolvida: “Promoção do autocuidado da mulher no período pós-parto”.

O percurso realizado durante estes dois anos tem sido uma experiência altamente desafiante, mas, pode-se afirmar que cada experiência vivenciada contribuiu para o processo de aprendizagem e para o enriquecimento e desenvolvimento tanto profissional como pessoal, complementando este caminho desafiante com uma imensa gratificação.

A prática assistencial de Enfermagem está baseada na evidência científica mais recente, de forma a aplicar intervenções fundamentadas e melhorar a prestação de cuidados através de uma atitude crítica e rigorosa. Assim, considerou-se fundamental refletir e desenvolver a temática escolhida através de uma revisão da literatura, sendo o período pós-parto um momento crucial para a mulher tanto na recuperação a nível físico e emocional, assim como também na adaptação aos desafios que supõe a maternidade. Durante a realização do ENPRF, foi possível verificar que a promoção de práticas de autocuidado tem uma influência altamente positiva no bem-estar da puérpera e do RN, contribuindo para a identificação de forma precoce das necessidades e dificuldades experienciadas pela mulher, facilitando a prevenção de complicações e aumentando não só a saúde e bem-estar da mãe, como também do bebé, aumentando também a confiança e autonomia da mesma para com o seu cuidado e o do RN, e reduzindo as taxas de morbimortalidade em ambos. Contudo, foi possível observar que ainda existe um percurso longo por percorrer quanto à aplicação de intervenções promotoras do autocuidado, devido à desvalorização desta fase e do próprio autocuidado em relação ao cuidado com o RN.

A TDAE de Dorothea Orem foi crucial na identificação das necessidades das puérperas e na orientação das intervenções adequadas a cada situação, garantindo que essas necessidades e dificuldades eram ultrapassadas da melhor forma possível.

O papel do EEESMO, baseado no conhecimento e competências adquiridas adequadas, representa um papel fundamental no acompanhamento e no ensino de intervenções que fomentem uma recuperação física mais saudável, rápida e duradoura. Além do mais, o suporte

emocional é muitas vezes desvalorizado, sendo igualmente importante, pelo que é necessário sensibilizar sobre a importância de cuidar também da saúde mental, de forma a prevenir possíveis transtornos mentais como a depressão pós-parto.

Nesta linha de pensamento, o apoio à puérpera, tanto familiar como profissional, verificou-se um elemento fundamental para ultrapassar as vulnerabilidades inerentes ao período pós-parto, daí a importância de envolver a mulher, família, comunidade e instituições de saúde. Por tanto, pode-se concluir que existe uma necessidade imperante de investir mais na área da promoção do autocuidado, de forma a educar a população na importância do mesmo e na existência de uma fase onde as mulheres se sentem mais vulneráveis, garantindo mais investigação e mais elementos prestadores de cuidados, que possam contribuir de maneira positiva para uma prática baseada em evidência científica.

A realização do ENPRF foi uma oportunidade valiosa para compreender a importância de um acompanhamento adequado no período pós-parto e como a promoção do autocuidado pode ser uma ferramenta essencial para garantir uma recuperação mais saudável e equilibrada. O conhecimento adquirido contribuiu não apenas para o desenvolvimento profissional, mas também pessoal, possibilitando oferecer cuidados mais humanizados e centrados nas necessidades individuais de cada mulher, respeitando o seu contexto sociocultural.

Finalmente, considera-se que foram atingidos os objetivos propostos no início deste percurso, o qual acaba acompanhado do compromisso de melhoria continua ao longo do caminho que ainda falta por percorrer como EEESMO.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abbaspoor, Z., Sharifpour, F., Javadnoori, M., Moghadam, Z. B., Cheraghian, B. & Najafan, M. (2023). Evaluation of the effectiveness of a postnatal support education program for husbands in promotion of their primiparous wives perceived social support: a randomized controlled trial. *BMC Women's Health*, 23 (139), 1-12. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12905-023-02270-x>
- ACOG. (2019). ACOG Committee Opinion No. 766: Approaches to Limit Intervention During Labor and Birth. *Obstetrics & Gynecology*, 133(2), 164-173. DOI: <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003074>
- Adam, A. B., Druye, A. A., Kumi-Kyereme, A., Osman, W., & Alhassan, A. (2021). Nursing and Midwifery Students' Satisfaction with Their Clinical Rotation Experience: The Role of the Clinical Learning Environment. *Nursing Research and Practice*, 2021, 1-9. DOI: <https://doi.org/10.1155/2021/7258485>
- Almeida, D. (2020). *Rastreio de Aneuploidias no Primeiro Trimestre*. Protocolo de Orientação Clínica em Diagnóstico Pré-Natal, Centro Hospitalar Universitário do Algarve - Unidade Faro, CDTPN.
- Andrade, S. R., Ruoff, A.B., Piccoli, T., Schmitt, M. D., Ferreira, A., & Xavier, A. C. (2017). O estudo de caso como método de pesquisa em enfermagem: uma revisão interativa. *Texto & Contexto Enfermagem*, 26 (4), 1- 12.
DOI:<https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017005360016>
- APF. (2024). *Aborto e Interrupção da Gravidez*. Associação Para o Planeamento Da Família. <https://apf.pt/informacao-tematica/aborto-e-interrupcao-da- gravidez/>
- Arias, J.A., González, J. M. & Aparicio, C. X. (2021). Transculturalidad y rol de enfermería en atención primaria de salud. *Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento*, 5(1), 97-103. DOI: 10.26820/recimundo/5.(Supl1).oct.2021.97-103
- Arnold, E., & Boggs, K. (2020). *Interpersonal relationships: Professional communication skills for nurses* (8th ed.). Elsevier.
- APSI. (2022). Alta Segura. <https://www.apsi.org.pt/index.php/pt/campanhas-e-acoes/noticias/27-alta-segura-transporte-do-recem-nascido-desde-o-1-dia-de-v>

- Asadi M., Noroozi M. & Alavi M. (2020). Factors affecting women's adjustment to postpartum changes: A narrative review. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 25 (6), 463-470. DOI: 10.4103/ijnmr.IJNMR_54_20
- Ben M'Barek, I., Jauvion, G & Ceccaldi, P. (2022). Computerized cardiotocography analysis during labor – A state-of-the-art review. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scand*, 102(2), 130–137. DOI: 10.1111/aogs.14498
- Betran, A., Ye, J., Moller, A. B., Souza, J. P. & Zhang, J. (2021). Trends and projections of caesarean section rates: global and regional estimates. *BMJ Global Health*, 6(6), 1-8. DOI: 10.1136/bmjgh-2021-005671
- Bratz, J. K. & Ramirez, M. (2018). Ethical competences for the development of nursing care. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(4), 1810-1814. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0539>
- Brito A. P., Caldeira C. F. & Salvetti, M. G. (2021). Prevalence, characteristics, and impact of pain during the postpartum period. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2021, 55, 1-7. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019023303691>
- Bryant, A., Coleman, J., Shi, X., Rodriguez, M., Papadopoulos, A.S., Merz, K., Leonard, J., Samia, N. & Marceau, L. (2023). The Power and Promise of Postpartum Self Care: Evaluation of a Web-Based Tool for Underserved Women. *Maternal and Child Health Journal*, 27, 548-555. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10995-023-03605-8>
- Campos, C. (2017). A comunicação Terapêutica Enquanto Ferramenta Profissional nos Cuidados de Enfermagem. *Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca*, 15 (1), 91-101. DOI: <https://doi.org/10.25752/psi.9725>
- Campos-Quintero, L. & Vásquez-Truisi, M. (2021). El cuidado de enfermería generador de confianza de la mujer durante el trabajo de parto. *Revista Colombiana de Enfermería*, 20 (1), 1-13. DOI: <https://doi.org/10.18270/rce.v20i1.2830>
- CGC. (2016). Rastreio Pré-Natal Combinado. Obtido de <https://www.cgcgenetics.com/download/pt/rastreio-pre-natal-mod-07-12-20160921-152509.pdf>

Chmielewska, B., Barratt, I., Townsend, R., Kalafat, E., Meulen, J., Gurol-Urganci, I., O'Brien, P., Morris, E., Draycott, T., Thangaratinam, S., Le Doare, K., Ladhani, S., Dadelszen, P., Magee, L. & Khalil, A. (2021). Effects of the COVID-19 pandemic on maternal and perinatal outcomes: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet. Global Health*, 9(6), 759-772. DOI: 10.1016/S2214-109X(21)00079-6

Comissão Nacional de saúde Materna e Neonatal. (2006). Organização Perinatal Nacional. Ministério da Saúde.
http://static.publico.pt/docs/sociedade/Org_Perinatal_Nacional.pdf

Costa, L. D., Hoesel, T. C., Teixeira, G. T., Trevisan, M. G., Backes, M. & Santos, E.K. (2019). PERCEPTIONS OF PREGNANT WOMEN ADMITTED TO A HIGH-RISK REFERENCE SERVICE. *Revista Mineira de Enfermagem*, 23, 1-7. DOI: 10.5935/1415-2762.20190047

Dantas, H. L., Costa, C. R., Costa, L. M., Lúcio, I. M., & Comassetto, I. (2022). Como elaborar uma revisão integrativa: Sistematização do método científico. *Revista Científica de Enfermagem*, 12(37), 334-345. DOI: <https://doi.org/10.24276/rrecien2022.12.37.334-345>

Da Silva, A. C., Santos, G. & Aoyama, E. (2020). A Importância da Assistência de Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *Revista Brasileira Interdisciplinar de Saúde*, 2(1), 49-54. DOI: <https://doi.org/10.17615/1nft-0h56>

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

DGS. (2008). Saúde Reprodutiva: Planeamento Familiar.
https://www.spdc.pt/files/publicacoes/11230_2.pdf

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

DGS. (2023a). Norma 001/2023 de 27/01/2023: Organização dos cuidados de saúde na preconceção, gravidez e puerpério. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2023/03/norma_001_2023_org_cuidados_preconcecao_gravidez_puerperio.pdf

DGS. (2023b). Norma 002/2023 de 10/05/2023: Cuidados de saúde durante o trabalho de parto.<https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/orientacao-0022023-cuidados-de-saude-durante-o-trabalho-de-parto-pdf>

Doğan, E. K. & Cesur, B. (2023). The relationship between postpartum anxiety and maternal function in mothers. *Cumhuriyet Medical Journal, December*, 45(4): 36-47. DOI: <http://dx.doi.org/10.7197/cmj.1380572>

DRE. (2007). Decreto-Lei nº16/2007 de 17 de abril da Exclusão da ilicitude nos casos de interrupção voluntária da gravidez. <https://data.dre.pt/eli/lei/16/2007/p/cons/20160229/pt/html>

DRE. (2014). Decreto-Lei nº15/2014 de 21 de março: Acompanhamento da mulher grávida durante o trabalho de parto. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/ 15-2014-571943>

DRE, & OE. (2019a). Aviso n.o 15812/2019 de 7 de outubro: Universidade de Évora - Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

Dutra, I. N., & Bértolo, M. H. (2023). A Internet como fonte de informação e literacia em saúde na gravidez: Uma revisão scoping. *Pensar Enfermagem*, 27(1), 92-99. DOI: <https://doi.org/10.56732/pensarenf.v27i1.257>

Flores, K., Riveros, E. & Campillay M. (2021). Ética del cuidado y cuidado de enfermería. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 10(1), 03-17. DOI: <https://doi.org/10.22235/ech.v10i1.2124>

Fornari, L. & Pinho, I. (2022). Revisão da literatura com apoio de ferramentas digitais: avanços e desafios. *New Trends in Qualitative Research*, 10, 1-15. DOI: <https://doi.org/10.36367/ntqr.10.2022.e512>

Frias, A. & Damas, F. (2019). Preocupações maternas no momento da alta hospitalar. *Revista Ibero-Americana de Saúde e envelhecimento*, 5(2), 1846-1860. DOI: [http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2019.5\(2\).1846](http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2019.5(2).1846)

Frias, A. (2023). Enfermagem materna e obstétrica: cuidar no parto e no pós-parto. Guarujá. São Paulo: Editora Científica Digital, 1(5), 79-102. DOI 10.37885/978-65-5360-504-6

Galhanas, A. & Frias, A. (2024). Atuação do Enfermeiro durante o Climatério: Impacto na qualidade de vida da mulher. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 10(1), 109-123. DOI: [http://dx.doi.org/10.60468/r.riase.2024.10\(01\).658.109-123](http://dx.doi.org/10.60468/r.riase.2024.10(01).658.109-123)

Garad, R., McPhee, C., Chai, T. L., Moran, L., O'Reilly, S. & Lim, S. (2020). The Role of Health Literacy in Postpartum Weight, Diet, and Physical Activity. *Journal of Clinical Medicine*, 9, 1-14. DOI:10.3390/jcm9082463

Godinho, A., Florentino, D. M., Violante, F., Dias, H. & Coutinho, E. (2020). O Enfermeiro promotor da Saúde Sexual e Reprodutiva na Adolescência: O caso do Planeamento Familiar. *Revista da Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém*, 8(1), 358-370. DOI: <https://doi.org/10.25746/ruiips.v8.i1.19906>

Graça, L. (2017). *Medicina Materno-Fetal*. Lidel.

Guerra, M., Martins, I., Santos, D., Bernardino, A. & Pais, A. (2019). Ambiente da prática em enfermagem e qualidade dos cuidados. *Gestão e Desenvolvimento*, 27, 181-195. DOI: <https://doi.org/10.34632/gestaoedesenvolvimento.2019.380>

Haboba, L. (2022). A construção da comunicação terapêutica, a partir da prática do autoconhecimento para o profissional da enfermagem. *Revista Remecs - Revista Multidisciplinar de Estudos Científicos em Saúde*, 2(2), 21. <http://www.revistaremecs.recien.com.br/index.php/remecs/article/view/802>

Hartweg, D. L., & Orem, D. (1991). *Self-care deficit theory*. Sage.

Ibáñez de Garayo A., Ibáñez N., Castro Y., Franco M., Gutiérrez C. & Vidal I. (2021). Prevalencia y determinantes de la lactancia materna: estudio Zorrotzaurre. *Nutrición Hospitalaria*, 38(1), 50-59. DOI: <http://dx.doi.org/10.20960/nh.03329>

INE. (2023). *Mulheres em idade fértil (%) na população residente feminina por Local de residência*. Portal do INE. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0008254&contexto=bd&selTab=tab2

Klein, B., & Gouveia, H. (2022). Utilización De Métodos No Farmacológicos Para Aliviar El Dolor Durante El Trabajo De Parto. *Cogitare Enfermagem*, 27(0), e87102. DOI: dx.doi.org/10.5380/ce.v27i0.87102

- León C., Bolaños N., Vallejo C., Vásquez J., Rivero A.& González-Blanco M. (2022). Diabetes gestacional: factores de riesgo y complicaciones perinatales. *Revista Obstetricia e Ginecología Venezolana*, 82(1): 33-46. DOI: <https://doi.org/10.51288/00820106>
- Lima, V., Hollanda, G., Oliveira, B., Oliveria, I., Santos, L., Carvalho, C. (2019). Educação em saúde para gestantes: a busca pelo empoderamento materno no ciclo gravídico-puerperal. *Revista online de pesquisa Cuidado é fundamental*, 11 (4), 968-975. DOI: 10.9789/2175-5361.2019.v11i4.968-975
- Lopes, C., & Almeida, C. (2019). Literacia em saúde na prática. Lisboa: edições. ISPA. <https://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/7305/5/Literacia%20da%20Sa%C3%A3o%20Ade%20na%20Pr%C3%A3tica%20%28E-Book%29.pdf>
- López, J. L., Tello, I. C., C, A. M. & Vaca W. (2019). Manejo de la Diabetes Gestacional. *Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento*, 3(3), 297-315. DOI: 10.26820/recimundo/3.(3.Esp).noviembre.2019.297-31
- Lourenço, I., Gonçalves, M., Sequeira, M., Melo, M., & Gouveia, M. J. (2022). A tomada de decisão na gestão de cuidados em enfermagem: uma revisão narrativa da literatura. *Gestão e Desenvolvimento*, 30, 557-578. DOI: <https://doi.org/10.34632/gestaoedesenvolvimento.2022.11696>
- Magdalena, C. & Tamara, W. (2020). Antenatal and postnatal depression – Are Polish midwives really ready for them? *Midwifery*, 83, 1-9. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102646>
- Maliska I., Oliveira S.N., Andrade Z. B., Wilhelm L.&Velho M. Práticas no alojamento conjunto e satisfação com o atendimento segundo alta em aleitamento materno exclusivo. *Texto & Contexto Enfermagem*, 32, 1-15. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2023-0082pt>
- McCarter, D., Law, A., Cabullo, H. & Pinto, K. (2022). Scoping review of postpartum discharge education provided by nurses. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 51 (4), 377-387. DOI:10.1016/j.jogn.2022.03.002
- MCEESMO. (2012). *Parecer nº7/2012: Plano de Parto*. Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/MCEESMO_Parecer_7_2012_Plano_de_parto.pdf

Mota, J., Almeida, M., Magalhães, G., Souza, V., Silva, J., Anjos, K. (2021). Saberes e experiências de gestantes sobre autocuidado puerperal e cuidado do/a recém-nascido/a mediante práticas educativas. *Revista Baiana de Enfermagem*, 35, 1-12. DOI: 10.18471/rbe.v35.41929

Nelson, K. (2019). Newborn Individual Development Care and Assessment Program (NIDCAP): A Follow-up Systematic Review of the Literature. *Carolina Digital Repository*. DOI: <https://doi.org/10.17615/1nft-0h56>

Nené M., Marques R., & Batista, M. (2016). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Lidel Enfermagem.

OE. (2013). Projeto Maternidade com Qualidade. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-p%C3%A1ginas-antigas/projeto-maternidade-com-qualidad>

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

OE. (2015b). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf

OE. (2015c). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf

OE. (2019a). Parecer No43/2019: *Cálculo de dotações seguras nos cuidados de enfermagem de saúde materna e obstétrica*. Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10949/prop_reg_norma-dotacoes-seguras-cuidados-enfermagem_até-17032019-002.pdf

OE (2019b). *Regulamento n.o 140/2019 de 6 de fevereiro, Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Diário da República.

OE (2019c). *Regulamento n.o 85/2019 de 3 de maio, Regulamento das Competências específicas do enfermeiro especialista em Saúde Materna e Obstétrica*. Diário da República.

OE. (2020). *A supervisão clínica no desenvolvimento profissional*. Retrieved from <https://www.ordemenfermeiros.pt/norte/noticias/conteudos/a-supervisão-cl%C3%ADnica-no-desenvolvimento-profissional-vai-a-debate>

OE. (2021). *Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica: Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. https://ordemenfermeiros.pt/media/23179/ponto-3_padr%C3%B3es-qualidade-dos-cuidados-eesmo.pdf

Page, M., McKenzie, J., Bossuyt, P., Boutron, I., Hoffmann, T., Mulrow, C., Shamseer, L., Tetzlaff, J., Akl, E., Brennan, S., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J., Hróbjartsson, A., Lalu, M., Li, T., Loder, E., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., McGuinness, L., Stewart, L., Thomas, J., Tricco, A., Welch, V., Whithing, P. & Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372(71), 1-9. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>

Parasilitia, M., Vidirib, A., Perellic, F., Scambiad, G., Lanzonedand, A. & Cavaliere, A. (2023). Cesarean section rate: navigating the gap between WHO recommendedrange and current obstetrical challenges. *The journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicina*, 36 (2), 1-6. DOI: 10.1080/14767058.2023.2284112

Pereira-Mendes, Anabela. (2016). O exercício reflexivo na aprendizagem clínica: Subsídio para a construção do pensamento em enfermagem. *Revista Electrónica Educare*, 20(1), 189-211. DOI: <https://dx.doi.org/10.15359/ree.20-1.9>

Pordata. (2024a). *Estatísticas sobre Portugal e Europa: População residente* [dataset]. <https://www.pordata.pt/municipios/populacao+residente+total-359>

Pomar, L., Favre, G., de Labrusse, C., Contier, A., Boulvain, M., & Baud, D. (2022). Impact of the first wave of the COVID-19 pandemic on birth rates in Europe: a time series analysis in 24 countries. *Hum Reprod*, 37(12), 2921-2931. DOI:<https://doi.org/10.1093/humrep/deac215>

Pordata. (2023). *Estatísticas sobre Portugal e Europa: Idade média da mãe ao nascimento de um filho* [dataset].

<https://www.pordata.pt/portugal/idade+media+da+mae+ao+nascimento+de+um+filho-417>

Prodanov, C. & Freitas, E. (2013). *Metodologia do Trabalho Científico: Métodos e Técnicas da Pesquisa e do Trabalho Científico* (2^a ed). FEEVALE.

Queirós, P., Vidinha, T. & Filho, A. J. (2014). Autocuidado: O contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(3), 157-164. DOI: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14081>

Ramos A., Ramos, L., Marques, F. & Leal, F. (2017, julho, 13-14). *Parar-Refletir-Aprender: O contributo do Ciclo de Gibbs para a aprendizagem dos estudantes no CLE* [Comunicação Oral]. 4º Congresso Nacional de Práticas Pedagógicas no Ensino Superior, Setúbal, Portugal.

Salviano, M. E., Nascimento, P. D., Paula, M., Vieira, C., Frison, S., Maia, M., Souza, K. & Borges, E. (2016). Epistemology of nursing care: a reflection on its foundations. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(6):1172-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0331>

Santos, M. J., Ferreira, E., Figueiredo, A. & Ferreira, M. (2019). Desenvolvimento das Políticas e dos Cuidados de Saúde Sexual e Reprodutiva em Portugal. *História da Ciência e Ensino*, 20, 303-315. DOI: <http://dx.doi.org/10.23925/2178-2911.2019v20espp303-315>

Secção Portuguesa de Menopausa. (2021). *Consenso Nacional sobre Menopausa*. In (Loures Gráfica, Sociedade de Artes Gráficas, Lda ed.).

SEF. (2022). *Relatório de Imigração, Fronteiras e Asilo 2022*.

Sequeira, A., Pousa, O. & Amaral, C. (2020). *Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica* (1^aed). Lidel.

Shahinfar, S., Abedi, P., Najafian, M., Abbaspoor, Z., Mohammadi, E. & Alianmoghaddam N. (2021). Women's perception of continuity of team midwifery care in Iran: a

qualitative content analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21(173), 1-9. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12884-021-03666-z>

Shamasbi, S., Barkin, J., Ghanbari-Homayi, S., Eyvazzadeh, O. & Mirghafourvand, M. (2020). The relationship between maternal functioning and mental health after childbirth in Iranian Women. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17 (5), 1-11. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph17051558>

Silva, M., Demitto, M., Agnolo, C., Torres, M., Carvalho, M., & Peloso, S. (2017). Tristeza materna em puérperas e fatores associados. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (18), 08-13. DOI: 10.19131/rpesm.0186

Silva, L., Santana, T., Silva, L., Rocha, L., Canhoto, C., Dantas, K., Silva, A., Silva, E., Melo, M.I., Silva, R., Figueira, M. C., Siqueira, R., Martins, M., Silva, S. & Oliveira, C. (2019). Estágio curricular supervisionado: dificuldades e perspectivas vivenciadas por acadêmicos de enfermagem. *Revista Eletrônica Acervo Saúde / Electronic Journal Collection Health*, 18, 662. DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e662.2019>

Singh, N., Pradeep, Y. & Jauhari, S. (2020). Indications and Determinants of Cesarean Section: A cross-Sectional Study. *Internacional Journal of applied & basic medical research*, 10(4), 280-285. DOI: 10.4103/ijabmr.IJABMR_3_20

SNS. (2015). *O que é o Teste do Pezinho?* <https://www.insa.min-saude.pt/o-que-e-o-teste-do-pezinho/>

SNS. (2018). *Uma década de “Hospital Amigo dos Bebés” – CH / Algarve.* <https://www.chualgarve.min-saude.pt/noticias/portimao-uma-decada-de-hospital-amigo-dos-bebes/>

SNS. (2023). *Partos e Cesarianas nos Cuidados de Saúde Hospitalares.* <https://transparencia.sns.gov.pt/explore/embed/dataset/partos-e-cesarianas>

SNS. (2024a). *Centro Hospitalar Universitário do Algarve-Instituição.* <https://www.chualgarve.min-saude.pt/instituicao/>

SNS. (2024b). *Centro Hospitalar Universitário do Algarve-Posicionamento estratégico.* <https://www.chualgarve.min-saude.pt/posicionamento-estrategico/>

- SNS. (2024c). *Centro Hospitalar Universitário do Algarve-Área de Influência.* <https://www.chualgarve.min-saude.pt/chalgarve-em-numeros /area-de-influencia/>
- SNS. (2024d). *Partos e Cesarianas nos Cuidados de Saúde Hospitalares.* <https://transparencia.sns.gov.pt/explore/dataset/partos-e-cesarianas/>
- SNS. (2024e). *Unidade Local de Saúde Almada-Seixal – Instituição* <https://www.hgo.min-saude.pt/category/institucional/instituicao/>
- SNS. (2024f). *Unidade Local de Saúde Almada-Seixal – Área Materna e Infantil* <https://www.hgo.min-saude.pt/category/servicos/area-materna-e -infantil/>
- SNS. (2024g). *Unidade Local de Saúde Almada-Seixal – Nasce hoje a ULS Almada-Seixal.* <https://www.hgo.min-saude.pt/2024/01/01/ nasce-hoje-a-uls-almada-seixal/>
- Sousa, M., Junior, E., Martins, M., & Felipe, A. (2020). As ações de enfermagem para assistência à gestante na gravidez tardia. *Brazilian Journal of Development*, 6(5), 30730-30748. DOI: <https://doi.org/10.34117/bjdv6n5-509>
- SPN (s.d.). *Sociedade Portuguesa de Neonatologia. Apresentação.* <https://www.spneonatologia.pt/spn/presentation/>
- Stafford, J., Goggins, E. R., Lathrop, E. & Haddad, L. (2021). Health Literacy and Associated Outcomes in the Postpartum Period at Grady Memorial Hospital. *Maternal and Child Health Journal*, 25 (4), 599-605. DOI: doi: 10.1007/s10995-020-03030-1
- Timoteo, F., Silva, R. M., Manfrini, G & Baggio, M. (2023). Cuidado cultural em região de fronteira: perspectiva de enfermeiros da atenção primária à saúde. *Revista Enfermagem UERJ*, 31(1):e72771. DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2023.72771>
- Tomey, A., & Alligood, M. (2002). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)* (5a). Lusociênciia.
- Tosto, V., Ceccobelli, M., Lucarini, E., Tortorella, A., Gerli, S., Parazzini, F. & Favilli, A. (2023). Maternity Blues: A Narrative Review. *Journal of Personalized Medicine*, 13(154), 1-14. DOI: <https://doi.org/10.3390/jpm13010154>

- UNESCO. (2020). *Global education monitoring report 2020: Gender report, A new generation: 25 years of efforts for gender equality in education*—UNESCO Digital Library. <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000374514>
- UNICEF (s. d.). *Iniciativa Amiga dos Bebés*. <https://www.unicef.pt/o-que-fazemos/o-nosso-trabalho-em-portugal/iniciativa-amiga-dos-bebes/>
- Vlassakl, E., Miteniece, E., Keulen, J. K., Gravendeel, M., Korstjens, I., Budé, L., Hendrix M. & Nieuwenhuijze, M. (2024). Development of the Conversational Health Literacy Assessment Tool for maternity care (CHAT-maternity-care): participatory action research. *BMC Health Services Research*, 24(135), 1-11. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-024-10612-0>
- Ventura-Silva, J., Martins, M., Trindade, L., Ribeiro, O., & Cardoso, M. (2021). Métodos de trabalho dos enfermeiros em hospitais: Scoping review/ Working methods of nurses in hospitals: scoping review/ Métodos de trabajo de las enfermeras en los hospitales: scoping review. *Journal Health NPEPS*, 6(2), 278-295. <https://periodicos.unemat.br/index.php/jhnpeps/article/view/5480>
- Vieira, T., Araujo, C., Souza, E., Costa, M., Teston, E., Benedetti, G., & Marquete, V. (2018). Vivenciando o climatério: Percepções e vivências de mulheres atendidas na atenção básica. *Enfermagem em Foco*, 9(2), 40-45. DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2018.v9.n2.1084>
- WHO. (2009). *Baby-Friendly Hospital Initiative: Revised, Updated and Expanded for Integrated Care*. World Health Organization. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK153471/>
- WHO. (2012). *Health education: theoretical concepts, effective strategies and core competencies*. WHO Library Cataloguing. http://applications.emro.who.int/dsaf/EMRPUB_2012_EN_1362.pdf
- WHO. (2014a). *Health Promotion - The Ottawa Charter for Health Promotion*. <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
- WHO (2014b). *WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience*. Geneva. World Health Organization

- WHO. (2015). *Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas.* https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf
- WHO. (2016). *Recomendações da OMS sobre cuidados pré-natais para uma experiência positiva na gravidez.* World Health Organization <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/250800/WHO-RHR-16.12-por.pdf>
- WHO. (2017). *Programme reporting standards for sexual, reproductive, maternal, newborn, child and adolescent health (WHO/MCA/17.11).* World Health Organization <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/258932/WHO-MCA-17.11-eng.pdf>
- WHO. (2018a). *WHO recommendations: Non-clinical interventions to reduce unnecessary caesarean sections.* <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789241550338>
- WHO. (2018b). *WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience.* World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/260178>
- WHO. (2020). *Manual de políticas e estratégias para a qualidade dos cuidados de saúde: uma abordagem prática para formular políticas e estratégias destinadas a melhorar a qualidade dos cuidados de saúde.* Genebra: World Health Organization.
- WHO (2022). *Guide for integration of perinatal mental health in maternal and child health services.* Geneva. World Health Organization.
- Zugaib. M. (2016). *Obstetrícia.* Brasil: Manole Ltda

ANEXOS

Promoção do autocuidado da mulher no período pós-parto

Anexo I – PARTOGRAMA

ata	/	/	Patologia materna:																																																																												
ora:																																																																															
ID	—	—	Patologia da gravidez:																																																																												
IG	—	—	Patologia fetal:																																																																												
Gravidez viável:	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>																																																																											
Gravidez gestacional:	Sim	<input checked="" type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>																																																																											
Cesariana anterior:	Data	/	Retorno B.A:	Não <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/>																																																																											
Motivo:																																																																															
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Hora</th> <th colspan="4"></th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>10</td><td colspan="4"></td></tr> <tr><td>9</td><td colspan="4"></td></tr> <tr><td>8</td><td colspan="4"></td></tr> <tr><td>D</td><td colspan="4"></td></tr> <tr><td>7</td><td colspan="4"></td></tr> <tr><td>F</td><td colspan="4"></td></tr> <tr><td>L</td><td colspan="4"></td></tr> <tr><td>A</td><td colspan="4"></td></tr> <tr><td>5</td><td colspan="4"></td></tr> <tr><td>4</td><td colspan="4"></td></tr> <tr><td>C</td><td colspan="4"></td></tr> <tr><td>2</td><td colspan="4"></td></tr> <tr><td>1</td><td colspan="4"></td></tr> <tr><td>0</td><td colspan="4"></td></tr> </tbody> </table>					Hora					10					9					8					D					7					F					L					A					5					4					C					2					1					0				
Hora																																																																															
10																																																																															
9																																																																															
8																																																																															
D																																																																															
7																																																																															
F																																																																															
L																																																																															
A																																																																															
5																																																																															
4																																																																															
C																																																																															
2																																																																															
1																																																																															
0																																																																															
APAGAMENTO																																																																															
VAREJADE																																																																															
CONTRAIÇÕES																																																																															
[LA] [CH/M/TM]																																																																															
CTG [T1/T2/T3]																																																																															
FCF (bpm)																																																																															
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Hora</th> <th colspan="4"></th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>PO (mHg)</td><td colspan="4"></td></tr> <tr><td>SONOS</td><td colspan="4"></td></tr> <tr><td>TA (mmHg)</td><td colspan="4"></td></tr> <tr><td>FC (bpm)</td><td colspan="4"></td></tr> </tbody> </table>					Hora					PO (mHg)					SONOS					TA (mmHg)					FC (bpm)																																																						
Hora																																																																															
PO (mHg)																																																																															
SONOS																																																																															
TA (mmHg)																																																																															
FC (bpm)																																																																															
TEMPERATURA																																																																															
BMI testa (mg/dl)																																																																															
CATETER EPIDURAL (ml/h)																																																																															
ELIMINAÇÃO VESICAL																																																																															
ASSINATURA																																																																															
TP MECANOGRÁFICO																																																																															
<p>Diagram illustrating fetal measurements: DP - Diametro Biparietal SOF - Suboccipito Frontal SMA - Submento-Auricular Peso - 3,5 kg Altura - 40 cm Cabeça - 10 cm Corpo - 15 cm Extremidades - 15 cm</p>																																																																															
Acompanhante:																																																																															
Prestador epidural: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>																																																																															
Cateter epidural aplicado por:																																																																															
Horas:																																																																															
<p>Legenda:</p> <ul style="list-style-type: none"> C - Claro H - Hemático M - mesônio TM-Tinto mesônio <p>↑ RABA ↓ REBA</p>																																																																															

Anexo II - Certificado de participação no curso “Reanimação e Técnicas em Neonatologia” das Jornadas Neonatais da Primavera

Unidade Local de Saúde do Algarve, E.P.E.
Departamento de Ensino, Inovação e Investigação
Pessoa Coletiva nº 510 745 997

Entidade acreditada pela ACSS
Processo de Renovação 22/12/2008 e
Despacho Ministerial de 13/12/2009

Declaração

Declara-se que **Miriam Márquez Gambín** participou no evento Jornadas Neonatais da Primavera, promovido pela Unidade Local de Saúde do Algarve, realizado a 17 de maio de 2024 na Escola Secundária João de Deus, em Faro.

Faro, 6 de junho de 2024

Rita Munhoz
Departamento de Ensino, Inovação e Investigação

Sede
Rua Leão Penedo, 8000-386, Faro
DEEI Faro:
centroformacao@chialgarve-min.saude.pt
DEEI Portimão:
cfc.ptm@chialgarve-min.saude.pt
CHUALG_CRIC_05_CERT_2017

Entidade Reguladora



GOVERNO DA REPÚBLICA
PORTUGUESA



UNIÃO EUROPEIA
Fundo Social Europeu

Anexo III - Certificado de participação nas Jornadas “Nova realidade, agir em equipa”



APÊNDICES

Apêndice A - Proposta de projeto/tese/dissertação/estágio/trabalho de projeto (modelo T-005), resumo, plano e cronograma

 Cursos de 3.º Ciclo, 2.º Ciclo e Mestrado Integrado PROPOSTA DE PROJETO DE TESE / DISSERTAÇÃO / ESTÁGIO / TRABALHO DE PROJETO	MODELO T-005 Ano Letivo: <u>2023</u> / <u>2024</u>																																
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;">1. DELIBERAÇÃO DO CONSELHO CIENTÍFICO DA ESCOLA (A ser emitido apenas em GesDOC)</td> <td style="width: 50%; padding: 5px;">2. PARECER DO DIRETOR DE CURSO (A ser emitido apenas em GesDOC)</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">3. IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDANTE</td> </tr> <tr> <td colspan="2"> Nome Completo: Miriam Márquez Gambín Número: 53201 Ciclo de Estudos: <input type="checkbox"/> 3.º Ciclo <input checked="" type="checkbox"/> 2.º Ciclo <input type="checkbox"/> Mestrado Integrado Curso: Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica Especialidade/Plano Alternativo: </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">4. CONTACTOS DO ESTUDANTE</td> </tr> <tr> <td colspan="2"> Telef.: 935593618 E-mail: m53201@alunos.uevora.pt </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">5. PROPOSTA</td> </tr> <tr> <td colspan="2"> <input type="checkbox"/> Entrega de 1.º Projeto <input checked="" type="checkbox"/> Entrega de Projeto Reformulado <input type="checkbox"/> Entrega de 2.º Projeto por Reingresso <input type="checkbox"/> Proposta de Alteração de Projeto <small>Neste caso, assinale os quadros deste formulário em que propõe alterações (Só deve preencher os respetivos quadros)</small> <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. </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">6. JUSTIFICAÇÃO DA PROPOSTA DE ALTERAÇÃO (A preencher apenas no caso de no quadro 5 ter escolhido esta opção)</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">7. TIPO DE TRABALHO (de acordo com o previsto no Plano de Estudos do Curso)</td> </tr> <tr> <td colspan="2"> <small>APENAS NO CASO DE PROGRAMA DE DOUTORAMENTO:</small> <input type="checkbox"/> Tese Formato da Tese: <input type="checkbox"/> Dissertação sobre o tema de investigação <input type="checkbox"/> Dissertação <input type="checkbox"/> Compilação de artigos publicados <input type="checkbox"/> Obra ou conjunto de obras, ou realizações, com carácter inovador (no domínio das artes) </td> </tr> <tr> <td colspan="2"> <small>PARA MESTRADO OU MESTRADO INTEGRADO:</small> <input type="checkbox"/> Dissertação <input checked="" type="checkbox"/> Estágio <input type="checkbox"/> Trabalho de Projeto </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">8. LÍNGUA DE REDAÇÃO</td> </tr> <tr> <td colspan="2"> <input checked="" type="checkbox"/> Português <input type="checkbox"/> Inglês <input type="checkbox"/> Espanhol <input type="checkbox"/> Francês <input type="checkbox"/> Outra: _____ </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">9. TÍTULO DO TRABALHO</td> </tr> <tr> <td colspan="2"> Título (na língua de redação): Promoção do autocuidado da mulher no período pós-parto. </td> </tr> <tr> <td colspan="2"> <small>Título em Inglês: Promoting Self Care for Postpartum Women.</small> </td> </tr> </table>		1. DELIBERAÇÃO DO CONSELHO CIENTÍFICO DA ESCOLA (A ser emitido apenas em GesDOC)	2. PARECER DO DIRETOR DE CURSO (A ser emitido apenas em GesDOC)	3. IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDANTE		Nome Completo: Miriam Márquez Gambín Número: 53201 Ciclo de Estudos: <input type="checkbox"/> 3.º Ciclo <input checked="" type="checkbox"/> 2.º Ciclo <input type="checkbox"/> Mestrado Integrado Curso: Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica Especialidade/Plano Alternativo:		4. CONTACTOS DO ESTUDANTE		Telef.: 935593618 E-mail: m53201@alunos.uevora.pt		5. PROPOSTA		<input type="checkbox"/> Entrega de 1.º Projeto <input checked="" type="checkbox"/> Entrega de Projeto Reformulado <input type="checkbox"/> Entrega de 2.º Projeto por Reingresso <input type="checkbox"/> Proposta de Alteração de Projeto <small>Neste caso, assinale os quadros deste formulário em que propõe alterações (Só deve preencher os respetivos quadros)</small> <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.		6. JUSTIFICAÇÃO DA PROPOSTA DE ALTERAÇÃO (A preencher apenas no caso de no quadro 5 ter escolhido esta opção)		7. TIPO DE TRABALHO (de acordo com o previsto no Plano de Estudos do Curso)		<small>APENAS NO CASO DE PROGRAMA DE DOUTORAMENTO:</small> <input type="checkbox"/> Tese Formato da Tese: <input type="checkbox"/> Dissertação sobre o tema de investigação <input type="checkbox"/> Dissertação <input type="checkbox"/> Compilação de artigos publicados <input type="checkbox"/> Obra ou conjunto de obras, ou realizações, com carácter inovador (no domínio das artes)		<small>PARA MESTRADO OU MESTRADO INTEGRADO:</small> <input type="checkbox"/> Dissertação <input checked="" type="checkbox"/> Estágio <input type="checkbox"/> Trabalho de Projeto		8. LÍNGUA DE REDAÇÃO		<input checked="" type="checkbox"/> Português <input type="checkbox"/> Inglês <input type="checkbox"/> Espanhol <input type="checkbox"/> Francês <input type="checkbox"/> Outra: _____		9. TÍTULO DO TRABALHO		Título (na língua de redação): Promoção do autocuidado da mulher no período pós-parto.		<small>Título em Inglês: Promoting Self Care for Postpartum Women.</small>	
1. DELIBERAÇÃO DO CONSELHO CIENTÍFICO DA ESCOLA (A ser emitido apenas em GesDOC)	2. PARECER DO DIRETOR DE CURSO (A ser emitido apenas em GesDOC)																																
3. IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDANTE																																	
Nome Completo: Miriam Márquez Gambín Número: 53201 Ciclo de Estudos: <input type="checkbox"/> 3.º Ciclo <input checked="" type="checkbox"/> 2.º Ciclo <input type="checkbox"/> Mestrado Integrado Curso: Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica Especialidade/Plano Alternativo:																																	
4. CONTACTOS DO ESTUDANTE																																	
Telef.: 935593618 E-mail: m53201@alunos.uevora.pt																																	
5. PROPOSTA																																	
<input type="checkbox"/> Entrega de 1.º Projeto <input checked="" type="checkbox"/> Entrega de Projeto Reformulado <input type="checkbox"/> Entrega de 2.º Projeto por Reingresso <input type="checkbox"/> Proposta de Alteração de Projeto <small>Neste caso, assinale os quadros deste formulário em que propõe alterações (Só deve preencher os respetivos quadros)</small> <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.																																	
6. JUSTIFICAÇÃO DA PROPOSTA DE ALTERAÇÃO (A preencher apenas no caso de no quadro 5 ter escolhido esta opção)																																	
7. TIPO DE TRABALHO (de acordo com o previsto no Plano de Estudos do Curso)																																	
<small>APENAS NO CASO DE PROGRAMA DE DOUTORAMENTO:</small> <input type="checkbox"/> Tese Formato da Tese: <input type="checkbox"/> Dissertação sobre o tema de investigação <input type="checkbox"/> Dissertação <input type="checkbox"/> Compilação de artigos publicados <input type="checkbox"/> Obra ou conjunto de obras, ou realizações, com carácter inovador (no domínio das artes)																																	
<small>PARA MESTRADO OU MESTRADO INTEGRADO:</small> <input type="checkbox"/> Dissertação <input checked="" type="checkbox"/> Estágio <input type="checkbox"/> Trabalho de Projeto																																	
8. LÍNGUA DE REDAÇÃO																																	
<input checked="" type="checkbox"/> Português <input type="checkbox"/> Inglês <input type="checkbox"/> Espanhol <input type="checkbox"/> Francês <input type="checkbox"/> Outra: _____																																	
9. TÍTULO DO TRABALHO																																	
Título (na língua de redação): Promoção do autocuidado da mulher no período pós-parto.																																	
<small>Título em Inglês: Promoting Self Care for Postpartum Women.</small>																																	

10. ORIENTAÇÃO (Anexar declaração(es) de aceitação)	
Nome: <u>Maria da Luz Barros</u> Universidade/Instituição: <u>Universidade de Évora/Escola Superior de Enfermagem São João de Deus</u> N.º Identificação Civil: <u>08257980</u> - ZZ3 Tipo de Identificação: <input type="checkbox"/> BI <input checked="" type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> Passaporte <input type="checkbox"/> Outro: _____ <small>(a preencher apenas para orientadores externos)</small> Telef.: <u>+351917127477</u> E-mail: <u>mlb@uevora.pt</u> ID ORCID: <u>0000-0002-5620-0162</u>	
Nome: _____ Universidade/Instituição: _____ N.º Identificação Civil: <u>-</u> Tipo de Identificação: <input type="checkbox"/> BI <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> Passaporte <input type="checkbox"/> Outro: _____ <small>(a preencher apenas para orientadores externos)</small> Telef.: _____ E-mail: _____ ID ORCID: _____	
Nome: _____ Universidade/Instituição: _____ N.º Identificação Civil: <u>-</u> Tipo de Identificação: <input type="checkbox"/> BI <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> Passaporte <input type="checkbox"/> Outro: _____ <small>(a preencher apenas para orientadores externos)</small> Telef.: _____ E-mail: _____ ID ORCID: _____	
11. ÁREA DISCIPLINAR E PALAVRAS-CHAVE DO TRABALHO	
Domínio Científico e Tecnológico (Área FOS): <u>Ciências da Saúde</u> ▼ <small>Consulte a lista de Áreas FOS em: http://www.dgec.mec.pt/np4/28</small> Palavras-chave (5 palavras, separadas por ';'): <u>Autocuidado; Enfermeiras Obstétricas; Mulher; Período Pós-Parto; Promoção da Saúde</u>	
12. DOMÍNIO A INVESTIGAR/TEMA	
Autocuidado no pós-parto.	
13. RESUMO, PLANO E CRONOGRAMA [Se necessário submeter como anexo a este impresso]	
Descritores (DeCS): Autocuidado; Enfermeiras Obstétricas; Mulher; Período pós-parto; Promoção da Saúde.	
14. DOCUMENTOS ANEXOS	
<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 I&D 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: _____	
15. DECLARAÇÃO DO ESTUDANTE	
<p>Nos termos do Regulamento Académico da Universidade de Évora (RAUE) em vigor, entrego o projeto de Tese/ Dissertação/Estágio/Trabalho Projeto (conforme indicado no quadro 6 deste impresso) do qual, após aprovado pelo Conselho Científico, será efetuado o respetivo registo nos Serviços Académicos na Universidade de Évora.</p> <p>Declaro que caso efetue alguma alteração a este projeto a ser aprovado (título, orientador, língua, etc.) procederei nos termos do referido regulamento, a entrega do projeto de alteração no prazo máximo de 30 dias antes da entrega da T/D/E/TP.</p>	

13.

RESUMO, PLANO E CRONOGRAMA

O projeto de estágio que aqui se apresenta, está inserido no Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final (ENPRF), uma unidade curricular que integra o 2º ano do Curso de Mestrado em Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica da Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem São João de Deus (UÉ- ESESJD), com registo na Direção-Geral do Ensino Superior (R/A-Ef 1783/2011/AL03), tendo parecer favorável da Ordem dos Enfermeiros (OE) (SAI -OE/2017/9022 e SAI -OE/2019/5981), que confere conhecimentos e competências necessários para a obtenção do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EESMO). O referido curso está em conformidade com o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Reg. nº 140/2019 de 6 de fevereiro) e o Regulamento das Competências Específicas do EESMO (Reg. nº 391/2019 de 3 de maio). O ENPRF, decorre em dois semestres, onde o estudante irá desenvolver competências em diferentes âmbitos da área da saúde materna e obstétrica, sendo em Bloco de partos, Cuidados em Saúde Primários ou Consultas Externas de Obstetrícia, Serviço de Grávidas/Ginecologia, Urgências Obstétricas e Ginecológicas, Puerpério e Neonatologia (este último apenas observacional). A vivência destas experiências práticas permite adquirir e desenvolver as competências exigidas e dar resposta ao preconizado na Diretiva Europeia, transposta para a Lei Portuguesa através da Lei nº 9 /2009 de 4 de março, com várias atualizações. A par do desenvolvimento de competências, prevê-se ainda o aprofundamento de um tema que traga contributos para a Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. O tema escolhido dá o nome ao projeto e adequa-se a uma das competências do EESMO descritas no Artigo 4, ponto 1 e alínea d) do Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica (Regulamento nº391/2019, 3 maio de 2019), onde é referida a importância do "cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal".

A promoção do autocuidado é fundamental em todas as fases da vida da mulher, mas sendo o período pós-parto um momento vital bastante frágil para a mulher, é fundamental que a puérpera saiba cuidar de si para poder cuidar com qualidade do recém-nascido, atendendo sempre aos sinais de alerta durante este período para contribuir a uma melhor prevenção de possíveis complicações no período pós-parto (OE, 2015).

O puerpério ou período pós-parto é uma etapa da vida da mulher que pode ser considerada como única e irrepetível, sendo um momento protagonizado por mudanças e adaptações (Frias & Damas, 2019). Esta etapa é descrita como o período de seis semanas após o parto, onde têm lugar o retrocesso das mudanças a nível anatómico e fisiológico que acompanham a gravidez (OE, 2015). Devido às transformações intensas a nível pessoal e no entorno próximo que se derivam deste momento vital na puérpera, é considerado um período bastante vulnerável para a mesma (OE, 2015). Este estado de vulnerabilidade pode estar relacionado a informações inseguras, questões relacionadas com o vínculo com o bebé, relacionamento interpessoal, mudanças na dinâmica familiar, sexualidade e autoestima, entre outras (Lima et al., 2019). Neste sentido, a promoção da saúde mental adquire um papel muito importante nos cuidados pós parto e na promoção do autocuidado à puérpera, sendo que implica uma especial atenção por parte dos profissionais de saúde (DGS, 2005).

Além disso, o período pós-parto apresenta maior possibilidade de intercorrências clínicas como anemias, hemorragias e infecções. Sendo que as infecções puererais estão entre as principais causas de mortalidade materna, autores alertam da importância e da necessidade de identificar os aspectos do autocuidado e os fatores atenuantes e agravantes, como forma de promover a saúde e prevenir este tipo de complicações (Mota et al., 2021).

Após o parto, as mulheres são vigiadas em ambiente hospitalar num curto período de tempo pelo que, o apoio e aconselhamento com vista ao auto cuidado necessitam ser geridos de modo cauteloso para não comprometer a saúde e bem-estar da diáde. O internamento poderá variar entre 24 horas se for parto vaginal não complicado e 48 horas se for cesariana (Zugaib, 2016). Durante este período no hospital, existem muitas dúvidas e inseguranças por parte da maioria das puérperas derivadas da falta de conhecimentos e de preparação para a vivência do pós-parto (Bryant et al., 2023). Inclusivamente, a grande maioria das mulheres durante este período consideram mais importante os cuidados relacionados com o recém-nascido e a família do que o seu autocuidado (Frias & Damas, 2019). Tendo em conta a curta duração do internamento, o apoio à mulher e à família pelos profissionais de saúde, concretamente enfermeiros, é fundamental para prevenir desequilíbrios a nível pessoal e familiar e promover a saúde e o bem-estar da puérpera, família e recém-nascido (OE, 2015).

O EESMO, enquanto educador, assume uma importante responsabilidade no cuidado à saúde da mulher, ao desenvolver as suas ações educativas pautadas na individualidade, integralidade, autocuidado e empoderamento feminino (Mota et al., 2021) assumindo, desta forma, uma filosofia de cuidados centrados na mulher, considerando as necessidades da mesma através de um processo de decisão baseado em informação veraz, priorizando o envolvimento da mulher, a capacidade de resposta, a eficácia e a continuidade dos cuidados prestados (OE, 2015).

Antes da alta hospitalar, a mulher deve ser orientada em relação às modificações esperadas no período pós-parto e aos cuidados que deverá ter consigo e com o recém-nascido (Zugaib, 2016), incluindo suporte emocional e apoio ao início da amamentação (McCarter et al., 2022). As mulheres orientadas e informadas terão certamente mais segurança, confiança e menos ansiedade para o seu autocuidado e cuidado do bebé, contribuindo para a sua independência quanto às demandas de saúde e capacitando-a para o regresso a casa (Frias & Damas, 2019, Mota et al., 2021). Desta forma, a puérpera adquire a informação necessária para identificar os sinais de alerta de forma precoce e minimização de vulnerabilidades, aspectos indispensáveis para promoção da saúde e redução dos índices de morbimortalidade materna e neonatal (Mota et al., 2021), melhorando assim a saúde pós-parto (Bryant et al., 2023).

O EESMO tem também a responsabilidade de examinar à puérpera antes da alta, assim como validar se os ensinos e orientações foram realizados adequadamente como forma de garantir e promover o autocuidado e a autonomia da puérpera (OE, 2015).

Promoção do autocuidado da mulher no período pós-parto

PLANO DE ATIVIDADES				
Campo Clínico	Objetivos	Atividades a Desenvolver	Resultados Esperados	Processo de Avaliação
Consulta Externa De Obstetrícia CHUA, Faro	<ul style="list-style-type: none"> - Cuidar da mulher e casal no período pré-natal - Cuidar da mulher que vivência processos de saúde ou doença ginecológica 	<ul style="list-style-type: none"> - Assistência a mulheres na vigilância da gravidez - Orientação e assistência a mulheres em fase de diagnóstico pré-natal - Orientação e assistência à puérpera e ao recém-nascido - Orientação e assistência à mulher que vivencia um processo de saúde ou doença, no âmbito da sexualidade, planeamento familiar e no período pós-concepcional 	<ul style="list-style-type: none"> - Promove a saúde e previne a doença na mulher grávida - Previne e realiza um diagnóstico precoce de complicações na saúde da mulher e do feto durante o período pré-natal - Promove a saúde da puérpera e do recém-nascido - Previne e diagnostica complicações puerperais e do recém-nascido - Previne e realiza um diagnóstico precoce de complicações relacionadas com afecções urogenitais ou mamárias 	<ul style="list-style-type: none"> - Programa informático no serviço - Protocolos implementados no serviço - Boletim de Saúde da Grávida - Boletim de Saúde Infantil
Sala de Partos- CHUA, Faro/ Garcia da Orta, Lisboa	<ul style="list-style-type: none"> - Cuidar da mulher e família durante o trabalho de parto - Cuidar da mulher e família durante o período pós-natal 	<ul style="list-style-type: none"> - Prestação de cuidados de enfermagem gerais e especializados à parturiente - Prestar cuidados de enfermagem ao recém-nascido - Prestar cuidados de enfermagem à puérpera no período de puerpério imediato (até 2 horas de recobro) 	<ul style="list-style-type: none"> - Promove a saúde da mulher, diagnostica e previne complicações durante o trabalho de parto - Optimiza a adaptação do recém-nascido à vida extrauterina - Diagnostica e previne complicações para a saúde da mulher e do recém-nascido - Promove o autocuidado. 	<ul style="list-style-type: none"> - Programa informático no serviço - Protocolos implementados no serviço - Boletim de Saúde da Grávida - Partograma
Serviço de Grávidas patológicas/Ginecologia CHUA, Faro	<ul style="list-style-type: none"> - Cuidar da mulher/casal no período pré-natal - Cuidar da mulher e família que vivencia processos de saúde ou doença ginecológica, quer no período fértil como no climatério 	<ul style="list-style-type: none"> - Prestação de cuidados de enfermagem a grávidas patológicas ou em situação de abortamento em gravidez até 22 semanas de idade gestacional - Prestação de cuidados de enfermagem à grávida e puérpera com feto morto ou em processo de Interrupção Legal da Gravidez - Prestação de cuidados de enfermagem à mulher com afecção do aparelho genito-urinário ou da mama - Prestação de cuidados pré e pós-operatórios em mulheres submetidas a cirurgia ginecológica ou ginecologia oncológica 	<ul style="list-style-type: none"> - Promove a saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento ou Interrupção Legal da Gravidez - Promove a saúde da mulher a nível ginecológico - Previne e realiza um diagnóstico precoce de complicações relacionadas com afecções urogenitais ou mamárias - Promove a reabilitação da mulher com patologia ginecológica 	<ul style="list-style-type: none"> - Programa informático no serviço - Protocolos implementados no serviço - Boletim de Saúde da Grávida - Partograma
Serviço de Obstetrícia CHUA, Faro	<ul style="list-style-type: none"> - Cuidar da mulher e do casal no período pós-natal 	<ul style="list-style-type: none"> - Prestação de cuidados de enfermagem à puérpera - Prestação de cuidados de enfermagem ao recém-nascido 	<ul style="list-style-type: none"> - Promove a saúde da mulher e do recém-nascido no período de puerpério - Previne e realiza um diagnóstico precoce de complicações na saúde da mulher e recém-nascido no período de puerpério - Identifica as necessidades de autocuidado da puérpera e recém-nascido. - Intervém de modo a ajudar a puérpera a tomar decisões esclarecidas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Programa informático no serviço - Protocolos implementados no serviço - Boletim de Saúde da Grávida - Partograma
Pesquisa temática para Relatório	<ul style="list-style-type: none"> - Adquirir conhecimento teórico-prático sobre a promoção do autocuidado na mulher no período pós-parto 	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar estratégias de promoção de autocuidado na puérpera 	<ul style="list-style-type: none"> - Aplica conhecimentos teórico-práticos sobre a promoção do autocuidado na mulher no período pós-parto especializados nos cuidados de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica - Realiza sessão de Educação para a Saúde da grávida/casal sobre a promoção do autocuidado na puérpera - Realiza formação em serviço de Obstetrícia sobre a promoção do autocuidado na puérpera 	<ul style="list-style-type: none"> - Recolha e análise de dados sobre autocuidado na mulher no período pós-parto - Reflexão crítica

Tarefas	2023					2024										
	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Sep	Out	Nov
Reuniões para elaboração de Projeto																
Revisão de Literatura																
Elaboração de Projeto																
Submissão do Projeto																
Desenvolvimento de competências nos diversos campos clínicos																
Pesquisa e aprofundamento da temática escolhida																
Elaboração do Relatório																
Entrega do Relatório Final																

BIBLIOGRAFIA

Bryant, A., Coleman, J., Shi, X., Rodriguez, M., Papadopoulos, A., Merz, K., Leonard, J., Samia, N., Marceau, L. (2023). The Power and Promise of Postpartum Self Care: Evaluation of a Web-Based Tool for Underserved Women. *Maternal and Child Health Journal*, 27, 548-555. <https://doi.org/10.1007/s10995-023-03605-8>

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

DRE, & OE. (2019a). Aviso n.o 15812/2019 de 7 de outubro: Universidade de Évora - Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

Frias, A., Damas, F. (2019). Preocupações maternas no momento da alta hospitalar. *Revista ibero-americana em saúde e envelhecimento*, 5 (2), 1846-1860.

DOI: [http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2019.5\(2\).1846](http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2019.5(2).1846)

Lima, V., Hollanda, G., Oliveira, B., Oliveria, I., Santos, L., Carvalho, C. (2019). Educação em saúde para gestantes: a busca pelo empoderamento materno no ciclo grávidico-puerperal. *Revista online de pesquisa Cuidado é fundamental*, 11 (4), 968-975. DOI: 10.9789/2175-5361.2019.v11i4.968-975

McCarter, D., Law, A., Cabullo, H., Pinto, K. (2022). Scoping review of postpartum discharge education provided by nurses. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 51 (4), 377-387. DOI:10.1016/j.jogn.2022.03.002.

Mota, J., Almeida, M., Magalhães, G., Souza, V., Silva, J., Anjos, K. (2021). Saberes e experiências de gestantes sobre autocuidado puerperal e cuidado do/a recém-nascido/a mediante práticas educativas. *Revista Baiana de Enfermagem*, 35. DOI: 10.18471/rbe.v35.41929

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

Regulamento nº 391/2019- Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde materna e Obstétrica. Diário da República, 2ª série- N.º85- 3 de maio de 2019.

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

Apêndice B - Escrita reflexiva Modelo de Gibbs

Descrição

Durante o segundo ano do Mestrado em Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica, no estágio de 8 semanas no Bloco de Partos da Unidade Local de Saúde ao sul do país – Unidade A, realizei a vigilância do trabalho de parto de uma mulher que chegou em período expulsivo proveniente da admissão, sempre sobre a supervisão da minha supervisora clínica. A senhora estava acompanhada pelo seu marido. Efetuamos o acolhimento de enfermagem na sala de partos, colocamos um cateter venoso periférico e realizamos a colheita de sangue para análise. A parturiente negou ter antecedentes pessoais de saúde ou alergias. Monitorizamos na central de cardiotocografia e realizamos a cervicometria. A senhora estava em dilatação completa e com vontade de realizar força de forma involuntária. Era multípara, quarto filho. Durante estes procedimentos, a parturiente começou a desorientar e não conseguia seguir as nossas orientações, ficando num estado de intensa ansiedade e nervosismo. Tentamos incentivá-la a realizar técnicas de respiração ou mudar para alguma posição que considerasse mais confortável, mas a parturiente parecia não estar a ouvir. Apresentava um olhar diferente e acabava por hiperventilar, referindo que “queria sair daí”. Finalmente, depois de um período expulsivo rápido, mas angustioso, o bebé nasceu saudável, mas a mãe recusou-se a vê-lo e a fazer contacto pele-a-pele, referindo estar cansada. A mulher teve uma laceração de grau I que foi suturada sob anestesia local com muita dificuldade dada a pouca colaboração por parte da parturiente e o estado de ansiedade no qual se encontrava. Referia não querer estar aí. O marido dela afirmava constantemente que ela “costuma ser assim”. Durante o puerpério imediato, uma vez no recobro, ela aceitou amamentar e consegui pôr o bebé à mama com sucesso, e dirigi-me a realizar os registos sobre o parto. Posteriormente, fui ver como é que ela se encontrava e deparei-me com um olhar vazio e o bebé a chorar no berço, sem o marido ao pé dela como os tinha deixado. Após esta reação, consegui contactar com o seu marido e, uma vez que este regressou, consegui ler o diário clínico junto com a minha supervisora clínica com mais atenção e deparamo-nos com que esta senhora tinha antecedentes de depressão pós-parto, para a qual tinha estado a fazer medicação, tendo deixado há algum tempo por conta própria. Também tinha várias consultas de psicologia/psiquiatria e IVG às quais tinha faltado. Imediatamente entramos em contacto com o serviço de Puerpério para dar alarme desta situação e tentar prevenir possíveis complicações.

Sentimentos

Senti-me sobressaltada com o estado da parturiente durante o trabalho de parto e impotente por não ter podido ajuda-la a conseguir um estado de calma razoável. Mas nem eu nem a minha supervisora clínica conseguimos. Senti-me triste pela falta de apoio aparente por parte do marido e surpreendida quando ela recusou ver o bebé depois do parto e a forma como o ignorava durante o tempo que esteve no recobro. Senti-me desiludida por não ter lido o diário clínico a tempo e ter podido perceber melhor a situação psicológica da senhora, apesar de que era evidente que algo não estava bem com ela gostava de ter percebido melhor a gravidade da situação.

Mais tarde, conversei com a minha supervisora clínica sobre o acontecido e questionei o que se poderia ter feito para prevenir este tipo de situações.

Avaliação

O incidente foi muito desafiante para mim, sobre tudo, a nível emocional. Lamento não ter conseguido gerir melhor esta situação. Aprendi que é fundamental agir antecipadamente para promover o bem-estar da mulher e do bebé, ajudando a prevenir ou aliviar complicações associadas ao parto e pós-parto para ambos.

Análise

As práticas seguras durante o trabalho do parto diminuem os riscos para a mãe e para o recém-nascido. Para que isto seja possível, é essencial realizar momentos de pausa para verificar de forma crítica se a nossa prática é benéfica para a mulher e para o bebé evitando assim riscos para ambos (OMS, 2017).

De acordo com as guidelines da World Health Organization (WHO, 2014), existe a possibilidade de que as mulheres que tencionam engravidar ou que o conseguem, tenham história ou antecedentes de problemas de saúde mental na atualidade que não tenham sido diagnosticados ou tratados adequadamente, sendo que correm maior risco do agravamento dos sintomas durante a gravidez e no pós-parto. Desta forma, é essencial a identificação precoce dos antecedentes de índole psicológica dado o impacto que pode provocar na mulher e no recém-nascido.

Assim, a World Health Organization (WHO, 2014) acrescenta que uma carente sanidade mental está relacionada com maior risco de complicações obstétricas como hemorragias, parto prematuro e pré-eclampsia, entre outros. Além de mais, existe maior probabilidade de falhas às consultas tanto no período pré-natal como no pós-natal.

A identificação deste tipo de problemas nem sempre é fácil. Geralmente, os problemas de saúde mental não são um tema muito abordado pela população devido ao estigma que acarreta. A população feminina costuma normalizar este tipo de sintomas e muitos profissionais de saúde não se sentem confortáveis para falar sobre saúde mental. Assim, para melhorar a prestação de cuidados, os profissionais deveriam começar a falar mais com as mulheres sobre o seu bem-estar psicológico, possíveis fatores de stress e sinais de alarme relacionados com a saúde mental (WHO, 2014).

Para conseguir detectar situações de risco é essencial criar uma ligação baseada na confiança entre a grávida, a família e o profissional, a ser possível desde o começo da gravidez. Para a construção desta relação, o profissional deve mostrar disponibilidade e proximidade, apresentar conhecimentos e competências tanto no âmbito da saúde física como psicológica da gravidez e, além disso, saber empatizar com a grávida e com as pessoas do entorno íntimo. Desta forma, através de uma escuta ao longo do tempo, será possível identificar os riscos nas diferentes áreas (DGS, 2005).

É muito importante identificar estes sinais de alarme o antes possível de forma a conseguir realizar um diagnóstico e um tratamento adequados para os casos de depressão e/ou outras patologias. Desta forma, a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS) pode ser muito prática como método de avaliação (WHO, 2022).

Os cuidados adequados e de qualidade durante a gravidez, parto e pós-parto são imprescindíveis e os cuidados fornecidos neste último período são uma parte fundamental deste percurso ininterrupto que é a maternidade. Os cuidados no período pós-natal são uma continuação da atenção prestada nas etapas anteriores e supõem um contributo para o cuidado das mulheres e do recém-nascido através da promoção da saúde, prevenção de doenças e identificação de complicações no decorrer das semanas consecutivas ao nascimento (WHO, 2022).

O regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica no Artigo 4º no ponto 1, alínea c) ressalta a importância de cuidar da “mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de

parto”, sendo que, o enfermeiro deve realizar o parto em ambiente seguro, de forma a promover a saúde da parturiente e do recém-nascido e prevenir possíveis riscos e complicações (Regulamento nº391, 2019).

Conclusão

Olhando para atrás, reconheço que deveria ter agido mais cedo de forma a tentar perceber as necessidades psicológicas da parturiente para assim tentar responder da maneira mais adequada. Desde aumentar mais os meus conhecimentos à hora de reconhecer possíveis sinais de alarme relacionados com a saúde mental não só durante a gravidez e o trabalho de parto, se não também no período pós-parto, como ter tido a proatividade de ir ler o diário médico para tentar perceber melhor a situação. Reconheço que era uma situação que fugia ao meu controlo, devido à “urgência” e a necessidade de uma rápida resposta da mesma, mas desejava poder ter dado um apoio mais adequado às necessidades da parturiente durante o trabalho de parto e o puerpério imediato. Sou consciente de que preciso desenvolver mais confiança neste âmbito da saúde mental, entendendo a minha responsabilidade e autonomia como futuro profissional de saúde para uma prática que contribua para o bem-estar da mulher e o recém-nascido.

Plano de Ação

Futuramente, vou desenvolver os meus conhecimentos na identificação de sinais de alarme e competências de atuação sobre a saúde mental na população feminina tanto na gravidez, trabalho de parto e pós-parto. Assim, vou ter mais atenção aos sintomas de depressão mais comuns como a perda de energia, ansiedade, dificuldade na concentração, indecisão, inquietude, sentimentos de inutilidade, culpa ou desespero. Compreenderei que os sintomas de depressão pós-parto também incluem choro fácil e continuo sem causa aparente, sensação de sobrecarga e falta de ligação com o recém-nascido, entre outros. Assim, também serei mais consciente de que as mulheres que apresentam mais risco de sofrer depressão e/ou ansiedade pós-parto são aquelas que apresentam sintomas depressivos, que tiveram episódios anteriores de depressão ou que têm vários fatores de stress ou risco social como falta de apoio.

Aprenderei técnicas de diálogo e escuta a mulheres em estado de vulnerabilidade e com dificuldades em expressar ou pedir ajuda, identificando e antecipando possíveis necessidades de forma a que a mulher se sinta ouvida e apoiada, garantindo um ambiente de segurança em que a mulher consiga sentir mais calma. Também pretendo desenvolver competências de atuação para recolher informação de forma mais detalhada, priorizando a informação relevante e tendo mais proatividade para realizar esta pesquisa, de forma a conseguir elaborar um diagnóstico atempadamente e conseguir dar resposta às necessidades da mulher nos diferentes contextos relacionados com a maternidade. Observarei com mais atenção e darei mais apoio no puerpério imediato, atendendo também às necessidades do recém-nascido, de forma a contribuir para a melhor adaptação à vida extra uterina, reconhecendo o grande impacto que os problemas de saúde mental da mulher podem ter sobre o bebé como distanciamento emocional e falta de estimulação relativamente ao bebé, diminuição da resposta afetiva, sensibilidade e empatia para o bebé ou o não seguimento de consultas sobre vigilância infantil ou vacinação, entre outros. Discutirei com o supervisor clínico e docente orientador novas estratégias para conseguir atingir o meu objetivo.

Referências Bibliográficas

- Direção-Geral da Saúde (2005). *Promoção da saúde mental na gravidez e na primeira infância: manual de orientações para profissionais de saúde*. Disponível em: <https://bit.ly/3zfNMIX>
- Organização Mundial da Saúde (2017). Guia de implementação da lista de verificação da OMS para partos seguros: melhorar a qualidade dos partos realizados em unidades de saúde para as mães e os recém-nascidos. Disponível em: <https://bit.ly/3vf7bsv>
- Regulamento nº 391/2019- Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde materna, Obstétrica e Ginecológica. Diário da República, 2ª série- Nº85- 3 de maio de 2019.
- World Health Organization (2022). *Guide for integration of perinatal mental health in maternal and child health services*. Geneva. World Health Organization.
- World Health Organization (2014). *WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience*. Geneva. World Health Organization.

Apêndice C - Relato de caso “Pré-eclâmpsia”

Pré-eclâmpsia: Relato de caso

RESUMO

Objetivo: Aprofundar conhecimentos sobre a pré-eclâmpsia e realizar a proposta de um plano de cuidados de enfermagem. **Método:** Estudo de caso de uma grávida de 38 anos, com idade gestacional de 36 semanas e 6 dias, com tensão alta, vômitos e cefaleia frontal persistente. Foi realizada a avaliação inicial da utente, baseada nas orientações da Case Report e estruturado o plano de cuidados segundo a taxonomia da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. **Resultados:** Foram identificados quatro diagnósticos associados ao contexto e patologia da utente: Ansiedade; Dor; Falta de conhecimento da doença e Ferida cirúrgica. **Conclusão:** A elaboração deste estudo de caso contribuiu para o aumento de conhecimentos sobre a pré-eclâmpsia e para refletir sobre o papel fundamental do EEESMO na prestação de cuidados perante estas situações.

Descritores (DeCS): Diagnósticos de Enfermagem; Hipertensão Induzida pela Gravidez; Relato de Casos; Pré-eclâmpsia.

Apêndice D - Pôster “Promoção do autocuidado emocional na puérpera”

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO EMOCIONAL NA PUÉRPERA

Miriam Gambín;

INTRODUÇÃO

A promoção do autocuidado é fundamental em todas as fases da vida da mulher^{4,5}

O puerpério ou período pós-parto é um período bastante vulnerável para a mulher devido às transformações intensas⁸

Nível pessoal Nível familiar

A Teoria do Déficit do Autocuidado de Dorotea Orem contribui para restabelecer e/ou manter a capacidade de autocuidado da pessoa⁹

OBJETIVO

Explorar na literatura sobre a influência da promoção do autocuidado emocional na mulher por parte do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO) durante o período pós-parto.

METODOLOGIA

Revisão integrativa da literatura.

Bases de dados Pubmed
DeCS/MeSH (DeCs) EBSCOhost
Palavras chave
“affective symptoms”, “health promotion”, “midwives”, “postpartum period” e “selfcare”

Criterios de inclusão e exclusão 6 artigos

RESULTADOS

- O conhecimento do EEESMO para avaliar o estado mental das puérperas é parco nesta área¹
- O funcionamento materno
- O cuidado ao RN
- Fatores pessoais e sociais afetam mudanças pós-parto⁴

Melhor saúde mental^{2,6}
Mais apoio recebido^{2,6}
Renda moderada²

Maior nível de ansiedade⁵

autocuidado da mãe³

CONCLUSÕES

- O curto internamento após o parto não consegue dar resposta a todas as vulnerabilidades sentidas pelas mulheres nesta fase^{3,6}
- A melhor fase para realizar ensinos sobre autocuidado à população é no período pré-natal^{3,4,5,6}
- Identificar sinais de alerta^{3,6}
- Prevenir complicações^{3,6}
- Promover a saúde^{3,6}
- Favorecer autonomia e segurança da puérpera^{3,6}
- Diminui os níveis de morbimortalidade da mãe e RN^{3,6}
- O apoio familiar, social e dos profissionais de saúde recebido pela puérpera é fundamental nesta fase^{2,3,4,6}
- O papel do EEESMO é crucial na promoção do autocuidado e assegurar que as práticas de cuidados sejam realizadas de forma continua e com qualidade⁵

Referências bibliográficas

QR code

Apêndice E - Panfleto “Promoção do autocuidado na puérpera”

The cover features a woman sitting cross-legged under a tree, with the text "Uma mãe que se cuida é uma mãe feliz" (A mother who takes care of herself is a happy mother) below her. To the right, the title "Formas de autocuidado" is displayed above a list of activities: Descanso, Momentos sozinha, Duche longo, Um café com amigas, Passear, and Atividade física. The Universidade de Évora logo is at the top right, and the subtitle "PROMOÇÃO do autocuidado na puérpera" is prominently displayed.

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

Formas de autocuidado

- Descanso
- Momentos sozinha
- Duche longo
- Um café com amigas
- Passear
- Atividade física

PROMOÇÃO do autocuidado na puérpera

AESMO Miriam Gambín

O que é o puerpério?

O puerpério ou período pós-parto é definido como o período de seis semanas após o parto, onde têm lugar o retrocesso das mudanças a nível anatómico e fisiológico que acompanham a gravidez.

Pode ser dividido em três fases determinadas pela duração temporal:

- Puerpério imediato (primeiras 24 horas)
- Puerpério precoce (até ao final da primeira semana)
- Puerpério tardio (até ao final da sexta semana)

Sobre o AUTOCUIDADO

É considerado um período bastante vulnerável para a mulher devido às transformações intensas que se derivam deste momento vital:

- Mudanças hormonais
- Mudanças físicas
- Mudanças psicológicas
- Mudanças a nível familiar e social
- Adoção de um novo papel de grande responsabilidade
- Elaboração e aceitação da nova imagem corporal, identidade e sexualidade

O autocuidado no período pós-parto consiste em ações desenvolvidas pela puérpera para a promoção particular da saúde e do bem-estar, sendo uma das formas mais importantes para ajudar as mulheres a ultrapassar estes desafios

O autocuidado é fundamental para:

- A adaptação da puérpera a esta nova fase
- Prevenção de complicações maternas e com o bebé
- Promoção da autonomia da puérpera

O APOIO É UMA FORMA DE CUIDADO QUE FOMENTA O AUTOCUIDADO DA PUÉRPERA

Apêndice F: Sessão a puérperas e pessoa significativa sobre “Promoção do autocuidado”



Promoção do autocuidado na puérpera

AESMO MIRIAM MÁRQUEZ GAMBÍN

Apêndice G: Registo total das atividades realizadas



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final
Ano Letivo 2023 /2024

Nome do Aluno Miriam Márquez Gambín Nº 53201

1 - Vigilância e prestação de cuidados à grávida • Exames pré-natais (100)	<u>529</u>
2 - Vigilância e prestação de cuidados à parturiente • Partos eutócicos (40) _____	<u>59</u>
• Participação activa em partos pélvicos _____	<u>1</u>
• Participação activa em partos gemelares _____	<u>1</u>
• Participação activa noutras partos _____	<u>33</u>
• Episiotomia _____	<u>12</u>
• Episiorrafia / perineorrafia_____	<u>43</u>
3 - Vigilância e prestação de cuidados a mulheres em situação de risco (40) • Gravidez _____	<u>143</u>
• Trabalho de parto _____	<u>60</u>
• Puerpério _____	<u>17</u>
4 - Vigilância e prestação de cuidados a puérperas saudáveis (100)	<u>150</u>
5 - Vigilância e prestação de cuidados a RN saudáveis (100)	<u>156</u>
6 - Vigilância e prestação de cuidados a RN de risco	<u>23</u>
7 - Vigilância e prestação de cuidados a mulheres com afecções ginecológicas.	<u>48</u>

Rubrica Professor